

## Originalarbeit

# Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland

## Evaluation der Strukturreform

Johannes Kruse\*, Hanna Kampling\*, Soufiane Filali Bouami, Thomas G. Grobe, Mechthild Hartmann, Johanna Jedamzik, Ursula Marschall, Joachim Szecsenyi, Samuel Werner, Beate Wild, Sandra Zara, Gereon Heuft, Hans-Christoph Friederich und das ES-RiP-Konsortium

\*Die Autorin und der Autor teilen sich die Erstautorenschaft.

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Justus-Liebig-Universität Gießen; Prof. Dr. med. Johannes Kruse, Dr. phil. Hanna Kampling, Samuel Werner, M.Sc. Sandra Zara

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Philipps-Universität Marburg; Prof. Dr. med. Johannes Kruse

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen; Soufiane Filali Bouami, Dr. med. Thomas G. Grobe

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg; Dipl.-Psych. Mechthild Hartmann, Prof. Dr. sc. hum. Beate Wild, Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster; Dr. med. Johanna Jedamzik, Prof. Dr. med. Dr. theol. Gereon Heuft

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Wuppertal; Dr. med. Ursula Marschall

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg; Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Um den Zugang zur ambulanten Psychotherapie zu erleichtern, gab es 2017 eine Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie. Ziel der vorliegenden Studie ist es, diese Strukturreform insbesondere für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen und gleichzeitig bestehenden chronischen körperlichen Erkrankungen (komplexe Erkrankungen) zu evaluieren.

**Methoden:** Basierend auf bevölkerungsbezogenen gewichteten Routinedaten der BARMER wurden Prä-post-Analysen der beiden primären Endpunkte „Anteil der Personen mit psychischen Störungen mit Erstkontakt zu Psychotherapeuten“ und „Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie“ durchgeführt. Sekundäre Endpunkte waren die Einschätzungen aus der Patientenperspektive, basierend auf der Befragung einer repräsentativen Psychotherapie-Inanspruchnahmepopulation, sowie die Abbildung des Versorgungsgeschehens anhand der Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (Studienregistrierungsnummer: DRKS00020344).

**Ergebnisse:** Von 2015 auf 2018 stieg der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Erstkontakt zu einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten unter den Betroffenen moderat an: bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen von 3,7 % (95%-Konfidenzintervall: [3,6; 3,7]) auf 3,9 % [3,8; 3,9] und bei denen mit nichtkomplexen Erkrankungen von 7,3 % [7,2; 7,4] auf 7,6 % [7,5; 7,7]. Die neuen Strukturelemente wurden in die Versorgung integriert. Die Zeitspanne zwischen Erstkontakt und Richtlinienpsychotherapie nahm in beiden Gruppen zu: bei Patientinnen und

Patienten mit komplexen Erkrankungen von durchschnittlich 80,6 [79,4; 81,8] auf 114,8 [113,4; 116,2] und mit nichtkomplexen Erkrankungen von 80,2 [79,2; 81,3] auf 109,6 [108,4; 111,0] Tage, wobei der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten die Wartezeit als angemessen beurteilte. Etwa 8 % der Patientinnen und Patienten mit Psychotherapiewunsch berichteten keinen Zugang zu einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten gefunden zu haben.

**Schlussfolgerung:** Im Rahmen der Strukturreform konnten Zugangsbarrieren insbesondere für Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen kaum reduziert werden. Es bedarf weiterer Entwicklungsschritte für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung insbesondere von Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen.

### Zitierweise

Kruse J, Kampling H, Bouami SF, Grobe TG, Hartmann M, Jedamzik J, Marschall U, Szecsenyi J, Werner S, Wild B, Zara S, Heuft G, Friederich HC and the ES-RiP-Konsortium: Outpatient psychotherapy in Germany—an evaluation of the structural reform. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 315–22. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0039

Im Rahmen einer gestuften Versorgung stellt die ambulante Richtlinienpsychotherapie, definiert durch die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) (1), einen zentralen Bestandteil der spezialisierten leitliniengerechten Versorgung dar. Sie umfasst ein breites Spektrum an definierten psychotherapeutischen Leistungen, bei denen verhaltenstherapeutische, systemische, psychoanalytisch orientierte und tiefenpsychologisch fundierte Methoden und Verfahren eingesetzt werden. Die PT-RL soll eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Psychotherapie der Versicherten in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten.

Personen mit einer psychischen oder psychosomatischen Störung werden in Deutschland überwiegend hausärztlich behandelt. Um den Zugang zur ambulanten Richtlinienpsychotherapie zu erleichtern, erfolgte im Jahr 2017 eine Strukturreform der PT-RL mit dem Ziel, Wartezeiten zu reduzieren und die Unterversorgung akut und schwer erkrankter Patientengruppen zu verringern (1–3). Neue Versorgungselemente wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbe-

handlung und die Rezidivprophylaxe wurden eingeführt. Gleichzeitig wurden die Gruppentherapie, eine Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten sowie die Vermittlung von Sprechstundenterminen über Terminservicestellen gefördert. Zur Evaluation dieser Strukturreform förderte der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) drei Projekte mit dem Ziel, die Strukturreform zu evaluieren (3). Dazu gehörte unter anderem die Studie „Evaluation der Strukturreform der Richtlinienpsychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten“ (ES-RiP).

Primäre Fragestellungen der ES-RiP-Studie sind, die Veränderungen (1) der Erstinanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei einer oder einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeuten und (2) der Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie vor und nach der Reform zu untersuchen. Dabei lag der Fokus auf Patientinnen und Patienten mit komplexer Erkrankung, bei denen zugleich eine psychische Störung und eine chronische somatische Erkrankung vorliegen. Diese Patientengruppe gilt als besonders gefährdet (4), da das Zusammenspiel der psychischen und der somatischen Erkrankung mit einer eingeschränkten Lebensqualität (5–8), einer gesteigerten Mortalitätsrate sowie erhöhten Behandlungskosten (9–14) einhergeht.

Da die Reformbemühungen unter anderem auf die Verbesserung der Versorgung schwer erkrankter Patientinnen und Patienten zielten, wurde angenommen, dass zwei Jahre nach der Einführung der Reform die Erstinanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Erstkontakt) bei erwachsenen Personen mit komplexer Erkrankung stärker zugenommen hat (Hypothese I) und die Wartezeit auf eine Psychotherapie in dieser Patientengruppe stärker rückläufig ist (Hypothese II) als bei Patientinnen und Patienten mit nichtkomplexer Erkrankung. Sekundäre Endpunkte waren unter anderem die Veränderungen des Versorgungsgeschehens im Spiegel der Abrechnungsdaten sowie aus der Perspektive der Betroffenen (unter anderem eingeschätzte Wartezeit, Zufriedenheit mit der Wartezeit) und der leistungserbringenden Personen.

## Methode

Die Strukturreform der Psychotherapierichtlinie kann als eine komplexe Intervention betrachtet werden, deren Evaluation im Rahmen der ES-RiP-Studie (Studienregistrierungsnummer: DRKS00020344) vor dem theoretischen Hintergrund des Throughput-Modells (15) als Beobachtungsstudie im Mehrebenenansatz (Patientinnen und Patienten, leistungserbringende Personen und Kostenträger) unter Integration verschiedener Datenquellen (Primär-/Sekundärdaten) und Einbezug verschiedener Methoden (qualitativ/quantitativ) erfolgte. Das gewählte Vorgehen erlaubte sowohl (A) eine Outcome-Evaluation der Strukturreform, als auch (B) die Evaluation des Reformprozesses sowie darüber hinaus (C) eine gesundheitsökonomische Evaluation.

Die primären Fragestellungen waren Teil der Outcome-Evaluation und zielten auf den Prä-post-Vergleich der primären Endpunkte

- Veränderungen des Anteils der Personen unter den komplex und nichtkomplex erkrankten Patientinnen und Patienten mit Erstkontakt (Erstinanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei einer/einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten/-therapeuten) zu einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin und
- Wartezeiten vom Erstkontakt bis zur Richtlinienpsychotherapie, basierend auf Abrechnungsdaten der BARMER.

Zur Gruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurden die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die Fachärztinnen und -ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und -ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, die überwiegend psychotherapeutisch tätig sind, zusammengefasst. Sekundäre Auswertungen zur Inanspruchnahme basierten auf Daten aus Vollerhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus den Jahren 2015 und 2019. Zusätzliche Ad-hoc-Auswertungen zur Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Kapitel 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), die von Patientinnen und Patienten zwischen Erstkontakt zum Psychotherapeuten und Aufnahme der Richtlinienpsychotherapie in Anspruch genommen wurden, basieren auf BARMER-Daten.

Weitere Auswertungen zur Wartezeit im Rahmen sekundärer Endpunkte der Outcome-Evaluation basieren auf einer repräsentativen Psychotherapie-Inanspruchnahmepopulation von 1 820 Patientinnen und Patienten, die aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von 32 573 gescreenten Personen gewonnen wurde. Details zum Vorgehen und den Stichproben sind im Studienprotokoll beschrieben (16). Operationalisierungen und Definitionen finden sich in *eSupplement 1*, Erläuterungen zur Methodik für die BARMER-Daten, KBV-Daten und die Bevölkerungsbefragung in *eSupplemente 2–4*.

Die Reformprozess-Evaluation der ES-RiP-Studie zur Erfassung der Leistungserbringer-Perspektive (ärztliche/psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Hausärztinnen und Hausärzte) sowie die gesundheitsökonomische Evaluation werden gesondert beschrieben.

