

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster
Förderkennzeichen:	01VSF17046
Akronym:	BARGRU
Projekttitel:	Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV.
Autoren:	Dipl.-Psych. Andrea Christoffer; Dr. rer. medic. Jens Hinrichs; Dr. rer. medic. Raphael Koch; Univ.-Prof. Dr. rer. nat. et med. habil. Andreas Faldum; Dr. med. Heribert Knott; Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft
Förderzeitraum:	1. September 2018 – 31. August 2020

Inhaltsübersicht

1. Zusammenfassung.....	3
2. Beteiligte Projektpartner	4
3. Einleitung	4
4. Projektdurchführung	8
5. Methodik	12
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	14
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	50
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	52
9. Anlagen.....	53

Danksagungen

An dieser Stelle gilt ein herzlicher Dank allen beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die engagierte Unterstützung unseres Forschungsprojektes.

Im Rahmen der Primärdatenanalyse bedanken wir uns insbesondere für die logistische Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen, ohne die die deutschlandweite Vollerhebung durch die vollständig anonyme postalische Versendung unseres Fragebogens nicht möglich gewesen wäre.

Im Rahmen der Analyse der KBV-Versorgungsdaten bedanken wir uns bei Herrn Dr. Ekkehard von Pritzbuher und Herrn Dr. Bernhard Tenckhoff für die engagierte Kooperation sowie bei Frau Natalia Frejnik, Frau Diana Kurch-Bek und allen weiteren beteiligten Mitarbeitern der ISI-Abteilung der KBV für die tatkräftige Unterstützung bei der Sekundärdatenanalyse.

Geschlechtsbezogener Sprachgebrauch in diesem Bericht

Im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache wurden in diesem Bericht wann immer möglich geschlechtsneutrale Formulierungen verwendet (wir sprechen z.B. von Teilnehmenden anstatt von TeilnehmerInnen). In den Fällen, in denen dies nicht möglich war (z.B. bei der Berufsbezeichnung Arzt/Ärztin), wurde das generische Maskulinum eingesetzt, um die Lesbarkeit des Textes zu erhalten. An dieser Stelle sei allerdings darauf hingewiesen, dass wir vor dem Hintergrund der von uns ausdrücklich unterstützten Gleichstellung der Geschlechter natürlich ebenso Frauen und transgeschlechtliche Menschen adressieren und einbeziehen.

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Obwohl Gruppenpsychotherapie (GT) in den nach der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Verfahren gegenüber der Einzeltherapie bei entsprechender Indikation gleichwertig ist, wird die Versorgung psychisch Erkrankter mit Gruppenpsychotherapie im ambulanten Bereich aktuell kaum realisiert. Bereits erfolgte Änderungen der Vergütungsmöglichkeiten in den Jahren 2005 und 2017 scheinen sich bisher noch nicht auf die Versorgungslage ausgewirkt zu haben. In der BARGRU Studie wurde daher untersucht, welche Barrieren ambulante GT erschweren oder niedergelassene GruppenpsychotherapeutInnen sogar daran hindern, in ihrer Praxis GT anzubieten. Gleichzeitig wurden auch förderliche Faktoren erhoben, die die Durchführung ambulanter GT aus Sicht der praktizierenden PsychotherapeutInnen erleichtern könnten. Das Hauptziel der Studie bestand darin, Strategien zu erarbeiten, mit deren Hilfe die Realisierung ambulanter GT im Rahmen des GKV-Systems erleichtert werden könnte, um die Versorgungslage für psychisch erkrankte PatientInnen zu verbessern und die Prozeduren für die praktizierenden PsychotherapeutInnen zu vereinfachen.

Methodik

In einer Primärdatenerhebung wurde ein Fragebogen entwickelt und an alle in Deutschland niedergelassenen ärztlichen, psychologischen sowie Kinder-und-Jugendlichen-PsychotherapeutInnen, die zur Durchführung ambulanter GT zugelassen sind, über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) versandt. Die Transkription und Auswertung der Primärdaten erfolgte in der Studienzentrale des Universitätsklinikums Münster. Die mithilfe des Fragebogens erfassten Ergebnisse zu Barrieren und Förderfaktoren wurden ergänzt durch anonymisierte Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur ambulanten Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Diese Sekundärdatenanalyse diente dazu, einen umfassenden Einblick in die aktuelle Versorgungsrealität für den Zeitraum 2016 bis 2018 zu erhalten. Die Fragebogenerhebung wurde von Fokusgruppen niedergelassener GruppenpsychotherapeutInnen begleitet, um vor Beginn der Studie die inhaltliche Validität des Fragebogens zu überprüfen. Nach Abschluss der Befragung wurden die Resultate mit den Niedergelassenen diskutiert, um Lösungsansätze zur Förderung der realisierten Indikationen ambulanter GT in Deutschland zu entwickeln.

Ergebnisse

Von insgesamt 12867 angeschriebenen ärztlichen, psychologischen sowie Kinder-und-Jugendlichen-PsychotherapeutInnen mit Gruppenpsychotherapie-Zulassung gaben 4012 TeilnehmerInnen (31,2%) Auskunft über motivationale, organisatorische und inhaltliche Barrieren sowie förderliche Faktoren in der Durchführung ambulanter GT, die über die Häufigkeitsverteilungen ihrer Nennungen entsprechend gewichtet werden konnten. In der Analyse der Versorgungsdaten der KBV zeigte sich in der Anzahl der PatientInnen in ambulanter GT und in der Häufigkeit abgerechneter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen eine Stagnation (Differenz der adjustierten prozentualen Anteile zwischen 2016 und 2018 = 0,1%). Auch die Anzahl der ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen, die ambulante GT durchführen, nahm nur gering zu (Differenz der adjustierten prozentualen Anteile zwischen 2016 und 2018 = 1,3%). In den abschließenden Fokusgruppen wurden auf Grundlage der Fragebogenergebnisse Lösungsansätze zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie aus Sicht niedergelassener und praktizierender GruppenpsychotherapeutInnen entwickelt.

Diskussion

Die BARGRU-Studie liefert einen umfangreichen Einblick in die aktuelle gruppenpsychotherapeutische Versorgungsrealität in Deutschland. Die Ergebnisse verweisen auf nur eine geringe Verbesserung der Versorgung mit ambulanter GT nach Einführung der Reformen der Psychotherapie-Richtlinie. Aus Sicht der Niedergelassenen existiert weiterhin eine Vielzahl von Barrieren, die die Entscheidung, ambulante GT überhaupt anzubieten, hemmen und dessen Durchführung erschweren. Die Studienergebnisse liefern systematisch Ansatzpunkte zum Abbau organisatorischer und inhaltlicher Barrieren sowie zur weiteren Optimierung der Versorgungslage.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Einrichtung / Institut	Ansprechpartner	Rolle / Verantwortlichkeit
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster	Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft	Konsortialführung: Projektleitung
Forschungsbeauftragter des BAG (Berufsverband der Approbieren Gruppenpsychotherapeuten e.V.)	Dr. med. Heribert Knott	Konsortialpartner: Entwicklung der Fragestellung und des Fragebogens, Rekrutierung der Fokusgruppen, Förderung des Feldzugangs, Fachliche Einordnung und Interpretation der Ergebnisse
Institut für Biometrie und Klinische Forschung, Westfälische Wilhelms- Universität Münster	Univ.-Prof. Dr. rer. nat. et med. habil. Andreas Faldum	Konsortialpartner: Supervision der Biometrie
Leiter ISI (Innovation, strategische Analysen, IT-Beratung) bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	Dr. med. Bernhard Tenckhoff	Kooperationspartner: Bereitstellung der Versorgungsdaten; Unterstützung bei der Sekundärdatenanalyse

3. Einleitung

3.1 Hintergrund der BARGRU-Studie

Die vom Erstantragsteller der BARGRU-Studie für die Bundesärztekammer erstellte Expertise zur Rolle der Ärztlichen Psychotherapie (Heuft et al. 2014 [1]) präsentiert ein umfangreiches Datenmaterial sowohl zur Epidemiologie als auch zur enormen gesundheitspolitischen Bedeutung psychischer und psychosomatischer Störungen. Menschen, die unter diesen Erkrankungen leiden, weisen (oft vergleichsweise lange) Ausfallzeiten durch Arbeitsunfähigkeit auf und sie tragen relativ und absolut gesehen das höchste Risiko einer vorzeitigen Berentung im Vergleich zur gesamten Morbiditätslast der Bevölkerung. Oft sind bereits junge Erwachsene betroffen mit allen denkbaren sozialmedizinischen Folgen für sie selbst und ihre Familie. Der Zeitraum zwischen dem Symptombeginn und einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung beträgt oft Jahre. Zudem vergehen selbst nach Feststellung der entsprechenden Diagnose(n) und einer Behandlungsindikation in vielen Regionen Deutschlands aufgrund von Versorgungsengpässen noch Monate bis zum Beginn einer adäquaten Psychotherapie. Angesichts dieser in jeder Hinsicht unbefriedigenden und ethisch problematischen Situation stellt sich die dringende Frage, wie sich die Versorgung der betroffenen Patienten mit ambulanter Psychotherapie verbessern lässt. Einerseits wäre in diesem Zusammenhang der Ausbau der Niederlassungsmöglichkeiten für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten zu fordern. Andererseits verfügen die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) in Deutschland als wissenschaftlich anerkannten psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Psychotherapieverfahren über wirksame gruppenpsychotherapeutische Methoden, die indikationsbezogen sowohl in Kleingruppen als auch in einer Gruppengröße von bis zu neun Patienten realisiert im Vergleich zur Einzelpsychotherapie die Behandlung von mehr Patienten in der gleichen Behandlungszeit erlauben würden. Abgesehen davon gibt es auch spezifische Indikationen für eine Gruppenpsychotherapie, die jenseits der ökonomischen Aspekte eine Behandlung der betroffenen Patienten in Gruppen nahelegen.

Trotz der möglichen Vorteile der Durchführung von Gruppenpsychotherapie spielt diese Therapiemethode jedoch tatsächlich in der ambulanten Versorgung psychisch Erkrankter bisher nur eine marginale Rolle. Bereits 2005 wurden Maßnahmen zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie eingeleitet: Angesichts des komplexeren administrativen Aufwandes für den

Behandler wurde die Vergütung für diese Indikation angehoben und das bürokratische Verfahren erleichtert. Allerdings bewirkten diese Maßnahmen keine signifikante Zunahme der Abrechnungshäufigkeit von ambulanter Gruppenpsychotherapie. Diese nahm lediglich in demselben Maße zu wie die Durchführungsrate der Einzeltherapie. Als Ausnahme nahm nur die Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie in der Verhaltenstherapie überproportional zu.

Die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie scheint darüber hinaus auch von regionalen und patientenbezogenen Faktoren abzuhängen. In vielen Landkreisen wird ambulante Gruppenpsychotherapie bisher überhaupt nicht angeboten. Aber auch in den großen Städten besteht eine eklatante Unterversorgung für alle sozialrechtlich zugelassenen Therapieverfahren. Besonders gering ist das Angebot an ambulanter Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche. Außerdem lässt sich vermuten, dass Patienten männlichen Geschlechtes, höheren Alters und einer psychosomatischen Hauptdiagnose wie z.B. einer somatoformen (Schmerz-)Störung im Vergleich zur Gesamtpopulation psychisch Erkrankter in noch geringerem Maße eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung angeboten wird (Heuft et. al. 2006 [2]).

In Vorbereitung des BARGRU-Forschungsantrages wurde eine Einschätzung der damaligen Realisierungsrate von Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Praxis angestrebt. Diese Schätzungen erfolgten durch den Berufsverband der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten (BAG) unter Bezugnahme auf Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Gemäß diesen Schätzungen boten nur etwa 300 PsychotherapeutInnen ambulante Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV nach den laut Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Verfahren (psychoanalytisch, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch) an. Zugelassen zur Durchführung und kassenärztlichen Abrechnung der ambulanten Gruppenpsychotherapie waren jedoch schätzungsweise 8.500 PsychotherapeutInnen. Aus diesen Schätzungen ließ sich folgern, dass ca. 95% der über eine Zulassung zur Gruppenpsychotherapie verfügenden Behandler keine ambulante Gruppenpsychotherapie-Indikation realisierten. Auch wenn unstrittig ist, dass nicht alle psychischen und psychosomatischen Störungen ausschließlich gruppenpsychotherapeutisch behandelt werden können, ist es jedoch auch unmittelbar evident, welches große „Reserve-Potenzial“ die tatsächlich vorhandene, aber ungenutzte Expertise für ambulante Gruppenpsychotherapie darstellt.

Ziel dieser Studie war es, einen Beitrag dazu zu leisten, dass das Gruppenpsychotherapie-Potenzial im Dienste der Erkrankten besser ausgeschöpft und realisiert wird. Daher fokussierte die BARGRU-Studie auf eine Fragebogenerhebung, mittels derer relevante Barrieren bei der Einleitung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie aus Sicht der Behandler identifiziert werden sollten. Zum einen sollten die Auswirkungen möglicher organisatorischer und administrativer Hindernisse, die im Rahmen der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu überwinden sind, erhoben werden (wie z.B. zusätzliche Sekretariatsarbeiten oder das Verfassen von Berichten). Außerdem sollten etwaige wirtschaftliche Argumente wie die Kosten für die Vorhaltung eines entsprechend nutzbaren Gruppenpsychotherapie-Raumes in ihrem Einfluss auf die Motivation der Behandler, ambulante Gruppenpsychotherapie anzubieten, evaluiert werden. Basierend auf den Ergebnissen dieser bundesweiten Befragung sollten Interventionen zur Verringerung der identifizierten Hindernisse generiert werden, um die Versorgungslage der betroffenen Patienten zu verbessern. Neben diesen externalen Aspekten sollten auch internale Faktoren auf Seiten der Behandler (z.B. Unsicherheiten in der Arbeit mit Gruppen), die sich hemmend auf das Angebot ambulanter Gruppenpsychotherapie auswirken könnten, untersucht werden. Darüber hinaus sollte erfragt werden, welche Möglichkeiten es gibt, die Behandler auch auf dieser Ebene zur Durchführung von ambulanter Gruppenpsychotherapie zu motivieren und sie in der Umsetzung zu unterstützen.

Ergänzend sollte in der BARGRU-Studie der Erhebung auf der Anbieterseite eine Evaluation der realisierten und kassenärztlich abgerechneten Versorgungsleistungen ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 an die Seite gestellt werden. Neben dem direkten Vergleich der ambulanten gruppen- und einzeltherapeutischen Versorgungsdaten sollten

Veränderungen im Zeitverlauf und spezifische regionale, behandlerbezogene und patientenbezogene Einflussfaktoren untersucht werden.

Anhand der subjektiven Einschätzungen der Behandler auf der Ebene der Primärdatenanalyse und der objektiven Versorgungsdaten der Sekundärdatenanalyse sollte darüber hinaus überprüft werden, ob sich bereits positive oder eventuell auch negative Effekte aus der Reform der Richtlinien-Psychotherapie im Jahr 2017 auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie ableiten lassen. Eine Übersicht über die relevanten Veränderungen der Strukturreform 2017 auf der Ebene der Gruppenpsychotherapie ist der Tabelle 1A in der Anlage 2 zu entnehmen.

3.2 Forschungsgegenstand

Die BARGRU-Studie befasst sich mit der Fragestellung, wie die geringe Versorgung von psychisch Erkrankten mit ambulanter Gruppenpsychotherapie zu erklären ist und welche Verbesserungsmöglichkeiten der ambulanten gruppentherapeutischen Versorgung sich hieraus ableiten lassen. Dabei wurde auch die Frage untersucht, ob sich im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 auch die Durchführungsrate bzw. Inanspruchnahmerate von ambulanter Gruppenpsychotherapie verändert hat.

3.3 Projektziele

Die BARGRU-Studie verfolgte zwei Hauptziele.

Das erste Ziel bestand darin, die aktuelle Versorgungsrealität im Bereich der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu erheben und mögliche Auswirkungen der Reform der Richtlinien-Psychotherapie im Juli 2017 auf das Versorgungsgeschehen zu beurteilen.

Das zweite Ziel bestand darin, hinderliche bzw. förderliche Faktoren zu identifizieren, die sich aus Sicht der Praktiker ungünstig bzw. günstig auf die Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppenpsychotherapie innerhalb des GKV-Systems auswirken. Auf der Ebene der Leistungserbringer (zur Durchführung und kassenärztlichen Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassene niedergelassene Psychotherapeuten und Ärzte) wurden versorgungsrechtliche, organisatorische, patienten-seitige, ausbildungs-bedingte und persönliche Gründe, ambulante Gruppenpsychotherapie (nicht) anzubieten evaluiert.

Ein weiteres Ziel bestand in der Erarbeitung und Entwicklung von Strategien, die zur Erhöhung der realisierten Indikationen ambulanter Gruppenpsychotherapie beitragen können.

3.4 Projektstruktur

Um die oben genannten Zielstellungen zu erreichen, wurden im BARGRU-Projekt zwei unterschiedliche Datenerhebungs- und Datenanalysestränge realisiert.

(1.) Sekundärdatenanalyse: Versorgungsdaten der KBV

Um im Rahmen des ersten Studienziels einen Einblick in die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgungsrealität in Deutschland zu erhalten, wurden die bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorliegenden Versorgungsdaten aus den Jahren 2016, 2017 und 2018 vergleichend ausgewertet. Der durch die KBV zur Verfügung gestellte Datensatz spiegelt die erbrachten Leistungen ambulanter einzel- und gruppenpsychotherapeutischer Behandlungen in für das Projektteam vollständig anonymisierter und kumulierter Form wider. Durch den direkten Vergleich der ambulanten einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Versorgungsdaten sollte untersucht werden, inwiefern sich Belege für eine Unterversorgung mit ambulanter Gruppenpsychotherapie finden lassen. Durch die Betrachtung der Versorgungsleistungen im Zeitverlauf sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich die Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 günstig auf die Umsetzungsrate ambulanter Gruppenpsychotherapie ausgewirkt hat. Schließlich sollte durch die Betrachtung von

Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht, Diagnose) überprüft werden, ob bestimmte Patientengruppen besonders häufig oder gering in den Abrechnungsdaten ambulanter Gruppenpsychotherapie repräsentiert sind. Weiterhin war von Interesse, ob sich mögliche geographische bzw. soziale Einflussfaktoren (z.B. Relation der Gruppenpsychotherapie-Angebote zur Einwohnerdichte bzw. in städtischen vs. ländlichen Regionen) erkennen lassen.

(2.) Primärdatenanalyse: Einschätzungen der Praktiker

Die Ziele zwei und drei der BARGRU-Studie wurden im Rahmen der Primärdatenanalyse realisiert. Dazu wurden alle in Deutschland niedergelassenen und zur Durchführung und kassenärztlichen Abrechnung von ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassenen Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten bzw. Ärzte im Erwachsenenbereich wie auch im Kinder-und-Jugendlichen-Bereich zu den aus ihrer Sicht vorliegenden Barrieren und möglichen Förderfaktoren gegenüber ambulanter Gruppenpsychotherapie befragt. Der Grundgedanke des Projektes bestand darin, auf Erfahrungen der Behandler mit der Beantragung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie zurückzugreifen, um daraus Rückschlüsse über Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten dieser Therapieformen in der Praxis zu ziehen. Die Primärdatenerhebung zeichnete sich durch ein mehrschrittiges und multimodales methodisches Vorgehen aus. In einer ersten Projektphase fanden im Rahmen einer qualitativen Vorgehensweise Fokusgruppen mit niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzten, die Gruppenpsychotherapie in ihrer Praxis durchführen, zur Entwicklung, Validierung und Finalisierung des später eingesetzten Fragebogens statt. In einer zweiten Projektphase wurde dieser Fragebogen bundesweit an alle niedergelassenen und qualifizierten Psychotherapeuten und Ärzte in Deutschland versandt. Die Teilnehmer hatten nun die Möglichkeit, Angaben dazu zu machen, welche Faktoren sich hinderlich bzw. förderlich auf die Entscheidung auswirken, ambulante Gruppenpsychotherapie durchzuführen bzw. nicht anzubieten. Des Weiteren konnten die Teilnehmer angeben, was es ihnen erleichtern würde, ambulante Gruppenpsychotherapie in einem (noch) stärkeren Ausmaß zu realisieren und welche Veränderungen sie sich diesbezüglich wünschen. Der Fragebogen enthielt sowohl quantitative Anteile (Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen) sowie qualitative Anteile (Fragen mit Aufforderung zu Freitextantworten), die mit den entsprechenden Software-Programmen und Methoden ausgewertet wurden (SPSS und Max-QDA). In einer dritten Projektphase wurden die Ergebnisse des Fragebogens wiederum in einem qualitativen Verfahren mittels Fokusgruppen mit niedergelassenen Gruppenpsychotherapeuten kritisch diskutiert. In diesem Rahmen wurden auch Lösungsansätze generiert, um die von den Praktikern genannten hindernden Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie abzubauen und entsprechende fördernde Maßnahmen zu entwickeln, die Praktiker in der Umsetzung ambulanter Gruppenpsychotherapie unterstützen und damit die Versorgungslage für die Patienten verbessern können.

Das BARGRU-Projekt ist nicht in einzelne Teilstudien unterteilt. Im Kern bestand das Projekt-Team aus den Projektleitern Herrn Univ.-Prof. Dr. Dr. Gereon mit der Arbeitsgruppe wissenschaftlicher und studentischer Mitarbeiter sowie Herrn Dr. Heribert Knott. In diesem Rahmen fanden innerhalb des Projektverlaufes regelmäßige Treffen zur Planung einzelner Projektphasen und Evaluation der Zwischenergebnisse statt. Als weiterer Konsortialpartner war Herr Univ.-Prof. Dr. rer. nat. et med. habil. Andreas Faldum im Rahmen der Supervision der Biometrie am BARGRU-Projekt beteiligt. Die beschriebenen Datenerhebungs- bzw. Datenanalysestränge und Projektphasen sind in der Abbildung 1 dargestellt. Durch die Unterstützung der Fragebogenversand-Logistik wirkten die Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso an der Studie mit wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Sekundärdatenanalyse als Kooperationspartner. Die einzelnen Datenanalysestränge und Projektphasen sind in der Abbildung 1 dargestellt.

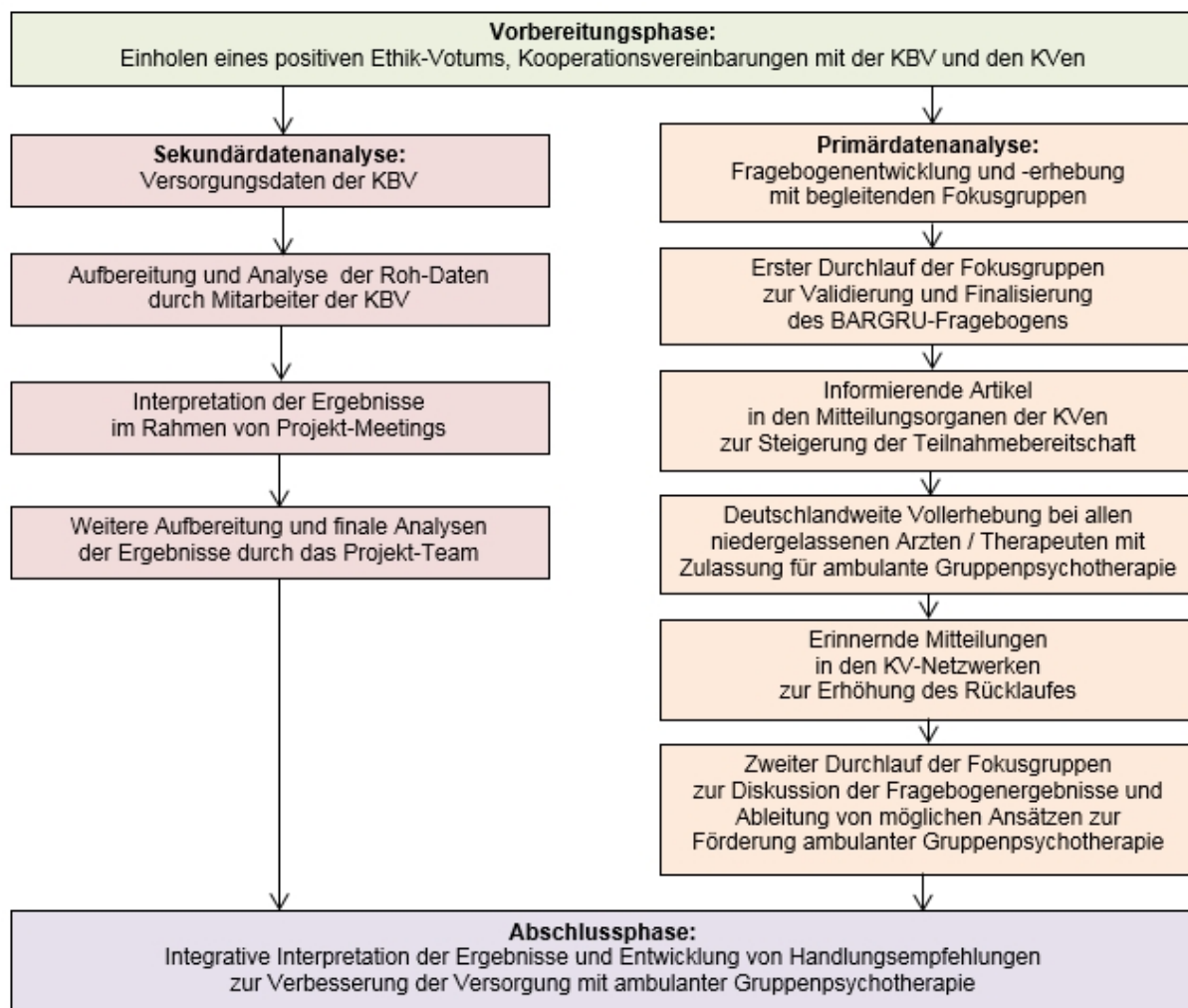


Abbildung 1: Struktur und Verlauf des BARGRU-Projektes

4. Projektdurchführung

Zur detaillierten Nachverfolgung der einzelnen Projektphasen ist der Meilensteinplan der BARGRU-Studie in der Tabellen 2.1A und 2.2A in der Anlage 3 dargestellt.

4.1 Vorbereitungsphase

Vor der Einleitung der Sekundärdatenanalyse und Primärdatenerhebung wurde ein Ethikantrag bei der Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe sowie der Universität Münster gestellt. Aufgrund der personenbezogenen Datenerhebung im Fragebogen- und Fokusgruppenteil wurde ein entsprechendes Datenschutzkonzept für die Primärdatenerhebung verfasst und die entsprechenden Studienmaterialien für die Teilnehmer vorgelegt. Übereinstimmend mit einer Stellungnahme der KBV bedurfte es keines gesonderten Datenschutz-Konzeptes für die Sekundärdatenanalyse, da es sich um vollständig anonymisierte Routinedatensätze des Data Warehouse der KBV handelte. Der Ethikantrag umfasst auch die Vorlage einer schriftlich bestätigten biometrischen Expertise, wie sie durch die Beteiligung des zweiten Konsortialpartners gewährleistet wurde.

Da bereits vor Beginn des BARGRU-Projektes eine Kooperation mit der KBV durch einen Letter of Intend (LOI) vereinbart werden konnte, waren in Bezug auf die Sekundärdatenanalyse keine weiteren Vorbereitungen zu treffen.

Da im Rahmen des Ethikantrages eine Vorversion des BARGRU-Fragebogens eingereicht werden musste, wurde diese vor Studienbeginn in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten e.V. (BAG) erstellt. Die entwickelten Items zielten auf etwaige Probleme in der Indikationsstellung und der praktischen Umsetzung ambulanter Gruppenpsychotherapie ab, beinhalteten Hemmnisse auf der Anbieter- und Patientenseite gegenüber der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie (organisatorisch, administrativ, personenbezogen, weiterbildungsbezogen, institutionsbezogen) und umfassten mögliche fördernde Faktoren bzw. Veränderungswünsche der Praktiker, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie erleichtern könnten. - In der Vorbereitungsphase der Primärdatenerhebung wurden auch die Kooperationsvereinbarungen mit den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) getroffen, mit deren Hilfe die Fragebögen per Post an die Studienteilnehmer weitergeleitet wurden. Diese Unterstützung war aus zwei Gründen erforderlich: Zum einen hatte das Projektteam keine Kenntnis über die Anzahl und Adressen der in Deutschland zur kassenärztlichen Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie qualifizierten Ärzte und Psychotherapeuten. Zum anderen sollte die Datenerhebung vollständig anonym erfolgen, sodass die entsprechenden persönlichen Daten der Teilnehmer dem Projektteam nicht bekannt werden sollten und daher auch nicht gespeichert werden mussten. Der Zugang zu den KVen auf Länderebene wurde durch die vorliegende Empfehlung der KBV befördert.

4.2 Sekundärdatenanalyse

Parallel zu den im Rahmen der Primärdatenanalyse verlaufenden Projektphasen fand die Auswertung der Daten der realisierten ambulanten Patientenversorgung statt, die von der KBV routinemäßig erhoben und dem Projektteam in vollständig anonymisierter und kumulierter Form zur Verfügung gestellt wurden. Dies diente als Ergänzung zur Fragebogenerhebung der objektiven Einschätzung der ambulanten Versorgungsrealität insbesondere im Hinblick auf die Realisierung der ambulanten Gruppenpsychotherapie. Die abgerechneten gruppenpsychotherapeutischen Leistungen wurden sowohl querschnittlich mit den erbrachten einzelspsychotherapeutischen Leistungen vergleichend gegenübergestellt als auch längsschnittlich im Zeitverlauf im Hinblick auf mögliche Effekte der Reform der Psychotherapie-Richtlinie betrachtet. Darüber hinaus sollten mögliche weitere (z.B. patienten-/ behandlerbezogene und regionale) Einflussfaktoren auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie identifiziert werden.

Die Datengrundlage bildete eine Vollerhebung aller zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbrachten und abgerechneten ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsleistungen, die bei der KBV vorliegen. In die Analyse eingeschlossen wurden die Versorgungsleistungen aller niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzte, die zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen im Sinne der Richtlinienpsychotherapie qualifiziert waren. In diesen Versorgungsleistungen inbegriffen sind die Abrechnungsziffern der psychotherapeutischen Sprechstunde, der probatorischen Sitzungen, der psychotherapeutischen Akutbehandlung sowie der Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie. Die betrachteten ambulanten Leistungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie umfassen die Einzelspsychotherapie und die Gruppenpsychotherapie in den jeweils anerkannten Psychotherapieverfahren (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, verhaltenstherapeutische Psychotherapie). Bei den Studien-Daten handelt es sich um Versorgungsleistungen auf der Abrechnungsstufe 2 (Honorarabrechnungen) und geschützte Sozialdaten (d. h. Namen der Patienten bzw. Ärzte/Psychotherapeuten, Wohnort der Patienten und Praxisstandort der Ärzte/Psychotherapeuten können nicht ermittelt werden). Untersucht wurden die Jahre 2016 bis 2018, wobei das Jahr 2017 als „Übergangsjahr“ der geänderten Psychotherapie-Richtlinie gesondert betrachtet wurde.

Analysiert wurden drei Zielvariablen: Die Häufigkeit der abgerechneten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen; die Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben; die Anzahl der Psychotherapeuten/Ärzte, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben. Vergleichend betrachtet wurden querschnittlich die abgerechneten ambulanten Leistungen der Einzelspsychotherapie,

Gruppenpsychotherapie und Kombinationstherapie und zwar differenziert nach Therapieverfahren (psychoanalytisch vs. tiefenpsychologisch vs. verhaltenstherapeutisch) und Therapieform (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie). Zudem wurden mögliche Unterschiede zwischen den Professionen der Behandler, KV-Versorgungsgebieten und Regionen untersucht. Außerdem wurden die Daten stratifiziert nach bestimmten Patientenmerkmalen betrachtet (Alter, Geschlecht, Diagnose). Längsschnittlich wurde die Entwicklung der o. g. Daten durch den Vergleich der Leistungen in den Jahren 2016, 2017 und 2018 eingeschätzt.

Die Hauptfragestellung war, welchen Anteil die ambulante Gruppenpsychotherapie in der aktuellen Versorgungsrealität im Vergleich zur Einzelpsychotherapie einnimmt und ob sich das Verhältnis ambulanter Gruppenpsychotherapie zu ambulanter Einzelpsychotherapie über die Jahre verändert hat. Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse sollte der Frage nachgegangen werden, ob die Strukturreform der Richtlinienpsychotherapie im Jahre 2017 dazu beitragen konnte, die ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgungsleistungen (im Verhältnis zur ambulanten Einzelpsychotherapie) zu erhöhen.

Aufgrund der Kooperationsvereinbarung mit der KBV im Rahmen des BARGRU-Projektes erfolgten regelmäßige telefonische sowie persönliche Konferenzen, um die allgemeinen Studienziele zu kommunizieren, die konkreten Fragestellungen im Hinblick auf die Versorgungsdaten der KBV zu identifizieren und diese mit den Möglichkeiten des Routedatensatzes abzugleichen. Auf der Grundlage der Entscheidung, welche Fragen mithilfe der Versorgungsdaten beantwortet werden sollten und konnten, wurden die entsprechenden Zielvariablen definiert und ein detaillierter Analyseplan entwickelt. Darauf aufbauend wurden die verschiedenen Möglichkeiten der Datenauswertungsverfahren diskutiert und entsprechend ihrer Vorteile und Nachteile abgewogen. Da die originalen Datensätze der KBV nicht exportiert werden dürfen und eine Datenanalyse vor Ort durch die Projektmitarbeiter mit Nachteilen verbunden gewesen wäre (z.B. aufwendige Einarbeitung in ein Datensystem mit unbekanntem Fehlerquellen, hoher Zeit- und Kostenaufwand), nahm das Projektteam das Angebot der KBV an, die Analyse der Rohdaten durch die KBV-Methodiker zu realisieren. Zusätzlich zum regelmäßigen Austausch via Email fanden persönliche Projekttreffen statt, um die Zwischenergebnisse zu diskutieren. Hierbei wurden im Rahmen dieser Meetings Fehlerquellen identifiziert und behoben, statistische Methoden angepasst und Interpretationsmöglichkeiten abgeleitet. Die so erarbeiteten finalen Analyseergebnisse wurden dem Projektteam zur weiteren Aufbereitung und detaillierten Betrachtung zur Verfügung gestellt. Weitere durch das Projektteam vorgenommene Datenauswertungen und Ergebnisdarstellungen wurden durch die KBV-Methodiker nochmals gegengeprüft. In einem Abschlussmeeting wurden die finalen Studienergebnisse ausgetauscht und mögliche Strategien zur Unterstützung der Praktiker und Verbesserung der Versorgungsrealität im Hinblick auf die Implementierung ambulanter Gruppenpsychotherapie erarbeitet.

4.3 Primärdatenanalyse

Die Primärdatenanalyse gliederte sich in die folgenden Projektphasen: Entwicklung und Finalisierung des BARGRU-Fragebogens; Durchführung der Fragebogenerhebung; Transkription, Auswertung und Interpretation der Fragebogenergebnisse sowie Ableitung von Förderstrategien.

Entwicklung und Finalisierung des BARGRU-Fragebogens

In einem ersten Projektschritt wurde die entwickelte Vorversion des Fragebogens mithilfe von vier Fokusgruppen auf inhaltliche Validität, Verständlichkeit, Vollständigkeit und Redundanz hin überprüft. Ziel war es, den Fragebogen zu optimieren und zu finalisieren, bevor er im nächsten Projektschritt bundesweit versandt werden sollte. Es fanden insgesamt 4 Gruppendiskussionen mit jeweils 10 Teilnehmenden statt, zwei davon in Berlin und zwei in Münster (September bis Oktober 2018). Für jede Fokusgruppe wurde ein Zeitrahmen von zwei Stunden eingeplant. Auf der Expertenebene wurden als Teilnehmer niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten eingeschlossen, die in ihrer Praxis ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten und über das System der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-System) abrechnen. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde u.a. auf

Kontakte aus dem Psychotherapeutennetzwerk Münster und Münsterland sowie aus dem Berufsverband der approbierten Gruppenpsychotherapeuten zurückgegriffen. In der Vorbereitungsphase der Fokusgruppen wurden alle relevanten Studienmaterialien für die Teilnehmenden (Studieninformation, Datenschutzhinweise, Teilnahmeerklärung, Reiskostenformulare) sowie ein Moderationsleitfaden erstellt. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden in anonymisierter Form schriftlich protokolliert. Bei der Durchführung der Fokusgruppen wurden alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen und ethischen Vorgaben eingehalten. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und konnte zu jedem Zeitpunkt widerrufen werden, ohne dass den Beteiligten dadurch Nachteile entstanden wären. Zudem erhielten die Beteiligten gemäß Projektantrag eine finanzielle Entschädigung für die Teilnahme an den Fokusgruppen. Die im Rahmen der Fokusgruppen erhobenen Daten wurden mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring qualitativ ausgewertet. Ziel war es, das protokollierte Material im Hinblick auf die oben beschriebenen zuvor festgelegten Kriterien auszuwerten (Validität, Verständlichkeit, Vollständigkeit, Redundanz der einzelnen Fragebogenitems). Ankerpunkt für die Struktur des Kodierungsleitfadens war daher die jeweils iterativ angepasste Version des vorläufigen BARGRU-Fragebogens. Durch die Vor-Evaluation des Fragebogens auf der Expertenebene sollte die Akzeptanz des Fragebogens bei den potenziellen Teilnehmern der Fragebogenstudie sowie deren Teilnahmebereitschaft gefördert werden. Die finale Version des BARGRU-Fragebogens enthielt Items zu folgenden Kernbereichen, die die Teilnehmer auf der Grundlage ihrer persönlichen Einstellung und Praxiserfahrung einschätzen konnten: relevante Faktoren bei der Entscheidung, ambulante Gruppenpsychotherapie (nicht) anzubieten; Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie erschweren/verhindern; Faktoren, die die Durchführung ambulanter Psychotherapie erleichtern/initiieren könnten.

Durchführung der Fragebogenerhebung

In der anschließenden Projektphase wurde die bundesweite Versendung des finalisierten Fragebogens zur Erhebung von Barrieren und Förderfaktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie eingeleitet. Nach der Festlegung der Stichprobengröße durch die am Projekt beteiligten KVen wurde die entsprechende Anzahl an Fragebögen für den Versand vorbereitet und an die KVen weitergeleitet. Über die eingerichteten Adressverteiler der KVen wurde der Fragebogen an alle in Deutschland niedergelassenen und zur kassenärztlichen Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten auf postalischem Weg versandt. Um im Vorfeld auf die BARGRU-Studie aufmerksam zu machen und um an die freiwillige Teilnahme zu erinnern und damit die Rücklaufquote zu erhöhen, wurden in den klassischen und internet-basierten Kommunikationsmedien der KVen zu verschiedenen Zeitpunkten informierende Artikel zur geplanten Fragebogenerhebung publiziert. Zusätzlich erhielten die befragten Ärzte und Psychotherapeuten zusammen mit dem Fragebogen ein Informationsschreiben über die Studie, ein Aufklärungsschreiben zum Datenschutz und einen frankierten Rückumschlag, um den ausgefüllten Fragebogen kostenfrei und anonym an die Studienzentrale in Münster zurücksenden zu können. Dort war werktags ganztägig eine Referenz-Telefonnummer für Rückfragen der Teilnehmenden zur BARGRU-Studie erreichbar. Die Ärzte und Psychotherapeuten wurden im Anschreiben auch darum gebeten, ggf. ihre Nicht-Teilnahme kurz zu begründen.

Transkription und Auswertung der Fragebogenergebnisse

Bereits parallel zu den Rückläufen ausgefüllter Fragebögen in der Studienzentrale in Münster begann die Eingabe der Daten und Auswertung von Zwischenergebnissen. Für die Analyse der quantitativen bzw. qualitativen Fragebogendaten wurden die Programme IBM SPSS bzw. Max-QDA genutzt. In regelmäßigen Abständen erfolgten Projekttreffen zur Qualitätssicherung und Diskussion der Zwischenergebnisse.

Interpretation der Fragebogenergebnisse und Ableitung von Förderstrategien

Um die Fragebogenergebnisse zielgerichtet evaluieren und nutzen zu können, wurden nach Auswertung der Fragebögen nochmals vier Fokusgruppen mit je 10 niedergelassenen Ärzten/Psychotherapeuten, die ambulante Gruppenpsychotherapie im Rahmen des GKV-Systems anbieten, durchgeführt (Februar – März 2020). Das methodische Vorgehen gestaltete sich analog zu den vor der Fragebogenerhebung durchgeführten Expertendiskussionen. In diesem zweiten Durchlauf bestand das Ziel darin, die Fragebogenergebnisse kritisch zu diskutieren und Ansätze für den Abbau hemmender Faktoren und die Entwicklung förderlicher Maßnahmen aus Sicht der Praktizierenden zu generieren. Dieses Vorgehen entsprach dem dritten Projektziel der BARGRU-Studie, Ideen für mögliche Förderstrategien zur Erhöhung der Realisierungsrate ambulanter Gruppenpsychotherapie zu erarbeiten.

4.4 Synthese der Analyseergebnisse

In der Abschlussphase des Projektes wurden die quantitativ und qualitativ gewonnenen Ergebnisse der Sekundär- und Primärdatenanalyse integrierend interpretiert. Auf dieser Basis wurden Handlungsempfehlungen zur Verminderung von Barrieren und Einleitung von Förderstrategien bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie entwickelt.

5. Methodik

Die Studie umfasste im Rahmen eines Mixed-Method-Designs eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Datenerhebungs- und Datenauswertungsverfahren. Verbunden wurde eine Sekundärdatenanalyse (routinemäßig erhobene Versorgungsdaten) mit einer Primärdatenanalyse, die im Kern aus einer quantitativen Datenerhebung bestand (Fragebogenerhebung mit quantitativen und qualitativen Auswertungsformaten) und durch qualitative Verfahren ergänzt wurde (Durchführung von Gruppendiskussionen in Form von Fokusgruppen). Fokussiert wurde die Ebene der Leistungserbringer, die einerseits mithilfe objektiver Daten (Sekundärdatenanalyse) und andererseits mittels subjektiver Einschätzungen (Primärdatenanalyse) näher untersucht werden sollte.

5.1 Sekundärdatenanalyse

Die Auswertung der Routinedaten erfolgte auf der Grundlage der „Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS)“. Die Stichprobengröße der bei der KBV vorliegenden Routinedaten umfasste alle Daten aus den Vollerhebungen aller in Deutschland zu Lasten der GKV abgerechneten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen in den betrachteten Jahren 2016 bis 2018. Bei dieser insgesamt hohen Anzahl relevanter Leistungen wurde vorausgesetzt, dass auch kleine Effekte ($d < .30$) in den Datenauswertungen abgebildet werden können.

Im Rahmen dieser Vollerhebung fokussierten sich die statistischen Methoden auf deskriptive Statistiken und insbesondere Häufigkeitsanalysen in Bezug auf die folgenden drei Zielvariablen: Häufigkeit ambulanter Psychotherapieleistungen; Anzahl der Patienten, die ambulante Psychotherapieleistungen in Anspruch genommen haben und Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten, die ambulante Psychotherapieleistungen erbracht haben. Querschnittlich wurden die Ausprägungen in diesen Variablen differenziert nach Einzelpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie vergleichend gegenübergestellt. Längsschnittlich wurden die Ausprägungen der entsprechenden Variablen in den Jahren 2016, 2017 und 2018 vergleichend betrachtet. Weitere Subgruppenanalysen wurden stratifiziert nach Therapieform (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugend-Psychotherapie), Therapieverfahren (psychoanalytisch vs. tiefenpsychologisch vs. verhaltenstherapeutisch), Profession des Behandlers, Eigenschaften des Patienten und Ort der Leistungserbringung durchgeführt.

5.2 Primärdatenanalyse

Der Fokus der Primärdatenanalyse lag auf der quantitativen Fragebogenerhebung. Auch hier handelt es sich um eine Vollerhebung, bei der die Stichprobengröße bereits vorgegeben war: Eingeschlossen in die Datenanalyse wurden alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland, die zur Durchführung und kassenärztlichen Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassen waren. Der eingesetzte Fragebogen zur Erhebung von Barrieren und fördernden Faktoren bei der Umsetzung ambulanter Gruppenpsychotherapie aus Sicht der Praktiker wurde im Rahmen des Projektes entwickelt und vor dem Start der Umfrage mithilfe von qualitativen Verfahren (Gruppendiskussionen im Rahmen von Fokusgruppen) validiert. Da es nicht um die Messung objektiver Variablen, sondern um die Erhebung subjektiver Einschätzungen ging, wurden bei der Validierung insbesondere Aspekte der Vollständigkeit, Redundanz und Verständlichkeit der einzelnen Items sowie der Ökonomie im Beantwortungsprozess fokussiert. Die finale Version des entwickelten Fragebogens ist in der Anlage 4 zu finden. Inhaltlich gliederte sich der Fragebogen in folgende Abschnitte, in denen die subjektiven Einschätzungen der Teilnehmenden erfragt wurden: Entscheidung zur Teilnahme an der Umfrage; Angabe soziodemographischer Daten und berufsspezifischer Aspekte; Motivation, ambulante Gruppenpsychotherapie durchzuführen bzw. Beweggründe, ambulante Gruppenpsychotherapie nicht anzubieten; organisatorische hinderliche Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie; inhaltliche hinderliche Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie; organisatorische förderliche Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie; inhaltliche förderliche Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie; Zufriedenheit mit der Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie; Nützlichkeit der Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie 2017 sowie Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung. Der Fragebogen enthielt verschiedene Antwortformate: Einerseits wurden Fragen mithilfe von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten beantwortet, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Andererseits hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, mithilfe von Freitextantworten zusätzliche hemmende und fördernde Faktoren zu nennen und die zuvor ausgewählten Antworten näher zu erläutern. Die Multiple-Choice Fragen wurden quantitativ mit dem Datenauswertungsprogramm SPSS ausgewertet. Im Zuge der Vollerhebung wurde v.a. auf deskriptive Analysen zurückgegriffen. Zum Vergleich der binären Fragebogenitems (ja/nein) zwischen den Subgruppen (Durchführung von Gruppenpsychotherapie: ja versus nein – Berufsgruppen: Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – Richtlinienverfahren: psychodynamisch versus verhaltenstherapeutisch) wurden pro Fragebogen-Item und Subgruppe Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und asymptotische, zweiseitige p-Werte berechnet. Die Freitextantworten wurden im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, [3]) mit dem qualitativen Datenauswertungsprogramm Max-QDA transkribiert und ausgewertet. Der Fokus lag hier auf der Kategorisierung der vorliegenden Texte im Sinne der Spezifizierung der bereits vorgegebenen sowie der Identifizierung zusätzlicher Hemm- und Förderfaktoren.

Die im Anschluss erneut durchgeführten qualitativen Gruppendiskussionen in Form von Fokusgruppen bildeten ein weiteres Forum, um die Ergebnisse der Fragebogenerhebung aus Expertensicht zielgerichtet im Sinne des dritten Projektziels (Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Förderung der Implementierung von Gruppenpsychotherapie in die ambulante Praxis) zu validieren und zu diskutieren. Das schriftlich protokollierte Material des ersten wie auch des zweiten Durchlaufes der Fokusgruppen wurde mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring qualitativ ausgewertet. Als Anker für die Struktur des eingesetzten Kodierungsleitfadens wurden die jeweils iterativ angepassten Items des Fragebogens genutzt.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

6.0 Einleitung

Die Ergebnisse des BARGRU-Projektes werden inhaltlich in drei Abschnitten vorgestellt: Im ersten Abschnitt wird die Versorgungsrealität im Hinblick auf die ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie anhand der regelmäßig an die KBV übermittelten kumulierten Daten erbrachter psychotherapeutischer Leistungen der regionalen Mitglieder für die Jahre 2016 bis 2018 berichtet (*Sekundärdatenanalyse*). Von besonderem Interesse sind die folgenden Basiskennzahlen im Kontext ambulanter Einzel- und Gruppenpsychotherapie: Anzahl der Ärzte bzw. Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten mit Gruppenzulassung, die ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen; Anzahl der Patienten, die ambulante Gruppenpsychotherapie erhalten; Häufigkeit erbrachter und kassenärztlich abgerechneter psychotherapeutischer Leistungen. Des Weiteren wurden die Versorgungsdaten im Hinblick auf regionale Besonderheiten und Patienten- / Behandlermerkmale hin untersucht. Von Interesse waren zudem etwaige Veränderungen der abgerechneten Leistungen im Zuge der Reformen der Psychotherapie-Richtlinien zum 01.04. bzw. 01.07.2017.

Im zweiten Abschnitt werden die Kernergebnisse der BARGRU-Fragebogenerhebung zu hemmenden und förderlichen Faktoren bei der Einleitung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie berichtet (*Primärdatenanalyse*). Der BARGRU-Fragebogen wurde an alle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldeten und zugelassenen ambulanten Gruppenpsychotherapeuten in Deutschland versandt.

Im dritten Abschnitt werden die Rückmeldungen und Reflexionen der an den Fokusgruppen beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten vorgestellt, die über die Ergebnisse der BARGRU-Fragebogenerhebung diskutiert und im Sinne des dritten Projektziels Empfehlungen bzw. Vorschläge zur Förderung und Verbesserung der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung aus Sicht praktizierender niedergelassener Gruppenpsychotherapeuten entwickelt haben (*Ableitung möglicher Förderstrategien*).

6.1 Sekundärdatenanalyse: Versorgungsrealität im Hinblick auf ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie in Deutschland in den Jahren 2016 bis 2018 (Quelle: Versorgungsdatensatz der KBV)

Um die im Rahmen der Fragebogenerhebung identifizierten bzw. in den Fokusgruppen diskutierten Barrieren und Förderfaktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungsrealität besser einordnen und interpretieren zu können, wurden die Versorgungsdaten aller in Deutschland abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen in den Jahren 2016 bis 2018 ausgewertet. Primär beschäftigte sich die Sekundärdatenanalyse mit der Frage, welchen Anteil die ambulante Gruppenpsychotherapie in den einzelnen Jahren im Vergleich zur ambulanten Einzelpsychotherapie einnimmt und ob sich das Verhältnis zwischen durchgeführter Gruppen- und Einzelpsychotherapie im Zeitverlauf verändert hat. Eine verhältnismäßig stärkere Zunahme der Abrechnungsquote ambulanter Gruppenpsychotherapie insbesondere nach der Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie 2017 könnte demzufolge darauf hinweisen, dass die eingeleiteten Reformen tatsächlich zu einer Steigerung der Umsetzungsrate gruppentherapeutischer Angebote geführt haben könnten. Als Maßzahlen wurden die Anzahl der Patienten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erhalten haben, die Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erbracht haben sowie die Häufigkeit der abgerechneten gruppentherapeutischen Leistung betrachtet. In Bezug auf diese Leistungshäufigkeit zeichneten sich im Verlauf der Datenanalyse besondere Herausforderungen ab, da im Zuge der Psychotherapie-Richtlinien-Veränderung 2017 auch das Abrechnungssystem für die Durchführung verhaltenstherapeutischer Gruppen angepasst wurde: Eine 100-minütige Einheit ambulante Gruppenpsychotherapie wurde in den verhaltenstherapeutischen Verfahren vor der Reform mithilfe von zwei EBM-Ziffern abgerechnet, während nach der Reform dafür lediglich eine EBM-Ziffer einzusetzen war und 50-minütige ambulante Gruppentherapieleistungen mit dem Zusatz „H“ gekennzeichnet

wurden. Um diese Veränderungen zu berücksichtigen, wurden in den statistischen Auswertungen beide Abrechnungssysteme aneinander angeglichen und damit vergleichbar gemacht – konkret bedeutet dies, dass alle ambulanten verhaltenstherapeutischen Gruppentherapieleistungen im neuen Abrechnungssystem ohne die Zusatzkennziffer „H“ mit 2 multipliziert wurden. Im Folgenden werden nur die zentralen Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse berichtet, die im Hinblick auf die Entwicklung von Lösungsansätzen zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie relevant sind. In der Tabelle 2 ist eine Übersicht der Auswertungspopulation der Sekundärdatenanalyse dargestellt. Die ausführlichen Ergebnistabellen zu den in den folgenden Abschnitten untersuchten konkreten Fragestellungen sind im Anhang 5 zu finden. Bei der Betrachtung und Interpretation der Patienten- und Therapeutenanzahlen ist generell zu beachten, dass sich die dargestellten Häufigkeiten auf Leistungen beziehen, die **mindestens** einmal erhalten bzw. erbracht wurden. Daher kann ein Patient / Therapeut in mehreren Kollektiven vorhanden sein, je nachdem, welche Leistungen er erhalten / erbracht hat. Allein bei der Angabe der Leistungshäufigkeiten sowie bei der Unterscheidung zwischen reiner Einzelpsychotherapie, reiner Gruppenpsychotherapie und Kombinationstherapie handelt es sich um disjunkte Gruppen, die innerhalb des betrachteten Jahres aufsummiert werden können.

Tabelle 2: Übersicht über die Gesamtanzahl der Patienten, Ärzte / Psychotherapeuten und abgerechneten Leistungen in der Auswertungspopulation der Sekundärdatenanalyse (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; rGT: reine Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; rET: reine Einzelpsychotherapie; KT: Kombinationstherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie ; LH: Leistungshäufigkeit)

	2016	2017	2018
Insgesamt (ET,GT,Sp,Akut,Pb)			
Anzahl Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben	2.055.202	2.360.218	2.592.484
ET	1.403.686	1.404.728	1.406.382
GT	37.001	41.149	49.264
Anzahl abgerechneter psychotherapeutischer Leistungen = Leistungshäufigkeit	23.515.029	27.663.234	31.006.718
ET	19.207.220	19.035.129	18.609.277
GT	674.206	724.431	919.737
Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben	33.904	35.972	37.465
ET	32.410	34.149	35.541
GT	2.025	2.378	2.713
RLPT (AP,TP,VT)			
Anzahl Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung (AP,TP,VT) erhalten haben	1.418.346	1.420.361	1.424.075
AP	78.490	85.344	91.007
TP	600.011	576.935	548.256
VT	761.445	780.311	799.105
Anzahl abgerechneter psychotherapeutischer Leistungen (AP,TP,VT) = Leistungshäufigkeit	19.881.426	19.759.560	19.529.014
AP	2.751.520	2.804.910	2.979.801
TP	8.061.525	7.720.186	7.218.674
VT	9.068.381	9.234.464	9.330.539
Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung (AP,TP,VT) erbracht haben	32.419	34.162	35.557
AP	6.039	6.162	6.188
TP	17.520	18.011	17.949
VT	15.160	16.464	17.710

	2016	2017	2018
Anzahl Patienten in rGT, rET oder KT			
reine GT (Leistungsverhältnis 1:10 (ET-LH : GT-LH) oder (ET-LH=0 und GT-LH > 0))	20.275	21.622	24.793
reine ET - Patienten mit abgerechneten Leistungen in Einzeltherapie (ohne Gruppentherapie)	1.381.345	1.379.212	1.374.811
Kombinationstherapie ohne Patienten in reiner GT	16.726	19.527	24.471
Anzahl Patienten in ET und GT, differenziert nach RLPT			
AP mindestens eine ambulante einzelnpsychotherapeutische Leistung	75.563	81.817	87.190
mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung	5.184	6.257	7.251
TP mindestens eine ambulante einzelnpsychotherapeutische Leistung	590.868	567.555	538.438
mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung	16.118	17.469	19.365
VT mindestens eine ambulante einzelnpsychotherapeutische Leistung	757.712	776.146	794.218
mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung	16.381	18.339	22.990

6.1.1 Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erhalten haben

a) Häufigkeiten in der Gesamtbetrachtung

Betrachtet man lediglich die absoluten Häufigkeiten, so hat die Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante Gruppentherapiesitzung erhalten haben, deutlich zugenommen und zwar von 2016 zu 2017 um 11% und von 2017 zu 2018 sogar um 20%. Die absoluten Häufigkeiten sind in der Abbildung 2.1 dargestellt. Um diese Werte angemessen interpretieren zu können, gilt es allerdings zu bedenken, dass ebenso die Grundgesamtheit der Patienten, die eine ambulante psychotherapeutische Leistung (Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie) erhalten haben, zwischen 2016 und 2018 um 26% gestiegen ist. Adjustiert an dieser Grundgesamtheit (N = 2.592.484) zeigt sich, dass sich der Anteil der Patienten, die mindestens eine ambulante Gruppentherapiesitzung erhalten haben, in den Jahren 2016 bis 2018 kaum verändert hat (siehe Abbildung 2.2). Betrachtet man das Verhältnis zwischen ambulanter Einzel- und Gruppenpsychotherapie, so erhielten 2018 54% aller ambulant psychotherapeutisch versorgten Patienten einzelnpsychotherapeutische Leistungen, während nur 2% aller Patienten mit psychotherapeutischem Behandlungsbedarf an gruppentherapeutischen Angeboten teilnahmen. 67% aller Patienten erhielten 2018 Leistungen im Sinne der Sprechstunde, Akutbehandlung und / oder Probatorik. Bei der Interpretation dieser Prozentangaben ist zu beachten, dass sie sich auf den Anteil der Patienten beziehen, die **mindestens** eine Leistung in Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Sprechstunde usw. erhalten haben. Da ein Patient dadurch in mehreren Kollektiven vorhanden sein kann, je nachdem welche Leistungen er erhalten hat, ergibt die Summe der einzelnpsychotherapeutischen, gruppenpsychotherapeutischen und weiteren Leistungen nicht 100%. Nur bei der Betrachtung der Patientengruppen der reinen Einzelpsychotherapie, reinen Gruppenpsychotherapie und Kombinationstherapie (Abschnitt 6.1.1.c)) summiert sich die Patientenzahl auf 100%, da es sich hier um disjunkte Gruppen handelt. Zu bemerken ist, dass sich - vermutlich im Zuge der Einführung der Sprechstunde und Akutbehandlung - der Anteil der Patienten, die ambulante einzelnpsychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, von 2016 zu 2018 um 14% reduziert hat (adjustiert an der Grundgesamtheit der Patienten, die psychotherapeutisch ambulant

versorgt wurden). Alle absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen sind in den Tabellen 3.1A, 3.2A und 3.3A in der Anlage 5.1 zu finden.