## Ergebnisse

### Primäre Endpunkte

Erstkontakt zu Psychotherapeutinnen/-therapeuten

In der Analyse der bevölkerungsbezogen gewichteten BARMER-Daten zeigte sich für Deutschland eine steigende administrative Jahresprävalenz (Prävalenz basierend auf Routinestatistiken) definierter psychischer Störungen von 20,9 % (13,3 Millionen Personen) im Jahr 2015 auf 22,3 % (14,3 Millionen) im Jahr 2018 (*eSupplement-2-Tabelle 1*). Von diesen hatten im Jahr 2015 circa 8,5 Millionen Personen (13,3 %) beziehungsweise im Jahr 2018 rund 9,1 Millionen Personen (14,2 %) in den vorhergehenden zwei Jahren keinen Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis. Diese Patientengruppen stellten die BARMER-Studienpopulation dar. Mit 59,4 % beziehungsweise 61,6 % lagen bei einem überwiegenden Anteil der Personen komplexe Erkrankungen vor. In der BARMER-Studienpopulation stieg von 2015 auf 2018 die absolute Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einem Erst-

Tabelle 1

Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis und Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie in der ES-RIP-Studienpopulation (BARMER-Daten)

Inanspruchnahme	Patientengruppe	prä-Reform 2015		post-Reform 2018		Anteilsänderung prä- zu post-Reform %
		N	Bevölkerungsanteil in % [95%-KI]	N	Bevölkerungsanteil in % [95%-KI]	
Es-RIP-Studienpopulation*1	Pat. gesamt*2	8 486 486	13,3 [13,3; 13,3]	9 079 284	14,2 [14,1; 14,2]	+6,6
	- komplexe Erkrankung	5 040 713	8,2 [8,2; 8,2]	5 591 269	9,1 [9,1; 9,1]	+10,5
	- nichtkomplexe Erkrankung	3 241 422	5,3 [5,3; 5,3]	3 284 420	5,3 [5,3; 5,3]	+0,9
primäres Outcome Erstkontakt zu psychotherapeutischer Praxis (Anteil an ES-RIP-Studienpopulation)	Pat. gesamt	436 535	5,1 [5,1; 5,2]	482 775	5,3 [5,3; 5,4]	+3,4
	- komplexe Erkrankung	185 291	3,7 [3,6; 3,7]	215 585	3,9 [3,8; 3,9]	+4,9
	- nichtkomplexe Erkrankung	236 772	7,3 [7,2; 7,4]	250 682	7,6 [7,5; 7,7]	+4,5
psychotherapeutische Sprechstunde (Anteil an Pat. mit Erstkontakt)	Pat. gesamt	-	-	319 678	66,2 [65,8; 66,6]	-
	- komplexe Erkrankung	-	-	138 972	64,5 [63,8; 65,1]	-
	- nichtkomplexe Erkrankung	-	-	170 072	67,8 [67,2; 68,5]	-
probatorische Sitzung (Anteil an Pat. mit Erstkontakt)	Pat. gesamt	401 639	92,0 [91,8; 92,3]	309 617	64,1 [63,7; 64,6]	-30,3
	- komplexe Erkrankung	168 047	90,7 [90,3; 91,1]	134 523	62,4 [61,8; 63,0]	-31,2
	- nichtkomplexe Erkrankung	220 403	93,1 [92,8; 93,4]	164 818	65,7 [65,1; 66,4]	-29,4
psychotherapeutische Akutbehandlung (Anteil an Pat. mit Erstkontakt)	Pat. gesamt	-	-	42 759	8,9 [8,6; 9,1]	-
	- komplexe Erkrankung	-	-	18 251	8,5 [8,1; 8,8]	-
	- nichtkomplexe Erkrankung	-	-	22 997	9,2 [8,8; 9,5]	-
Richtlinienpsychotherapie KZT (Anteil an Pat. mit Erstkontakt)	Pat. gesamt	254 385	58,3 [57,8; 58,7]	248 247	51,4 [51,0; 51,9]	-11,8
	- komplexe Erkrankung	105 446	56,9 [56,2; 57,6]	108 204	50,2 [49,5; 50,9]	-11,8
	- nichtkomplexe Erkrankung	140 750	59,4 [58,8; 60,1]	131 774	52,6 [51,9; 53,2]	-11,6
Richtlinienpsychotherapie LZT (Anteil an Pat. mit Erstkontakt)	Pat. gesamt	53 086	12,2 [11,9; 12,5]	40 108	8,3 [8,1; 8,6]	-31,7
	- komplexe Erkrankung	21 472	11,6 [11,1; 12,0]	15 614	7,2 [6,9; 7,6]	-37,5
	- nichtkomplexe Erkrankung	29 581	12,5 [12,1; 12,9]	22 938	9,2 [8,8; 9,5]	-26,8

\*1Bevölkerungsbezogene Gewichtungen nach Alter, Geschlecht und Wohnort auf Bundeslandebene basierend auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Alter von 18-79 Jahren im Jahr 2015 (n = 63 831 503) sowie 2018 (n = 64 068 594); \*2 Bei der gewählten Unterteilung in komplex Erkrankte sowie nichtkomplex Erkrankte verbleibt eine Restgruppe, die in der Gesamtgruppe berücksichtigt ist. KI, Konfidenzintervall; KZT, Kurzzeittherapie; LZT, Langzeittherapie; N, Gesamtanzahl der teilnehmenden Personen; Pat., Patientinnen und Patienten

Tabelle 2

Wartezeiten in der ES-RIP-Studienpopulation (BARMER-Daten)

Wartezeit	Patientengruppe	prä-Reform 2015		post-Reform 2018		Anteilsänderung prä- zu post-Reform	
		N	Wartezeit in Tagen MW [95-%-KI]	N	Wartezeit in Tagen MW [95-%-KI]	MW-Änderung prä- zu post-Reform	
Erstkontakt – probatorische Sitzung*1	Pat. gesamt*2	401 639	4,1 [3,9; 4,3]	309 617	66,7 [65,9; 67,5]		+1528,7
	– komplexe Erkrankung	168 047	4,3 [4,0; 4,7]	134 523	69,0 [67,8; 70,2]		+1502,2
	– nichtkomplexe Erkrankung	220 403	3,9 [3,6; 4,2]	164 818	64,5 [63,4; 65,6]		+1554,4
primäres Outcome 2 Erstkontakt – Richtlinienpsychotherapie KZT/LZT	Pat. gesamt	279 981	80,4 [79,6; 81,2]	259 734	112,1 [111,2; 113,1]		+39,4
	– komplexe Erkrankung	116 157	80,6 [79,4; 81,8]	112 820	114,8 [113,4; 116,2]		+42,5
	– nichtkomplexe Erkrankung	154 768	80,2 [79,2; 81,3]	138 174	109,6 [108,4; 111,0]		+36,7
Probatorik – Richtlinienpsychotherapie KZT/LZT	Pat. gesamt	268 033	80,0 [79,2; 80,8]	252 248	51,6 [51,1; 52,2]		-35,5
	– komplexe Erkrankung	111 061	80,0 [78,9; 81,2]	109 809	52,2 [51,4; 53,1]		-34,7
	– nichtkomplexe Erkrankung	148 292	79,9 [78,9; 81,0]	134 064	51,2 [50,4; 52,0]		-35,9
Sprechstunde – Richtlinienpsychotherapie KZT/LZT	Pat. gesamt	-	-	249 924	113,6 [112,6; 114,6]		-
	– komplexe Erkrankung	-	-	108 651	116,2 [114,8; 117,6]		-
	– nichtkomplexe Erkrankung	-	-	132 920	111,2 [109,8; 112,5]		-

\*1 Als Erstkontakt können in Leistungsdaten ausschließlich Kontakte mit abrechnungsrelevanten Leistungen identifiziert werden. Bei einem Teil der Patienten war dies die probatorische Sitzung selbst, was die im Jahr 2015 rechnerisch kurze Zeitspanne zwischen Erstkontakt und probatorischer Sitzung maßgeblich mitbedingt. \*2 Bei der gewählten Unterteilung in komplex Erkrankte sowie nichtkomplex Erkrankte verbleibt eine Restgruppe, die in der Gesamtgruppe berücksichtigt ist. KI, Konfidenzintervall; KZT, Kurzzeittherapie; LZT, Langzeittherapie; MW, Mittelwert; N, Gesamtanzahl der teilnehmenden Personen; Pat., Patientinnen und Patienten

kontakt zu psychotherapeutischen Praxen von circa 436 000 auf 482 000 um 3,4 %, der relative Anteil stieg bei Personen mit nichtkomplexer Erkrankung von 7,3 % (95-%-Konfidenzintervall [7,2; 7,4]) auf 7,6 % [7,5; 7,7], bei Personen mit komplexer Erkrankung von 3,7 % [3,6; 3,7] auf 3,9 % [3,8; 3,9] (Tabelle 1).

Vertiefende Ad-hoc-Analysen sollten Verschiebungen in der Studienpopulation hinsichtlich Alter, Geschlecht und Wohnort berücksichtigen. Basierend auf Ergebnissen zu Erstinanspruchnahme-Raten innerhalb entsprechender Subgruppen im Jahr 2015 wurden daher – als indirekte Standardisierung – für die Populationen im Jahr 2018 Erstinanspruchnahmen kalkuliert, die unter Zugrundelegung der Raten aus dem Jahr 2015 im Jahr 2018 zu erwarten gewesen wären. Bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen lagen 2018 die beobachteten Erstinanspruchnahmen um 4,6 % [3,1; 6,0] und bei Patientinnen und Patienten mit nichtkomplexen Erkrankungen um 4,4 % [3,1; 5,7] höher als erwartet. Entsprechend den weit überlappenden Konfidenzintervallen zeigte sich zwischen den Patientengruppen kein signifikanter Unterschied im Anstieg der Erstinanspruchnahme (p = 0,9; Tabelle 1). Auch nach der Reform waren Personen mit komplexen Erkrankungen in der Gruppe mit Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis deutlich geringer repräsentiert. Psychotherapeutische Leistungen nach den Erstkontakten sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Wartezeit

In der Studienpopulation der BARMER nahm die durchschnittliche Wartezeit zwischen Erstkontakt mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten und einer gegebenenfalls innerhalb von 365 Tagen abgerechneten ersten Richtlinienpsychotherapie-Leistung von 80,4 Tagen vor der Reform auf 112,1 Tage (+ 39,4 %) nach der Reform zu. Sie stieg bei Personen mit komplexen sowie nichtkomplexen Erkrankungen von durchschnittlich 80 im Jahr 2015 auf 115 beziehungsweise 110 Tage im Jahr 2018.

Entgegen der zweiten Studienhypothese war in beiden Gruppen infolge der Reform – ausgehend von einem weitgehend identischen Niveau – eine Zunahme der Wartezeit zu verzeichnen, die bei komplexen Erkrankungen mit einem Anstieg von 80,6 auf 114,8 Tage zudem stärker als bei nichtkomplexen Erkrankungen mit einem Anstieg von 80,2 auf durchschnittlich 109,6 Tage ausfiel (Tabelle 2).

Sekundäre Endpunkte

Veränderungen des Leistungsgeschehens  
Im Rahmen der Reform wurden unter anderem die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die Akutbehandlung als neue Leistungen

Tabelle 3

Inanspruchnahme von Leistungen der Richtlinienpsychotherapie von Patientinnen und Patienten mit dokumentierten psychischen Störungen

Outcome	Patientengruppe	prä-Reform 2015		post-Reform 2019		Veränderungen prä- zu post-Reform
		N	(%)	N	(%)	%
<b>Untersuchungspopulation:</b> Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen innerhalb der KBV-Daten, bei denen mind. eine Leistung gemäß der Richtlinienpsychotherapie in dem Jahr abgerechnet wurde	Pat. gesamt*	1 614 458	(94,1)	2 110 205	(92,6)	+30,7
	– komplexe Erkrankungen	433 067	(26,8)	594 870	(28,2)	+37,4
	– nichtkomplexe Erkrankungen	1 102 302	(68,3)	1 401 709	(66,4)	+27,2
psychotherapeutische Sprechstunde	Pat. gesamt*	–	–	1 179 281	(55,9)	–
	– komplexe Erkrankungen	–	–	321 218	(54,0)	–
	– nichtkomplexe Erkrankungen	–	–	798 254	(57,0)	–
probatorische Sitzung	Pat. gesamt*	865 059	(53,6)	661 731	(31,4)	–23,5
	– komplexe Erkrankungen	222 352	(51,3)	173 911	(29,2)	–21,8
	– nichtkomplexe Erkrankungen	602 825	(54,7)	454 619	(32,4)	–24,6
psychotherapeutische Akutbehandlung	Pat. gesamt*	–	–	198 138	(9,4)	–
	– komplexe Erkrankungen	–	–	56 212	(9,5)	–
	– nichtkomplexe Erkrankungen	–	–	131 456	(9,4)	–
Richtlinienpsychotherapie KZT	Pat. gesamt*	836 415	(51,8)	858 595	(40,7)	+2,7
	– komplexe Erkrankungen	227 485	(52,5)	242 108	(40,7)	+6,4
	– nichtkomplexe Erkrankungen	567 217	(51,5)	569 253	(40,6)	+0,4
Richtlinienpsychotherapie LZT	Pat. gesamt*	449 095	(27,8)	516 983	(24,5)	+15,1
	– komplexe Erkrankungen	116 973	(27,0)	141 096	(23,7)	+20,6
	– nichtkomplexe Erkrankungen	310 066	(28,1)	347 367	(24,8)	+12,0

\* Bei der gewählten Unterteilung in komplex Erkrankte sowie nichtkomplex Erkrankte verbleibt eine Restgruppe, die in der Gesamtgruppe berücksichtigt ist. KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung; KZT, Kurzzeittherapie; LZT, Langzeittherapie; N, Gesamtanzahl der teilnehmenden Personen; Pat., Patientinnen und Patienten

gen in die Richtlinienpsychotherapie eingeführt. Die Erfassung der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen aller Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen, die Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis hatten (Tabelle 3), basiert auf den KBV-Daten (Vollerhebung). Die Anzahl der Personen mit psychischen Störungen, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben, stieg von 1 614 458 im Jahr 2015 auf 2 110 205 im Jahr 2019 (+ 30,7 %). Dabei wuchs der Anteil der Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen, die psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben, von 26,8 % auf 28,2 %.

Der Anstieg der versorgten Personen steht primär im Zusammenhang damit, dass neu entwickelte Psychotherapieelemente in die Versorgung integriert wurden. So wurden im Jahr 2019 bei 1 179 281 Patientinnen und Patienten eine psychotherapeutische Sprechstunde und bei 198 138 eine Akutbehandlung abgerechnet. Die Anzahl der Personen mit Kurzzeit- oder Langzeittherapie stieg von 1 184 876 im Jahr 2015 auf 1 261 609 im Jahr 2019 um 6,5 % (Tabelle 3).

Wartezeit aus der Patientenperspektive

In den Screenings der bevölkerungsrepräsentativen Befragung (n = 32 573) gaben 2 181 Personen an, seit 2012 eine Psychotherapie angestrebt zu haben. Die gewichte-

te Analysepopulation nach einem Drop-out umfasste letztlich 1 985 Personen. Davon gelang es 165 Personen (8,3 %) nicht, trotz Psychotherapiewunsch einen persönlichen Kontakt zu einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten aufzubauen. Die verbliebenen Personen (n = 1 819) wurden zum Versorgungsgeschehen befragt (eSupplement 4).

Die Hälfte der Befragten berichtete von Wartezeiten auf ein Erstgespräch von weniger als vier Wochen (59,2 % vor der Reform, 55,3 % nach der Reform). 87,7 % (vor der Reform) und 89,3 % (nach der Reform) berichteten, ein Erstgespräch innerhalb von drei Monaten wahrgenommen zu haben, nachdem sie sich zu einer Psychotherapie entschlossen hatten. Hinsichtlich der Wartezeiten zwischen dem Erstgespräch und regelmäßigen Richtlinienpsychotherapieterminen haben laut Selbstauskunft vor der Reform 82,7 % und nach der Reform 76,1 % der Befragten über Wartezeiten von unter vier Wochen berichtet, während 96,7 % beziehungsweise 96,1 % der Befragten bis zu drei Monate gewartet haben (Tabelle 4).

Zwei Drittel der Befragten (vor der Reform: 67,7 %; nach der Reform: 68,1 %) gaben an, dass die Wartezeit auf ein Erstgespräch kürzer war als gedacht. Rund 85 % fanden die Wartezeit auf regelmäßige Psychotherapie-Termine kürzer als gedacht beziehungsweise angemessen. Wartezeiten über drei Monate wurden von den Patientin-

nen und Patienten weit überwiegend als zu lang bewertet. Details zur Zufriedenheit mit der Wartezeit finden sich in (*eSupplement-4-Tabelle 3*).

#### Ausgestaltung der Wartezeit

Um die hohe Zufriedenheit mit der Wartezeit besser einordnen zu können, erfolgten deskriptive Ad-hoc-Analysen der BARMER-Daten. Es zeigte sich, dass Personen nach einem Erstkontakt im Vorfeld einer Richtlinienpsychotherapie eine Vielzahl von psychotherapeutischen Leistungen (EBM Kapitel 35) in Anspruch nahmen. Bei etwa der Hälfte der Personen wurde in diesem Zeitraum eine biographische Anamnese erhoben und bei etwa einem Viertel eine vertiefte Exploration durchgeführt (*eTabelle*).

#### Diskussion

Die Reform der Psychotherapierichtlinie strebte an, den Zugang zur ambulanten Richtlinienpsychotherapie zu erleichtern sowie die Wartezeit und die Unterversorgung von bestimmten Patientengruppen zu reduzieren. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass die Anzahl derjenigen, die einen Erstzugang zu einer psychotherapeutischen Praxis fanden, nach der Reform nur leicht gestiegen ist. Die Wartezeit zwischen Erstkontakt und Richtlinienpsychotherapie wurde nicht verkürzt, sondern hat sich im Gegenteil deutlich verlängert. Zusätzlich ist die Risikogruppe der komplex Erkrankten weiterhin unterrepräsentiert in der Population die Psychotherapie in Anspruch genommen hat. Insofern hat die Reform ihre Ziele nicht erreicht.

Insgesamt wuchs aber die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhielten, auf 2,1 Millionen im Jahr 2019. Dieser Anstieg der insgesamt versorgten Personen um 30,7 % ist nicht allein durch die Bevölkerungszunahme und einen Zuwachs an Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die von den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zur Behandlung zugelassen sind (KBV-Angaben: 2016: 32 298; 2019: 38 588) zu erklären. Neue Strukturelemente wie die psychotherapeutische Sprechstunde und die psychotherapeutische Akutbehandlung wurden in die Versorgung integriert und bei circa 1,2 Millionen respektive 200 000 Personen abgerechnet. Dies weist auf eine hohe Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems hin.

Der Anstieg an Leistungen erfolgte jedoch überwiegend bei Patientinnen und Patienten, die in den Jahren zuvor schon Kontakt zu psychotherapeutischen Praxen hatten. Übereinstimmend mit der Studie von Hentschel und Böker (17) weisen die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass der kleinere Anteil der Population, die Psychotherapie in Anspruch genommen hat (circa 480 000 Personen) innerhalb eines Zweijahreszeitraumes keinen Kontakt zu einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten hatte.

Übereinstimmend mit der PT-Reform-Studie (18) ermittelten auch wir eine deutliche Zunahme der Wartezeit zwischen dem Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis und der Einleitung einer Richtlinienpsychotherapie. Mit einem Mittelwert von 112 Tagen liegen unsere anhand der Krankenkassendaten ermittelten Ergebnisse etwas unter der von der Bundespsychotherapeutenkammer angegebenen durchschnittlichen Wartezeit von 142 Tagen (Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten) (19) so-

wie dem von der Krankenversicherung (KV) Bayern ermittelten Wert von 139 Tagen (KV-Daten) (20).

Bei der Interpretation der Daten sind mögliche Verzerrungen zu berücksichtigen. So boten psychotherapeutische Praxen vor der Reform mitunter ein Erstgespräch häufig nur dann an, wenn es absehbar war, dass auch ein Therapieplatz für eine Richtlinienpsychotherapie verfügbar war. Nach der Reform hingegen schob die Einführung der neuen Versorgungselemente Sprechstunde/Akutbehandlung den Zeitraum bis zur Richtlinienpsychotherapie hinaus. So ist nicht verwunderlich, dass nach der Reform die Wartezeit zwischen probatorischen Sitzungen und dem Beginn der Richtlinienpsychotherapie deutlich sank. Unsere Auswertungen deuten darauf hin, dass in diesem Zeitraum zwischen Erstkontakt und Aufnahme der Richtlinienpsychotherapie zahlreiche Leistungen in Anspruch genommen werden, unter anderem gehören dazu Sprechstundentermine, Probatorik, biografische Anamnese. Diese Wartezeit ist also nicht als therapiefreie Zeit zu sehen, sondern vielmehr als eine Vorbereitungszeit, die inhaltlich gestaltet wird. Diese Interpretation wird unterstützt durch eine aktuelle Analyse von Abrechnungsdatensätzen der Ersatzkassen (21).

Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben mit der psychotherapeutischen Sprechstunde die Aufgabe übernommen abzuklären, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und ob weitere fachspezifische Hilfen notwendig sind. Der sinkende Anteil derjenigen, die nach einem Erstkontakt weitere psychotherapeutische Leistungen erhalten, kann auch eine Folge der zunehmenden Screenings- und Beratungsfunktion der psychotherapeutischen Praxen sein.

68 % der befragten Patientinnen und Patienten erleben die Wartezeit auf ein Erstgespräch und 85 % die Wartezeit zwischen Erstkontakt und regelmäßiger Psychotherapie als angemessen. Einschränkend ist hier anzumerken, dass bei der Bewertung der Wartezeit aus der Sicht der Patientinnen und Patienten offenbleibt, inwieweit ihr Erwartungshorizont hier bereits hineinspielt: Eventuell sind sie bereits auf lange Wartezeiten und häufige Kontaktaufnahmeversuche zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten eingestellt.