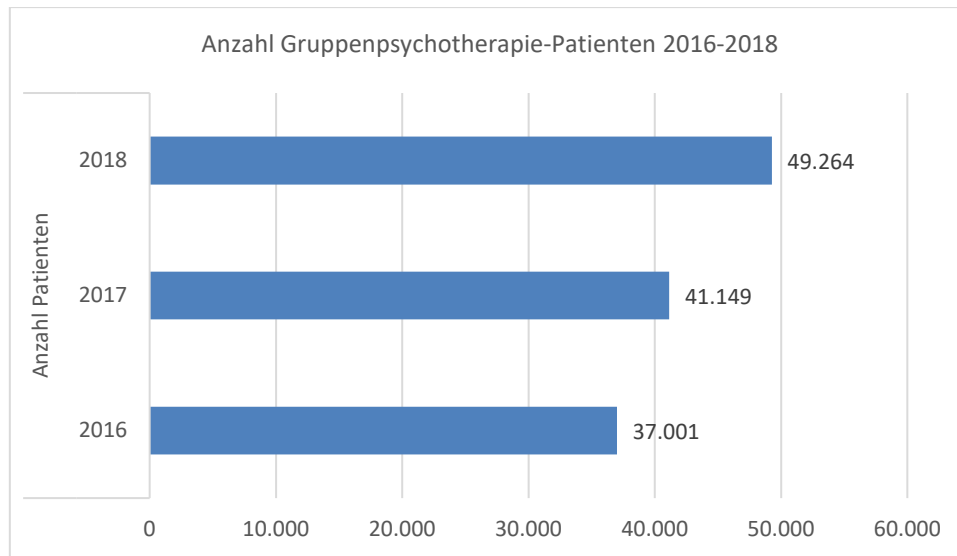


Abbildung 2.1: Absolute Häufigkeiten der Patienten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erhalten haben

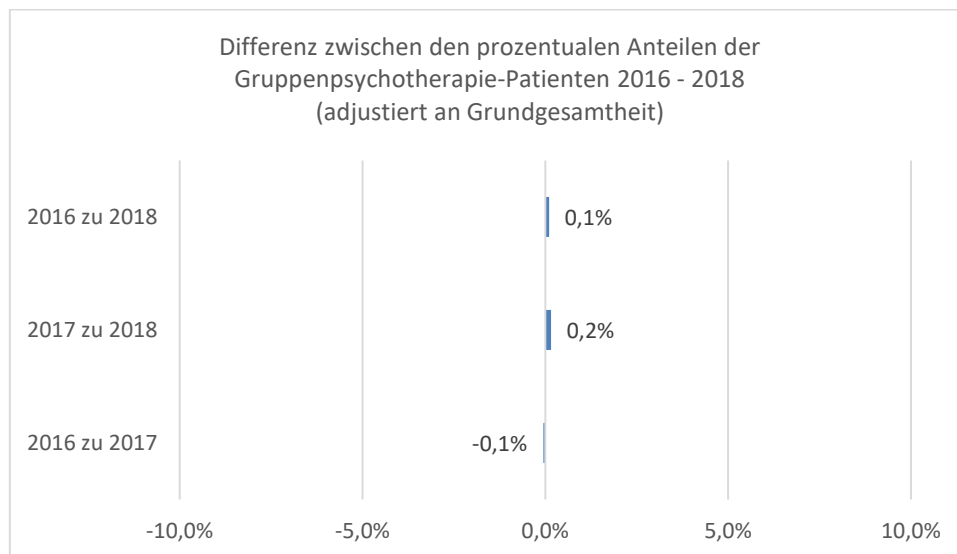


Abbildung 2.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil der Patienten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erhalten haben – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle Patienten mit jeglichen ambulanten psychotherapeutischen Leistungen: Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie – 2016: n = 2.055.202; 2017: n = 2.360.218; 2018: n = 2.592.484)

b) Subgruppenanalyse differenziert nach Richtlinienverfahren

In den absoluten Häufigkeiten bildet sich ab, dass deutlich mehr Patienten an einer verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologischen Gruppe teilnahmen als an einer psychoanalytisch orientierten Gruppe. Während 2016 und 2017 etwa gleich viele Patienten eine tiefenpsychologische bzw. verhaltenstherapeutische Gruppenleistung erhielten, nahmen 2018 deutlich mehr Patienten an einer verhaltenstherapeutischen Gruppe teil (siehe Abbildung 3.1). Betrachtet man die Differenz in den prozentualen Anteilen adjustiert an der Grundgesamtheit aller Patienten, die eine Richtlinienpsychotherapie (Einzelpsychotherapie oder Gruppenpsychotherapie in den drei Therapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie) erhalten haben, so zeigt sich zwar, dass der Anteil der Patienten in den verhaltenstherapeutischen Verfahren

etwas stärker zunimmt als in den restlichen Richtlinienverfahren. Insgesamt sind diese Zunahmen allerdings marginal, wie es sich auch schon in der Gesamtbetrachtung der Häufigkeiten von Patienten in ambulanter Gruppenpsychotherapie abzeichnete (siehe Abbildung 3.2). Für den interessierten Leser sind alle absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen in den Tabellen 4.1A, 4.2A und 4.3A in der Anlage 5.1 dargestellt.

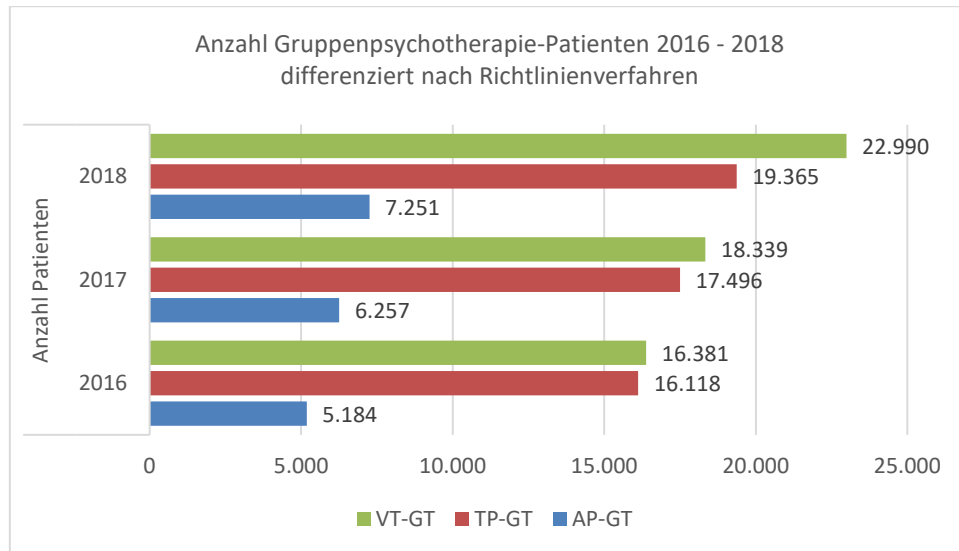


Abbildung 3.1: Absolute Häufigkeiten der Patienten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erhalten haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

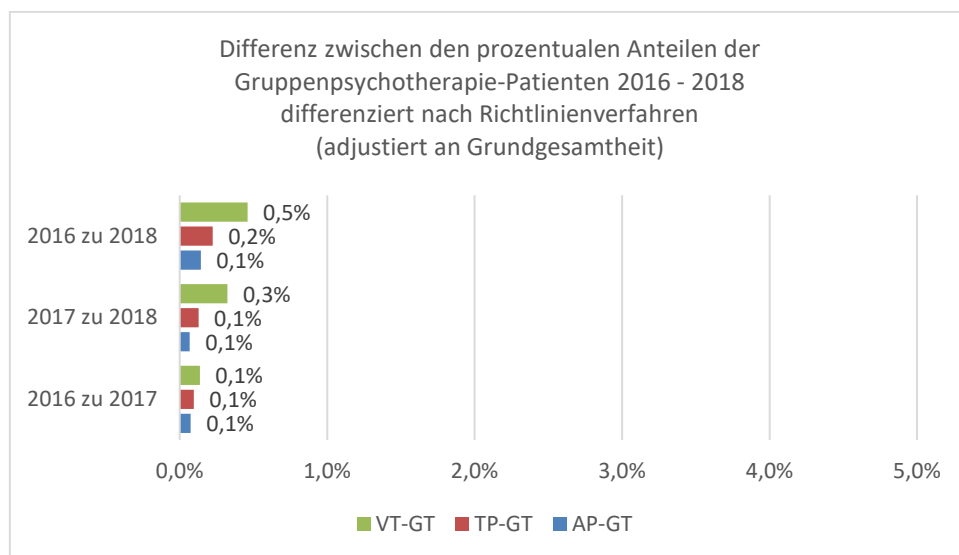


Abbildung 3.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil der Patienten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erhalten haben – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle Patienten in ambulanter Richtlinienpsychotherapie: Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie) - differenziert nach Therapieverfahren (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

c) Betrachtung von reiner Einzeltherapie, reiner Gruppentherapie und Kombinationstherapie

Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurde auf der Patientenebene der Anteil der Patienten berechnet, die eine reine ambulante Gruppentherapie (rGT) bzw. eine Kombinationstherapie (KT) oder eine reine ambulante Einzeltherapie (rET) erhalten haben. Patienten wurden der Untergruppe der reinen

Gruppenpsychotherapie zugeordnet, sofern der Anteil der Einzelsitzungen am Anteil der Gruppensitzungen nicht das Verhältnis 1:10 überschritten hat. Wurde dieses Leistungsverhältnis überschritten, so wurden die Patienten der Untergruppe der Kombinationstherapie zugeordnet. Sofern ein Patient nur Einzeltherapien erhalten hat, wurde er der Gruppe reine Einzeltherapie zugeordnet. In Abbildung 4.1 sind die absoluten Häufigkeiten der Patienten dargestellt, die eine reine Gruppentherapie bzw. Kombinationstherapie erhalten haben. Deutlich wird, dass sich das Verhältnis der reinen Gruppentherapie und Kombinationstherapie im Zeitverlauf immer mehr angleicht. Während 2016 deutlich mehr Patienten eine reine Gruppentherapie erhielten, nahmen 2018 nahezu gleich viele Patienten an einer reinen Gruppentherapie bzw. Kombinationstherapie teil. Auch insgesamt betrachtet erhöht sich die absolute Anzahl der Patienten, die jenseits der Einzelpsychotherapie eine Gruppen- oder Kombinationsbehandlung in Anspruch nahmen. Adjustiert an der Grundgesamtheit der Patienten, die eine ambulante Richtlinienpsychotherapie erhalten haben (reine Einzeltherapie, reine Gruppentherapie, Kombinationstherapie), die generell im Zeitverlauf zugenommen hat, fallen diese Veränderung allerdings erneut marginal aus (siehe Abbildung 4.2). Obwohl der Anteil der Patienten in Kombinationsbehandlung stärker zugenommen hat als der Anteil der Patienten in reiner Gruppenpsychotherapie, beträgt dieser Anstieg lediglich 0,5%. Damit ist die reine Gruppenpsychotherapie wie auch die Kombinationstherapie gegenüber der reinen Einzelpsychotherapie weiterhin stark unterrepräsentiert. Betrachtet man die Grundgesamtheit aller Patienten, die 2018 eine Richtlinienpsychotherapie erhalten haben, so erhalten 96,5% eine reine Einzelpsychotherapie und nur jeweils 1,7% eine reine Gruppenpsychotherapie bzw. Kombinationsbehandlung. Für den interessierten Leser sind alle absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen in den Tabellen 5.1A, 5.2A, und 5.3A in der Anlage 5.1 aufgelistet.

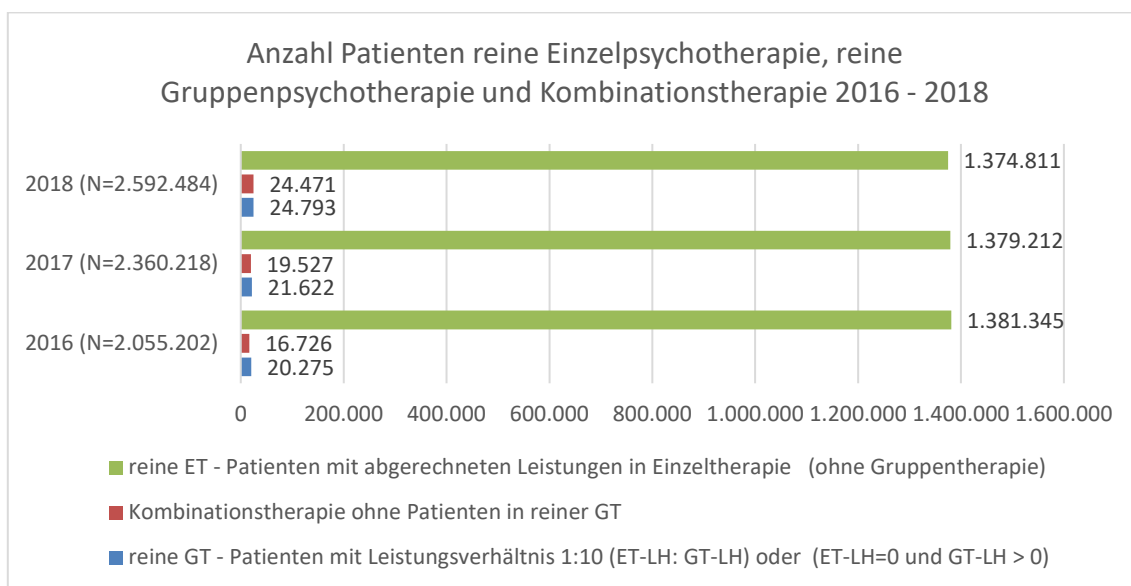


Abbildung 4.1: Absolute Häufigkeiten der Patienten, die eine reine Gruppentherapie bzw. Kombinationstherapie erhalten haben (ET: Einzelpsychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; LH: Leistungshäufigkeit)

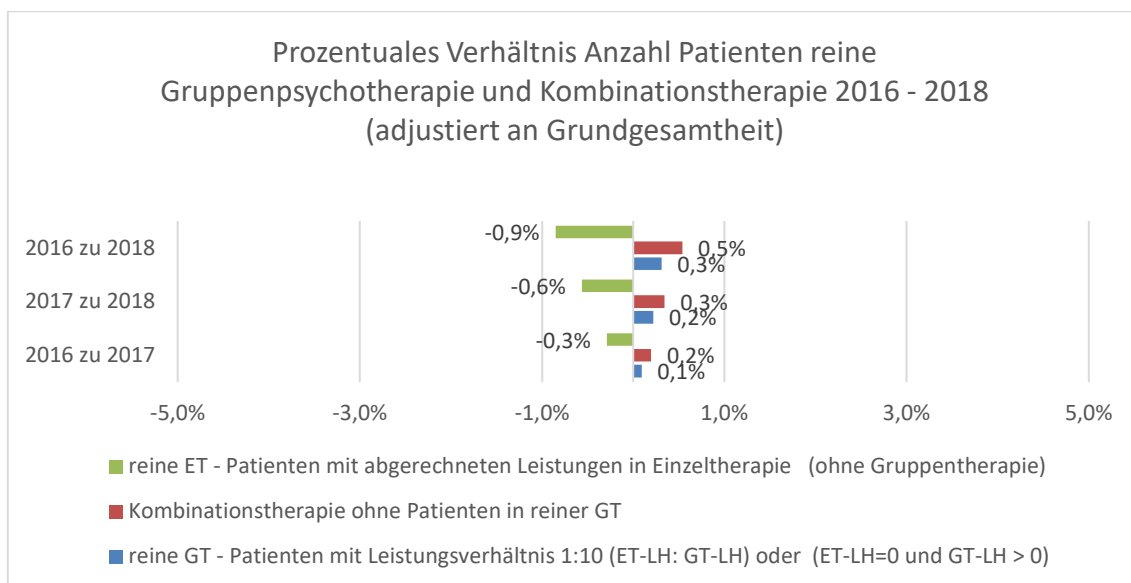


Abbildung 4.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil der Patienten, die eine reine Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung erhalten haben – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle Patienten in Richtlinienpsychotherapie: reine Einzelpsychotherapie, reine Gruppenpsychotherapie, Kombinationstherapie) (ET: Einzelpsychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; LH: Leistungshäufigkeit)

6.1.2 Anzahl der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erbracht haben

a) Häufigkeiten in der Gesamtbetrachtung

In den absoluten Häufigkeiten zeigt sich, dass die absolute Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erbracht haben, von 2016 zu 2017 um 17% und von 2017 zu 2018 um 14% gestiegen ist. Die absoluten Häufigkeiten sind in der Abbildung 5.1 dargestellt. Wieder setzt eine angemessene Interpretation dieser Werte die Adjustierung an der Grundgesamtheit aller Ärzte/Psychotherapeuten voraus, die jegliche ambulante psychotherapeutische Leistungen in den betrachteten Zeiträumen erbracht haben (Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie). Unter Berücksichtigung dieser Adjustierung steigt der Anteil der Ärzte/Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Sitzung durchgeführt haben, nur minimal um jeweils 0,6% in den einzelnen Jahren an (siehe Abbildung 5.2). Im Vergleich der Einzel- und Gruppenpsychotherapie ist erneut der Anteil der Ärzte/Psychotherapeuten, die ambulante psychotherapeutische Gruppen anbieten, stark unterrepräsentiert: im Jahr 2018 rechnen 95% aller Ärzte/Psychotherapeuten einzelpsychotherapeutische Leistungen und lediglich 7% gruppentherapeutische Leistungen ab. Alle absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen sind in den Tabellen 6.1A, 6.2A und 6.3A in der Anlage 5.2 zu finden.

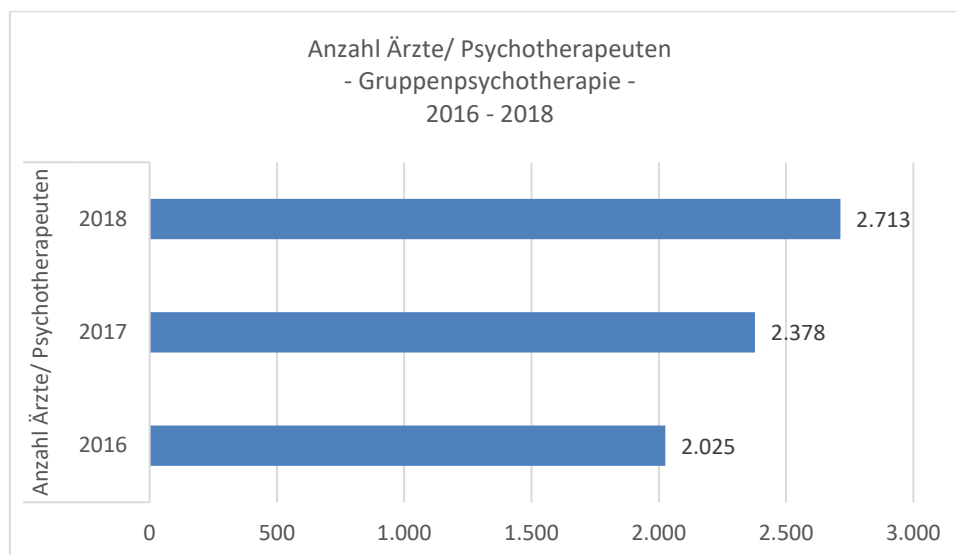


Abbildung 5.1: Absolute Häufigkeiten der Ärzte/Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erbracht haben

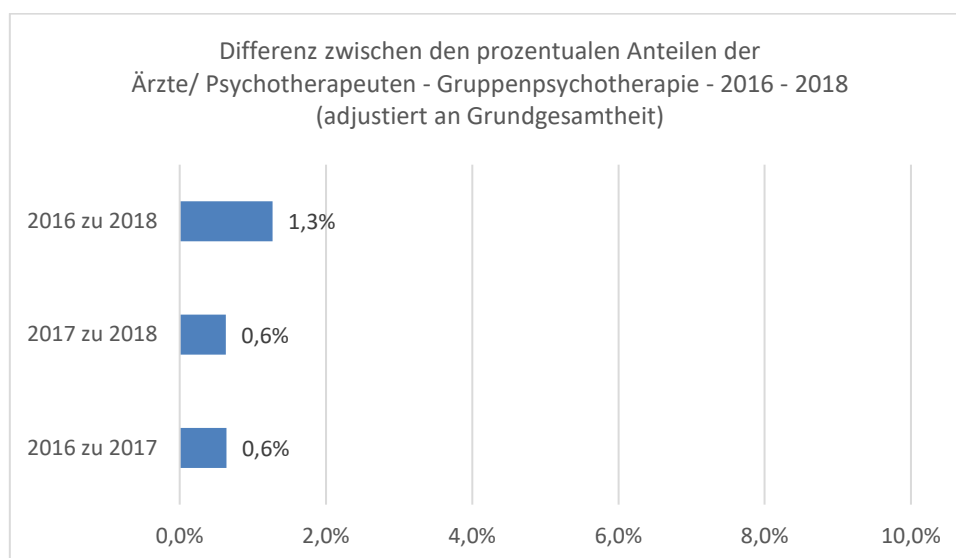


Abbildung 5.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erbracht haben – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle Ärzte/Psychotherapeuten mit jeglichen ambulanten psychotherapeutischen Leistungen: Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie – 2016: n = 33.904; 2017: n = 35.972; 2018: n = 37.465)

b) Subgruppenanalyse differenziert nach Richtlinienverfahren

In den absoluten Häufigkeiten bildet sich ab, dass deutlich mehr Ärzte/Psychotherapeuten in den verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Verfahren ambulante Gruppensitzungen durchführen als in den psychoanalytischen Verfahren. Während 2016 noch deutlich mehr Behandler tiefenpsychologische Gruppenleistungen anboten, führten 2018 mehr Ärzte/Psychotherapeuten verhaltenstherapeutische Gruppensitzungen durch (siehe Abbildung 6.1). Betrachtet man die Differenz zwischen den Anteilen adjustiert an der Grundgesamtheit aller Ärzte/Psychotherapeuten, die eine Richtlinienpsychotherapie (Einzelpsychotherapie oder Gruppenpsychotherapie in den drei anerkannten Therapieverfahren) durchgeführt haben, so zeigt sich zwar, dass der Anteil der Behandler in den verhaltenstherapeutischen Verfahren etwas mehr zugenommen hat als in den restlichen Richtlinienverfahren. Insgesamt sind diese Zunahmen allerdings marginal, wie es sich auch schon in der Gesamtbetrachtung der Häufigkeiten von Ärzten/Psychotherapeuten mit

gruppenpsychotherapeutischem Angebot abgezeichnet hat (siehe Abbildung 6.2). Alle absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen sind in den Tabellen 7.1A, 7.2A und 7.3A in der Anlage 5.2 dargestellt.

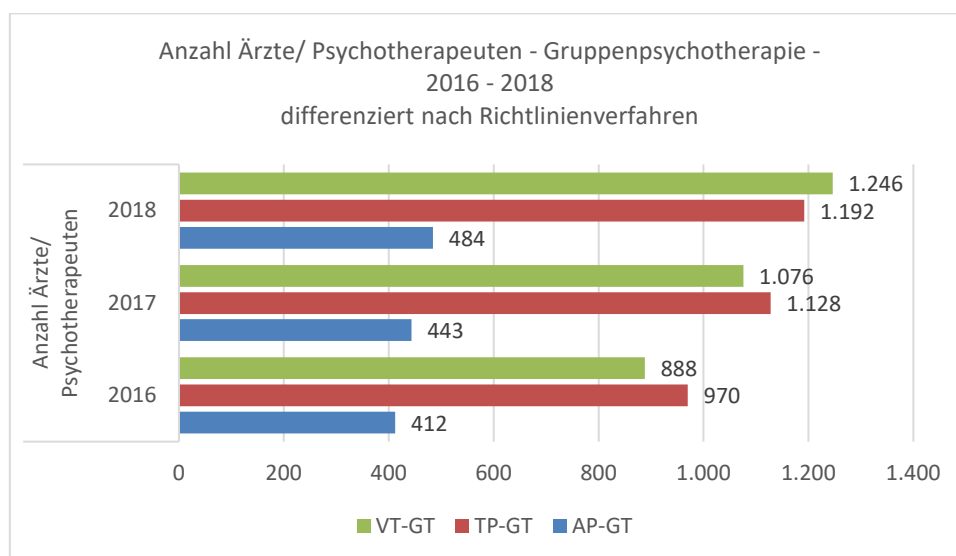


Abbildung 6.1: Absolute Häufigkeiten der Ärzte/ Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

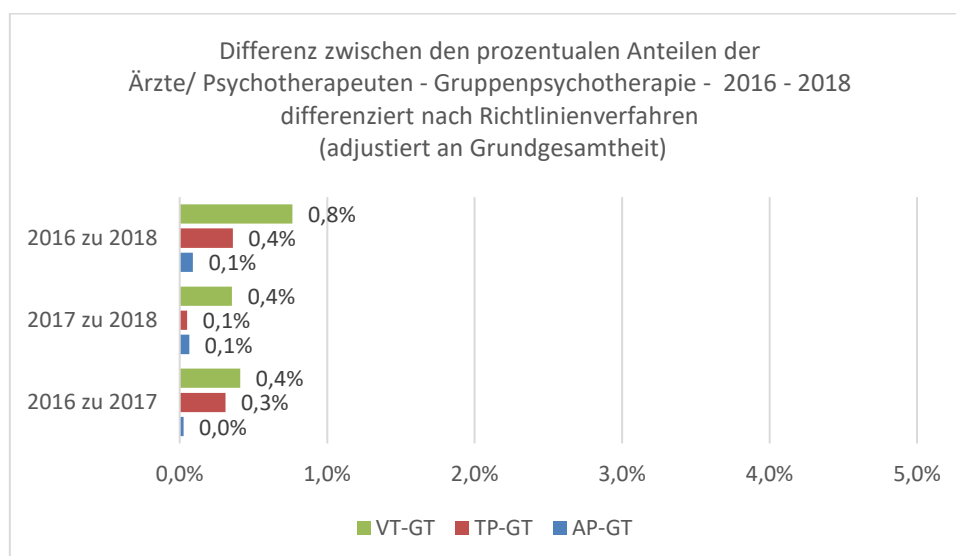


Abbildung 6.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erbracht haben – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle Ärzte/Psychotherapeuten mit ambulanten Leistungen in Richtlinienpsychotherapie: Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie) - differenziert nach Therapieverfahren (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

c) Betrachtung von Erwachsenen-Gruppenpsychotherapie und Kinder-und-Jugendlichen-Gruppenpsychotherapie

Im Hinblick auf die absoluten Häufigkeiten (siehe Abbildung 7.1) zeichnet sich ab, dass die Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten mit ambulantem gruppenpsychotherapeutischem Angebot in der Erwachsenenpsychotherapie insgesamt etwas stärker ansteigt (von 2016 auf 2017 um 18% und von 2017 auf 2018 um 14%) als die entsprechende Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten in der Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie (von 2016 auf 2017 um 12% und von 2017 auf 2018 um 16%). Betrachtet

man die absoluten Werte allerdings vor dem Hintergrund der im Zeitverlauf generell ansteigenden Anzahl psychotherapeutisch tätiger Ärzte/Psychotherapeuten, so fallen die berichteten Veränderungen erneut marginal aus. Neben den o.g. Werten ist in der Abbildung 7.2 ebenfalls die Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten dargestellt, die in einem ausgeglichenen Verhältnis sowohl Erwachsene als auch Kinder/Jugendliche behandeln und somit der Kategorie „Hybrid“ zugeordnet wurden. Die absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen sind in den Tabellen 8.1A, 8.2A und 8.3A in der Anlage 5.2 dargestellt.

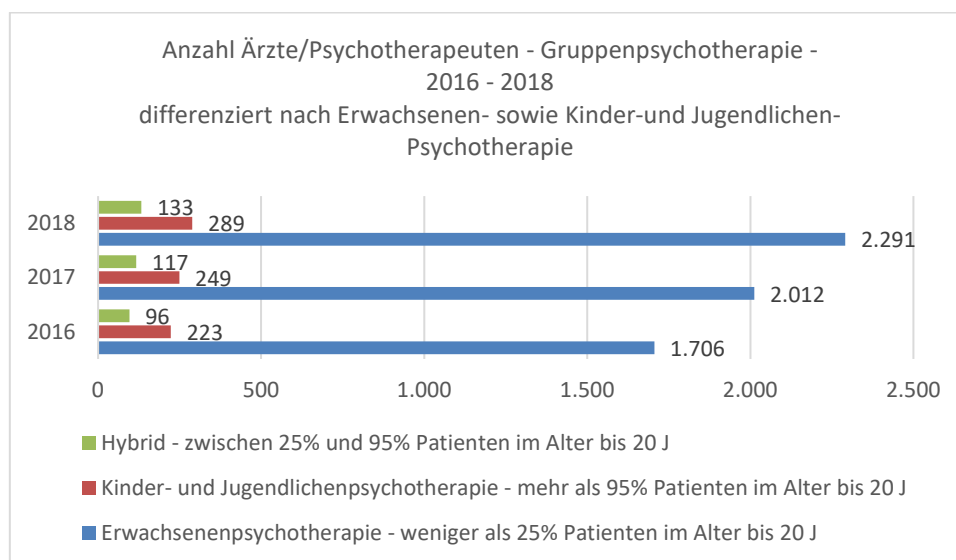


Abbildung 7.1: Absolute Häufigkeiten der Ärzte/Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erbracht haben - Vergleich von ambulanter Erwachsenenpsychotherapie, Kinder- und Jugend-Psychotherapie und solchen Ärzten/Psychotherapeuten, in einem ausgewogenen Verhältnis die sowohl Erwachsene als auch Kinder/Jugendliche behandeln (Kategorie „Hybrid“)

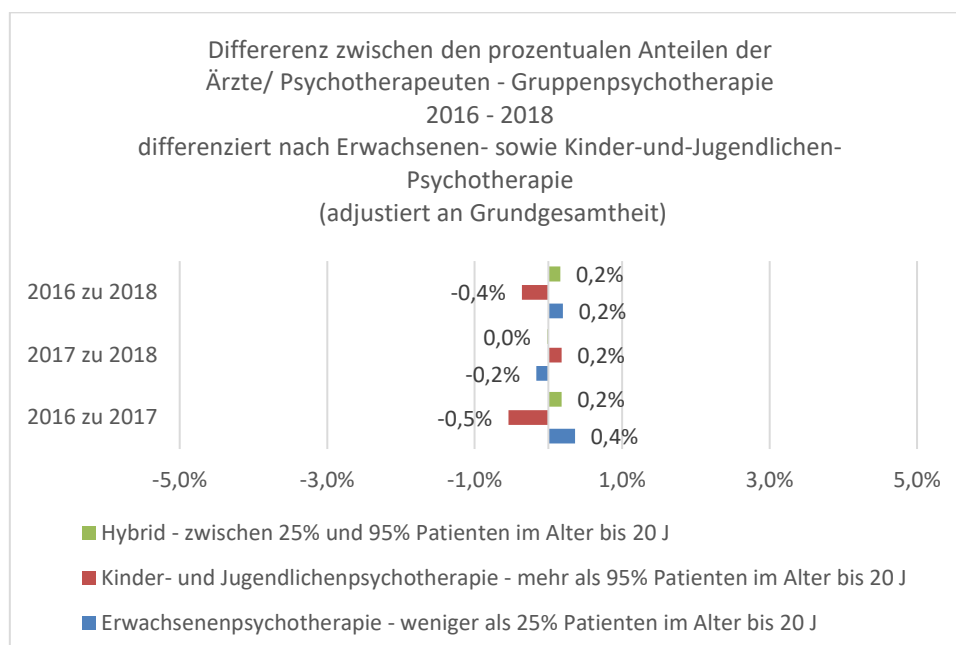


Abbildung 7.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppentherapeutische Leistung erbracht haben – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle psychotherapeutisch tätigen Ärzte/Psychotherapeuten) - Vergleich von ambulanter Erwachsenenpsychotherapie, Kinder- und Jugend-Psychotherapie und solchen Ärzten/Psychotherapeuten, die in einem ausgewogenen Verhältnis sowohl Erwachsene als auch Kinder / Jugendliche behandeln (Kategorie „Hybrid“)

6.1.3 Häufigkeit der abgerechneten ambulanten gruppentherapeutischen Leistungen

a) Häufigkeiten in der Gesamtbetrachtung

Im Hinblick auf die absoluten Häufigkeiten nimmt die Anzahl abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen im Zeitverlauf und insbesondere im Übergang von 2017 zu 2018 mit einem Wert von 27% deutlich zu. Die absoluten Häufigkeiten sind in der Abbildung 8.1 dargestellt. Eine adäquate Interpretation dieser Veränderungen ist nur zulässig, wenn man die Grundgesamtheit aller abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen (Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie) miteinbezieht. Unter der Berücksichtigung, dass auch diese Leistungshäufigkeiten im Zeitverlauf zugenommen haben, lässt sich im Hinblick auf den Anteil der abgerechneten ambulanten Gruppentherapiesitzungen kaum eine Veränderung feststellen (siehe Abbildung 8.2). Betrachtet man das Verhältnis zwischen ambulanter Einzel- und Gruppenpsychotherapie, so entfielen im Jahr 2018 60% aller abgerechneten Leistungen auf einzeltherapeutische Maßnahmen und nur 3% aller abgerechneten Leistungen auf gruppentherapeutische Interventionen (die restlichen 37% aller abgerechneten Leistungen entfielen auf die Sprechstunde, Probatorik und Akutbehandlung). Wiederum ist zu bemerken, dass sich - vermutlich im Zuge der Einführung der Sprechstunde und Akutbehandlung – der Anteil der abgerechneten einzelpsychotherapeutischen Leistungen von 2016 zu 2018 um 22% reduziert hat (adjustiert an der Grundgesamtheit aller abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen). Alle absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen sind in den Tabellen 9.1A, 9.2A und 9.3A in der Anlage 5.3 zu finden.