Dennoch weisen die Daten auch auf bestehende Versorgungsprobleme hin. 92 % der Personen, die eine ambulante Psychotherapie angestrebt hatten, gaben an, einen Termin in einer psychotherapeutischen Praxis erhalten zu haben. Allerdings gab es 8 % der Personen mit Therapiewunsch, die keinen Termin vereinbaren konnten, unter anderem wegen mangelnder Erreichbarkeit der Praxis, zu langer Wartezeit, aber auch aus patientenbezogenen Gründen, wie Bedenken von Familienmitgliedern oder weil ihre Beschwerden spontan zurückgegangen waren.

Von den Befragten, die einen Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis hatten, berichteten 12 % vor der Reform und etwa 11 % nach der Reform von einer Wartezeit über drei Monate auf ein Erstgespräch, was als unangemessen erlebt wurde. Basierend auf einer Patientenbefragung aus dem Jahr 2022, berichtete auch der Spitzenverband der GKV von Wartezeiten von 60 Tagen bei etwa 10 % der Patientinnen und Patienten (22). Die Zugangsbarrieren für diese Patientengruppen, deren Anteil im Rahmen der Reform nicht reduziert wurde, sind weiter zu analysieren – auch vor dem Hintergrund regionaler Unterschiede.

Tabelle 4

Selbstberichtete Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch bzw. regelmäßige Psychotherapie-Termine\*

Outcome	Patientengruppe	prä-Reform 2012 bis 2017		post-Reform 2018 bis 2020	
		N	(%)	N	(%)
<b>Untersuchungspopulation – Erstgespräch:</b> Pat., die nach Selbstauskunft ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Anspruch genommen haben	Pat. gesamt	848	(100,0)	851	(100,0)
	– komplexe Erkrankung	325	(38,3)	311	(36,5)
	– nichtkomplexe Erkrankung	523	(61,7)	539	(63,3)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: ≤ 4 Wochen	Pat. gesamt	502	(59,2)	471	(55,3)
	– komplexe Erkrankung	178	(54,8)	179	(57,6)
	– nichtkomplexe Erkrankung	324	(62,0)	292	(54,2)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: 4 Wochen bis 3 Monate	Pat. gesamt	242	(28,5)	289	(34,0)
	– komplexe Erkrankung	92	(28,3)	101	(32,5)
	– nichtkomplexe Erkrankung	150	(28,7)	187	(34,7)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: > 3 Monate bis 6 Monate	Pat. gesamt	74	(8,7)	60	(7,1)
	– komplexe Erkrankung	37	(11,4)	21	(6,8)
	– nichtkomplexe Erkrankung	37	(7,1)	39	(7,2)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: > 6 Monate	Pat. gesamt	30	(3,5)	31	(3,6)
	– komplexe Erkrankung	18	(5,5)	10	(3,2)
	– nichtkomplexe Erkrankung	12	(2,3)	21	(3,9)
<b>Untersuchungspopulation – Psychotherapie:</b> Pat., die nach Selbstauskunft nach einem psychotherapeutischen Erstgespräch regelmäßige Psychotherapie-Termine in Anspruch genommen haben	Pat. gesamt	741	(100,0)	695	(100,0)
	– komplexe Erkrankung	295	(39,8)	257	(37,0)
	– nichtkomplexe Erkrankung	446	(60,2)	438	(63,0)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: ≤ 4 Wochen	Pat. gesamt	613	(82,7)	529	(76,1)
	– komplexe Erkrankung	235	(79,7)	196	(76,3)
	– nichtkomplexe Erkrankung	379	(85,0)	333	(76,0)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: 4 Wochen bis 3 Monate	Pat. gesamt	104	(14,0)	139	(20,0)
	– komplexe Erkrankung	53	(18,0)	48	(18,7)
	– nichtkomplexe Erkrankung	51	(11,4)	91	(20,8)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: > 3 Monate bis 6 Monate	Pat. gesamt	13	(1,8)	18	(2,6)
	– komplexe Erkrankung	3	(1,0)	8	(3,1)
	– nichtkomplexe Erkrankung	9	(2,0)	10	(2,3)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: > 6 Monate	Pat. gesamt	11	(1,5)	9	(1,3)
	– komplexe Erkrankung	4	(1,4)	5	(1,9)
	– nichtkomplexe Erkrankung	7	(1,6)	4	(0,9)

\*Daten basieren auf der Bevölkerungsbefragung.  
Pat., Patientinnen und Patienten; N, Gesamtanzahl der teilnehmenden Personen

Obwohl circa 60 % der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen eine chronische körperliche Erkrankung aufweisen, ist diese Gruppe in der Population, die Psychotherapie in Anspruch nimmt, weiterhin deutlich unterrepräsentiert. Um diese Risikogruppe bedarfsgerecht zu versorgen, sind die Maßnahmen, welche im Rahmen der Strukturreform der Psychotherapierichtlinie ergriffen wurden, nicht ausreichend. Adaptierte psychosomatische Versorgungsangebote und eine bessere Vernetzung mit dem somatischen Versorgungsbereich innerhalb einer strukturierteren Versorgung könnten dieses Versorgungsproblem adressieren.

**Limitationen und Stärken**

Den hier dargestellten Ergebnissen liegen verschiedene Limitationen zugrunde. Die Routinedaten der BARMER und der KBV basieren auf abgerechneten Leistungen. Bei den Daten der Bevölkerungsbefragung handelt es sich um Selbstauskünfte mit zum Teil weit zurückliegenden Ereignissen, die einem gewissen Bias und damit Verzerrungen unterliegen.

Eine grundlegende Stärke des ES-RiP-Projektes ist der Mehrebenenansatz unter Einbezug von Abrechnungsdaten (BARMER, KBV) und Selbstauskünften (Bevölkerungsbefragung). Während die Routinedaten einen ob-

jektiven Blick auf das Leistungsgeschehen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ermöglichen, wird durch die Bevölkerungsbefragung die subjektive Sicht der Patientinnen und Patienten ergänzt und damit eine Evaluation der Psychotherapierichtlinie aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht. Zudem erfolgten bevölkerungsbezogene Gewichtungen der Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Wohnort auf Bundeslandebene, um so die Repräsentativität der Analyse zu gewährleisten.

## Resümee

Es bedarf weiterer Entwicklungsschritte, um die Intentionen der Reform umzusetzen und eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung insbesondere für die unterversorgte Risikogruppe der Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen, die zugleich unter einer psychischen Störung und einer beeinträchtigenden chronischen somatischen Erkrankung leiden, zu erreichen.

## Danksagung

Wir möchten uns herzlich bedanken bei allen Patientinnen und Patienten, die sich die Zeit genommen haben, das ES-RiP-Projekt zu unterstützen und an den Befragungen teilzunehmen, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KBV, namentlich Herrn Dr. med. Ekkehard von Pritzbuhr und Herrn Dr. med. Bernhard Tenckhoff, Frau Natalia Frejnik und Frau Diana Kurch-Bek sowie bei den weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ISI-Abteilung der KBV für ihre äußerst hilfreiche Kooperation bei der Analyse der Versorgungsdaten und ihre aktive Unterstützung bei der Sekundärdaten-Analyse sowie bei der USUMA GmbH, insbesondere bei Martin Liebau und Dr. Jürgen Schunter sowie bei allen beteiligten Interviewerinnen und Interviewern sowie Supervisorinnen und Supervisoren, die die Bevölkerungsbefragung so ausdauernd unterstützt und somit erst möglich gemacht haben.

## Förderung

Die Förderung der ES-RiP-Studie erfolgte durch den Innovationsfonds des GB-A (01VVF19004).

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Manuskriptdaten

eingereicht: 18.09.2023, revidierte Fassung angenommen: 20.02.2024

## Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie—Gemeinsamer Bundesausschuss. 2017. [www.g-ba.de/beschluesse/2634/](http://www.g-ba.de/beschluesse/2634/) (last accessed on 13 December 2023).
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie- Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. 2016. [www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16\\_PT-RL\\_Aenderung\\_Strukturreform-amb-PT-TrG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT-TrG.pdf) (last accessed on 13 December 2023).
3. Bundesanzeiger—Bundesministerium für Gesundheit: Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL). 2018. [www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?1](http://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?1) (last accessed on 13 December 2023).
4. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A: Long-term conditions and mental health. London: The King's Fund and Centre for Mental Health 2012.
5. Kampling H, Petrak F, Farin E, Kulzer B, Herpertz S, Mittag O: Trajectories of depression in adults with newly diagnosed type 1 diabetes: results from the German Multicenter Diabetes Cohort Study. *Diabetologia* 2017; 60: 60–8.
6. Kulzer B, Albus C, Herpertz S, et al.: Psychosocial factors and diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2021; 129: S91–105.

7. Kruse J, Lange K, Kulzer B: Diabetes mellitus. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (eds.): *Uexküll, Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis* 8th ed. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH 2018; 841–54.
8. Cerne A, Rifel J, Rotar-Pavlic D, Svab I, Selic P, Kersnik J: Quality of life in patients with depression, panic syndrome, other anxiety syndrome, alcoholism and chronic somatic diseases: a longitudinal study in Slovenian primary care patients. *Wien Klin Wochenschr* 2013; 125: 1–7.
9. Baumeister H, Knecht A, Hutter N: Direct and indirect costs in persons with chronic back pain and comorbid mental disorders—a systematic review. *J Psychosom Res* 2012; 73: 79–85.
10. Hutter N, Knecht A, Baumeister H: Health care costs in persons with asthma and comorbid mental disorders: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 443–53.
11. Lehnert T, Konnopka A, Riedel-Heller S, König H-H: [Health economic aspects of physical-mental comorbidity]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2011; 54: 120–7.
12. Wild B, Heider D, Maatouk I, et al.: Significance and costs of complex biopsychosocial health care needs in elderly people: results of a population-based study. *Psychosom Med* 2014; 76: 497–502.
13. Guthrie EA, Dickens C, Blakemore A, et al.: Depression predicts future emergency hospital admissions in primary care patients with chronic physical illness. *J Psychosom Res* 2016; 82: 54–61.
14. Hofmann M, Köhler B, Leichsenring F, Kruse J: Depression as a risk factor for mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *PLoS One* 2013; 8.
15. Schrappe M, Pfaff H: [Health services research faces new challenges: consequences for definition and concept]. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 689–94.
16. Kampling H, Kruse J, Friederich H-C, et al.: Evaluating effects of the structural reform of outpatient psychotherapy for patients with mental disorders in Germany—comparing patients with and without comorbid chronic physical condition: rationale and study protocol of the ES-RiP project. *BMJ Open* 2022; 12: e057298.
17. Hentschel G, Böker U: Therapielängen bedarfsgerecht— Kurzzeittherapien überwiegen. *Psychotherapie Aktuell* 2023; 2.
18. Singer S, Maier L, Paserat A, et al.: Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. *Psychotherapeut* 2022; 67: 176–84.
19. Bundespsychotherapeutenkammer: Pressemitteilung: Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie. BPTK zur Befragung des GKV-Spitzenverbandes. 2022.
20. Ritter-Rupp C, Fett S, Pfeifer AK, Tauscher M: Analyse der Wartezeiten in der Psychotherapie in Bayern. 2023; Zenodo.
21. Malinke S: Moderate Wartezeit auf Psychotherapie. *vdek Analyse* 2023.
22. Stoff-Ahnis S: Pressemitteilung: GKV-Versichertenbefragung: Mehr Orientierung bei Therapieplatzsuche gewünscht. 2022.

## Anschrift des korrespondierenden Verfassers

Prof. Dr. med. Johannes Kruse  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH  
Standort Gießen  
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen  
[johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de](mailto:johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de)

## Zitierweise

Kruse J, Kampling H, Bouami SF, Grobe TG, Hartmann M, Jedamzik J, Marschall U, Szecsenyi J, Werner S, Wild B, Zara S, Heuft G, Friederich HC and the ES-RiP-Konsortium: Outpatient psychotherapy in Germany—an evaluation of the structural reform. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 315–22. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0039



**Zusatzmaterial**  
eLiteratur, eTabelle, eSupplemente:  
[www.aerzteblatt.de/m2024.0039](http://www.aerzteblatt.de/m2024.0039) oder über QR-Code

Die englische Version des Artikels im Internet:  
[www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)



Zusatzmaterial zu dem Beitrag

## Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland

Evaluation der Strukturreform

Johannes Kruse\*, Hanna Kampling\*, Soufiane Filali Bouami,  
Thomas G. Grobe, Mechthild Hartmann, Johanna Jedamzik, Ursula Marschall,  
Joachim Szecsenyi, Samuel Werner, Beate Wild, Sandra Zara, Gereon Heuft,  
Hans-Christoph Friederich und das ES-RiP-Konsortium

Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 315–22. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0039

### eLiteratur

- e1. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373–83.
- e2. Charlson ME, Carrozzino D, Gudi J, Patierno C: Charlson comorbidity index: a critical review of clinimetric properties. *Psychother Psychosom* 2022; 91: 8–35.
- e3. Kampling H, Baumeister H, Bengel J, Mittag O: Prevention of depression in adults with long-term physical conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 3: CD011246.
- e4. Swart E, Gothe H, Geyer S, et al.: [Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS): guidelines and recommendations]. *Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen* 2015; 77: 120–6.
- e5. Sand M, Gabler S: Gewichtung von (Dual-Frame -) Telefonstichproben. In: Häder S, Häder M, Schmich P (eds.): *Telefonumfragen in Deutschland (Schriftenreihe der ASI—Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute)*. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2019; 405–24.
- e6. Häder S, Gabler S: Ein neues Stichprobendesign für telefonische Umfragen in Deutschland. In: Gabler S, Häder S, Hoffmeyer-Zlotnik JHP (eds.): *Telefonstichproben in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 1998; 69–88.
- e7. Kish L: A procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc* 1949; 44: 380–7.
- e8. Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E: [Outpatient psychotherapy in Germany from the patients' perspective: part 1: care situation]. *Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten: Teil 1: Versorgungssituation. Psychotherapeut* 2010; 55: 503–14.

eTabelle

Erbrachte Leistungen im Vorfeld der Richtlinienpsychotherapie basierend auf den Daten der BARMER

Outcome	prä-Reform 2015 N = 436 535		post-Reform 2018 N = 482 775	
	N	(%)	N	(%)
differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (35100)	1 304	(0,3)	1 006	(0,2)
verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (35110)	1 805	(0,4)	1 106	(0,2)
übende Interventionen, Einzel (35111) bzw. Gruppe (35112), Hypnose (35120)	17 082	(4,0)	14 313	(3,1)
Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer KZT (35130)	18 772	(4,4)	9 831	(2,1)
Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung/Verlängerung einer LZT (35131)	43 505	(10,3)	29 959	(6,4)
biografische Anamnese (35140)	226 601	(53,7)	219 920	(47,2)
vertiefte Exploration (35141)	118 700	(28,1)	106 562	(22,9)
Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (35142)	19 023	(4,5)	13 389	(2,9)
probatorische Sitzung (35150)	267 443	(63,4)	258 407	(55,4)
psychotherapeutische Sprechstunde (35151)	0	(0,0)	277 454	(59,5)
psychotherapeutische Akutbehandlung (35152)	0	(0,0)	42 925	(9,2)
Testverfahren standardisiert (35600, prä-Reform: 35300), psychometrisch (35601, prä-Reform: 35301) und projektiv (35602, prä-Reform: 35302)	88 077	(20,9)	106 482	(22,8)

KZT, Kurzzeittherapie; LZT, Langzeittherapie; N, Gesamtanzahl der teilnehmenden Personen

## eSupplement 1: Definitionen der ES-RiP-Studie

### Definition komplexe und nichtkomplexe Erkrankungen

Definition **komplexe Erkrankungen**: Im Rahmen der ES-RiP-Studien gelten Patienten als komplex erkrankt, die neben der Diagnose einer psychischen Störung mindestens eine Diagnose einer beeinträchtigenden chronischen somatischen Erkrankung entsprechend dem Charlson Comorbidity Index (CCI) aufweisen (s. u. und e 1). In der Analyse der Routinedaten gilt eine komplexe Erkrankung als vorliegend, wenn das M2F-Kriterium (s. u.) für eine der Einschlussdiagnosen des ICD-10-Kapitels „F“ sowie für das Vorliegen einer chronischen somatischen Erkrankung entsprechend dem CCI erfüllt ist.

Definition **nichtkomplexe Erkrankungen**: Als nichtkomplex erkrankt gelten Patienten mit psychischen Störungen, die eine psychische Störung entsprechend den Einschlusskriterien, jedoch keine Diagnose entsprechend des modifizierten CCI (modCCI; siehe unten) aufweisen. In der Analyse der Routinedaten gilt eine nichtkomplexe Erkrankung als vorliegend, wenn das M2F-Kriterium für eine der Einschlussdiagnosen des ICD-10-Kapitels „F“, aber nicht für das Vorliegen einer chronischen somatischen Erkrankung entsprechend dem modCCI erfüllt ist.

### Definition psychische Störung

Definition **psychische Störung**: Im Rahmen der ES-RiP-Studie gilt eine psychische Störung als vorliegend, wenn das M2F-Kriterium für eine der Einschlussdiagnosen des ICD-10-Kapitels „F“ erfüllt ist:

- F30–F39: Affektive Störungen
- F40–F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

### Chronische somatische Erkrankung und Charlson Comorbidity Index (CCI)

Der **CCI** zur Erfassung chronischer somatischer Erkrankungen stellt eine etablierte Übersicht zur Erfassung relevanter beeinträchtigender Komorbiditäten dar (e 2). Da der CCI insbesondere mortalitätsrelevante chronische somatische Erkrankungen und damit bei weitem nicht alle chronischen somatischen Erkrankungen erfasst, sollte es durch eine Erweiterung des CCI (= **modCCI**) verhindert werden, dass Patienten mit anderen chronischen somatischen Erkrankungen, die nicht im CCI aufgeführt sind, in die Gruppe der nichtkomplex Erkrankten aufgenommen werden. Die modifizierte Version des CCI basiert auf den Diagnosen des CCI zzgl. chronischer somatischer Erkrankungen, die zuvor im Rahmen eines Cochrane Reviews publiziert wurden (e 3).

### M2F-Kriterium

Um eine bestmögliche Verifikation der Diagnosen innerhalb der untersuchten Routinedaten zu erreichen, findet zudem das **M2F-Kriterium** Anwendung. Dieses Kriterium für eine Diagnose gilt als erfüllt, wenn die Diagnose innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Quartalen in mindestens zwei unterschiedlichen Behandlungsfällen als „gesichert“ kodiert wurde. Das M2F-Kriterium findet in Anlehnung an das M2Q-Kriterium des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) Anwendung. Das M2Q-Kriterium hat seine Bedeutung bei der Verifikation von (chronischen) Erkrankungen insbesondere im Rahmen des Morbi-RSA erlangt und wird auch anderweitig üblicherweise nahezu immer mit einer Betrachtung über

einen Zeitraum von 4 Quartalen überprüft. Da bei neudiagnostizierten Erkrankungen im 4. Quartal eines Beobachtungsjahres kein derartiges M2Q-Kriterium erfüllt werden kann, wird es im Morbi-RSA bei Diagnosen im 4. Quartal als grundsätzlich erfüllt angesehen, was methodisch aber nur ein pragmatischer Kompromiss ist. Zur Verifikation von Diagnosen findet alternativ auch das M2F-Kriterium Anwendung, das die Forderung nach der Dokumentation einer Diagnose in zwei unterschiedlichen Behandlungsfällen umfasst, was sowohl durch Dokumentation in zwei Quartalen als auch durch eine Dokumentation durch unterschiedliche Arzt-/Therapeutenpraxen innerhalb desselben Quartals erfüllt sein kann. Für dieses Vorgehen fehlen in Morbi-RSA-Daten Fallzuordnungen von Diagnosen, die jedoch in KV-Daten (wie sie in der ES-RiP-Studie vorliegen) vorhanden sind.