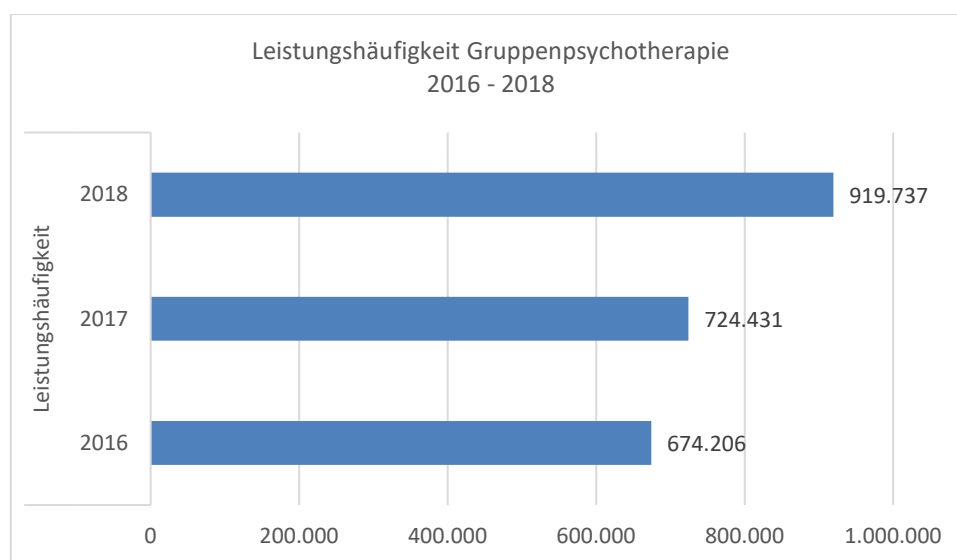


Abbildung 8.1: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen

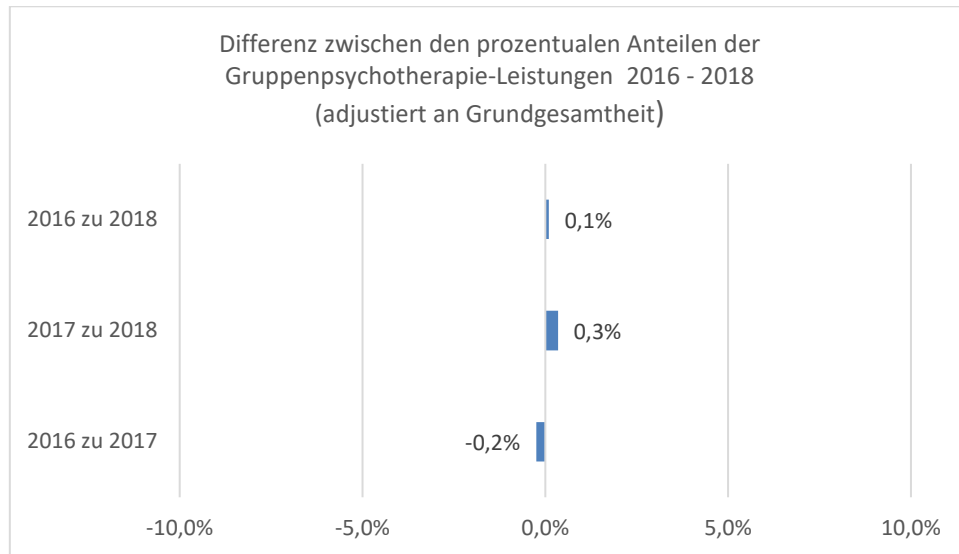


Abbildung 8.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – adjustiert an der Grundgesamtheit (jegliche ambulante psychotherapeutischen Leistungen: Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie – 2016: n = 23.515.029; 2017: n = 27.663.234; 2018: n = 31.006.718)

b) Subgruppenanalyse differenziert nach Richtlinienverfahren

In den absoluten Häufigkeiten bildet sich ab, dass deutlich mehr verhaltenstherapeutische ambulante Gruppenleistungen gegenüber tiefenpsychologischen ambulanten Gruppenleistungen in allen betrachteten Jahren durchgeführt wurden und insbesondere der Anteil der verhaltenstherapeutischen ambulanten Gruppen von 2017 zu 2018 um 39% gestiegen ist. Wiederum zeigt sich, dass ambulante gruppentherapeutische Leistungen am seltensten in den psychoanalytischen Verfahren durchgeführt wurden (siehe Abbildung 9.1). Um diese Daten angemessen interpretieren zu können, erfolgte eine Adjustierung der absoluten Häufigkeiten an der Grundgesamtheit aller in den Richtlinienverfahren abgerechneten ambulanten Leistungen in den Jahren 2016, 2017 und 2018 (Einzelpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie). Obwohl sich wieder nur geringe Zunahmen der gruppentherapeutischen ambulanten Leistungen zeigen, tritt dennoch die Steigerung der Leistungshäufigkeit ambulanter verhaltenstherapeutischer Gruppen von 2017 zu 2018 um 0,7% deutlich hervor (siehe Abbildung 9.2). Alle absoluten und relativen Häufigkeiten adjustiert auf die Grundgesamtheit sowie deren Veränderungen sind in den Tabellen 10.1A, 10.2A und 10.3A in der Anlage 5.3 dargestellt.

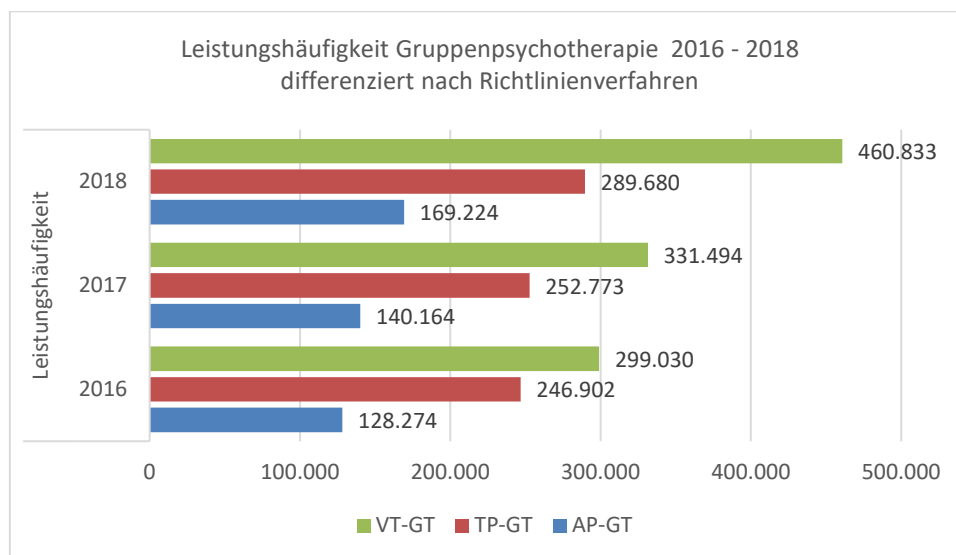


Abbildung 9.1: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie) – VT-GT Leistungen, die nach der Strukturreform 2017 ohne das Zusatzkennzeichen „H“ abgerechnet wurden, wurden in den Datenanalysen mit 2 multipliziert

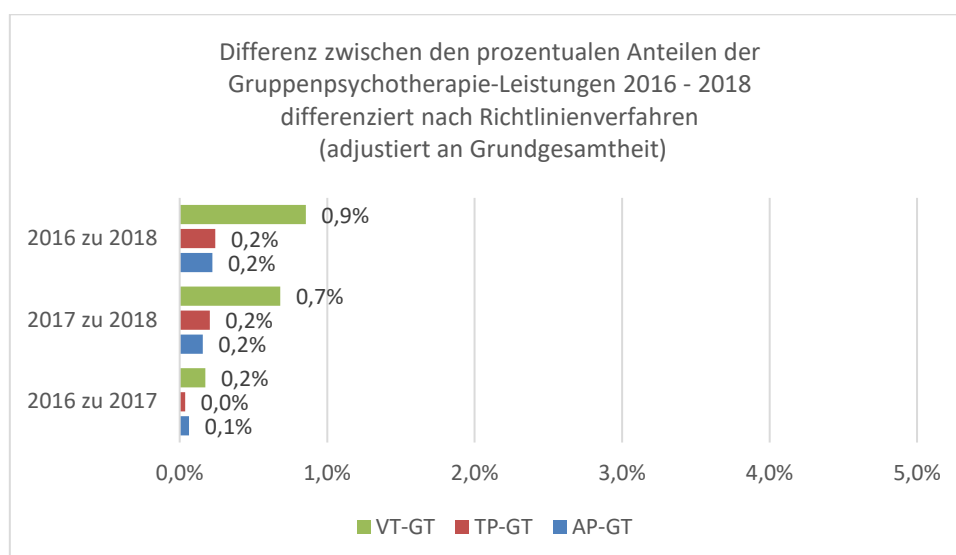


Abbildung 9.2: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – adjustiert an der Grundgesamtheit (jegliche ambulante Leistungen in Richtlinienpsychotherapie: Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie) – differenziert nach Therapieverfahren (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

c) Leistungshäufigkeiten im Jahr 2018 differenziert nach Gruppengröße und Therapieverfahren

Wie bereits oben erwähnt lässt die Gesamtbetrachtung der absoluten Häufigkeiten erkennen, dass im Jahr 2018 deutlich mehr verhaltenstherapeutische als tiefenpsychologische ambulante Gruppenleistungen abgerechnet wurden, während in den psychoanalytischen Verfahren am wenigsten ambulante Gruppen durchgeführt wurden. Abbildung 10.1 stellt die Aufteilung der jeweiligen Leistungshäufigkeiten differenziert nach Gruppengröße für die drei Richtlinienverfahren dar. Auf den ersten Blick wird ersichtlich, dass in der Verhaltenstherapie vor allem kleine ambulante Gruppen mit 3 bis 5 Teilnehmern durchgeführt wurden, während in den tiefenpsychologischen Verfahren am häufigsten Gruppen mit 6 Teilnehmern und in den psychoanalytischen Verfahren am häufigsten Gruppen mit 7 Teilnehmern abgerechnet wurden (Die absoluten Häufigkeiten finden sich in der Tabelle 11.1.1A in der Anlage 5.3).

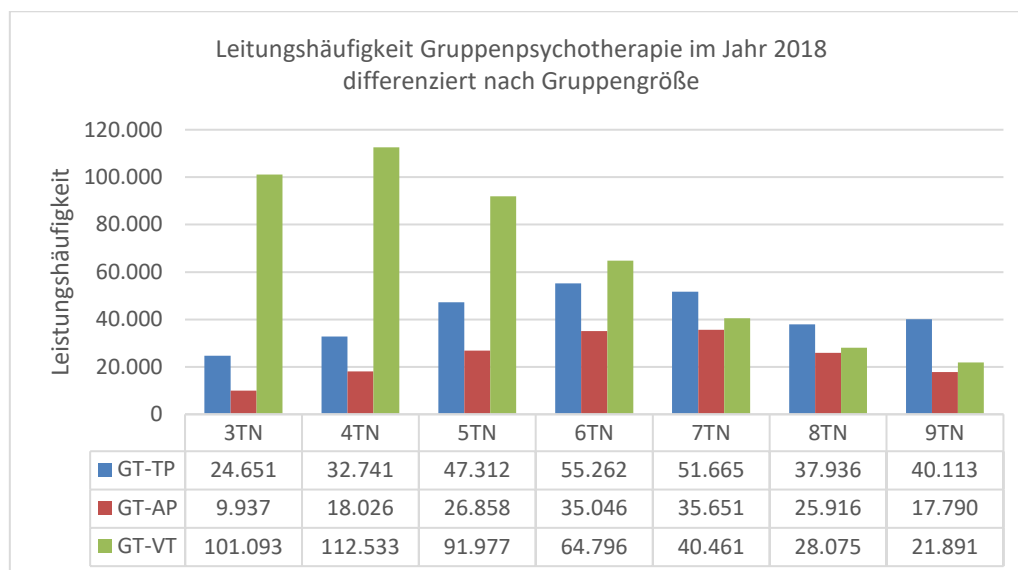


Abbildung 10.1: Absolute Häufigkeiten der ambulanten gruppentherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 – differenziert nach Gruppengröße und Therapieverfahren (TN: Teilnehmer; VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

Da in jeder Gruppe pro Patient eine Leistung abgerechnet wird, z.B. in einer Gruppe mit 3 Teilnehmern 3 Leistungen und in einer Gruppe mit 6 Teilnehmern 6 Leistungen, wurden zunächst die absoluten Leistungshäufigkeiten durch die jeweilige Gruppengröße dividiert. Dies ermöglicht eine ungefähre Abschätzung der Anzahl durchgeführter Gruppen und damit den Vergleich der prozentualen Verteilung der Leistungshäufigkeiten zwischen verschiedenen Gruppengrößen bzw. den Therapieverfahren. Die an der Gruppengröße adjustierten Häufigkeiten finden sich in der Tabelle 11.1.2 in der Anlage 5.3. Abbildung 10.2 stellt die prozentuale Verteilung der Leistungshäufigkeit dividiert durch die Gruppengröße in den verschiedenen Gruppengrößen pro Therapieverfahren dar. 33% aller abgerechneten verhaltenstherapeutischen ambulanten Gruppen wurden mit 3 Teilnehmern durchgeführt. Jeweils 18% aller tiefenpsychologischen ambulanten Gruppen wurden in der Gruppengröße mit 5 bzw. 6 Teilnehmern durchgeführt. 20% aller psychoanalytischen Gruppen repräsentierten Gruppen mit 6 Teilnehmern. Abbildung 10.3 zeigt die prozentuale Verteilung der Leistungen dividiert durch die Gruppengröße nach Therapieverfahren pro Gruppengröße. 75% aller ambulanten psychotherapeutischen Gruppen mit 3 Teilnehmern, 69% aller ambulanten Gruppen mit 4 Teilnehmern und 55% aller ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Angebote mit 5 Teilnehmern wurden in den verhaltenstherapeutischen Verfahren abgerechnet. Die Aufteilung von verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Verfahren bei Gruppen mit 6 Teilnehmern näherte sich an (42% bzw. 36%), während sie bei den größeren Gruppen wieder stärker differierte. 50% aller ambulanten psychotherapeutischen Gruppen mit 9 Teilnehmern wurden in den tiefenpsychologischen Verfahren und nur 27% in den verhaltenstherapeutischen Verfahren abgerechnet. Die prozentualen Anteile finden sich in den Tabellen 11.2A und 11.3A in der Anlage 5.3.

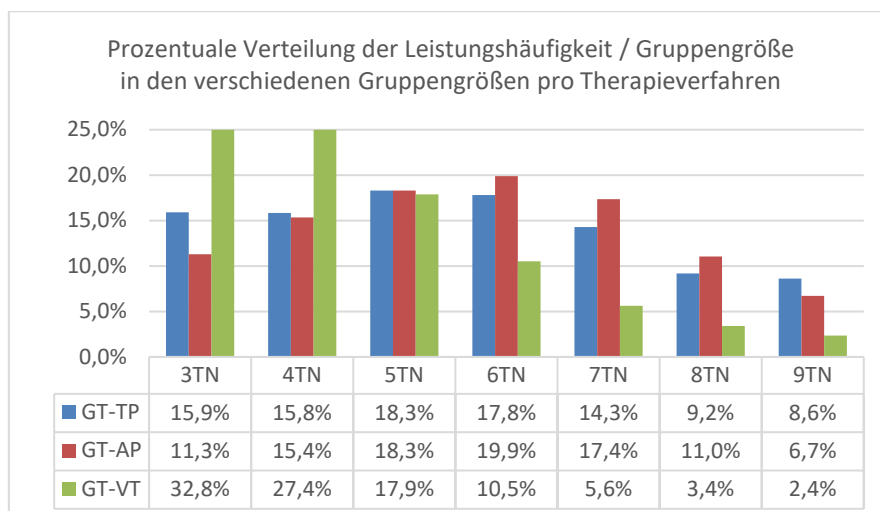


Abbildung 10.2: Prozentuale Verteilung der Leistungshäufigkeit dividiert durch die jeweilige Gruppengröße (= Anzahl Gruppen) in den verschiedenen Gruppengrößen pro Therapieverfahren (TN: Teilnehmer; VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

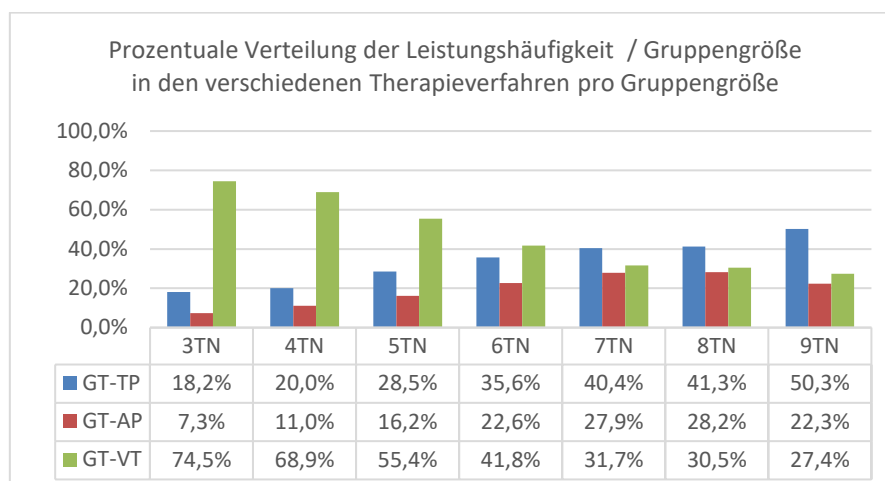


Abbildung 10.3: Prozentuale Verteilung der Leistungshäufigkeit dividiert durch die jeweilige Gruppengröße (= Anzahl Gruppen) in den verschiedenen Therapieverfahren pro Gruppengröße (TN: Teilnehmer; VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie)

6.1.4 Ergebnisse der sekundären Fragestellungen

Anhand der Versorgungsdaten der KBV wurde zusätzlich die Fragestellung untersucht, ob sich die Durchführung und kassenärztliche Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie im Hinblick auf spezielle Merkmale unterscheidet. Daher wurden Datenanalysen in Bezug auf die drei gruppentherapeutischen Zielvariablen (Anzahl der Patienten, Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten, Leistungshäufigkeit) auch differenziert nach Profession der Ärzte/Psychotherapeuten, KV-Versorgungsgebiet und patientenbezogene Faktoren (Alter, Geschlecht) durchgeführt. Aufgrund der Fülle der Daten kann in diesem Bericht nicht detailliert auf diese Ergebnisse eingegangen werden. Eine Übersicht der absoluten Häufigkeiten der drei Zielvariablen differenziert nach den genannten Faktoren findet sich in den Abbildungen 1.1A bis 7.1A sowie in den Tabellen 12.1A bis 12.3A in der Anlage 5.4.

6.2 Primärdatenanalyse: Subjektive Einschätzungen der Barrieren in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie aus Sicht der Behandler (Quelle: BARGRU-Fragebogenerhebung)

6.2.1 Teilnahmebereitschaft und Rücklaufquote

Da sich bundesweit alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die aktive Unterstützung des BARGRU-Projektes gewinnen ließen, konnte im Rahmen der Studie die aktuelle Anzahl aller in Deutschland niedergelassenen und zur kassenärztlichen Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie qualifizierten Ärzte und Psychotherapeuten erstmals ermittelt werden: Gemäß den Rückmeldungen der KVen gab es im Jahr 2019 insgesamt 12.867 registrierte potenzielle Leistungserbringer für ambulante Gruppenpsychotherapie in Deutschland. Die entsprechende Anzahl an Fragebögen wurde in einer bundesweiten Vollerhebung - weitergeleitet durch die jeweils zuständigen KVen - per Post an die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten versandt unabhängig davon, ob diese zum Erhebungszeitpunkt ambulante Gruppenpsychotherapie gemäß den Richtlinienverfahren durchgeführt haben. - Abzüglich der nicht erreichbaren und nicht antwortenden potenziellen Teilnehmenden wurden 4.659 BARGRU-Fragebögen an die Studienzentrale in Münster zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 36,2% entspricht. Damit hat sich der postalische Feldzugang mit der abgesichert völlig anonymen postalischen Rücksendung der Fragebögen per Freiumschlag in der BARGRU-Studie als sehr erfolgreich erwiesen. Diese hohe Rücklaufquote bildet zudem die hohe Akzeptanz des Erhebungsinstrumentes ab, die auf den Beitrag der zunächst durchgeführten Fokusgruppen zur Validierung, Anpassung und Finalisierung des BARGRU-Fragebogens zurückgeführt werden kann. Vor dem Hintergrund der freiwilligen Studienteilnahme haben 4012 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten den Fragebogen vollständig ausgefüllt (86,1% der Antwortenden). 489 Teilnehmende (10,5% der Antwortenden) machten von der Möglichkeit Gebrauch, den Fragebogen zurückzusenden, sich jedoch nicht weiter an der Umfrage zu beteiligen, wobei im Rahmen der qualitativen Auswertung der Freitextantworten hauptsächlich die nachfolgenden Gründe für die Nicht-Teilnahme genannt wurden: Der Antwortende bietet keine ambulante Gruppenpsychotherapie an und fühlte sich daher nicht zur Teilnahme angesprochen (Zusendung als „Irrtum“) oder der Antwortende hatte keine Zeit bzw. sah im Ausfüllen des Fragebogens einen zu großen Aufwand. Die Tabelle 3 veranschaulicht die Rücklauf- und Ausfüllquoten im Detail. Alle folgenden Datenanalysen und deren Ergebnisse beziehen sich auf die Stichprobe der Ärzte und Psychotherapeuten, die den Fragebogen zurückgeschickt und vollständig ausgefüllt, also an der Befragung in vollem Umfang teilgenommen haben (n=4012).

Tabelle 3: Bereitschaft zur Teilnahme an der BARGRU-Fragebogenerhebung

Umfrage-Teilnahmebereitschaft	Anzahl	% innerhalb Rücklauf	% gesamt
Versendete Fragebögen gesamt	12867		100,0%
Anzahl nicht erreichbarer Teilnehmer*innen	26		0,2%
Anzahl nicht antwortender Teilnehmer*innen	8182		63,8%
Rücklauf Fragebögen Studienzentrale	4659	100,0%	36,2%
- Ja, ich möchte mich an der Umfrage beteiligen.	4012	86,1%	31,2%
- Ich kann nicht teilnehmen, da es sich um einen Irrtum handelt.	158	3,4%	1,2%
- Nein, ich möchte mich nicht an der Umfrage beteiligen.	489	10,5%	3,8%

6.2.2 Soziodemografische und berufsspezifische Stichprobenmerkmale

Das durchschnittliche Alter in der Teilnehmerstichprobe betrug 51,7 Jahre (SD = $\pm 10,6$ Jahre). Von den 4012 Teilnehmenden waren 31,3 % männlich und 68,7% weiblich. In der verfahrensspezifischen Betrachtung der Altersverteilung lässt sich erkennen, dass verhaltenstherapeutische Ärzte und Psychotherapeuten und hier insbesondere die weiblichen Vertreterinnen mit einem durchschnittlichen Alter von 45,8 Jahren signifikant jünger waren als ihre KollegInnen aus den anderen Therapieverfahren (psychodynamisch und verfahrensübergreifend) waren. Die geschlechts- und verfahrensspezifische Altersverteilung lässt sich der Tabelle 4 entnehmen.

Tabelle 4: Altersverteilung (absolute Häufigkeit, Mittelwert, Standardabweichung und Median) differenziert nach Geschlecht und Psychotherapieverfahren

Geschlecht	Zulassung für Gruppenpsychotherapie - akkumuliert nach Verfahren				
		N	M	SD	Median
männlich	psychodynamisch	664	58,2	9,0	59
	verhaltenstherapeutisch	488	50,6	10,3	50
	verfahrensübergreifend	55	58,9	8,1	59
	Insgesamt	1207	55,1	10,2	56
weiblich	psychodynamisch	1073	55,7	8,3	56
	verhaltenstherapeutisch	1513	45,8	9,7	45
	verfahrensübergreifend	64	58,6	7,3	59
	Insgesamt	2650	50,1	10,4	51
Insgesamt	psychodynamisch	1737	56,7	8,7	57
	verhaltenstherapeutisch	2001	47,0	10,1	46
	verfahrensübergreifend	119	58,7	7,6	59
	Insgesamt	3857	51,7	10,6	53

Die Teilnehmenden wurden gebeten, ihre Berufsgruppe anzugeben, wobei Mehrfachantworten möglich waren. In der Stichprobe waren Psychologische PsychotherapeutInnen mit einem Anteil von 50,5% am häufigsten vertreten. Etwa gleich große Anteile machten die Gruppen der Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen (14,5%) bzw. der FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (13,8%) sowie der FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie (11,4%) bzw. der FachärztInnen mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie (8,8%) an der Gesamtstichprobe aus. FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie waren mit einem Anteil von 1,0% nur sehr gering vertreten. Die Abbildung 11 veranschaulicht grafisch die Verteilung der Berufsgruppen in der BARGRU-Stichprobe.

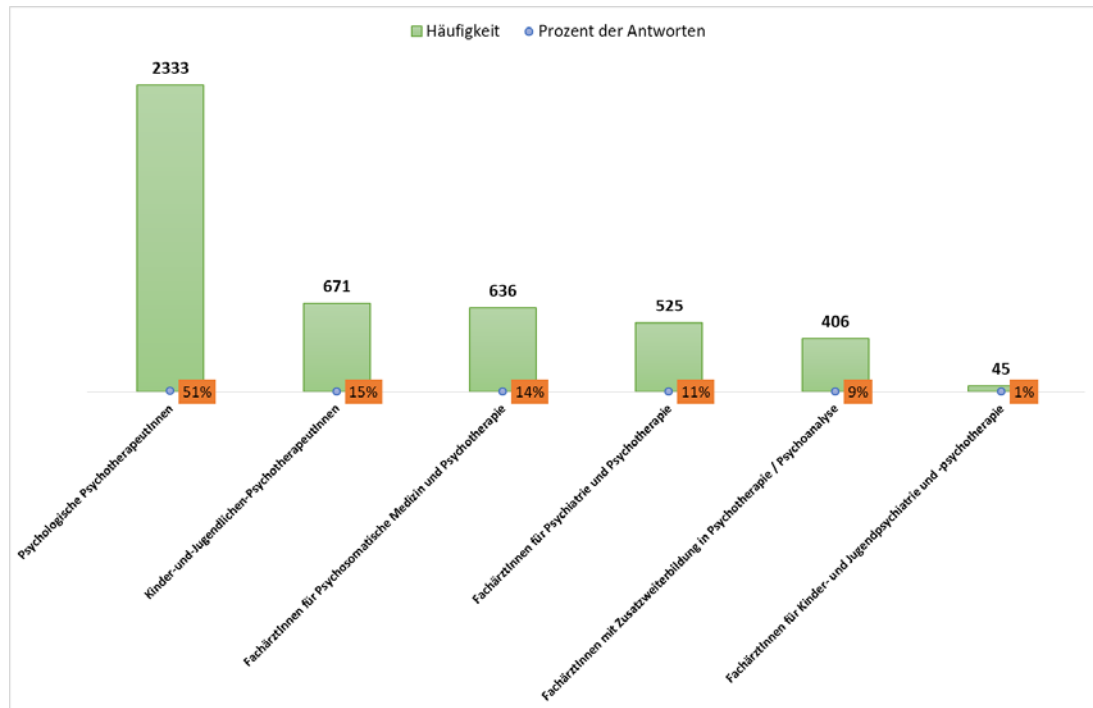


Abbildung 11: Verteilung der Berufsgruppen in der BARGRU-Stichprobe (n=4616, unter Berücksichtigung von Mehrfachantworten)

Von den 4012 Antwortenden gaben 3881 Ärzte und Psychotherapeuten eine verfahrensspezifische Zulassung für die Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie an. Diese Angaben wurden den folgenden drei Untergruppen zugeteilt: Zulassung für psychodynamische (psychoanalytische und/oder tiefenpsychologische), verhaltenstherapeutische und verfahrenübergreifende Behandlungsverfahren. 1746 der auf diese Frage antwortenden Ärzte/Psychotherapeuten gaben an, in einem psychodynamischen gruppentherapeutischen Verfahren zugelassen zu sein (45% der Zugelassenen) und 2013 der auf diese Frage antwortenden Ärzte/Psychotherapeuten berichteten eine verhaltenstherapeutische Gruppen-Zulassung (52% der Zugelassenen). Diese verfahrensspezifischen Anteile im Hinblick auf die Zulassung zur ambulanten Gruppenpsychotherapie lassen sich in der Abbildung 12 ablesen. Von den 4012 Antwortenden gaben 1808 Ärzte und Psychotherapeuten an, ambulante Gruppenpsychotherapie in den Richtlinienverfahren durchzuführen und kassenärztlich abzurechnen. 974 der auf diese Frage antwortenden Behandler berichteten, ambulante Gruppenpsychotherapie in den psychodynamischen Verfahren durchzuführen (54% der Durchführenden) und 817 der auf diese Frage antwortenden Behandler gaben an, verhaltenstherapeutische ambulante Gruppen abzurechnen (45% der Durchführenden). Diese verfahrensspezifischen Anteile im Hinblick auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie sind in der Abbildung 13 dargestellt. Durch die annähernde Gleichverteilung der Zugelassenen und Durchführenden in den verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Verfahren in der BARGRU-Stichprobe ließen sich beide Gruppen in den anschließenden statistischen Analysen gut miteinander vergleichen.