## Psychotherapeuten

Eingeschlossen werden ärztliche und psychologische Psychotherapeuten der vier folgenden Gruppen:

- FG60: Fachärzte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- FG61: Psychotherapeutisch-tätiger Arzt (= Psychiater und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, welche überwiegend psychotherapeutisch tätig sind)
- FG68: Psychologische Psychotherapeuten
- FG69: Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

## eSupplement 2: Methodisches Vorgehen und zusätzliche Auswertungen der der BARMER-Daten

Die Auswertungen der Routinedaten der BARMER-Versicherten erfolgten gewichtet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter zwischen 18 und 79 Jahren nach Geschlecht, Alter und Wohnort auf Bundeslandebene. Patienten mit Hirnorganischen Störungen (ICD-10: F00-09), Intelligenzminderung (ICD-10: F70-F79) sowie einem Alter von <18 bzw. >79 Jahren wurden von den Analysen ausgeschlossen. Die pseudonymisierten Routinedaten werden zur wissenschaftlichen Nutzung in einem wissenschaftlichen Data Warehouse vorgehalten. Eingeschlossen wurden Versicherte mit mindestens einer dokumentierten psychischen Störung (ICD-10: F30–F39, F40–F48, F50–F59 und F60–F69) in mindestens 2 Quartalen (=M2F-Kriterium: Gilt als erfüllt, wenn die Diagnose innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Quartalen in mindestens zwei unterschiedlichen Behandlungsfällen als „gesichert“ codiert wurde; siehe hierzu auch eSupplement 1) aus den Jahren 2015 prä-Reform bzw. 2018 post-Reform sowie einem Wohnsitz in Deutschland. Zur Erfassung der Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie wurden Versicherte eingeschlossen, die prä-Reform (2015) bzw. post-Reform (2018) innerhalb des jeweiligen Beobachtungsjahres erstmalig (seit nachweislich mehr als zwei Jahren) eine psychotherapeutische Praxis kontaktierten und bei denen anschließend innerhalb von maximal 365 Tagen eine Richtlinienpsychotherapie eingeleitet wurde. Die Wartezeit wurde definiert als der Zeitraum vom ersten Tag der Inanspruchnahme einer Leistung bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten und dem ersten Tag Abrechnung einer Kurzzeittherapie-/Langzeittherapie-Leistung.

Vertiefende Ad-hoc-Analysen sollten Verschiebungen in der Studienpopulation hinsichtlich Alter, Geschlecht und Wohnort berücksichtigen. Diese Vergleiche zwischen Patienten mit komplexen und nichtkomplexen Erkrankungen zu Veränderungen der Inanspruchnahmeraten von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen im zeitlichen Verlauf (prä- zu post-Reform) basieren auf der Methode der indirekten Standardisierung. In Strata wurden basierend auf Daten zu den Inanspruchnahmeraten 2015 prä-Reform Inanspruchnahmeraten gewichtet nach Altersgruppen, Geschlecht und Wohnort für beide Gruppen ermittelt. Basierend auf diesen Ergebnissen wurden die erwarteten Inanspruchnahmeraten post-Reform verglichen. Derartig ermittelte relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Inanspruchnahmeraten (mit 95 %-Konfidenzintervall) bildeten ein adjustiertes Maß für die (relativen) Veränderungen der Inanspruchnahmeraten im Zuge der Strukturreform der Psychotherapierichtlinie.

Die Auswertung der Routinedaten erfolgt gemäß „Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS) (e4).

## Bevölkerungsbezogene gewichtete administrative Prävalenzen definierter psychischer Störungen

Für Details siehe Tabelle 1.

**Tabelle 1:** Administrative Prävalenz psychischer Störungen getrennt für Patienten mit komplexen und nichtkomplexen Erkrankungen aus den Jahren 2015 und 2018

Patientengruppe		prä-Reform 2015		post-Reform 2018		Anteilsänderung prä- zu post- Reform
		Anzahl Patienten	Bevölkerungsanteil in % (95 % KI)	Anzahl Patienten	Bevölkerungsanteil in % (95 % KI)	
<b>Patienten mit diagnostizierter psychischer Störung im Alter von 18 bis 79 Jahren <sup>a</sup></b>	Patienten gesamt <sup>b</sup>	13.331.484	20,9 (20,9 - 20,9)	14.305.565	22,3 (22,3 - 22,4)	+ 6,9
	komplexe Erkrankung	7.046.491	11,5 (11,5 - 11,5)	7.822.331	12,7 (12,7 - 12,7)	+ 10,6
	nichtkomplexe Erkrankung	5.651.736	9,2 (9,2 - 9,2)	5.807.272	9,4 (9,4 - 9,5)	+ 2,4

Anmerkungen: <sup>a</sup> Bevölkerungsbezogene Gewichtungen nach Alter, Geschlecht und Wohnort auf Bundeslandebene basierend auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Alter von 18 bis 79 Jahren im Jahr 2015 (n = 63.831.503) sowie 2018 (n = 64.068.594); <sup>b</sup> Bei der gewählten Unterteilung in komplex Erkrankte sowie nichtkomplex Erkrankte verbleibt eine Restgruppe, die in der Gesamtgruppe berücksichtigt ist.

### eSupplement 3: Methodisches Vorgehen zu den Auswertungen der KBV-Daten

Die Auswertungen der KBV-Daten basieren auf Vollerhebungen aller von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbrachten und abgerechneten psychotherapeutischen Versorgungsleistungen im Rahmen der Vorbereitung und Durchführung der ambulanten Einzelpsychotherapie, die bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorliegen. Ziel war es zu evaluieren, in welchem Umfang die neuen Strukturmerkmale im Versorgungsbereich realisiert wurden. Bezüglich der Behandlungsquoten wurden mögliche Unterschiede zwischen den betrachteten Patientengruppen (komplexe und nichtkomplexe Erkrankungen) untersucht.

Eingeschlossen wurden alle Patienten mit psychischen Störungen, die in einem Kalenderjahr mindestens eine psychotherapeutische Leistung erhalten haben. Ausschlusskriterien waren ein Kalenderjahr minus Geburtsjahr kleiner 18, ein Kalenderjahr minus Geburtsjahr größer 79, ein unbekanntes oder unbestimmtes Geschlecht, die Diagnose einer Hirnorganischen Störung (ICD-10: F00-09) oder einer Intelligenzminderung (ICD-10: F70-F79) im Kalenderjahr oder den zwei vorhergehenden Jahren.

Eingeschlossen wurden zudem alle Leistungen a priori definierter Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die im jeweils zu untersuchenden Jahr für die eingeschlossenen Patienten erbracht wurden. Basierend auf den EBM-Ziffern wurden Leistungen zunächst in Sprechstunde, Probatorische Sitzung, Akutbehandlung und Richtlinienpsychotherapie (einschließlich Therapiedauer in Form von Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie) unterschieden.

Zielgrößen waren die Anzahl von Leistungen und Patienten in den Kalenderjahren 2015 und 2019. Da für die Zielgrößen die Datengrundlage einer Vollerhebung der Zielpopulation entspricht, beschränkt sich die Datenanalyse auf deskriptive Statistiken, d. h. berichtet werden absolute Häufigkeiten und relative Anteile und deren Veränderungen von 2015 zu 2019.

Die Auswertung der Routinedaten erfolgte gemäß „Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS)“ (e4).

## eSupplement 4: Methodisches Vorgehen und zusätzliche Auswertungen der Patienten-Befragung

Im Rahmen der ES-RiP-Studie sollte aus Patienten-Perspektive das Leistungsgeschehen prä- zu post-Reform hinsichtlich der Outcomes Beschwerden, Beschwerdeverlauf, Zuweisungswege, Wartezeit, Zufriedenheit mit Wartezeit und Behandlung, Lebensqualität und Morbidität sowie bestehende Zugangsbarrieren zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen untersucht werden.

### Methodik

Die Bevölkerungsbefragung zur Ermittlung zweier Psychotherapie-Inanspruchnahme-Gruppen (prä- bzw. post-Reform) erfolgte im Querschnittsdesign durch das Sozial- und Marktforschungsinstitut USUMA GmbH und zielte darauf ab, nach retrospektiver Selbsteinschätzung drei Gruppen zu erreichen: (A) Befragte, die Psychotherapie in Anspruch nehmen wollten und denen es nicht gelungen ist, einen direkten psychotherapeutischen Erstkontakt (face-to-face-Kontakt) zu einer psychotherapeutischen Praxis zu erreichen, (B) prä-Reform: Patienten, die im Zeitraum 1. Quartal 2012 bis 1. Quartal 2017 (prä-Reform) zumindest eine psychotherapeutische Leistung in Anspruch nahmen und (C) post-Reform: Patienten, die im Zeitraum 1. Quartal 2018 bis 4. Quartal 2020 (post-Reform) zumindest eine psychotherapeutische Leistung in Anspruch nahmen. Der Zeitraum 2. Quartal 2017 (Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinie) bis einschließlich 04. Quartal 2017 wurde dabei im Sinne einer Übergangszeit der Umsetzung ausgespart. Basierend auf a priori Fallzahlschätzungen umfasste die geplante Zielstichprobengröße 2.000 Befragte, jeweils 1.000 für die Gruppen prä- und post-Reform. Ohne valide Datengrundlage wurde für die Gruppe A eine Gruppengröße von  $n = 600$  angenommen, wobei explorative Auswertungen hier einen Anhalt auf die tatsächliche Gruppengröße liefern sollten. Hinsichtlich der Durchführung wurden bevölkerungswelt so lange Screening-Interviews durchgeführt, bis die geplanten Stichprobengrößen der Gruppen B und C erreicht wurden. Die Einschlusskriterien umfassten zusätzlich zu den allgemeinen studienrelevanten Ein- und Ausschlusskriterien ausreichende deutsche Sprachkenntnisse und kognitive Fähigkeiten sowie eine verbale informierte Einwilligung zur Studienteilnahme. Ausgeschlossen wurden Patienten mit hirnrorganischen Störungen (ICD-10: F00-09), Intelligenzminderung (ICD-10: F70-F79) sowie einem Alter von  $< 18$  bzw.  $> 79$  Jahren. Die Repräsentativität der Befragung wurde mittels Dual-Frame-Vorgehen und Kish-Selection-Grid erreicht (e5, e6, e7). Als Qualitätsmaßnahme auf Seiten der USUMA GmbH erfolgten umfassende Schulungen der Interviewenden sowie der Supervisoren (u. a. mit Erfahrung im Umgang mit Menschen mit psychischen Belastungen) und eine Begleitung der Interviewenden durch diese Supervisoren während der gesamten Feldzeit. Der den Computer Assisted Telephone Interviews zugrundeliegende Interviewleitfaden wurde in einem kognitiven Pre-Test mit 100 Befragten erprobt. Bei dessen Entwicklung diente das Befragungsskript von Albani und Kollegen als Orientierung (e8). Adressiert wurden u. a. die Inanspruchnahme von Leistungen, die Wartezeit und Zuweisungswege in die Psychotherapie. Die Erfassung der Wartezeit erfolgte als Freitextangabe mittels der folgenden zwei Fragen: „Nachdem Sie sich [JAHR aus SCR4] für eine Psychotherapie entschieden hatten, wie lange hat es gedauert, bis das erste Gespräch mit einem Therapeuten stattgefunden hat?“ „Beziehen Sie sich bitte bei den folgenden Fragen immer auf die Therapie, die sich aus dem psychotherapeutischen Erstkontakt von [SCR4] ergab. Nach den ersten Gesprächen/dem ersten Gespräch, wie lange hat es gedauert, bis Sie