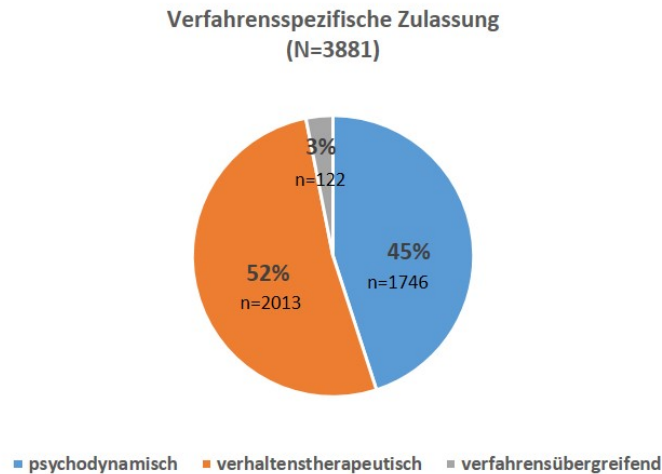


Abbildung 12: Verfahrensspezifische Verteilung der Zugelassenen zur ambulanten Gruppenpsychotherapie

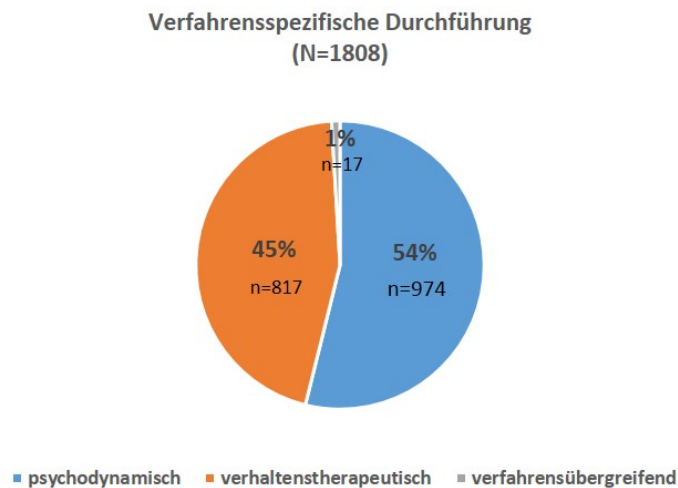


Abbildung 13: Verfahrensspezifische Verteilung der Durchführenden ambulanter Gruppenpsychotherapie

Betrachtet man das Verhältnis zwischen Zugelassenen und Durchführenden in der BARGRU-Stichprobe insgesamt, so gaben 1808 der 3881 Zugelassenen an, ambulante Gruppenpsychotherapie in den beschriebenen drei Verfahrensgruppen auch tatsächlich in ihrer Praxis durchzuführen und kassenärztlich abzurechnen. Dementsprechend realisierten in der BARGRU-Stichprobe 47% der zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Gruppenpsychotherapie im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit im GKV-System. Anhand der Versorgungsdaten der KBV in Zusammenschau mit der übermittelten Anzahl an Zugelassenen durch die KVen wurde der Anteil der durchführenden Gruppenpsychotherapeuten allerdings deutlich geringer eingeschätzt: Gemäß der Abrechnungsdaten haben im Jahr 2018 insgesamt 2.713 Ärzte und Psychotherapeuten mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung abgerechnet, was bei einer Anzahl von 12.867 Zugelassenen einem Anteil von 21% entspricht. Da innerhalb der Versorgungsdaten der KBV keine soziodemografischen Variablen der Ärzte und Psychotherapeuten (Alter, Geschlecht, lebenslange Arztnummer) erhoben wurden, lässt sich die Studienpopulation der Sekundär- und Primärdatenanalyse nicht anhand dieser Merkmale vergleichen. Allerdings lässt sich vermuten, dass der hohe Anteil an Durchführenden in der Primärdatenerhebung auf einen Selektionseffekt im Rahmen der BARGRU-Stichprobe zurückzuführen ist. Scheinbar fühlten sich insbesondere Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen, zur Teilnahme an der BARGRU-Studie

angesprochen. Andererseits nahm auch ein bedeutender Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten an der Umfrage teil, die keine ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten, sodass abzuleiten ist, dass die Studie auch für diese Nicht-Durchführenden interessant ist und durchaus ein Interesse besteht, sich mit diesem Themenbereich auseinanderzusetzen. Da sich in Folge dieses Selektionseffektes etwa gleich große Anteile der Durchführenden und Nicht-Durchführenden ergaben, ließen sich beide Untergruppen im Rahmen der Primärdatenauswertungen hinsichtlich ihres Antwortverhaltens statistisch gut vergleichen.

Betrachtet man das Verhältnis zwischen zugelassenen und durchführenden Behandlern verfahrensspezifisch, so führten in der BARGRU-Stichprobe 817 der 2013 in den verhaltenstherapeutischen Verfahren zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten (entsprechend 41%) sowie 974 der 1746 in den psychodynamischen Verfahren zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten (entsprechend 56%) ambulante Gruppenpsychotherapie durch.

6.2.3 Motivationale Aspekte bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie

a) Motivation zur gruppentherapeutischen Weiterbildung

Insgesamt 35% der Teilnehmenden (n=1407) machten von der Möglichkeit Gebrauch, im Freitext diejenigen Gründe zu beschreiben, die sie zur gruppentherapeutischen Weiterbildung motiviert haben. Da die Teilnehmenden mehrere motivationale Gründe aufführen konnten, wurden im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse 1785 Antworten kodiert. In 26% aller kodierten Antworten gaben die Ärzte und Psychotherapeuten an, von der Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie überzeugt zu sein (n=437). In 15% aller Antworten berichteten die Teilnehmenden, sich aufgrund vorangegangener positiver eigener Erfahrungen im Gruppen-Kontext (z.B. im Rahmen von klinischen Tätigkeiten oder der einzelpsychotherapeutischen Ausbildung) für die Gruppentherapie-Weiterbildung entschieden zu haben (n=259). Allerdings bezogen sich auch 16% der Freitextantworten (n=281) darauf, dass keine besondere Motivation zur gruppentherapeutischen Weiterbildung bestand, sondern diese Qualifikation automatisch oder ohne beträchtlichen Mehraufwand im Rahmen der einzeltherapeutischen Ausbildung erlangt wurde.

b) Gründe, ambulante Gruppenpsychotherapie im GKV-System durchzuführen

Insgesamt 45% der Teilnehmenden (n=1816) beschrieben in Form von Freitext-Antworten die Gründe, die sie zur Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie motivieren. Aufgrund der Möglichkeit, mehrere Aspekte zu nennen, wurden in den qualitativen Datenanalysen 4182 Antworten kodiert und den entsprechenden inhaltlichen Kategorien zugeordnet. 26% der Antworten (n=1070) bezogen sich auf die Wirksamkeit und Effektivität ambulanter Gruppenpsychotherapie, 17% der Antworten (n=730) auf die Leidenschaft für Gruppenpsychotherapie und 14% der Antworten (n=598) auf wirtschaftliche Gründe. 13% der Antworten (n=562) benannten das Motiv der Verbesserung der ambulanten Versorgung und 7% der Antworten (n=279) beschrieben die Freude an der Arbeit im Gruppenkontext als Motivation, ambulante Gruppenpsychotherapie anzubieten.

c) Gründe, keine ambulante Gruppenpsychotherapie im GKV-System anzubieten

Insgesamt 42% der Teilnehmenden (n=1702) führten in den dafür vorgesehenen Textfeldern die Gründe auf, die sie davon abhielten, ambulante Gruppenpsychotherapie anzubieten und durchzuführen. Aufgrund der Mehrfachantwortmöglichkeiten wurden im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse 3362 Antworten kodiert und kategorisiert. Am Häufigsten wurden organisatorische Gründe und hier insbesondere das Verfahren der Beantragung und Begutachtung genannt (45% der Antworten; n=762). Als zweitwichtigster Aspekt wurde die erschwerte Patientenakquise im gruppentherapeutischen Kontext angegeben, die zu einem großen Teil auch auf mangelnde Nachfrage, Akzeptanz und Passung der Patienten sowie auf Schwierigkeiten in der Terminvereinbarung zurückgeführt wurde (41% der Antworten; n=698). Als drittwichtigster Faktor wurden zeitliche Gründe genannt wie ein hoher

Zeitaufwand in der Durchführung, die Notwendigkeit von Terminen am Abend und die Unvereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen (35% der Antworten; n=590). Die folgende Kategorie im Rahmen der Hindernisse bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie umfasste die wirtschaftlichen Gründe, beispielsweise in Form eines erhöhten Ausfallrisikos oder eines unausgeglichenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses (22% der Antworten; n=378). Die Letzte der fünf meist genannten Kategorien im Rahmen der Hinderungsgründe benannte räumliche Faktoren wie das Fehlen eines geeigneten Raumes innerhalb der eigenen Praxis, aber auch Schwierigkeiten bei der Genehmigung und Finanzierung externer bzw. ausgelagerter Räume oder Zweigstellen (20% der Antworten; n=343).

6.2.4 Barrieren auf organisatorischer Ebene: organisatorische Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erschweren bzw. verhindern

a) In der Gesamtbetrachtung

Die Frage nach den organisatorischen Barrieren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erschweren oder sogar verhindern, wurde von nahezu allen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten beantwortet (n=4006). Die Teilnehmenden hatten zum einen die Möglichkeit, anhand von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten diejenigen Aspekte auszuwählen, die für sie persönlich relevant erscheinen (quantitative Datenerhebung). Zum anderen wurden die Teilnehmenden gebeten, in Form von Freitextantworten, die zuvor genannten Aspekte zu spezifizieren und/oder andere, zuvor nicht genannte Aspekte hinzuzufügen (qualitative Datenerhebung). Innerhalb beider Antwortformate waren Mehrfachnennungen möglich.

Betrachtet man zunächst die Antworthäufigkeiten im Rahmen der quantitativen Datenerhebung, lassen sich 4 Cluster erkennen. Das erste Cluster bildet typische organisatorische Barrieren ab. Innerhalb dieses Clusters wird am häufigsten der Aspekt der *vermehrten schriftlichen Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit* genannt (66% der Antworten; n=2637), gefolgt von der *erschweren zeitlichen Koordination* (59% der Antworten; n=2366) und dem *größeren Organisationsaufwand* (54% der Antworten; n=2176). Das zweite Cluster umfasst finanzielle Aspekte auf unterschiedlichen Ebenen: *Probleme mit dem Vakanzhonorar bei Patientenabsagen* (47% der Antworten; n=1868), *zu geringe Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge* (44% der Antworten; n=1778) und *fehlende Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei Teilnehmern* (44% der Antworten; n=1744). Das dritte Cluster beinhaltet die folgenden Barrieren: *fehlende Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei Teilnehmern*, *zu geringes Stundenkontingent für ambulante Gruppenpsychotherapie*, *andere organisatorische Barrieren*, *mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten* sowie *Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl*. Die Häufigkeiten dieser Antwortkategorien und deren entsprechende Anteile an der Gesamthäufigkeit der Antworten sind in der Tabelle 5 aufgelistet. Eher selten wurden eine *zu starre Obergrenze der Teilnehmerzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen allgemein* und die *Beschränkung der Obergrenze für GOÄ-Patienten auf 8 TeilnehmerInnen* als Barriere im Kontext der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie genannt.

Tabelle 5: Absolute und prozentuale Häufigkeiten der genannten organisatorischen Barrieren in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie (quantitative Datenerhebung) in abfallender Häufigkeit (n= 4006 Antwortende)

Hinderliche organisatorische Faktoren	Häufigkeit	% Anteil (N)
vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit	2637	65,8%
schwierige zeitliche Koordination	2366	59,1%
größerer Organisationsaufwand	2176	54,3%
Probleme mit dem Vakanzhonorar bei Patientenabsagen	1868	46,6%
zu geringe Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	1778	44,4%
keine Abrechnungsmöglichkeit für Durchführung in Paarleitung / mit Co-Therapeuten	1744	43,5%
keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 TeilnehmerInnen	1298	32,4%
zu geringes Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Gruppen	1012	25,3%
anderer Aspekt	1010	25,2%
mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten	822	20,5%
Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl	765	19,1%
zu starre Obergrenze der Teilnehmerzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen	365	9,1%
Beschränkung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf 8 TeilnehmerInnen	278	6,9%
Keine	229	5,7%

Aus diesen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass aus der Sicht der Praktiker vor allem die vermehrten schriftlichen Tätigkeiten und der erhöhte zeitliche wie organisatorische Aufwand die Einleitung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapien behindern. In Bezug auf die in der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewerteten Freitextantworten lässt sich erkennen, dass von den Niedergelassenen die Mühen der Antragsstellung beklagt werden (aufwendige und komplexe Antragstellung, insbesondere im Rahmen der Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie; zu hoher Zeitaufwand und zu geringe Honorierung der umfangreichen Berichte für den Gutachter; Notwendigkeit von gutachterlichen Verlängerungs- und Umwandlungsanträgen). Darüber hinaus werden aber auch der erhöhte organisatorische Aufwand während der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie (z.B. Zusammenstellung und Terminierung der Gruppen, Umgang mit Patientenausfällen, Anfertigen von Protokollen und Abrechnungen) sowie die zu geringe Honorierung dieses erhöhten Verwaltungs- und Arbeitsaufwandes als Hindernisse angeführt.

Zu beachten ist, dass während der Projektlaufzeit im Dezember 2019 die Gutachterpflicht im Rahmen der Beantragung ambulanter Gruppenpsychotherapie abgeschafft wurde. Im Zuge dieser Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie könnte eine große Hürde bei der Einleitung ambulanter Gruppenpsychotherapie wegfallen. Fraglich ist jedoch, ob sich diese Reform tatsächlich in einem Anstieg der Umsetzungsrate ambulanter Gruppenpsychotherapie niederschlägt. Denkbar wäre, dass trotz der zu erhoffenden administrativen Erleichterungen neue hinderliche Aspekte hinzukommen (z.B. der Mangel an geeigneten Qualitätssicherungsmaßnahmen als Alternative zum abgeschafften Gutachterverfahren), die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie wiederum auf einer anderen Ebene erschweren. Die möglichen positiven und negativen Auswirkungen der abgeschafften Gutachterpflicht und die Notwendigkeit weiterer Anpassungen im Kontext der Gruppenpsychotherapie wurden im Rahmen der sich an die Fragebogenerhebung anschließenden Fokusgruppen diskutiert (siehe hierzu Abschnitt 6.3). Um die Auswirkungen der bereits erfolgten und zu antizipierenden Richtlinien-Veränderungen auf die Realisierung ambulanter Gruppenpsychotherapie auf der Grundlage der Versorgungsdaten und Experteneinschätzungen im Zeitverlauf untersuchen und beurteilen zu können, wurde von dem Projektteam das Folgeprojekt BARGRU-II beantragt (vergleiche dazu Abschnitt 7).

Insgesamt 25% der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (n=1010) machten von der Möglichkeit Gebrauch, in Form von Freitextantworten die ausgewählten organisatorischen Barrieren zu spezifizieren oder zusätzliche hinderliche Aspekte hinzuzufügen. Insgesamt 13% der Freitextantworten unter dieser Fragestellung (n=400 von 3169 kodierten Antworten) bezogen sich auf zusätzliche Hindernisse, die in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht vertreten waren. Bezogen auf diese Freitextantworten wurden als relevante zusätzliche organisatorische Barrieren v.a. Schwierigkeiten in der Durchführung von Kombinationstherapien genannt (31%; n=124). An dieser Stelle wiesen die Teilnehmenden darauf hin, dass der Prozess der Antragsstellung und die Aufteilung der Kontingente in Koordination mit dem jeweiligen Einzelpsychotherapeuten oft sehr umständlich seien. Bedauert wurde zudem, dass verschiedene Verfahren nicht kombinierbar seien, die Stundenkontingente zu niedrig bemessen seien und der Wechsel zwischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie nicht flexibel genug gestaltet werden könne.

b) Gruppenvergleich von Behandelnden, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen vs. nicht durchführen

Vergleicht man das quantitativ erhobene Antwortverhalten der Ärzte und Psychotherapeuten, die ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen mit dem der Teilnehmenden, die keine ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten, lassen sich einige kleinere Unterschiede erkennen. So wird v.a. der Aspekt der *schwierigen zeitlichen Koordination* häufiger von den Nicht-Durchführenden als bedeutsame Barriere genannt als von den Durchführenden: 69% der Nicht-Durchführenden und 47% der Durchführenden sahen in diesem Faktor ein relevantes Hindernis (Differenzwert: +22,1%). Weiterhin schätzen in diesem Gruppenvergleich die Nicht- Durchführenden die Aspekte *mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten* (Differenzwert: +18,7%), *vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit* (Differenzwert: +14,3%) sowie *größerer Organisationsaufwand* (Differenzwert: +9,7%) häufiger als hinderliche organisatorische Faktoren ein. Demgegenüber beurteilten die Durchführenden die Aspekte *andere Aspekte* (Unterschied von 12,0%) sowie *zu geringes Stundenkontingent* (Differenzwert: +9,7%) häufiger als hinderliche organisatorische Faktoren. Die Gesamtergebnisse dieser Datenanalysen sind in der Tabelle 13.1A in der Anlage 6.1 dargestellt.

c) Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie)

Im Vergleich der Ärzte und Psychotherapeuten die Erwachsenenpsychotherapie bzw. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie anbieten, treten im Kontext der quantitativen Antworten v.a. drei Unterschiede deutlich hervor: Niedergelassene, die im Bereich der Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie arbeiten, benennen häufiger die *fehlende Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei TeilnehmerInnen* (Differenzwert: +30,0%), die *fehlende Abrechnungsmöglichkeit für die Durchführung in Paarleitung* (Differenzwert: +11,8%) sowie die *Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl* (Differenzwert: +8,9%) als relevante Barriere in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie. Die gruppentherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen scheint demnach mit besonderen Herausforderungen verknüpft zu sein (z.B. vermehrte und kurzfristige Patientenabsagen, besonderer Unterstützungsbedarf für und Aufsichtspflicht gegenüber den Patienten, die z.B. die Gruppensitzung plötzlich verlassen), die durch die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie-Richtlinie nicht in ausreichendem Maß aufgefangen werden können. Die Analyseergebnisse sind ausführlich in der Tabelle 13.2A in der Anlage 6.1 dargestellt.

d) Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch)

Auch im Vergleich der psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten konnten Unterschiede im quantitativen Antwortverhalten herausgearbeitet werden. Folgende Aspekte werden von VerhaltenstherapeutInnen häufiger als Barriere angegeben als von ihren psychodynamisch tätigen KollegInnen: *fehlende Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei TeilnehmerInnen* (Differenzwert: +19,1%), *schwierige zeitliche Koordination* (Differenzwert: +19,0%), *Probleme mit dem Vakanzhonorar bei Patientenabsagen* (Differenzwert: +14,0%) und *größerer*

Organisationsaufwand (Differenzwert: +12,4%). Dagegen sehen die psychodynamisch tätigen Niedergelassenen häufiger in der *geringen Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge* (Differenzwert: +9,2%) eine relevante Barriere für die Einleitung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie. Die Ergebnisse sind ausführlich in der Tabelle 13.3A in der Anlage 6.1 dargestellt.

6.2.5 Barrieren auf inhaltlicher Ebene: inhaltliche Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erschweren bzw. verhindern

a) In der Gesamtbetrachtung

Die Frage nach den inhaltlichen Barrieren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erschweren oder sogar verhindern, wurde von nahezu allen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten beantwortet (n=4007). Wieder hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, aus vorgegeben Antwortmöglichkeiten die persönlich relevanten Aspekte auszuwählen (quantitative Datenerhebung) sowie in Form von Freitextantworten die ausgewählten Aspekte zu spezifizieren oder neue Aspekte hinzuzufügen (qualitative Datenerhebung). Innerhalb beider Antwortformate waren Mehrfachnennungen möglich.

In der Gesamtbetrachtung der quantitativ erhobenen Antworten fällt auf, dass die vorgegebenen möglichen inhaltlichen Barrieren weniger häufig angekreuzt wurden, als die möglichen organisatorischen Barrieren in der vorherigen Fragestellung. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Teilnehmenden v.a. in den organisatorischen Gegebenheiten ein relevantes Hindernis in der Einleitung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie sehen. Insgesamt 33% der Befragten (n=1313) gaben an, keine speziellen inhaltlichen Hindernisse wahrzunehmen. Nichtsdestotrotz schätzen jeweils 37% der Teilnehmenden die *mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der Patienten* (n=1492) bzw. die *schwierige Patientenakquise* (n=1479) als relevante inhaltliche Barrieren ein. Auch die folgenden inhaltlichen Aspekte wurden von vielen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten als hinderlich beurteilt: *mangelnde kollegiale Vernetzung* (14,9%; n=597), *eigene Unsicherheit in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie* (14,1%; n=566), *eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen* (11,4%; n=457) sowie *mangelnde Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten* (9,1%; n=365). Möglichkeiten zur Verbesserung der kollegialen Vernetzung, der Patientenakquise sowie der Patienten- und Behandlermotivation wurden im Rahmen der sich an die Fragebogenerhebung anschließenden Fokusgruppen diskutiert (siehe Abschnitt 6.3). Einen Überblick über die absoluten und prozentualen Häufigkeiten aller Antwortkategorien bietet die Tabelle 6.

Tabelle 6: Absolute und prozentuale Häufigkeiten der genannten inhaltlichen Barrieren in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie (quantitative Datenerhebung) in abfallender Häufigkeit (n=4007 Antwortende)

Hinderliche inhaltliche Faktoren	Häufigkeit	% Anteil (N)
mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der PatientInnen	1492	37,2%
Schwierigkeiten bei der Patientenakquise	1479	36,9%
Keine	1313	32,8%
mangelnde kollegiale Vernetzung	597	14,9%
eigene Unsicherheit in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie	566	14,1%
eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen	457	11,4%
anderer Aspekt	430	10,7%
mangelnde Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten	365	9,1%
weniger Möglichkeiten, im Team zu arbeiten	284	7,1%
schlechte Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapie	170	4,2%
geringe eigene Überzeugung von der Wirksamkeit bzw. dem Mehrwert gruppenpsychotherapeutischer Verfahren	133	3,3%

Insgesamt 11% der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (n=430) machten von der Möglichkeit Gebrauch, in Form von Freitextantworten die ausgewählten inhaltlichen Barrieren zu spezifizieren oder zusätzliche hinderliche Aspekte hinzuzufügen. In 35% der Freitextantworten unter dieser Fragestellung (n=506 von 1447 kodierten Antworten) wurde die *mangelnde Patientenmotivation* als relevante inhaltliche Barriere wieder aufgegriffen. Die antwortenden Ärzte und Psychotherapeuten beklagten dabei insbesondere Schwierigkeiten in der Teilnahmebereitschaft und Zuverlässigkeit der Patienten, die sich in hohen Abbruchquoten und häufigen Terminabsagen widerspiegeln. Als mögliche Gründe für die mangelnde Patientenmotivation gaben die Befragten u.a. folgende Aspekte an: Unwissen über die Therapiemethode, schlechte Vorerfahrungen mit Gruppentherapie, Ängste im Gruppenkontext (z.B. bezüglich der Schweigepflicht) aber auch Befürchtungen, in der Gruppe nicht genügend Aufmerksamkeit zu bekommen. Weitere 20% der kodierten Antworten (n=288) spezifizierten die *Schwierigkeiten bei der Patientenakquise* und benannten dabei die fehlende Motivation und das mangelnde Wissen von Zuweisenden als relevante Hindernisse bei der Einleitung einer ambulanten Gruppenpsychotherapie. Gemäß diesen subjektiven Einschätzungen scheint es Behandlern, die selbst keine Gruppenpsychotherapie anbieten (z.B. Hausärzte und Einzelpsychotherapeuten), schwer zu fallen, die Indikation für diese Behandlungsform zu erkennen und die Gruppentherapie-Befähigung des jeweiligen Patienten zu beurteilen. Weiterhin vermuteten die Teilnehmenden, dass viele dieser potenziellen Zuweisenden nicht von der Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie überzeugt bzw. ausreichend über diese Therapieform informiert seien und daher den Patienten bei einer psychotherapeutischen Indikation v.a. Einzelpsychotherapie empfehlen würden. Damit stellten die Teilnehmenden die mangelnde Zuweisung von Patienten als eine Unterkategorie der *Schwierigkeiten bei der Patientenakquise* heraus. - Um auch diese primärärztliche Perspektive im Hinblick auf die Realisierung ambulanter Gruppenpsychotherapie zu berücksichtigen, wurde in der beantragten BARGRU-II-Studie geplant, Fokusgruppen mit niedergelassenen Hausärzten durchzuführen. Im Rahmen dieser Expertendiskussionen sollen Erkenntnisse über etwaige Wissenslücken und mögliche Vorurteile gegenüber ambulanter Gruppenpsychotherapie gesammelt und Veränderungsbedarfe im Sinne einer angemessenen Indikationsstellung und patienten-gerechten Aufklärung erhoben werden. Ein Ziel des beantragten Projektes ist damit die Identifikation eventueller Defizite in den Informations- und Netzwerkstrukturen des Versorgungssystems und die Entwicklung entsprechender Strategien zur Verbesserung der Kooperation zwischen Niedergelassenen und der Vermittlung von Patienten. Weitere 7% der Freitextantworten (n=105) enthielten Erläuterungen zu den *eigenen Befürchtungen* im Hinblick auf ambulante Gruppenpsychotherapie, die sich insbesondere auf die inhaltlichen Herausforderungen beziehen, die mit der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie verbunden sind.

b) Gruppenvergleich von Behandelnden, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen vs. nicht durchführen

Im Gruppenvergleich zwischen durchführenden und nicht durchführenden Gruppenpsychotherapeuten schätzten die Nicht-Durchführenden folgende Aspekte häufiger als hinderliche inhaltliche Faktoren ein: *eigene Unsicherheit in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie* (Differenzwert: +16,8%) sowie *eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen* (Differenzwert: +7,0%). Mögliche Hintergründe dieser Befürchtungen (z.B. schlechte Vorerfahrungen im Gruppen-Kontext) und Strategien zur Reduktion solcher Unsicherheiten wurden im Rahmen der sich anschließenden Fokusgruppen identifiziert (siehe Abschnitt 6.3). Demgegenüber gaben die Durchführenden häufiger an, *keine inhaltlichen Barrieren* wahrzunehmen (Differenzwert: +9,9%). Die Gesamtergebnisse dieser Datenanalysen sind in der Tabelle 14.1A in der Anlage 6.2 dargestellt.

c) Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie)

Im Gruppenvergleich der Ärzte und Psychotherapeuten, die im Erwachsenen- bzw. im Kinder-und-Jugendlichen-Bereich tätig sind, stellten sich nur marginale Unterschiede heraus. Einen Überblick über die Ergebnisse bietet Tabelle 14.2A in der Anlage 6.2.

d) Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch)

Auch im Gruppenvergleich der psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten ergaben sich nur zwei sehr gering ausgeprägte Unterschiede, die in der Tabelle 14.3A in der Anlage 6.2 abgebildet sind.

6.2.6 Veränderungswünsche auf organisatorischer Ebene: organisatorische Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erleichtern bzw. fördern könnten

a) In der Gesamtbetrachtung

Die Frage nach den organisatorischen Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erleichtern bzw. fördern könnten, wurde von nahezu allen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten beantwortet (n=4008). Auch bei dieser Fragestellung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, aus vorgegeben Antwortmöglichkeiten die persönlich relevanten Aspekte auszuwählen (quantitative Datenerhebung) sowie in Form von Freitextantworten die ausgewählten Aspekte zu spezifizieren oder neue Aspekte hinzuzufügen (qualitative Datenerhebung). Innerhalb beider Antwortformate waren Mehrfachnennungen möglich.

Ein Veränderungswunsch trat im Rahmen der quantitativen Datenerhebung besonders deutlich hervor: 74% der Teilnehmenden (n=2971) wünschten sich eine *Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zu verfassenden Berichte*. Dieses Ergebnis spiegelt die Erkenntnisse aus der Frage zu den organisatorischen Barrieren wider und validiert damit die Bedeutung der schriftlichen und verwaltungsbezogenen Mehrarbeit, die im Rahmen der kassenärztlichen Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie entsteht. Als relevante Förderfaktoren wurden weiterhin die *Einführung eines Bereitstellungshonorars bei Patientenabsagen* (62%; n=2475), die *angemessene Honorierung von Co-Therapeuten* (54%; n=2163), die *höhere Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge* (51%; n=2049), ein *höheres Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Leistungen* (47%; n=1887) sowie die *Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei TeilnehmerInnen* (41%; n=1652) genannt. Einen Überblick über die absoluten und prozentualen Häufigkeiten aller Antwortkategorien liefert die Tabelle 7.