regelmäßige Psychotherapie-Termine hatten?“ Die unterschiedlichen Antwortangaben in Tagen, Wochen und Monaten wurden vereinheitlicht und die Kategorien „ $\leq 4$  Wochen“, „4 Wochen bis 3 Monate“, „ $> 3$  Monate bis 6 Monate“ sowie „ $> 6$  Monate“ überführt. Basierend auf einer repräsentativen Hochrechnung der Zielgruppenanteile innerhalb der deutschen Bevölkerung, die anhand von Krankenkassendaten der BARMER mit mehr als 5,8 Millionen Versicherten im relevanten Zeitraum durchgeführt wurde, erfolgte für die Befragten der Gruppen B und C eine Redressment-Gewichtung. Mit diesem Verfahren wurden die Differenzen in den realisierten Verteilungen der Merkmale Alter, Geschlecht (Merkmalskreuz Alter\*Geschlecht mit 12 Zellen) und Wohnort auf Bundeslandebene (16 Zellen) anhand eines Gewichtungsfaktors für jeden Befragten solange wechselnd an die jeweiligen Zielzahlen der BARMER Hochrechnung angepasst, bis die Zielzellen im Datensatz der telefonischen Datenerhebung eine stabile Konvergenz zur Hochrechnung der vorgegebenen Zielgrößen ergaben. Die Auswertungen und Ergebnisdarstellungen erfolgten deskriptiv (Hinweis: Aufgrund der vorgenommenen Gewichtung kommt es in den Häufigkeiten und Prozentangaben zu marginalen Abweichungen).

Es waren  $N = 32.573$  Screening-Interviews erforderlich, um die angestrebten Fallzahlen von  $n = 1.000$  für die beiden Gruppen mit erreichtem persönlichem Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis prä- bzw. post-Reform zu erreichen. Mit also insgesamt  $n = 2.006$  eingeschlossenen Personen, denen es gelang einen persönlichen Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis herzustellen, zuzüglich der  $n = 175$  Personen, denen es trotz Psychotherapiewunsch nicht gelungen ist einen persönlichen Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis zu erreichen, wurden damit insgesamt  $n = 2.181$  Personen für die Studie rekrutiert.

In den Gruppen B und C wurden von den  $n = 2.006$  Personen insgesamt  $n = 180$  Befragte ausgeschlossen, da sie nicht eindeutig den Zielpopulationen prä-/post-Reform bzw. Patienten mit komplexen bzw. nichtkomplexen Erkrankungen zugeordnet werden konnten, womit  $n = 1.826$  Personen in die Studie eingeschlossen wurden. Die gewichtete Analysepopulation umfasste letztlich  $n = 1.819$  Personen.

Gewichtet umfasste Gruppe A  $n = 165$  Personen. Insgesamt  $n = 84$  Personen wurden von den weiteren Analysen ausgeschlossen, da sie nicht eindeutig den Gruppen prä-/post-Reform bzw. komplexe/nichtkomplexe Erkrankung zugeordnet werden konnten. Die gewichtete Analysepopulation der Gruppe A umfasste damit  $n = 81$  Personen. Davon gehörten 21,3 % ( $n = 17$ ) der Gruppe prä-Reform und 78,7 % ( $n = 64$ ) der Gruppe post-Reform an.

### Gruppe A – Auswertungen zur Gruppe, der es trotz Psychotherapiewunsches nicht gelungen ist, einen persönlichen Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis zu erreichen

Laut Selbstangabe gelang einer sehr kleinen Gruppe von 165 Personen (8,3 %) (ungewichtet n = 175) nicht, trotz Psychotherapiewunsches einen persönlichen Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis zu erreichen, womit sich als erstes Teilergebnis der explorativen Auswertung abzeichnete, dass diese Gruppe kleiner ausfiel als initial angenommen (ohne valide Datengrundlage wurde initial eine Gruppengröße von n = 600 angenommen).

### Gruppe A – Auswertungen zu Gründen für das nicht-Erreichen eines persönlichen Kontaktes zu einer psychotherapeutischen Praxis

Die Auswertungen für Gruppe A basieren auf der gewichteten Analysepopulation von n = 81 Personen. Im Rahmen von Ad-hoc-Auswertungen wurden als Hauptgründe für einen nicht erreichten persönlichen Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis ein fehlendes Gesprächsangebot seitens der Psychotherapeuten (53,3 %), eine eingeschränkte telefonische Erreichbarkeit (41,6 %), eine als zu lang empfundene Wartezeit auf einen ersten Gesprächstermin (42,0 %), Unsicherheit über die Therapienotwendigkeit (32,5 %), eine als zu lang empfundene Wartezeit auf einen Therapieplatz (25,0 %) oder nicht ausreichendes Wissen über den Zugang zur Behandlung (12,3 %) angegeben. 21,4 % gaben an, ihr Problem habe sich gelöst, und 7,7 % respektive 8,1 % berichteten, dass Ärzte/Therapeuten bzw. Andere wie die Familie keinen Therapiebedarf sahen. Detaillierte Auswertungen finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Selbstberichte der Patientenbefragung – Ad-hoc-Analysen zu den Häufigkeiten der Gründe für einen nicht erreichten persönlichen Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis

Outcome	Gesamt	prä-Reform 2012 bis 2017 <sup>a</sup>	post-Reform 2018 bis 2020 <sup>b</sup>
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Untersuchungspopulation:</b> Personen, die im Rahmen der Bevölkerungsbefragung nach Selbstauskunft keinen persönlichen Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis erreichen konnten <sup>c</sup> (Mehrfachnennungen möglich)	81 (100,0)	17 (100,0)	64 (100,0)
Gründe für einen nicht erreichten persönlichen Erstkontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis:			
Ich habe nicht gewusst, wie ich an eine Behandlung komme.	10 (12,3)	1 (5,9)	9 (14,1)
Ich konnte keinen Therapeuten telefonisch erreichen.	34 (41,6)	7 (41,2)	27 (42,2)
Der Therapeut konnte mir keinen Gesprächstermin anbieten.	43 (53,3)	12 (70,6)	31 (49,2)
Ich empfand die Wartezeit auf einen ersten Gesprächstermin als zu lang.	34 (42,0)	9 (52,9)	25 (39,1)
Ich empfand die Wartezeit auf einen Therapieplatz als zu lang.	20 (25,0)	8 (47,1)	12 (18,8)
Ärzte/Therapeuten haben mir gesagt, ich brauche keine Therapie.	6 (7,7)	4 (23,5)	2 (3,1)
Andere, z. B. Familie und Freunde haben mir gesagt, ich brauche keine Therapie.	7 (8,1)	2 (11,8)	5 (7,8)
Ich selbst war mir unsicher, ob ich eine Psychotherapie machen soll.	26 (32,5)	4 (22,2)	23 (35,9)
Mein Problem hat sich gelöst.	17 (21,4)	2 (11,8)	15 (23,4)
Sonstige Gründe.	17 (21,6)	2 (11,8)	15 (23,4)

Anmerkungen: <sup>a</sup> prä-Reform: 01. Quartal 2012 bis 01. Quartal 2017; <sup>b</sup> post-Reform: 01. Quartal 2018 bis 4. Quartal 2020; <sup>c</sup> Bevölkerungsbezogene Gewichtungen nach Alter, Geschlecht und Wohnort auf Bundeslandebene (marginale Abweichungen in den Häufigkeiten ergeben sich aus den Gewichtungen) .

## Gruppe B und C – Ad-hoc-Auswertungen der Psychotherapie-Inanspruchnahme-Population zur Inanspruchnahme weiterer Behandlungen bzw. Unterstützungsangebote neben einer ambulanten Psychotherapie aufgrund seelischer Probleme

Die den Auswertungen zugrundeliegende gewichtete Analysepopulation mit Psychotherapeuten-Kontakt umfasste insgesamt  $n = 1.819$  Befragte (prä-Reform:  $n = 916$ ; post-Reform:  $n = 904$ ). Der Anteil von Frauen war prä-Reform mit 65,7 % und post-Reform mit 60,4 % höher als der Anteil der Männer. Das durchschnittliche Alter lag prä-Reform bei 46,3 (SD: 15,0) und post-Reform bei 42,5 (SD: 15,2) Jahren.

Ad-hoc-Analysen zeigten, dass 34,1 % der Befragten neben psychotherapeutischen auch weitere Behandlungen bzw. Unterstützungsangebote aufgrund ihrer seelischen Probleme in Anspruch nahmen (u. a. Behandlungen bei Hausärzten, Kliniken). Für eine detaillierte Darstellung siehe Tabelle 2.

Tabelle 2: Selbstberichte der Patientenbefragung – Ad-hoc-Analysen zu den Häufigkeiten der Inanspruchnahme weiterer Behandlungen bzw. Unterstützungsangebote neben einer ambulanten Psychotherapie aufgrund seelischer Probleme