Im Rahmen der sich an die Befragung anschließenden Fokusgruppen wurden insbesondere die Auswirkungen der Abschaffung der Gutachterpflicht im Dezember 2019 auf die Umsetzungsrate ambulanter Gruppenpsychotherapie und dabei möglicherweise neu auftretende Hindernisse sowie deren Bewältigungsmöglichkeiten diskutiert (siehe Abschnitt 6.3).

Tabelle 7: Absolute und prozentuale Häufigkeiten der genannten organisatorischen Förderfaktoren in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie (quantitative Datenerhebung) in abnehmender Häufigkeit (n=4008 Antwortende)

Förderliche organisatorische Faktoren	Häufigkeit	% Anteil (N)
Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zu verfassenden Berichte	2971	74,1%
Einführung eines Bereitstellungshonorars bei Patientenabsagen	2475	61,8%
angemessene Honorierung von Co-Therapeuten / angemessene finanzielle Unterstützung einer Paarleitung	2163	54,0%
höhere Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	2049	51,1%
höheres Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Leistungen	1887	47,1%
Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur 2 TeilnehmerInnen	1652	41,2%
höhere zeitliche Flexibilität	1614	40,3%
Vereinfachungen in der Abrechnung	1408	35,1%
gelockerte Obergrenze für ambulante psychotherapeutische Gruppen	526	13,1%
anderer Aspekt	498	12,4%
gelockerte Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf mehr als 8 TeilnehmerInnen	438	10,9%
Keine	231	5,8%

Insgesamt 12% der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (n=498) machten außerdem von der Möglichkeit Gebrauch, in Form von Freitextantworten die ausgewählten organisatorischen Förderfaktoren zu spezifizieren oder zusätzliche Veränderungswünsche hinzuzufügen. Aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen wurden 1449 Antworten kodiert und kategorisiert, von denen sich 37% auf zusätzliche, zuvor nicht genannte förderliche Faktoren bezogen (n=530). Insgesamt 36% dieser zusätzlichen Veränderungswünsche beinhalteten Fördermaßnahmen in Bezug auf die *Kombinationstherapie* (n=190). Einerseits wünschten sich die Teilnehmenden mehr Flexibilität in der Beantragung und Nutzung einzel- und gruppentherapeutischer Angebote, ohne diese bereits im Antrag in verschiedene Stundenkontingente differenzieren zu müssen. Andererseits wurde ein höheres Stundenkontingent für ambulante Gruppenpsychotherapie insbesondere im Rahmen der Kombinationstherapie gefordert, das nicht auf das Kontingent der Einzelpsychotherapie angerechnet wird und dieses somit nicht reduziert. Zudem sahen die Teilnehmenden verschiedene Möglichkeiten, die Zusammenarbeit zwischen zwei Therapeuten bei der Kombinationstherapie zu erleichtern, indem beispielweise die Antragsverfahren erleichtert und verfahrensübergreifende Kombinationen (z.B. tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie) ermöglicht werden. Weitere 32% der über die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinausgehenden Veränderungswünsche umfassten eine höhere *Honorierung* ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen (n=172).

b) Gruppenvergleich von Behandelnden, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen vs. nicht durchführen

Im Gruppenvergleich zwischen durchführenden und nicht durchführenden Gruppenpsychotherapeuten wünschten sich die Nicht-Durchführenden häufiger eine *vereinfachte Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie* (Differenzwert: +19,1%) und Durchführende häufiger ein *höheres Stundenkontingent ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen* (Differenzwert: +16,0%). - In den sich anschließenden Fokusgruppen wurde erörtert, inwiefern den Befürchtungen der Nicht-Durchführenden auf organisatorischer Ebene mit informierenden und aufklärenden Maßnahmen begegnet werden könnte, um entsprechende Barrieren in der Entscheidung, ambulante Gruppenpsychotherapie anzubieten, abbauen zu helfen (siehe Abschnitt 6.3). Die Gesamtergebnisse dieses Gruppenvergleiches sind in der Tabelle 15.1A in der Anlage 6.3 dargestellt.

c) Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie)

Entsprechend der o.g. relevanten Unterschiede zwischen Erwachsenen- und Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapeuten in Bezug auf organisatorische Barrieren ergaben sich validierende Ergebnisse hinsichtlich der genannten Veränderungswünsche auf organisatorischer Ebene. Ärzte und Psychotherapeuten, die im Kinder-und-Jugendlichen-Bereich tätig sind, wünschten sich häufiger *eine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei TeilnehmerInnen* (Differenzwert: +31,0%) und eine *angemessene Honorierung von Co-Therapeuten* (Differenzwert: +14,8%). Einen Überblick über alle Ergebnisse bietet Tabelle 15.2A in der Anlage 6.3.

d) Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch)

Auch die verfahrensbezogenen Gruppenvergleiche auf der Ebene der organisatorischen Förderfaktoren bilden die bereits dargestellten gruppenspezifischen Ergebnisse auf der Ebene der organisatorischen Barrieren ab. Verhaltenstherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten forderten häufiger eine *Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei TeilnehmerInnen* (Differenzwert: +24,2%), eine *Einführung des Bereitstellungshonorars bei Patientenabsagen* (Differenzwert: +11,7%), eine *vereinfachte Abrechnung* (Differenzwert: +10,7%) sowie eine erhöhte *zeitliche Flexibilität* (Differenzwert: +10,1%). Alle Gruppenunterschiede sind in der Tabelle 15.3A in der Anlage 6.3 abgebildet.

6.2.7 Veränderungswünsche auf inhaltlicher Ebene: inhaltliche Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erleichtern bzw. fördern könnten

a) In der Gesamtbetrachtung

Die Frage nach den inhaltlichen Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erleichtern bzw. fördern könnten, wurde von nahezu allen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten beantwortet (n=4008). Auch bei dieser Fragestellung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, aus vorgegeben Antwortmöglichkeiten die persönlich relevanten Aspekte auszuwählen (quantitative Datenerhebung) sowie in Form von Freitextantworten die ausgewählten Aspekte zu spezifizieren oder neue Aspekte hinzuzufügen (qualitative Datenerhebung). Innerhalb beider Antwortformate waren Mehrfachnennungen möglich.

In Übereinstimmung mit den Abfrageergebnissen der organisatorischen und inhaltlichen Barrieren fällt auch bei dieser Fragestellung auf, dass die vorgegebenen möglichen inhaltlichen Förderfaktoren weniger häufig angekreuzt wurden als die möglichen organisatorischen Förderfaktoren in der vorherigen Fragestellung. Allerdings entsprechen die Antworthäufigkeiten der einzelnen inhaltlichen Förderfaktoren den Erkenntnissen aus der Frage zu den inhaltlichen Barrieren. Die am häufigsten genannten inhaltlichen Barrieren bezogen sich auf die *mangelnde Patientenmotivation* und die *erschwerte Patientenakquise*. Dementsprechend wurden folgende inhaltliche Fördermaßnahmen am häufigsten von den befragten Ärzten und Psychotherapeuten genannt: *vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie für PatientInnen* (38%; n=1534), *erhöhte externe Unterstützung bei der Patientenrekrutierung* (33%; n=1324) sowie *Möglichkeit der Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus* (30%; n=1220). - Mögliche Strategien zur Förderung der Patientenmotivation und Verbesserung der Patientenakquise wurden im Rahmen der sich anschließenden Fokusgruppen mit praktizierenden Ärzten und Psychotherapeuten diskutiert (siehe Abschnitt 6.3). - Allerdings gaben auch 32% der Befragten an, dass spezielle inhaltliche Fördermaßnahmen es ihnen nicht erleichtern könnten, überhaupt oder mehr ambulante Psychotherapiegruppen durchzuführen (n=1270). Weitere 27% der Teilnehmenden wünschten sich *Verbesserungen in der kollegialen Vernetzung*, 25% der Befragten wünschten sich *Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer und praktischer Fertigkeiten* und 19% der Ärzte und Therapeuten wünschten sich *stärkeren Rückhalt durch die Institute, Fachgesellschaften und*

Berufsverbände. Die absoluten und prozentualen Häufigkeiten aller Antwortmöglichkeiten sind in der Tabelle 8 aufgelistet.

Tabelle 8: Absolute und prozentuale Häufigkeiten der genannten inhaltlichen Förderfaktoren in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie (quantitative Datenerhebung) in abnehmender Häufigkeit (n=4008 Antwortende)

Förderliche inhaltliche Faktoren	Häufigkeit	% Anteil (N)
vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie für PatientInnen	1534	38,3%
erhöhte externe Unterstützung bei der Patientenrekutierung (z.B. durch die KVen)	1324	33,0%
Keine	1270	31,7%
Möglichkeit der Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus	1220	30,4%
verbesserte kollegiale Vernetzung (z.B. zur Patientenvermittlung)	1061	26,5%
Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen	997	24,9%
stärkerer Rückhalt durch Institute / Fachgesellschaften / Berufsverbände	752	18,8%
mehr Interventions- und Supervisionsmöglichkeiten	568	14,2%
anderer Aspekt	183	4,6%

Nur 5% der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (n=183) machten von der Möglichkeit Gebrauch, in Form von Freitextantworten die ausgewählten inhaltlichen Förderfaktoren zu spezifizieren oder zusätzliche Veränderungswünsche hinzuzufügen. Aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen wurden 709 Antworten kodiert und kategorisiert, von denen sich der größte Anteil (28%, n=195) auf den Wunsch nach *vermehrter Öffentlichkeitsarbeit* bezog. Im Rahmen der Inhaltsanalyse dieser Antworten zeigte sich, dass dabei nicht nur die mangelnde Patientenmotivation aufgegriffen wurde, sondern auch der subjektiv wahrgenommene geringe Kenntnisstand und die erlebte negative Einstellung potenzieller Zuweisender gegenüber ambulanter Gruppenpsychotherapie bemängelt wurde. Dementsprechend forderten die Teilnehmenden nicht nur Aufklärungskampagnen und Werbung für die Patienten (durch Lehrvideos, Filme, Informationsflyer, Plakataktionen, Mitarbeiter stationärer Einrichtungen), sondern auch eine verstärkte Information der (Fach-)Ärzte über Wirksamkeit und Nutzen ambulanter Gruppenpsychotherapie sowie eine erhöhte wissenschaftliche Beforschung gruppentherapeutischer Methoden, um den Wert dieser Therapieform herauszustellen. Laut Aussagen der Teilnehmenden sei es dabei wichtig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und entsprechenden Berufsverbände in diesem Aufklärungsprozess aktiv und unterstützend mitwirkten.

b) Gruppenvergleich von Behandelnden, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen vs. nicht durchführen

Im Gruppenvergleich zwischen durchführenden und nicht durchführenden Gruppenpsychotherapeuten wünschten sich die Durchführenden häufiger eine *öffentlichkeitswirksame Förderung* der Patientenmotivierung (Differenzwert: +17,3%) und spezielle *Unterstützungsmaßnahmen bei der Patientenakquise* (Differenzwert von +9,3% in Bezug auf externe Unterstützung; Differenzwert von +10,3% in Bezug auf stationäre Rekrutierung). Für die Nicht-Durchführenden scheinen organisatorische und ausbildungsbezogene Fördermaßnahmen relevanter zu sein: sie gaben vergleichsweise häufiger an, dass inhaltliche Faktoren sich nicht förderlich auf die Umsetzung ambulanter Gruppenpsychotherapie auswirken könnten (Differenzwert: +7,8%) und dass sie sich mehr *Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer und praktischer Kompetenzen* wünschten (Differenzwert: +7,5%). Die Gesamtergebnisse dieses Gruppenvergleiches sind in der Tabelle 16.1A in der Anlage 6.4 dargestellt.

c) Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie)

Im Gruppenvergleich der Ärzte und Psychotherapeuten, die im Erwachsenen- bzw. im Kinder-und-Jugendlichen-Bereich tätig sind, stellten sich weitestgehend nur gering ausgeprägte Unterschiede heraus. Einen Überblick über die Ergebnisse bietet Tabelle 16.2A in der Anlage 6.4.

d) Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch)

Auch im Gruppenvergleich der psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten ergaben sich in den meisten Fällen nur marginale Unterschiede, die in der Tabelle 16.3A in der Anlage 6.4 abgebildet sind.

6.2.8 Subjektive Einschätzung der Angemessenheit der aktuellen Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System

a) In der Gesamtbetrachtung

Die Anteile der antwortenden Ärzte, die mit der Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie zufrieden bzw. unzufrieden sind, sind in etwa gleichverteilt: 48% (n=1822) der Teilnehmenden schätzen die Vergütung als angemessen ein, während 50% (n=1924) die Vergütung als zu gering einschätzen. Zudem geben 60% der Teilnehmenden (n=2313) an, dass eine höhere Honorierung sie dazu bewegen könnte, überhaupt oder mehr ambulante Psychotherapiegruppen im GKV-System durchzuführen. Die vollständigen Auswertungsergebnisse sind in der Tabelle 17.1 dargestellt und in der Anlage 6.5 zu finden. Inwieweit die Vergütung ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen als eine bzw. die entscheidende Barriere bei der Entscheidung für oder gegen die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie zu bewerten ist, wurde im Rahmen der sich anschließenden Fokusgruppen diskutiert (siehe Abschnitt 6.3).

b) Ergebnisse der Gruppenvergleiche

Im Vergleich der betrachteten Untergruppen fällt insbesondere auf, dass Ärzte und Psychotherapeuten im Kinder-und-Jugendlichen-Bereich bzw. verhaltenstherapeutisch Tätige häufiger unzufrieden mit der Vergütung sind als Ärzte und Psychotherapeuten im Erwachsenenbereich (Differenzwert: +9,6%) bzw. psychodynamisch Tätige (Differenzwert: +13,3%). Dementsprechend gaben verhaltenstherapeutische Ärzte und Psychotherapeuten auch häufiger an, überhaupt oder mehr ambulante Gruppenpsychotherapie bei höherer Honorierung durchzuführen als ihre psychodynamischen Kollegen ((Differenzwert: +15,1%). Einen Überblick über alle Analyseergebnisse liefern die Tabellen 17.2 bis 17.7 in der Anlage 6.5.

6.2.9 Subjektive Einschätzung der Nützlichkeit der Veränderungen im Rahmen der Reform der Psychotherapierichtlinie im Jahr 2017

1) Möglichkeit, ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie in den psychodynamischen Verfahren zu kombinieren

Der Großteil der Befragten bewertete diesen Teilaspekt der Reform der Psychotherapierichtlinie positiv: 73% der antwortenden psychodynamisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten (Gesamt-n=1491) bewerteten diese Veränderung als *sehr hilfreich* bzw. *eher hilfreich*. Im Gruppenvergleich der Behandelnden, die derzeit ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen bzw. nicht durchführen fällt auf, dass der Anteil derjenigen, die diese Veränderung als *sehr hilfreich* einschätzen, bei den Durchführenden deutlich höher ausgeprägt ist als bei den Nicht-Durchführenden (Differenzwert: +19,1%) und der Anteil derjenigen, die diese Veränderung als *eher hilfreich* einschätzten, bei den Nicht-Durchführenden höher ausgeprägt ist als bei den Durchführenden (Differenzwert +16,7%). Die entsprechenden Daten sind in der Abbildung 8.1A und 8.2A in der Anlage 6.6 dargestellt.

2) Möglichkeit, Gruppen ab drei Teilnehmern in den psychodynamischen Verfahren anzubieten

Auch bei diesem Teilaspekt der Reform der Psychotherapierichtlinie zeigt sich ein ähnlich positives Bild: 76% der antwortenden psychodynamisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten (Gesamt-n=1473) bewerteten diese Veränderung als *sehr hilfreich* bzw. *eher hilfreich*. Im Gruppenvergleich der Behandelnden, die derzeit ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen bzw. nicht durchführen ist zu erkennen, dass der Anteil derjenigen, die diese Veränderung als *sehr hilfreich* einschätzen, bei den Durchführenden höher ausgeprägt ist als bei den Nicht-Durchführenden (Differenzwert: +16%) und der Anteil derjenigen, die diese Veränderung als *eher hilfreich* einschätzten, bei den Nicht-Durchführenden höher ausgeprägt ist als bei den Durchführenden (Differenzwert +11,9%). Die entsprechenden Daten sind in der Abbildung 8.3A und 8.4A in der Anlage 6.6 dargestellt.

3) Möglichkeit, ambulante Gruppenpsychotherapie ohne Kombination mit Einzelpsychotherapie in den verhaltenstherapeutischen Verfahren anzubieten

In Bezug auf diese für Verhaltenstherapeuten relevante Veränderung überwiegen auch hier die positiven Bewertungen, allerdings in einer etwas abgeschwächten Ausprägung: 64% der antwortenden verhaltenstherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten (Gesamt-n=1614) bewerteten diese Veränderung als *sehr hilfreich* bzw. *eher hilfreich*. Im Gruppenvergleich der Behandelnden, die derzeit ambulante Gruppenpsychotherapie durchführen bzw. nicht durchführen ist zu erkennen, dass der Anteil derjenigen, die diese Veränderung als *sehr hilfreich* bzw. *eher hilfreich* einschätzen, bei den Durchführenden nahezu gleich ist (32% bzw. 33%). Die Nicht-Durchführenden bewerten diese Veränderung deutlich häufiger als *eher hilfreich* (40%) denn als *sehr hilfreich* (22%). Die entsprechenden Daten zeigen die Abbildungen 8.5A und 8.6A in der Anlage 6.6 auf.

4) Honorierung der ambulanten Gruppenpsychotherapie gestaffelt nach Teilnehmerzahl

In Bezug auf die 2017 eingeführte gestaffelte Honorierung zeichnen sich Unterschiede in den Einschätzungen der psychodynamisch (Gesamt-n=1449) und den verhaltenstherapeutisch Tätigen (Gesamt-n=1657) ab. 34% der Psychodynamiker im Vergleich zu 16% der Verhaltenstherapeuten bewerteten diese Veränderung als *sehr hilfreich* (Differenzwert: +27%). 19,5% der Psychodynamiker im Vergleich zu 26% der Verhaltenstherapeuten bewerteten diese Veränderung als *teils hilfreich und teils nicht hilfreich* (Differenzwert: -6,5%). Die Anteile derjenigen, die die Honorarstaffelung als *eher hilfreich* einschätzten, sind in beiden Gruppen etwa gleich stark ausgeprägt (31% bzw. 29%). Allerdings ist der Anteil der Verhaltenstherapeuten, die die Honorarstaffelung als *eher nicht hilfreich* oder *überhaupt nicht hilfreich* einschätzten, jeweils etwa doppelt so hoch im Vergleich zu den Angaben der Psychodynamiker (15% bzw. 14% vs. 8% bzw. 7,5%). Die positive Bewertung dieses Teilaspektes der Reform fällt daher bei den verhaltenstherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten etwas verhaltener aus. - Aus den qualitativen Datenauswertungen lässt sich schließen, dass dies u.U. auf die geringere Honorierung speziell der verhaltenstherapeutischen Gruppen mit 4 Teilnehmern im Zuge der Reform zurückzuführen sein könnte. In der Gesamtbetrachtung der ergänzenden Freitextantworten der Teilnehmenden ergibt sich jedoch ein ausgeglichenes Bild: etwa 50% der Antworten umfassen eher kritische vs. positive Äußerungen über die einzelnen Konsequenzen der Honorarstaffelung. Damit zeichnet sich eine gewisse Uneinigkeit in der Bewertung dieser Reform ab.

Da jedoch bereits im ersten Durchlauf der Fokusgruppen aus Expertensicht angemerkt wurde, dass die Vergütung keine tragende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen ambulante Gruppentherapie spiele, könnte an dieser Stelle bezweifelt werden, dass weitere Veränderungen in Bezug auf gestaffelte Vergütungsmethoden einen nachhaltigen Effekt auf die Realisierung ambulanter Gruppenpsychotherapie in der Praxis nach sich zieht. Die entsprechenden Daten zeigen die Abbildungen 8.7A und 8.8A in der Anlage 6.6 auf.

6.2.10 Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung

Der Großteil der befragten psychodynamisch tätigen (Gesamt-n=1703) und verhaltenstherapeutisch tätigen (Gesamt-n=1935) Teilnehmenden berichteten, *eher zufrieden* mit ihrer gruppentherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung zu sein, wobei die Verhaltenstherapeuten erneut etwas gemäßigtere Bewertungen berichteten. Während 33% der Psychodynamiker angaben, *voll und ganz zufrieden* zu sein, gaben nur 23,5% der Verhaltenstherapeuten diese Einschätzung ab (Differenzwert: +9,5%). Der Anteil derjenigen, die *eher zufrieden* mit ihrer Aus- bzw. Weiterbildung sind, ist in beiden Gruppen etwa gleich groß (45% bzw. 43%). Allerdings gaben Verhaltenstherapeuten im Vergleich zu Psychodynamikern etwas häufiger eine *geteilte Meinung* (22,5% vs. 15%) und eine *eher unzufriedene Bewertung* (9% vs. 6%) ab. Die entsprechenden Daten lassen sich in den Abbildungen 9.1A und 9.2A in der Anlage 6.7 ablesen.

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

An die Transkription und Auswertung der Primärdaten aus der Fragebogenerhebung schloss sich ein zweiter Durchlauf der vier Fokusgruppen an, die bereits an der Entwicklung und Validierung des BARGRU-Fragebogens beteiligt waren. Im ersten Schritt wurden die Ergebnisse zu den im Fragebogen genannten relevanten Barrieren (Schwierigkeiten, Probleme und Hindernisse) und möglichen Förderfaktoren bzw. Veränderungswünschen im Rahmen der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie präsentiert sowie unter Berücksichtigung der jeweiligen praktischen Erfahrungen der eingeladenen Experten (praktizierende niedergelassene Gruppenpsychotherapeuten) kritisch diskutiert. Ziel dieser Gruppendiskussionen war es, gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln, um die Umsetzung ambulanter Gruppenpsychotherapien in Deutschland zu fördern, relevante Barrieren zu beseitigen, Praktiker in der Durchführung zu unterstützen und damit die Patientenversorgung zu verbessern. - Im folgenden Abschnitt sind die zentralen Diskussionsinhalte der Fokusgruppen festgehalten, wobei aufgrund der Fülle der generierten Ansatzpunkte zur Unterstützung ambulanter Gruppenpsychotherapie nicht auf alle genannten Ideen und Vorschläge im Detail eingegangen werden kann. Eine Übersicht über die diskutierten möglichen Förderstrategien sind in den Tabellen 18.1A und 18.2A in der Anlage 6.8 zu finden.

Wie sich schon im ersten Durchlauf der Fokusgruppen andeutete, spielt laut Expertenmeinung die Art und Höhe der *Vergütung* nicht die ausschlaggebende Rolle bei der Entscheidung, ambulante Gruppenpsychotherapie (nicht) anzubieten und durchzuführen. Wie den Primärdaten zu entnehmen ist, wünschen sich zwar viele Niedergelassene eine gesteigerte Anerkennung ihrer gruppentherapeutischen Leistungen in Form einer höheren Vergütung. Andererseits wurde auch in den Freitextfeldern des Fragebogens angemerkt, dass die Höhe und Art der Vergütung nicht die primäre Barriere sei, die die Umsetzung ambulanter Gruppenpsychotherapie verhindere und damit auch nicht der primäre Förderfaktor sei, der Nicht-Durchführende zur Implementierung motivieren könne. Dies könnte auch der Grund sein, weshalb schon durch die KVen eingeführte Honorarzuschläge zur Steigerung der Umsetzungsrate ambulanter Gruppenpsychotherapie nicht den erwünschten Effekt erzielten und dementsprechend wieder abgeschafft wurden. Auch die Stagnation der an der Grundgesamtheit adjustierten Versorgungsleistungen, die anhand der KBV-Daten in den Jahren 2016 bis 2018 abzulesen ist (siehe Abschnitt 6.1), könnte dahingehend interpretiert werden, dass eine Zunahme ambulanter Gruppenpsychotherapie in der Versorgungsrealität nicht primär durch Veränderungen in der Vergütung und finanzielle Anreize zu erreichen ist, wie sie 2017 durch Reformen eingeführt wurden. In den Fokusgruppen zeigte sich auch hinsichtlich der nach Teilnehmerzahl der Gruppentherapiepatienten gestaffelten Vergütung eine geteilte Meinung: Einige Teilnehmende bewerteten diese Staffelung als durchaus wirtschaftlich günstiger. Andere Teilnehmer beklagten allerdings das komplizierte und mühsame Vorgehen bei der Berechnung des generellen Honorars und des Ausfallhonorars im Falle von Patientenabsagen.

Wie aus der Primärdatenerhebung hervorgegangen ist, erleben die befragten Ärzte und Psychotherapeuten im komplizierten *Antragsverfahren* (hoher schriftlicher und verwaltungstechnischer Aufwand durch Verfassen einer Vielzahl von Berichten für den Gutachter) die primäre Barriere in der Einleitung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie. Demzufolge bildete sich auch die Reduktion des Umfangs und der Anzahl der für den Gutachter zu verfassenden Berichte als förderliche Veränderung heraus, die sich am häufigsten von den Teilnehmenden gewünscht wurde. Gleichzeitig wurde auch die geringe Honorierung dieser Berichte als Hürde im Fragebogen genannt. Aufgrund der unvorhergesehenen Abschaffung der Gutachterpflicht für ambulante Gruppenpsychotherapie während der Projektlaufzeit im Dezember 2019 ist die Interpretation dieses relevanten Fragebogenergebnisses erschwert. In den Fokusgruppen wurde erarbeitet, dass die Experten zwar die o.g. Faktoren ebenfalls als bedeutsame Barrieren einschätzten, sich jedoch keine Abschaffung der Gutachterpflicht, sondern Veränderungen in der Verfahrensstruktur und in der Honorierung der Berichte für die Begutachtung des Antrags gewünscht hätten.

Gemeinsam mit den Teilnehmenden der Fokusgruppen wurde diskutiert, welche Vorteile aber auch Nachteile und mögliche Nebenwirkungen die Abschaffung der Gutachterpflicht für ambulante Gruppenpsychotherapie umfassen könnte. Obwohl einige Experten in dieser Veränderung eine Erleichterung im Arbeitsablauf wahrnehmen, bewertet der Großteil diese Reform sehr kritisch und bezweifelt, dass dadurch die Umsetzungsrate ambulanter Gruppenpsychotherapie nachhaltig gesteigert werden kann. Die mit der Reform verbundenen Befürchtungen und Sorgen fokussieren sich v.a. auf das Fehlen angemessener alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen und mögliche Nebenwirkungen, die mit der Festlegung unausgereifter alternativer Qualitätssicherungsverfahren (wie z.B. Verlaufsdiagnostik mithilfe von Fragebögen) verbunden sein könnten. Daher wurden mit den Fokusgruppenteilnehmern Möglichkeiten eines alternativen Qualitätssicherungssystems generiert und diskutiert. Ein Lösungsansatz könnte dabei die verpflichtende Vernetzung der ambulanten Gruppentherapeuten in von der Ärztekammer akkreditierten Supervisionsgruppen sein. Der leitende Supervisor sollte dabei sowohl auf der Ebene des einzelnen Patienten als auch auf der Ebene der Gruppenprozesse den Behandlungsverlauf unterstützen. Die Leistungen des Supervisors und der Supervisanden im Rahmen der Qualitätssicherung sollten dabei honoriert werden, wobei ein Nachweis über das Ausstellen von Teilnahmebescheinigungen durch den Supervisor erfolgen könnte. Unter Berücksichtigung möglicher Hindernisse v.a. in ländlichen Versorgungsgebieten (z.B. lange Anfahrtswege, schwierige zeitliche Koordination) sollten diese Supervisionseinheiten auch in Form von Videokonferenzen durchgeführt werden können. Im Rahmen dieser Qualitätssicherungsmethode könnte ein Reflektions- und Diskussionsraum geschaffen werden, der nicht nur eine angemessene Prozessevaluation gewährleisten sondern darüber hinaus auch den kollegialen Austausch auf inhaltlicher wie organisatorischer Ebene fördern könnte, dessen Fehlen innerhalb der Fragebogenerhebung oft beklagt wurde.

Die Frage, welche Auswirkungen die Abschaffung der Gutachterpflicht tatsächlich auf die Versorgungsrealität hat und ob sich durch diese Maßnahme die Anzahl der Durchführenden ambulanter Gruppenpsychotherapie langfristig erhöht, lässt sich nur durch eine fortlaufende Analyse der Versorgungsdaten aus den Jahren 2019 bis 2021 beantworten, wie sie die beantragte BARGRU-II-Studie intendiert.

Weitere Ansatzpunkte zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie auf organisatorischer Ebene:

Sowohl die Teilnehmenden der BARGRU-Fragebogenerhebung als auch der anschließenden Fokusgruppen sahen in der fehlenden Möglichkeit, ambulante Gruppentherapie in *Paarleitung* durchzuführen eine relevante Barriere und forderten dementsprechend die Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten ein. Obwohl durchaus mögliche Herausforderungen einer solchen Paarleitung kritisch diskutiert wurden, sprach sich dennoch die Mehrheit der befragten Experten für die Bereitstellung eines alternativen Finanzierungsmodells aus, um einen offiziellen Rahmen für diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten zu schaffen, die die Option einer Paarleitung als sinnvoll erachten und für sich nutzen möchten. Im Bereich der Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie wird

die Möglichkeit, ambulante Gruppen zu zweit zu leiten, mitunter sogar als Voraussetzung beschrieben, um die Patienten adäquat versorgen und angemessen (auch in Krisen im jeweiligen Gruppenprozess) auf die jeweiligen Bedürfnisse der jungen Patienten, für die zugleich eine Aufsichtspflicht besteht, eingehen zu können. Vorteile einer Durchführung ambulanter Gruppen mit zwei Therapeuten bildeten sich v.a. auf ökonomischer und wirtschaftlicher Ebene ab, indem mehr als neun Patienten in eine Gruppe eingeschlossen und angemessen behandelt werden könnten. Somit könnte auch generellen Engpässen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entgegengewirkt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Leitung von psychotherapeutischen Gruppen als emotional anstrengender und herausfordernder wahrgenommen wird als die Durchführung von Einzelpsychotherapie, ermögliche eine Paarleitung darüber hinaus einen vermehrten und intensiveren kollegialen Austausch im Rahmen der Intervision und Supervision und könnte sich zudem förderlich auf die oftmals bemängelte fehlende kollegiale Vernetzung auswirken. Insbesondere in diesem Kontext wurde auch die Kooperation zwischen erfahrenen niedergelassenen Gruppentherapeuten und Ausbildungskandidaten angedacht, die im Rahmen der Paarleitung wertvolle Lernerfahrungen sammeln und ggf. vorhandene eigene Hemmungen, Unsicherheiten, Befürchtungen und Ängste in der Durchführung ambulanter Gruppen reduzieren könnten. Auch im Sinne der Arbeitsteilung, Erweiterung des Wahrnehmungsraumes, Auswertung von Gruppenprozessen und Qualitätssicherung wurde die Möglichkeit, ambulante Psychotherapiegruppen mit zwei Therapeuten durchzuführen, von den Teilnehmenden als sinnvoll und nützlich eingeschätzt.