Outcome	Patientengruppe	Gesamt		prä-Reform 2012 bis 2017 <sup>a</sup>		post-Reform 2018 bis 2020 <sup>b</sup>	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Untersuchungspopulation:</b> Patienten, die im Rahmen der Bevölkerungsbefragung nach Selbstauskunft psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben <sup>c</sup> (Mehrfachnennungen möglich)							
	Patienten gesamt	1.819	(100,0)	915	(100,0)	904	(100,0)
	komplexe Erkrankung	689	(37,9)	354	(38,7)	335	(37,1)
	nichtkomplexe Erkrankung	1.131	(62,2)	562	(61,4)	569	(62,9)
Inanspruchnahme folgender weiterer Behandlungen bzw. Unterstützungsangebote neben einer ambulanten Psychotherapie aufgrund seelischer Probleme:							
Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote Gesamt: Ja	Patienten gesamt	620	(34,1)	335	(36,6)	284	(31,4)
	komplexe Erkrankung	254	(36,9)	143	(40,4)	112	(33,4)
	nichtkomplexe Erkrankung	366	(32,3)	193	(34,3)	173	(30,4)
Eine ambulante Behandlung durch Hausärzte.	Patienten gesamt	89	(4,9)	46	(5,0)	43	(4,8)
	komplexe Erkrankung	42	(6,1)	22	(6,2)	20	(6,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	47	(4,2)	25	(4,4)	22	(3,9)
Eine medikamentöse Behandlung.	Patienten gesamt	347	(19,1)	193	(21,0)	154	(17,0)
	komplexe Erkrankung	133	(19,3)	80	(22,7)	53	(15,8)
	nichtkomplexe Erkrankung	214	(18,9)	113	(20,1)	102	(17,9)
Eine ambulante Behandlung durch andere Ärzte.	Patienten gesamt	170	(9,3)	91	(9,9)	78	(8,6)
	komplexe Erkrankung	75	(10,9)	44	(12,4)	31	(9,3)
	nichtkomplexe Erkrankung	95	(8,4)	47	(8,4)	47	(8,3)
Eine Behandlung in einer Beratungsstelle.	Patienten gesamt	111	(6,1)	67	(7,3)	44	(4,9)
	komplexe Erkrankung	48	(7,0)	31	(8,8)	17	(5,1)
	nichtkomplexe Erkrankung	63	(5,6)	36	(6,4)	27	(4,7)
Eine Behandlung durch Heilpraktiker.	Patienten gesamt	78	(4,3)	40	(4,4)	37	(4,1)
	komplexe Erkrankung	38	(5,5)	21	(5,9)	18	(5,4)

	nichtkomplexe Erkrankung	39 (3,4)	20 (3,6)	19 (3,3)
Eine stationäre Behandlung in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausabteilung oder Klinik.	Patienten gesamt	123 (6,8)	77 (8,4)	46 (5,1)
	komplexe Erkrankung	60 (8,7)	40 (11,3)	20 (6,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	63 (5,6)	37 (6,6)	26 (4,6)
Eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung oder Klinik.	Patienten gesamt	76 (4,2)	44 (4,8)	32 (3,5)
	komplexe Erkrankung	30 (4,4)	21 (5,9)	9 (2,7)
	nichtkomplexe Erkrankung	46 (4,1)	23 (4,1)	23 (4,0)
Eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Reha-Klinik.	Patienten gesamt	107 (5,9)	64 (7,0)	43 (4,8)
	komplexe Erkrankung	57 (8,3)	31 (8,8)	26 (7,8)
	nichtkomplexe Erkrankung	50 (4,4)	33 (5,9)	17 (3,0)
Eine teilstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Tagesklinik.	Patienten gesamt	62 (3,4)	35 (3,8)	27 (3,0)
	komplexe Erkrankung	25 (3,6)	15 (4,2)	10 (3,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	37 (3,3)	20 (3,6)	17 (3,0)
Eine teilstationäre Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik.	Patienten gesamt	36 (2,0)	20 (2,2)	16 (1,8)
	komplexe Erkrankung	19 (2,8)	10 (2,8)	10 (3,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	17 (1,5)	10 (1,8)	7 (1,2)
Eine Begleitung durch eine Selbsthilfegruppe.	Patienten gesamt	124 (6,8)	73 (8,0)	51 (5,6)
	komplexe Erkrankung	56 (8,1)	32 (9,0)	24 (7,2)
	nichtkomplexe Erkrankung	68 (6,0)	41 (7,3)	27 (4,7)
Eine Begleitung durch einen Seelsorger, Geistlichen oder Ähnliches.	Patienten gesamt	80 (4,4)	42 (4,6)	38 (4,2)
	komplexe Erkrankung	33 (4,8)	19 (5,4)	14 (4,2)
	nichtkomplexe Erkrankung	47 (4,2)	23 (4,1)	24 (4,2)
Etwas Anderes.	Patienten gesamt	166 (9,1)	83 (9,1)	83 (9,2)
	komplexe Erkrankung	55 (8,0)	27 (7,6)	28 (8,4)
	nichtkomplexe Erkrankung	111 (9,8)	56 (10,0)	54 (9,5)

Anmerkungen: <sup>a</sup> prä-Reform: 01. Quartal 2012 bis 01. Quartal 2017; <sup>b</sup> post-Reform: 01. Quartal 2018 bis 4. Quartal 2020; <sup>c</sup> Bevölkerungsbezogene Gewichtungen nach Alter, Geschlecht und Wohnort auf Bundeslandebene (marginale Abweichungen in den Häufigkeiten ergeben sich aus den Gewichtungen).

## Gruppe B und C – Auswertungen der Psychotherapie-Inanspruchnahme-Population zur Angemessenheit und Zufriedenheit mit der Wartezeit

Zweidrittel der Befragten (prä-Reform: 67,7 %; post-Reform: 68,1 %) erachteten die Wartezeit auf ein Erstgespräch als kürzer als gedacht bzw. angemessen. Mit rund 85 % erachtete der weit überwiegende Teil der Befragten (prä-Reform: 85,4 %; post-Reform: 85,1 %) die Wartezeit auf regelmäßige Psychotherapie-Termine ebenfalls als kürzer als gedacht bzw. angemessen. Weitere Details zur Zufriedenheit mit der Wartezeit finden sich in Tabelle 3.

Tabelle 3: Selbstberichte der Patientenbefragung – Zufriedenheit mit der Wartezeit

Outcome	Patientengruppe	prä-Reform 2012 bis 2017 <sup>a</sup>		post-Reform 2018 bis 2020 <sup>b</sup>	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Untersuchungspopulation – Erstgespräch:</b> Häufigkeiten von Patienten, die nach Selbstauskunft ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Anspruch genommen haben <sup>c</sup>	Patienten gesamt	843 (100,0)		848 (100,0)	
	komplexe Erkrankung	322 (38,2)		311 (36,7)	
	nichtkomplexe Erkrankung	521 (61,8)		536 (63,2)	
		kürzer als gedacht/ angemessen	etwas zu lang/ viel zu lang	kürzer als gedacht/ angemessen	etwas zu lang/ viel zu lang
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Untersuchungspopulation – Erstgespräch:</b> Häufigkeiten gesamt aufgeteilt nach der Zufriedenheit mit der Wartezeit	Patienten gesamt	570 (67,7)	273 (32,3)	577 (68,1)	271 (31,9)
	komplexe Erkrankung	216 (67,1)	106 (32,9)	206 (66,3)	105 (33,7)
	nichtkomplexe Erkrankung	354 (68,0)	167 (32,0)	370 (69,1)	166 (30,9)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: ≤ 4 Wochen	Patienten gesamt	445 (88,7)	53 (10,6)	414 (87,9)	54 (11,6)
	komplexe Erkrankung	156 (87,5)	19 (10,9)	162 (90,3)	17 (9,7)
	nichtkomplexe Erkrankung	289 (89,3)	34 (10,5)	252 (86,4)	37 (12,7)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: 4 Wochen bis 3 Monate	Patienten gesamt	118 (48,7)	123 (50,7)	144 (49,9)	145 (50,1)
	komplexe Erkrankung	56 (61,4)	36 (38,6)	40 (39,8)	61 (60,2)
	nichtkomplexe Erkrankung	62 (41,0)	87 (58,1)	104 (55,4)	84 (44,6)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: > 3 Monate bis 6 Monate	Patienten gesamt	7 (8,9)	68 (91,1)	17 (28,1)	43 (71,9)
	komplexe Erkrankung	3 (9,0)	34 (91,0)	4 (21,0)	16 (79,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	3 (8,8)	34 (91,2)	12 (31,8)	27 (68,2)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Erstgespräch: > 6 Monate	Patienten gesamt	1 (2,6)	29 (97,4)	2 (6,9)	28 (93,1)
	komplexe Erkrankung	1 (4,4)	17 (95,6)	0 (0,0)	10 (100,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	0 (0,0)	12 (100,0)	2 (10,2)	18 (89,8)



		N (%)		N (%)	
<b>Untersuchungspopulation – Psychotherapie:</b> Häufigkeiten von Patienten, die nach Selbstauskunft nach einem psychotherapeutischen Erstgespräch regelmäßige Psychotherapie-Termine in Anspruch genommen haben <sup>c</sup>	Patienten gesamt	735	(100,0)	693	(100,0)
	komplexe Erkrankung	293	(39,9)	257	(37,1)
	nichtkomplexe Erkrankung	442	(60,1)	437	(63,1)
		sehr/eher zufrieden	eher/sehr unzufrieden	sehr/eher zufrieden	eher/sehr unzufrieden
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Untersuchungspopulation – Psychotherapie:</b> Häufigkeiten gesamt aufgeteilt nach der Zufriedenheit mit der Wartezeit	Patienten gesamt	627	(85,4)	108	(14,6)
	komplexe Erkrankung	248	(84,7)	45	(15,3)
	nichtkomplexe Erkrankung	379	(85,8)	63	(14,2)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: ≤ 4 Wochen	Patienten gesamt	562	(91,6)	47	(7,7)
	komplexe Erkrankung	219	(93,2)	13	(5,7)
	nichtkomplexe Erkrankung	343	(90,6)	34	(9,0)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: 4 Wochen bis 3 Monate	Patienten gesamt	62	(59,9)	41	(39,4)
	komplexe Erkrankung	29	(54,8)	24	(45,2)
	nichtkomplexe Erkrankung	33	(65,3)	17	(33,4)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: > 3 Monate bis 6 Monate	Patienten gesamt	3	(24,4)	10	(75,6)
	komplexe Erkrankung	0	(0,0)	3	(100,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	3	(33,3)	6	(66,7)
Selbstauskunft – Wartezeit auf Psychotherapie: > 6 Monate	Patienten gesamt	0	(0,0)	10	(88,1)
	komplexe Erkrankung	0	(0,0)	4	(100,0)
	nichtkomplexe Erkrankung	0	(0,0)	6	(81,6)

Anmerkung: <sup>a</sup> prä-Reform: 01. Quartal 2012 bis 01. Quartal 2017, hier lag die initiale Analysepopulation bei N=916 Personen, aufgrund der Option „Keine Angabe“ für die Variablen „Wartezeit“ bzw. „Zufriedenheit mit der Wartezeit“ umfasst die tatsächlich auswertbare Grundgesamtheit für die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf ein Erstgespräch jedoch N=843 Personen und für die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf Psychotherapie N=735 Personen; <sup>b</sup> post-Reform: 01. Quartal 2018 bis 4. Quartal 2020, hier lag die initiale Analysepopulation bei N=904 Personen, aufgrund der Option „Keine Angabe“ für die Variablen „Wartezeit“ bzw. „Zufriedenheit mit der Wartezeit“ umfasst die tatsächlich auswertbare Grundgesamtheit für die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf ein Erstgespräch jedoch N=848 Personen und für die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf Psychotherapie N=693 Personen; <sup>c</sup> Bevölkerungsbezogene Gewichtungen nach Alter, Geschlecht und Wohnort auf Bundeslandebene (marginale Abweichungen in den Häufigkeiten ergeben sich aus den Gewichtungen).