Wie sich bereits in den Fragebogenergebnissen andeutete, bewerteten die Teilnehmenden der Fokusgruppen auch die aktuellen Regelungen zur konkreten Ausgestaltung ambulanter Gruppen als zu starr und hinderlich. Als relevante Barrieren in der Durchführung von Gruppenpsychotherapie schätzten sie das geringe *Stundenkontingent* (allgemein und insbesondere bei der Kombinationsbehandlung), die Beschränkung der *Obergrenze ambulanter Gruppen* auf neun Teilnehmer (bzw. im GOÄ-Bereich sogar nur 8 Teilnehmer) sowie die fehlende Möglichkeit, *ambulante Gruppen mit zwei Teilnehmern* durchzuführen, ein. Da das Stundenkontingent oft nicht ausreichte, relevante Therapieziele vollständig zu erreichen, sprachen sich die befragten Niedergelassenen für eine generelle Erhöhung des Kontingents ambulanter Gruppenpsychotherapie aus. In diesem Zusammenhang wiesen sie auch auf unklare und uneinheitliche Vorgehensweisen der einzelnen Krankenkassen als zusätzliches Problem hin. So sei die Möglichkeit der zusätzlichen Durchführung von acht Einzelsitzungen bei 80 Gruppensitzungen oft nicht bekannt, sodass diese vom Stundenkontingent abgezogen würden. Insbesondere aber bei der Beantragung der *Kombinationsbehandlung* seien die Regelungen zur vorweg verlangten Aufteilung der jeweiligen Stundenkontingente hinderlich, da sich zu Beginn einer Psychotherapie oft schwer absehen lasse, wie viele Einzel- und Gruppentherapiesitzungen für den jeweiligen Patienten im Sinne der individuellen Behandlungsplanung tatsächlich sinnvoll und angemessen seien. Eine Festlegung im Vorhinein auf reine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung könnte daher in vielen Fällen den eigentlichen Bedürfnissen und Bedarfen des Patienten gar nicht gerecht werden. Folglich wünschten sich die Teilnehmenden nicht nur, dass die Kontingente für Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei der Kombinationsbehandlung addiert werden, sondern sprachen sich auch für eine flexible Nutzung der jeweiligen Kontingente aus. Ziel müsse es sein, ein gemeinsames Kontingent zu beantragen und im Behandlungsverlauf zu entscheiden, wie viele Einzel- und Gruppensitzungen der jeweilige Patient tatsächlich brauche, um die Intensität und Dauer der Behandlung individuell anpassen zu können. Im Sinne einer patientenorientierten Behandlungsplanung und vor dem Hintergrund einer sinnvollen Ergänzung einzelner Behandlungsmethoden wünschten sich die befragten Niedergelassenen außerdem die Möglichkeit einer verfahrensübergreifenden Kombinationsbehandlung (z.B. verhaltenstherapeutische Einzeltherapie und tiefenpsychologische Gruppentherapie). - In Bezug auf die Gruppengröße forderten die Fokusgruppen-Teilnehmer, die Obergrenze für ambulante Gruppen zu lockern, um so – auch in Verbindung mit einer möglichen Paarleitung – mehr Patienten versorgen zu können. Da v.a. in den verhaltenstherapeutischen Verfahren viel in Kleingruppen mit z.B. drei Teilnehmern gearbeitet werde, komme es hier zudem regelmäßig zu kompletten Ausfällen der gesamten Gruppe, da diese mit nur zwei Teilnehmern nicht durchgeführt werden dürfe. Die Forderung einer entsprechenden

Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei Teilnehmern sei daher mit dem Ziel verknüpft, Patientenabsagen abzufangen und die Versorgung der übrigen Patienten zu gewährleisten und orientiere sich nicht an der generellen Anwendung dieser Abrechnungsmöglichkeit als allgemeinem Gruppenkonzept.

Vor dem Hintergrund der Konsequenzen, die Patientenabsagen sowohl für den Therapeuten als auch für die verbleibenden Gruppenmitglieder haben, wurde erneut deutlich, welchen hohen Stellenwert klare Absprachen und Vereinbarungen zum Ausfallhonorar einnehmen, um einerseits die wirtschaftlichen Verluste für den Therapeuten aufzufangen und andererseits das Commitment der Patienten zu erhöhen und damit unnötigen Absagen vorzubeugen. Die Mehrheit der befragten Experten war der Meinung, dass das Vakanzhonorar – von Härtefallregelungen abgesehen – vom Patienten selbst zu tragen sei, nicht zuletzt um seine Eigenverantwortung und Therapiemotivation zu fördern. Allerdings beklagten die Teilnehmenden den fehlenden juristischen Hintergrund für das Einfordern eines Ausfallhonorars. Daher forderten sie, dass der Umgang mit Vakanzhonoraren transparent in den Regularien der KVen formuliert wird, auf den Bewilligungsbescheiden der Krankenkassen über die Regeln zum Vakanzhonorar informiert wird und entsprechende Vertrags-Vordrucke durch die Berufsverbände zur Verfügung gestellt werden.

Ansatzpunkte zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie auf inhaltlicher Ebene:

Als bedeutsamste inhaltliche Barriere bei der Einleitung und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie trat sowohl in der Fragebogenerhebung als auch in den Fokusgruppendifkussionen die mangelnde *Patientenmotivation* hervor. Die Teilnehmenden berichteten, dass es sowohl schwer sei, die Patienten von dem Nutzen einer gruppentherapeutischen Behandlung zu überzeugen als auch, sie während der Therapie zu einer regelmäßigen Teilnahme zu motivieren. Als mögliche Ursachen für die mangelnde Therapiemotivation und Teilnahmebereitschaft wurden folgende Aspekte herausgearbeitet: fehlendes Wissen der Patienten über das Vorhandensein und die Wirksamkeit gruppenpsychotherapeutischer Angebote; Bevorzugung von Einzelpsychotherapie aus Sorge um fehlende Anonymität gegenüber Mitpatienten oder mangelnde Aufmerksamkeit durch den Therapeuten in der Gruppe; negative Vorerfahrungen der Patienten mit Gruppentherapie (z.B. im Rahmen von tagesklinischen oder stationären Behandlungen). - Strategien zur Förderung von Motivation und Commitment des Patienten müssten daher auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Auf einer übergeordneten Ebene gilt es, die Patienten durch öffentlichkeitswirksame Methoden über die Möglichkeit und den Nutzen gruppentherapeutischer Angebote aufzuklären. Dies könnte sowohl durch breit angelegte Plakataktionen und Medienkampagnen (z.B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) als auch durch die gezielte Verteilung von schriftlichem Informationsmaterial z.B. in Hausarztpraxen realisiert werden. Auch in der Entwicklung und Verbreitung von Aufklärungsvideos zur ambulanten Gruppenpsychotherapie sahen die Teilnehmenden eine Möglichkeit, dieses Behandlungsverfahren mehr ins Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken bzw. zu bewerben, mögliche Ängste, negative Einstellungen oder Vorurteile zu reduzieren sowie Neugierde an Gruppenangeboten zu wecken. Um diese Ziele zu erreichen, wünschten sich die Experten Unterstützung durch die KBV, KVen und Berufsverbände. So müssten beispielsweise die Fertigung von Informationsmaterialien finanziell gefördert und die PTV-Antrags-/Informationsformulare um Gruppentherapie-bezogene Textpassagen erweitert werden. Um das Commitment der Patienten auch während der Psychotherapie zu stärken, wünschten sich die Teilnehmenden, dass auch auf den Bewilligungsbescheiden der Krankenkassen darauf hingewiesen werde, dass eine regelmäßige Teilnahme unerlässlich für den Therapieerfolg sei.

Neben diesen Ansatzpunkten zur Förderung der Patientenmotivation wurde auch die Rolle der Zuweisenden und der Gruppentherapeuten selbst diskutiert. Den Einschätzungen der befragten Niedergelassenen zu Folge seien die zuweisenden Ärzte selbst häufig nicht ausreichend über die Möglichkeiten ambulanter Gruppenpsychotherapie informiert oder stünden der Wirksamkeit gruppentherapeutischer Angebote kritisch gegenüber, sodass sie ihren Patienten mit psychotherapeutischem Behandlungsbedarf häufig eine Einzelpsychotherapie empfehlen würden. Um

auch auf dieser Ebene die Umsetzungsrate ambulanter Gruppenpsychotherapie zu fördern, empfehlen die befragten Experten auch den überweisenden ärztlichen Kollegen entsprechende Informationen anzubieten, z.B. in Form von webbasierten Fortbildungseinheiten, in denen engagierte Gruppentherapeuten lebendig und praxisnah über Angebote und Effektivität dieser Therapieform aufklären. Allerdings sei es auch eine wesentliche Aufgabe des Gruppentherapeuten selbst, die Patienten zur Teilnahme an ambulanter Gruppenpsychotherapie zu motivieren, Vertrauen zu vermitteln und einen Schutzraum zu schaffen, im Rahmen dessen sich der Patient auf gruppentherapeutische Verfahren einlassen kann. Konkret bedeute dies, dass der Gruppentherapeut sowohl schriftlich als auch im Gespräch ausführlich über die Therapieform und deren Vorteile informiere und auch im Vorhinein transparente Regeln festlege, in deren Rahmen Gruppentherapie funktionieren könne. Eine Voraussetzung, gruppentherapeutische Angebote gegenüber dem Patienten angemessen bewerben und deren Wert vertreten zu können, sei allerdings eine sichere und überzeugte innere Haltung des Gruppentherapeuten. Um diese innere Haltung zu fördern, müsse bereits im Rahmen der Aus- und Weiterbildung eine wertschätzende Kultur gegenüber ambulanter Gruppentherapie vermittelt und etabliert werden sowie im Rahmen der Berufsausübung der fortwährende kollegiale Austausch gewährleistet sein und aktiv angestrebt werden. Dadurch könnten auch etwaige internale Hemmungen auf Seiten der Therapeuten, wie z.B. Unsicherheit in der Durchführung ambulanter Gruppen oder Ängstlichkeit gegenüber schwierigen Gruppenprozessen, reduziert werden.

Wie sich bereits in der Fragebogenerhebung abzeichnete, berichteten auch die Teilnehmenden der Fokusgruppen deutliche Schwierigkeiten in der *Patientenakquise*, die den Aufbau und damit die Durchführung einer psychotherapeutischen Gruppe behinderten. Neben den bereits oben angesprochenen Problemen und entsprechenden Lösungsideen im Rahmen der Zuweisung durch niedergelassene Kollegen und des fehlenden Wissens auf Patientenseite empfanden die befragten Experten die aktuellen Angebote der Therapieplatzvermittlung der Krankenkassen und der Arztsuche über die Websites der KVen als unzureichend. Um den Patienten die Suche nach einem geeigneten Gruppentherapieplatz zu erleichtern, wurden folgende Förderstrategien auf der Ebene der KVen und Krankenkassen angedacht: Bereitstellung und Pflege von transparenten Listen, die Informationen zu Namen, Adressen und freien Therapieplätzen von Gruppentherapeuten enthalten; Einführung relevanter Filterfunktionen für gruppenspezifische Angebote in den Suchfunktionen der Websites. Zudem wurde die Entwicklung einer Internetplattform durch den BAG diskutiert, die auf regionaler Ebene zwischen suchenden Patienten und anbietenden Therapeuten zu vermitteln vermag und gleichzeitig die Weitervermittlung von Patienten zwischen Therapeuten erleichtert. Als weiterer förderlicher Faktor im Rahmen der Patientenrekrutierung wurde die Bildung von Netzwerken zwischen Kliniken und Niedergelassenen diskutiert. Die Frage, wie genau eine solche Vernetzung herzustellen, auszugestalten und zu etablieren wäre, konnte im Rahmen der BARGRU-Studie allerdings nicht vollständig beantwortet werden und müsste im Rahmen weiterer Forschungsprojekte detailliert exploriert und entwickelt werden.

Auch mit den Mitarbeitern der KBV wurden in Zusammenschau mit den vorhandenen Versorgungsdaten die Ergebnisse aus der Analyse der Fragebogendaten im Hinblick auf mögliche Fördermaßnahmen diskutiert. Als wesentliche Aspekte hinsichtlich der Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie wurden dabei die Reduktion des Organisationsaufwandes (Vereinfachungen im Antragsverfahren), die Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur (in Form von geeigneten Räumlichkeiten und Parkmöglichkeiten), die öffentlichkeitswirksame Information über bzw. Werbung für gruppentherapeutische Angebote sowie die Entwicklung von Strukturen für eine verbesserte Vermittlung von Patienten (auch aus der stationären Behandlung heraus) an entsprechende Ärzte und Psychotherapeuten, die ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten, erörtert. Dabei wurde das Entlassmanagement als möglicher Dreh- und Angelpunkt bei der Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie diskutiert. Besonders für komplex erkrankte Patienten mit komorbiden Störungen gehören die Herstellung der ambulanten Behandlungsfähigkeit und Therapiemotivation sowie die Integration in ein strukturiertes Klinik-Nachsorge-Programm zu den wichtigen Aufgaben der entsprechenden stationären Einrichtung. Es bedarf weiterer Forschung, um konkrete Strategien herauszuarbeiten und zu evaluieren, die eine Überleitung von der stationären in die ambulante Therapie

erleichtern könnten. Ein möglicher Ansatzpunkt könnte sein, den Patienten schon gegen Ende der stationären Behandlung die Möglichkeit einzuräumen, Vorgespräche mit ambulanten Kollegen zur Beziehungsaufnahme und weiteren Behandlungsplanung zu führen.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Die Ergebnisse der Studie zu Barrieren und Förderfaktoren ambulanter Gruppenpsychotherapie (BARGRU) lassen sich in mehrere Fragestellungen/Problemfelder aufgliedern.

1. Das **Gutachterverfahren** galt als zentrale Barriere aufgrund seines enormen Aufwands. Es wurde - bei Antragstellung auf Förderung unabsehbar - während der Laufzeit der BARGRU-Studie für die Gruppenpsychotherapie abgeschafft. In den Fokusgruppen zur Auswertung der Ergebnisse der BARGRU-Studie wurde ausführlich die neue Situation ohne Gutachterverfahren diskutiert. Im Ergebnis konnten sich die Teilnehmenden eine gruppenpsychotherapie-adäquatere Form des Gutachterverfahrens vorstellen und/oder eine regelmäßige Intervision und/oder eine zusätzliche Supervision bei einem akkreditierten Supervisor im Sinne der Qualitätssicherung.
 - a. Als gruppenpsychotherapie-adäquatere Form des Gutachterverfahrens ist denkbar, den Bericht an den Gutachter nicht auf den einzelnen Patienten zu beziehen, sondern auf die Gruppe als Ganzes: ein Bericht für die ganze Gruppe z.B. alle 40 Sitzungen (= einmal pro Jahr) wäre sicher eine erhebliche Erleichterung gegenüber der früheren Regelung mit gesonderten Berichten für jeden einzelnen Patienten.
 - b. Die regelmäßige Intervision von Gruppenpsychotherapeuten trainiert mehr noch als das Schreiben von Berichten, mit konkreten Schwierigkeiten in einer laufenden Gruppe zurechtzukommen. Mehr als jede andere Maßnahme verbessern Supervision und Intervision die Qualität der Arbeit im psychotherapeutischen Alltag am effektivsten und authentischsten. Auch die im Fragebogen und in den Fokusgruppen erwähnte wichtige gruppenpsychotherapeutische Haltung des Behandelnden kann sich in diesem Rahmen (weiter) entwickeln. Einen Unterstützungsversuch in diese Richtung stellt die Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie durch einige KVen (z.B. KV RLP) dar, welche diejenigen Kollegen, die sich verpflichten, ambulante Gruppenpsychotherapie neu anzubieten, 2.500 € an Fortbildungskosten erstatten.
2. Eine ausreichende **Zahl an Gruppenteilnehmern** macht den Reichtum der Gruppenpsychotherapie aus. Die Patienten lernen leichter voneinander als vom Arzt bzw. vom Psychotherapeuten.
 - a. Die Obergrenze der Gruppenteilnehmer kann nach oben erweitert werden. Bis zu 12 Patienten können an einer psychotherapeutischen ambulanten Gruppe teilnehmen und profitieren davon. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Gruppe von zwei Ärzten bzw. Psychotherapeuten geleitet wird. Die Leitung durch zwei Gruppenpsychotherapeuten gewährleistet auch die Vertretung im Krankheitsfall. In den BARGRU-Fokusgruppen wurde nicht verleugnet, dass die Paarleitung auch Probleme mit sich bringen kann, z.B. in der Abstimmung der beiden Gruppenpsychotherapeuten. Solche Probleme können allerdings im Rahmen der gemeinsamen Supervision in der Regel gelöst werden. Vor dem Hintergrund der Vorteile, die sich für die ambulante psychotherapeutische Patientenversorgung durch eine Erhöhung der erlaubten Teilnehmerzahl für Gruppenpsychotherapie und die Honorierung von Co-Therapeuten ergeben, wird empfohlen, entsprechende neue Regelungen in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen – Zudem sollte im Bereich der GOÄ die Teilnehmerzahl derjenigen im GKV-Bereich angepasst werden. – Ein besonderer Fall ist die Gruppenpsychotherapie im KJP-Bereich. Im Vorschul- bzw. Grundschulalter ist es zuallererst

- notwendig, die Aufsichtspflicht zu gewährleisten bevor die eigentliche Psychotherapie einsetzen kann. In diesem Fall empfiehlt sich die Paarleitung bei einer Teilnehmerzahl ab 5 Patienten auch standardmäßig.
- b. Die Untergrenze der Gruppengröße sollte im KJP-Bereich auf 2 Teilnehmer gesenkt werden, nicht im Sinne der Etablierung einer kleineren Gruppengröße, sondern um bei Fehlen von Teilnehmern die Gruppensitzung dennoch durchführen zu können. Ansonsten müssten z.B. bei einer Grippewelle und/oder bei einer allein geleiteten kleinen KJP-Gruppe mit 3 Teilnehmern zu viele Sitzungen ausfallen. Da auch v. a. in der Verhaltenstherapie Erwachsener mit kleinen psychotherapeutischen Gruppen gearbeitet wird, führen auch hier Patientenabsagen häufig dazu, dass eine Gruppenpsychotherapiesitzung aufgrund der geltenden Untergrenze von 3 Teilnehmern nicht durchgeführt werden kann. Daher wird auch für die ambulante Verhaltenstherapie empfohlen, die Gruppen-Untergrenze zwar nicht regulär aber im Krankheitsfall auf 2 Teilnehmer zu senken.
3. Das **Stundenkontingent** für Gruppenpsychotherapie sollte erhöht werden. In der Gruppenpsychotherapie werden Besserungen zwar oft schneller als in der Einzelpsychotherapie erreicht; dennoch ist auch in der Gruppenpsychotherapie ein ausreichendes Durcharbeiten vonnöten, um Therapieerfolge zu festigen und Rezidive zu verhindern. Das Gruppensetting hat als solches verfahrensübergreifend so viele eigene Charakteristika, dass es gerechtfertigt erscheint, die Kontingente in den psychodynamischen Verfahren, in der systemischen Therapie und auch in der interaktionellen Form der Verhaltenstherapie auf einheitlich 200 Sitzungen als Höchstgrenze festzulegen. Dies bedeutet bei einer Sitzungsfrequenz von 1 pro Woche eine Behandlungsdauer von maximal etwa 5 Jahren.
 4. Die mangelnde Möglichkeit, **ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie verfahrensübergreifend zu kombinieren**, stellte sich sowohl im Fragebogen als auch in den Fokusgruppen als bedeutsame Barriere heraus. Besonders jenen Psychotherapeuten oder Ärzten, die im einzeltherapeutischen Setting z.B. verhaltenstherapeutisch ausgebildet sind und ihre gruppenpsychotherapeutische Aus- oder Weiterbildung z.B. in einem psychodynamischen Verfahren absolviert haben, sollte es ermöglicht werden, neben der einzeltherapeutischen Verhaltenstherapie auch psychodynamisch orientierte Gruppenpsychotherapie durchzuführen und abzurechnen. Da viele der befragten Behandler diese verfahrensübergreifende Kombinationsmöglichkeit generell als sinnvoll einschätzen, könnte auch eine Erweiterung dieser neuen Regelung im Falle der Kooperation zwischen zwei Psychotherapeuten oder Ärzten erwogen werden.
 5. Die Höhe der **Vergütung** ist wichtig, aber nicht entscheidend für den Entschluss der Psychotherapeuten und Ärzte, ambulante Gruppenpsychotherapie erstmalig bzw. vermehrt anzubieten. Die Höhe der Vergütung stellt also keine primäre Hürde dar. Die neue Honorierung entsprechend der Teilnehmerzahl wird von den Praktikern überwiegend als nützlich eingeschätzt. - Allerdings sehen die Behandelnden im Umgang mit dem unregulierten Thema des Vakanz- oder Ausfallhonorars, welches anfällt, wenn ein Patient in einer Gruppensitzung fehlt, eine bedeutsame Hürde. Viele Gruppenpsychotherapeuten scheuen sich offenbar, das entsprechende Honorar in Rechnung zu stellen, da es hier an offiziellen Stellungnahmen der KVen und der KBV zur Rechtfertigung solcher Honorare fehlt. Die große Mehrheit der Gruppenpsychotherapeuten befürwortet, dass das Vakanzhonorar vom Patienten und nicht von der Krankenkasse beglichen wird. Viele Gruppenpsychotherapeuten befürworten, dass Regelungen zum Umgang mit dem Vakanzhonorar in die „offiziellen“ Formulare (z.B. PTV 10) aufgenommen werden. Andere Gruppenpsychotherapeuten befürchten dadurch eine zu große Einflussnahme der „Öffentlichkeit“ in die individuelle Arzt-Patient-Beziehung. Wir empfehlen zur Klärung dieser Frage einen Feldversuch in einem KV-Bereich. Bis zur Klärung schlagen wir vor, die Frage des Vakanzhonorars in den Formularen der KBV nur anzusprechen, nicht aber verbindlich zu regeln.

6. Eine definitive Empfehlung zur Regelung für die **Kombinationstherapie** von Einzel- und Gruppenpsychotherapie scheint derzeit schwierig. Die Erfahrungen der Gruppenpsychotherapeuten mit der neuen Kombinationsmöglichkeit sollten zunächst untersucht werden (z.B. in der neu beantragten BARGRU-II-Studie), ehe die Vorteile eines kombinierten Settings gegenüber dessen möglichen Nachteilen (innere Unklarheit von Arzt/Psychotherapeut und Patient, ob Einzel- oder Gruppenpsychotherapie der *eigentliche Ort der Behandlung* ist) abgewogen sind. Übergangsweise ist eine möglichst flexible Regelung sinnvoll, um damit Erfahrung für die Weiterentwicklung der Gruppenpsychotherapie zu gewinnen. Im Rahmen dieser flexiblen Handhabung in der Kombinationstherapie wünschten sich die Behandelnden sowohl im Fragebogen als auch in den Fokusgruppen die Möglichkeit, ein Gesamtstundenkontingent zu beantragen, um dann im Behandlungsverlauf entsprechend den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten eine adäquate Entscheidung über die konkrete Anzahl der Einzel- und Gruppenpsychotherapiesitzungen treffen zu können.
7. Die **Informationen** über ambulante Psychotherapie und insbesondere über ambulante Gruppenpsychotherapie sollten erheblich verbessert werden:
 - a) durch die KVen und die KBV im Internet und in den Broschüren
 - b) durch eine Verbesserung des PTV-10-Formulars
 - c) durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungsangebote für die ärztlichen Kollegen anderer Fachrichtungen, insbesondere die Hausärzte, Kinderärzte und Frauenärzte (s.o., Seite 34, Barriere der Zuweisenden).
8. Die **Barrieren aufseiten der infrage kommenden Patienten** sollten durch Informationen über ambulante Psychotherapie allgemein und ambulante Gruppenpsychotherapie im Besonderen gemildert werden, z.B. durch öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagnen aber auch durch gezielte Informationsvermittlung durch die zuweisenden Ärzte und behandelnden Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Die Forschergruppe der BARGRU-Studie konnte das Konzept der Fragebogenerhebung im Jahr 2020 auf der Tagung der American Group Psychotherapeutic Association "AGPA connect 2020" mit dem Tagungstitel "Group: Growth and Renewal" vom 02.03 bis 07.03.2020 in New York, USA, Sheraton, Times Square, vortragen und ist damit bei den Teilnehmern auf großes Interesse gestoßen.

Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse der BARGRU-Studie erfolgte im Rahmen der Fachtagung des BAG in Kooperation mit der D3G am 07.11.2020 in Berlin.

Die Ergebnisse der BARGRU-Studie sollen zeitnah auch in peer-reviewed Journals publiziert werden. Dabei werden open-access Publikationsformate von den Antragsstellern bevorzugt.

9. Anlagen

Übersicht der Anlagen:

Nummer der Anlage	Inhalt der Anlage
1	Literaturverzeichnis
2	Veränderungen im Rahmen der Strukturreform der Psychotherapierichtlinie 2017
3	Meilensteinplan der BARGRU-Studie
4	BARGRU-Fragebogen
5	Ergänzende Ergebnistabellen der Sekundärdatenanalyse
6	Ergänzende Ergebnistabellen der Primärdatenanalyse

Anlage 1: Literaturverzeichnis

- [1] Heuft G, Freyberger H, Schepker R (2014) Ärztliche Psychotherapie – Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin. Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten. Schattauer, Stuttgart
- [2] Heuft G, Kruse A, Radebold H (2006) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. E. Reinhardt, München (2. Aufl.)
- [3] Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim (12. Aufl.)

Anlage 2: Veränderungen im Rahmen der Strukturreform der Psychotherapierichtlinie 2017

Tabelle 1A: Relevante Veränderungen gemäß der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 auf der Ebene der ambulanten Gruppenpsychotherapie

Verfahrensübergreifende Veränderungen	Verfahrensspezifische Veränderungen
Vereinheitlichung des Zeitumfangs einer Gruppentherapieeinheit auf 100 Minuten	Möglichkeit der Kombination von ambulanter Einzelpsychotherapie und ambulanter Gruppenpsychotherapie in den psychodynamischen Verfahren
Vereinheitlichung der Gruppengröße auf 3 bis 9 Teilnehmer	Möglichkeit einer Gruppengröße von 3 Teilnehmern in den psychodynamischen Verfahren
Erhöhung der Flexibilität in der Kombinationsbehandlung aus Einzelpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie	Möglichkeit der Durchführung reiner ambulanter Gruppenpsychotherapie ohne Kombination mit ambulanter Einzelpsychotherapie in den verhaltenstherapeutischen Verfahren
Honorierung der ambulanten Gruppenpsychotherapie gestaffelt nach Teilnehmerzahl	

Anlage 3: Meilensteinplan der BARGRU-Studie

Tabelle 2.1A: Meilensteinplanung der BARGRU-Studie – Verantwortlichkeiten (KV: Kassenärztliche Vereinigung; WHK: Wissenschaftliche Hilfskraft; KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung)

Nr.	Meilenstein	Verantwortlich	Datum (Soll)
1	Vorbereitungsphase abgeschlossen	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	30.09.2018
2	Positives Votum der Ethik-Kommission liegt vor.	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	30.09.2018
3	Datenschutzkonzept liegt vor.	Univ.-Prof. Drs. G. Heuft & A. Faldum	30.09.2018
4	Kooperationspartner ohne Förderung: Kooperationsvereinbarung mit den KVen über Versand der Fragebögen geschlossen	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft & Dr. H. Knott	30.11.2018
5	Informierender Artikel in den KV-Mitteilungsorganen ist erschienen.	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft & Dr. H. Knott	31.12.2018
6	Fokusgruppen sind abgeschlossen; Ergebnisse in den Fragebogen integriert.	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft & Dr. H. Knott	31.01.2019
7	Fragebögen an die KVen versandt	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	28.02.2019
8	Erinnernde Mitteilung in den KV-Mitteilungsorganen ist erschienen, um den Rücklauf zu erhöhen.	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft & Dr. H. Knott	31.03.2019
9	Dateneingabe aus der Umfrage Niedergelassener ist begonnen (WHK-Stelle beginnt).	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	01.05.2019
10	Dateneingabe aus der Umfrage Niedergelassener ist abgeschlossen (WHK-Stelle endet).	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	31.10.2019
11	Datenauswertung der Umfrage Niedergelassener ist abgeschlossen.	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	31.01.2020
12	Diskussion der Umfrageergebnisse in den Fokusgruppen ist erfolgt.	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft & Dr. H. Knott	31.03.2020
13	Datenanalysen bei der KBV, den KVen und Krankenkassen ist abgeschlossen.	Univ.-Prof. Drs. G. Heuft & A. Faldum	31.05.2020
14	Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der GKV-Versorgung	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft & Dr. H. Knott	30.08.2020
15	Vorbereitungen für den Abschlussbericht und die Publikationen	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	30.08.2020
	Nach der Förderperiode: Vorlage Abschlussbericht	Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Heuft	31.12.2020

Anlage 4: BARGRU-Fragebogen

BARGRU-Studie

Ansprechpartner:

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 22
48149 Münster
Tel.: 0251 83 52902
Email: psychosomatik@ukmuenster.de

in Zusammenarbeit mit dem



Berufsverband der Approbierten
Gruppenpsychotherapeuten e.V.

gefördert durch



Fragebogen zu Barrieren in der ambulanten Gruppenpsychotherapie

für KollegInnen mit einer Zulassung zur Durchführung
ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Befragung dient dazu, förderliche bzw. hinderliche Aspekte zu erheben, die Ihnen die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erleichtern bzw. erschweren. Es geht also um Ihre ganz persönlichen Einstellungen und daher gibt es auch keine richtigen oder falschen Antworten. Die Ergebnisse der Studie bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung von Strategien, die Sie als PsychotherapeutInnen darin unterstützen könnten, ambulante psychotherapeutische Gruppen anzubieten. Nutzen Sie diese Möglichkeit, uns Ihre Erfahrungen zurückzumelden. So können Sie aktiv an einer verbesserten Ausgestaltung ambulanter Gruppenpsychotherapie mitwirken.

Möchten Sie an der Umfrage teilnehmen?

- Ja**, ich möchte mich an der Umfrage beteiligen.
(→ Bitte weiter auf der nächsten Seite)
- Ich kann nicht teilnehmen, da es sich um einen **Irrtum** handelt: Ich habe keine Zulassung zur Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie. Daher sende ich den Fragebogen unausgefüllt anonym an die o. g. Adresse zurück.
- Nein**, ich möchte mich nicht an der Umfrage beteiligen. Daher sende ich den Fragebogen unausgefüllt anonym an die o. g. Adresse zurück.

Wir bitten Sie, uns die Gründe Ihrer Nichtteilnahme mitzuteilen:

Wir bitten Sie zunächst um einige Angaben zu Ihren soziodemographischen Daten:

Alter: Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Praxis: Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft Jobsharing MVZ

Hintergrund:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Psychologische(r) PsychotherapeutIn
- Kinder-und-Jugendlichen-PsychotherapeutIn
- Fachärztin / Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie / Psychoanalyse

Zeitpunkt des Erwerbs ...

des Facharztabschlusses / der Approbation für Einzelpsychotherapie im Jahr:

des Fachkundenachweises für Gruppenpsychotherapie im Jahr:

Zeitpunkt der Kassenzulassung zur Durchführung von ...

Einzelpsychotherapie seit dem Jahr:

Gruppenpsychotherapie seit dem Jahr:

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, in dem Sie ausgebildet wurden:

(Mehrfachnennungen möglich)

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

.....

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

.....

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, für das Sie zugelassen sind:
(Mehrfachnennungen möglich)

Einzeltherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch

Gruppentherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch

Psychotherapieverfahren, die Sie aktuell für die GKV durchführen:
(Mehrfachnennungen möglich)

Einzeltherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
 keine

Gruppentherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
 keine

Falls Sie ambulante psychotherapeutische Gruppen für die GKV durchführen:

Bieten Sie Gruppen eher vereinzelt oder regulär an? vereinzelt regulär

Wie viele Gruppen leiten Sie aktuell?

Wie viele Gruppensitzungen führen Sie pro Woche durch?

Falls Sie aktuell keine ambulanten psychotherapeutischen Gruppen für die GKV durchführen:

Gab es einen Zeitraum, in dem Sie jemals ambulante Gruppenpsychotherapie für die GKV angeboten und durchgeführt haben?

Nein

Ja, und zwar von bis

Leiten Sie ambulante Gruppen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (z.B. im Rahmen von Beratung, Psychoedukation, Rehabilitation, Supervision, Selbsterfahrung)?

Nein

Ja, und zwar

Leiten Sie neben Ihrer ambulanten Tätigkeit auch psychotherapeutische teilstationäre oder stationäre Gruppen?

Nein

Ja, und zwar

Fachlicher Teil der Umfrage:

1. Was hat Sie zur gruppenpsychotherapeutischen Weiterbildung motiviert?

(Mehrfachnennungen möglich)

- in (psychotherapeutischen) Gruppen arbeiten zu können
 - Gruppenprozesse (auch) in anderen Bereichen besser verstehen zu lernen
(z.B. Organisationsberatung, psychosoziale Beratung, pädagogische Beratung, Supervision)
 - die eigene Selbsterfahrung mithilfe des Gruppensettings zu ergänzen
 - andere... _____
-

2. Falls sie aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie für die GKV durchführen: Aus welchen Gründen haben Sie sich dazu entschieden, ambulante Gruppenpsychotherapien anzubieten und durchzuführen?

(z.B. Leidenschaft, wirtschaftliche / zeitliche Gründe, Praxisangebot, Patientennachfrage)

entfällt

3. Falls Sie bisher noch nie ambulante Gruppenpsychotherapie für die GKV durchgeführt haben: Warum leiten Sie keine ambulanten psychotherapeutischen Gruppen?

(z.B. Leidenschaft, wirtschaftliche / zeitliche Gründe, Praxisangebot, Patientennachfrage)

entfällt

4. Falls Sie zwar in der Vergangenheit ambulante Gruppenpsychotherapie für die GKV durchgeführt haben, doch sich irgendwann dagegen entschieden haben: Was hat Sie zu dieser Entscheidung bewogen?

(z.B. Leidenschaft, wirtschaftliche / zeitliche Gründe, Praxisangebot, Patientennachfrage)

entfällt

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

- keine

- mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten
- schwierigere zeitliche Koordination (z.B. bei Durchführung in den Abendstunden)
- vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit (z.B. Anträge, Berichte)
- größerer Organisationsaufwand (z.B. mehr Vorgespräche)
- zu geringes Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Gruppen
- zu starre Obergrenze der Teilnehmerzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen (≤ 9 TeilnehmerInnen)
- Beschränkung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen (Privatliquidation) auf maximal 8 TeilnehmerInnen
- keine Abrechnungsmöglichkeit für Durchführung in Paarleitung / mit Co-Therapeuten
- keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 Teilnehmern (gilt auch für begleitende Therapie der Bezugspersonen)
- zu geringe Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge
- Probleme mit dem Vakanzhonorar, wenn ein(e) PatientIn nicht zur Gruppensitzung erscheint
- Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl

- andere... _____

Bitte erläutern Sie kurz Ihre Antwort(en): _____

6. Welche **inhaltlichen** Aspekte **erschweren** es Ihnen bzw. **hindern** Sie persönlich daran, ambulante Gruppenpsychotherapie für die GKV durchzuführen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- mangelnde kollegiale Vernetzung (z.B. hinsichtlich der Patientenvermittlung)
- Schwierigkeiten bei der Patientenakquise
- eigene Unsicherheit in der praktischen Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie
- eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen (z.B. Kontrollverlust in der Gruppe oder Kränkungen durch die PatientInnen)
- schlechte Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapie
- geringe eigene Überzeugung von Wirksamkeit bzw. Mehrwert gruppenpsychotherapeutischer Verfahren
- mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der PatientInnen (z.B. lassen sich gar nicht erst auf Gruppenpsychotherapie ein, nehmen nur unregelmäßig teil oder brechen ab)
- mangelnde Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten
- weniger Möglichkeiten, im Team zu arbeiten
- andere... _____

Bitte erläutern Sie kurz Ihre Antwort(en): _____

7. Welche **organisatorischen** Aspekte könnten es Ihnen persönlich **erleichtern**, überhaupt oder mehr ambulante psychotherapeutische Gruppen für die GKV durchzuführen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- höhere zeitliche Flexibilität (z.B. Durchführung am Morgen oder Nachmittag)
- Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zu verfassenden Berichte

(→ weitere Antwortmöglichkeiten auf der nächsten Seite)

- Vereinfachungen in der Abrechnung (z.B. gestaffelte Abrechnungsziffern)
- höheres Stundenkontingent für ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistungen
- gelockerte Obergrenze für ambulante psychotherapeutische Gruppen (> 9 TeilnehmerInnen)
- Lockerung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen (Privatliquidation) auf mehr als 8 TeilnehmerInnen
- angemessene Honorierung von Co-Therapeuten / angemessene finanzielle Unterstützung einer Paarleitung bei ambulanten psychotherapeutischen Gruppen
- Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur 2 Teilnehmern (auch bei Einbezug von Bezugspersonen)
- höhere Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge
- Einführung eines Bereitstellungshonorars bei Patientenabsagen
- andere... _____

Bitte erläutern Sie kurz Ihre Antwort(en): _____

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

- keine
- verbesserte kollegiale Vernetzung (z.B. zur Unterstützung der Patientenvermittlung)
- erhöhte externe Unterstützung bei der Patientenrekrutierung (z.B. durch die KVen)
- Möglichkeit der Gruppenakquise bereits aus stationärer Behandlung heraus
- stärkerer Rückhalt durch Institute / Fachgesellschaften / Berufsverbände
- Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen (z.B. durch Auffrischkurse, Seminare für Wiedereinsteiger)

(→ weitere Antwortmöglichkeiten auf der nächsten Seite)

vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie für Patienten

mehr Intervisions- / Supervisionsmöglichkeiten

andere... _____

Bitte erläutern Sie kurz Ihre Antwort(en): _____

9. Halten Sie die aktuelle Vergütung für ambulante Gruppenpsychotherapie im GKV-System für angemessen?

Beispiel: 100 Minuten ambulante Gruppenpsychotherapie werden im Jahr 2018 im Minimum mit 267,21 € vergütet (3er-Gruppe mit 89,07 € pro TeilnehmerIn) und im Maximum mit 465,03 € vergütet (9er-Gruppe mit 51,76 € pro TeilnehmerIn (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 für die GKV durchzuführen?

Ja

Nein

weil: _____

11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung?

voll
und ganz

weit-
gehend

teils /
teils

eher
nicht

überhaupt nicht

weil: _____

12. Bitte formulieren Sie frei, welche Änderungen Sie sich an der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung wünschen würden:

Ich bin zufrieden mit meiner Aus- bzw. Weiterbildung.

(a) Theorie

(b) Praxis (z.B. supervidierte selbstgeleitete Gruppe)

(c) Selbsterfahrung

(d) Intervision / Supervision

(e) Anbindung an ein Institut oder eine Fachgesellschaft / einen Berufsverband

(f) andere Elemente der Aus- bzw. Weiterbildung

Bitte senden Sie den Fragebogen ohne Absenderangabe im beigefügten frankierten Antwortumschlag an die Studienzentrale in Münster zurück.

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns ganz herzlich!

Anlage 5: Ergänzende Ergebnistabellen der Sekundärdatenanalyse

Anlage 5.1 zu Abschnitt 6.1.1: Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erhalten haben

Hinweis: Bei der Interpretation der folgenden Prozentangaben ist zu beachten, dass sie sich auf den Anteil der Patienten beziehen, die **mindestens** eine Leistung in Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Sprechstunde usw. erhalten haben. Da ein Patient dadurch in mehreren Kollektiven vorhanden sein kann, je nachdem welche Leistungen er erhalten hat, ergibt die Summe der einzelpsychotherapeutischen, gruppenpsychotherapeutischen und weiteren Leistungen nicht 100%. Nur bei der Betrachtung der Patientengruppen der reinen Einzelpsychotherapie, reinen Gruppenpsychotherapie und Kombinationstherapie (Tabelle 5.1A) summiert sich die Patientenanzahl auf 100%, da es sich hier um disjunkte Gruppen handelt.

Tabelle 3.1A: Absolute und relative Häufigkeiten der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

	Anzahl Patienten		
	2016	2017	2018
GT	37.001	41.149	49.264
Prozentzahl GT auf die Gesamtzahl der Patienten - Grundgesamtheit	1,8%	1,7%	1,9%
ET	1.403.686	1.404.728	1.406.382
Prozentzahl ET auf die Gesamtzahl der Patienten - Grundgesamtheit	68,3%	59,5%	54,2%
ET u/o (Sp, Akut, Pb)	2.045.935	2.351.668	2.583.054
Prozentzahl ET u/o (Sp, Akut, Pb) auf die Gesamtzahl der Patienten – Grundgesamtheit	99,5%	99,6%	99,6%
(Sp, Akut, Pb)	1.158.787	1.483.898	1.742.987
Prozentzahl (Sp, Akut, Pb) auf die Gesamtzahl der Patienten – Grundgesamtheit	56,4%	62,9%	67,2%
Pb	1.158.787	898.297	799.653
Prozentzahl Pb auf die Gesamtzahl der Patienten – Grundgesamtheit	56,4%	38,1%	30,8%
Akut	0	104.745	199.876
Prozentzahl Akut auf die Gesamtzahl der Patienten – Grundgesamtheit	0,0%	4,4%	7,7%
Sp	0	1.006.251	1.535.173
Prozentzahl Sp auf die Gesamtzahl der Patienten – Grundgesamtheit	0,0%	42,6%	59,2%
Gesamtzahl der Patienten in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) – Grundgesamtheit	2.055.202	2.360.218	2.592.484
	100%	100%	100%

Tabelle 3.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

	% Veränderung der Anzahl Patienten		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
GT	11,2%	19,7%	33,1%
ET	0,1%	0,1%	0,2%
ET u/o (Sp, Akut, Pb)	14,9%	9,8%	26,3%
(Sp, Akut, Pb)	28,1%	17,5%	50,4%
Pb	-22,5%	-11,0%	-31,0%
Akut	-	90,8%	-
Sp	-	52,6%	-
Gesamtzahl der Patienten in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	14,8%	9,8%	26,1%

Tabelle 3.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

	Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl der Patienten mit ambulanten psychotherapeutischen Leistungen (GT, ET, Sp, Akut, Pb)		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
GT	-0,1%	0,2%	0,1%
ET	-8,8%	-5,3%	-14,1%
ET u/o (Sp, Akut, Pb)	0,1%	0,0%	0,1%
(Sp, Akut, Pb)	6,5%	4,4%	10,8%
Pb	-18,3%	-7,2%	-25,5%
Akut	4,4%	3,3%	7,7%
Sp	42,6%	16,6%	59,2%
Gesamtzahl der Patienten in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	14,8%	9,8%	26,1%

Tabelle 4.1A: Absolute und relative Häufigkeiten der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	Anzahl Patienten		
	2016	2017	2018
AP	78.490	85.344	91.007
Prozentzahl AP auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	5,5%	6,0%	6,4%
TP	600.011	576.935	548.256
Prozentzahl TP die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	42,3%	40,6%	38,5%
VT	761.445	780.311	799.105
Prozentzahl VT auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	53,7%	54,9%	56,1%
AP-GT	5.184	6.257	7.251
Prozentzahl AP-GT auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	0,4%	0,4%	0,5%
TP-GT	16.118	17.496	19.365
Prozentzahl TP-GT auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	1,1%	1,2%	1,4%
VT-GT	16.381	18.339	22.990
Prozentzahl VT-GT auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	1,2%	1,3%	1,6%
AP-ET	75.563	81.817	87.190
Prozentzahl AP-ET auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	5,3%	5,8%	6,1%
TP-ET	590.868	567.555	538.438
Prozentzahl TP-ET auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	41,7%	40,0%	37,8%
VT-ET	757.712	776.146	794.218
Prozentzahl VT-ET auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	53,4%	54,6%	55,8%
Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)	1.418.346	1.420.361	1.424.075
	100%	100%	100%

Tabelle 4.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	% Veränderung der Anzahl Patienten		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>AP</i>	8,7%	6,6%	15,9%
<i>TP</i>	-3,8%	-5,0%	-8,6%
<i>VT</i>	2,5%	2,4%	4,9%
<i>AP-GT</i>	20,7%	15,9%	39,9%
<i>TP-GT</i>	8,5%	10,7%	20,1%
<i>VT-GT</i>	12,0%	25,4%	40,3%
<i>AP-ET</i>	8,3%	6,6%	15,4%
<i>TP-ET</i>	-3,9%	-5,1%	-8,9%
<i>VT-ET</i>	2,4%	2,3%	4,8%
<i>Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)</i>	0,1%	0,3%	0,4%

Tabelle 4.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP, TP, VT)		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>AP</i>	0,5%	0,4%	0,9%
<i>TP</i>	-1,7%	-2,1%	-3,8%
<i>VT</i>	1,3%	1,2%	2,4%
<i>AP-GT</i>	0,1%	0,1%	0,1%
<i>TP-GT</i>	0,1%	0,1%	0,2%
<i>VT-GT</i>	0,1%	0,3%	0,5%
<i>AP-ET</i>	0,4%	0,4%	0,8%
<i>TP-ET</i>	-1,7%	-2,1%	-3,8%
<i>VT-ET</i>	1,2%	1,1%	2,3%
<i>Gesamtzahl der Patienten in RLPT (AP,TP,VT)</i>	0,1%	0,3%	0,4%

Tabelle 5.1A: Absolute und relative Häufigkeiten der Patienten, die eine reine Gruppenpsychotherapie bzw. Kombinationstherapie erhalten haben (GT: Gruppenpsychotherapie; rGT: reine Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; rET: reine Einzelpsychotherapie; KT: Kombinationstherapie; LH: Leistungshäufigkeit; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	Anzahl Patienten	Anzahl Patienten	Anzahl Patienten
	2016	2017	2018
<i>reine GT - Patienten mit Leistungsverhältnis 1:10 (ET-LH*: GT-LH*) oder (ET-LH=0 und GT-LH > 0)</i>	20.275	21.622	24.793
<i>Prozentzahl rGT auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (rET, rGT, KT)</i>	1,4%	1,5%	1,7%
<i>Kombinationstherapie ohne Patienten in reiner GT</i>	16.726	19.527	24.471
<i>Prozentzahl KT auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (rET, rGT, KT)</i>	1,2%	1,4%	1,7%
<i>reine ET - Patienten mit abgerechneten Leistungen in Einzeltherapie (ohne Gruppentherapie)</i>	1.381.345	1.379.212	1.374.811
<i>Prozentzahl rET auf die Gesamtzahl der Patienten in RLPT (rET, rGT, KT)</i>	97,4%	97,1%	96,5%
<i>Gesamtzahl der Patienten in RLPT (rET, rGT, KT)</i>	1.418.346	1.420.361	1.424.075
	100%	100%	100%

Tabelle 5.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Patienten, die eine reine Gruppenpsychotherapie bzw. Kombinationstherapie erhalten haben (GT: Gruppenpsychotherapie; rGT: reine Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; rET: reine Einzelpsychotherapie; KT: Kombinationstherapie; LH: Leistungshäufigkeit; RLPT: Richtlinienpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung)

	%Veränderung der Anzahl Patienten		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>reine GT - Patienten mit Leistungsverhältnis 1:10 (ET-LH*: GT-LH*) oder (ET-LH=0 und GT-LH > 0)</i>	6,6%	14,7%	22,3%
<i>Kombinationstherapie ohne Patienten in reiner GT</i>	16,7%	25,3%	46,3%
<i>reine ET - Patienten mit abgerechneten Leistungen in Einzeltherapie (ohne Gruppentherapie)</i>	-0,2%	-0,3%	-0,5%
<i>Gesamtzahl der Patienten in RLPT (rET, rGT, KT)</i>	0,1%	0,3%	0,4%
<i>Patienten mit nur (Sp, Akut, Pb)</i>	47,6%	24,3%	83,5%
<i>Gesamtzahl der Patienten in (GT, ET, Sp, Akut, Pb) - Grundgesamtheit</i>	14,8%	9,8%	26,1%

Tabelle 5.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen der Patienten, die eine reine Gruppenpsychotherapie bzw. Kombinationstherapie erhalten haben (GT: Gruppenpsychotherapie; rGT: reine Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; rET: reine Einzelpsychotherapie; KT: Kombinationstherapie; LH: Leistungshäufigkeit; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl der Patienten in RLPT (rET, rGT, KT)		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>reine GT - Patienten mit Leistungsverhältnis 1:10 (ET-LH*: GT-LH*) oder (ET-LH=0 und GT-LH > 0)</i>	0,1%	0,2%	0,3%
<i>Kombinationstherapie ohne Patienten in reiner GT</i>	0,2%	0,3%	0,5%
<i>reine ET - Patienten mit abgerechneten Leistungen in Einzeltherapie (ohne Gruppentherapie)</i>	-0,3%	-0,6%	-0,9%
<i>Gesamtzahl der Patienten in RLPT (rET, rGT, KT)</i>	0,0%	0,0%	0,0%

Anlage 5.2 zu Abschnitt 6.1.2: Anzahl der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erbracht haben

Tabelle 6.1A: Absolute und relative Häufigkeiten der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

	Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten		
	2016	2017	2018
GT	2.025	2.378	2.713
<i>Prozentzahl GT auf die Gesamtzahl der Ärzte - Grundgesamtheit</i>	6,0%	6,6%	7,2%
ET	32.410	34.149	35.541
<i>Prozentzahl ET auf die Gesamtzahl der Ärzte - Grundgesamtheit</i>	95,6%	94,9%	94,9%
ET u/o (Sp, Akut, Pb)	33.902	35.971	37.464
<i>Prozentzahl ET u/o (Sp, Akut, Pb) auf die Gesamtzahl der Ärzte - Grundgesamtheit</i>	99,994%	99,997%	99,997%
(Sp, Akut, Pb)	33.467	35.671	37.230
<i>Prozentzahl (Sp, Akut, Pb) auf die Gesamtzahl der Ärzte - Grundgesamtheit</i>	98,7%	99,2%	99,4%
Pb	33.467	34.909	35.749
<i>Prozentzahl Pb auf die Gesamtzahl der Ärzte – Grundgesamtheit</i>	98,7%	97,0%	95,4%
Akut	0	19.449	24.126
<i>Prozentzahl Akut auf die Gesamtzahl der Ärzte - Grundgesamtheit</i>	0,0%	54,1%	64,4%
Sp	0	33.274	36.370
<i>Prozentzahl Sp auf die Gesamtzahl der Ärzte - Grundgesamtheit</i>	0,0%	92,5%	97,1%
Gesamtzahl der Ärzte in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	33.904	35.972	37.465
	100%	100%	100%

Tabelle 6.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

	% Veränderung der Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>GT</i>	17,4%	14,1%	34,0%
<i>ET</i>	5,4%	4,1%	9,7%
<i>ET u/o (Sp, Akut, Pb)</i>	6,1%	4,2%	10,5%
<i>(Sp, Akut, Pb)</i>	6,6%	4,4%	11,2%
<i>Pb</i>	4,3%	2,4%	6,8%
<i>Akut</i>	-	24,0%	-
<i>Sp</i>	-	9,3%	-
Gesamtzahl der Ärzte in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	6,1%	4,2%	10,5%

Tabelle 6.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

	Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl der Ärzte / Psychotherapeuten mit ambulanten psychotherapeutischen Leistungen (GT, ET, Sp, Akut, Pb)		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>GT</i>	0,6%	0,6%	1,3%
<i>ET</i>	-0,7%	-0,1%	-0,7%
<i>ET u/o (Sp, Akut, Pb)</i>	0,0%	0,0%	0,0%
<i>(Sp, Akut, Pb)</i>	0,5%	0,2%	0,7%
<i>Pb</i>	-1,7%	-1,6%	-3,3%
<i>Akut</i>	54,1%	10,3%	64,4%
<i>Sp</i>	92,5%	4,6%	97,1%
Gesamtzahl der Ärzte in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	6,1%	4,2%	10,5%

Tabelle 7.1A: Absolute und relative Häufigkeiten der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten		
	2016	2017	2018
AP	6.039	6.162	6.188
Prozentzahl AP auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	18,6%	18,0%	17,4%
TP	17.520	18.011	17.949
Prozentzahl TP auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT(AP,TP,VT)	54,0%	52,7%	50,5%
VT	15.160	16.464	17.710
Prozentzahl VT auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	46,8%	48,2%	49,8%
AP-GT	412	443	484
Prozentzahl AP-GT auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	1,3%	1,3%	1,4%
TP-GT	970	1.128	1.192
Prozentzahl TP-GT auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	3,0%	3,3%	3,4%
VT-GT	888	1.076	1.246
Prozentzahl VT-GT auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	2,7%	3,1%	3,5%
AP-ET	6.037	6.159	6.184
Prozentzahl AP-ET auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	18,6%	18,0%	17,4%
TP-ET	17.512	18.000	17.931
Prozentzahl TP-ET auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	54,0%	52,7%	50,4%
VT-ET	15.157	16.459	17.704
Prozentzahl VT-ET auf die Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	46,8%	48,2%	49,8%
Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	32.419	34.162	35.557
	100%	100%	100%

Tabelle 7.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	% Veränderung der Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>AP</i>	2,0%	0,4%	2,5%
<i>TP</i>	2,8%	-0,3%	2,4%
<i>VT</i>	8,6%	7,6%	16,8%
<i>AP-GT</i>	7,5%	9,3%	17,5%
<i>TP-GT</i>	16,3%	5,7%	22,9%
<i>VT-GT</i>	21,2%	15,8%	40,3%
<i>AP-ET</i>	2,0%	0,4%	2,4%
<i>TP-ET</i>	2,8%	-0,4%	2,4%
<i>VT-ET</i>	8,6%	7,6%	16,8%
Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	5,4%	4,1%	9,7%

Tabelle 7.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie)

	Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl der Ärzte / Psychotherapeuten in RLPT (AP, TP, VT)		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>AP</i>	-0,6%	-0,6%	-1,2%
<i>TP</i>	-1,3%	-2,2%	-3,6%
<i>VT</i>	1,4%	1,6%	3,0%
<i>AP-GT</i>	0,0%	0,1%	0,1%
<i>TP-GT</i>	0,3%	0,1%	0,4%
<i>VT-GT</i>	0,4%	0,4%	0,8%
<i>AP-ET</i>	-0,6%	-0,6%	-1,2%
<i>TP-ET</i>	-1,3%	-2,3%	-3,6%
<i>VT-ET</i>	1,4%	1,6%	3,0%
Gesamtzahl der Ärzte in RLPT (AP,TP,VT)	5,4%	4,1%	9,7%

Tabelle 8.1A: Absolute und relative Häufigkeiten der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben – Vergleich von Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (Sp: Sprechstunde, Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie; u/o: und/oder)

Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten 2016									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	26.697	1.706			27.501	1.160	27.755	25.397	24.653
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	3.924	223			4.139	273	4.178	3.559	3.718
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	1.789	96			1.827	52	1.835	1.671	1.743
Gesamt	32.410	2.025			33.467	1.485	33.768	30.627	30.114
Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten 2017									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	28.011	2.012	27.071	16.631	28.589	1.309	29.269	27.409	25.527
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	4.278	249	4.435	1.926	4.455	448	4.713	4.147	3.913
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	1.860	117	1.768	892	1.865	53	1.905	1.806	1.781
Gesamt	34.149	2.378	33.274	19.449	34.909	1.810	35.887	33.362	31.221
Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten 2018									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	29.031	2.291	29.511	20.485	29.198	1.386	30.359	28.507	26.340
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	4.442	289	4.787	2.431	4.502	466	4.896	4.340	3.983
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	2.068	133	2.072	1.210	2.049	56	2.119	2.017	1.978
Gesamt	35.541	2.713	36.370	24.126	35.749	1.908	37.374	34.864	32.301

Tabelle 8.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben – Vergleich von Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (Sp: Sprechstunde, Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie; u/o: und/oder)

% Veränderung der Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten 2016 zu 2017									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	4,9%	17,9%	100,0%	100,0%	4,0%	12,8%	5,5%	7,9%	3,5%
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	9,0%	11,7%	100,0%	100,0%	7,6%	64,1%	12,8%	16,5%	5,2%
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	4,0%	21,9%	100,0%	100,0%	2,1%	1,9%	3,8%	8,1%	2,2%
Gesamt	5,4%	17,4%	100,0%	100,0%	4,3%	21,9%	6,3%	8,9%	3,7%
% Veränderung der Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten 2017 zu 2018									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	3,6%	13,9%	9,0%	23,2%	2,1%	5,9%	3,7%	4,0%	3,2%
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	3,8%	16,1%	7,9%	26,2%	1,1%	4,0%	3,9%	4,7%	1,8%
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	11,2%	13,7%	17,2%	35,7%	9,9%	5,7%	11,2%	11,7%	11,1%
Gesamt	4,1%	14,1%	9,3%	24,0%	2,4%	5,4%	4,1%	4,5%	3,5%
% Veränderung der Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten 2016 zu 2018									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	8,7%	34,3%	100,0%	100,0%	6,2%	19,5%	9,4%	12,2%	6,8%
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	13,2%	29,6%	100,0%	100,0%	8,8%	70,7%	17,2%	21,9%	7,1%
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	15,6%	38,5%	100,0%	100,0%	12,2%	7,7%	15,5%	20,7%	13,5%
Gesamt	9,7%	34,0%	100,0%	100,0%	6,8%	28,5%	10,7%	13,8%	7,3%

Tabelle 8.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben – Vergleich von Erwachsenenpsychotherapie und Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie (Sp: Sprechstunde, Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie RLPT: Richtlinienpsychotherapie; u/o: und/oder)

Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl aller psychotherapeutisch tätigen Ärzte / Psychotherapeuten 2016 zu 2017									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	-0,3%	0,4%	100,0%	100,0%	-0,3%	-5,8%	-0,6%	-0,8%	-0,1%
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	0,4%	-0,5%	100,0%	100,0%	0,4%	6,4%	0,8%	0,8%	0,2%
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	-0,1%	0,2%	100,0%	100,0%	-0,1%	-0,6%	-0,1%	0,0%	-0,1%
Gesamt	5,4%	17,4%	100,0%	100,0%	4,3%	21,9%	6,3%	8,9%	3,7%
Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl aller psychotherapeutisch tätigen Ärzte / Psychotherapeuten 2017 zu 2018									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	-0,3%	-0,2%	-0,2%	-0,6%	-0,2%	0,3%	-0,3%	-0,4%	-0,2%
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	0,0%	0,2%	-0,2%	0,2%	-0,2%	-0,3%	0,0%	0,0%	-0,2%
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	0,4%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%
Gesamt	4,1%	14,1%	9,3%	24,0%	2,4%	5,4%	4,1%	4,5%	3,5%
Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl aller psychotherapeutisch tätigen Ärzte / Psychotherapeuten 2016 zu 2018									
	Einzeltherapie	Gruppen- therapie	psychothera- peuthische Sprechstunde	Akut- behandlung	Probatorische Sitzung	keine RLPT nur Sp u/o Akut u/o Pb	Sp u/o Akut u/o Pb u/o KZT	KZT	LZT
Erwachsenen- psychotherapie - weniger als 25% Patienten im Alter bis 20	-0,7%	0,2%	100,0%	100,0%	-0,5%	-5,5%	-1,0%	-1,2%	-0,3%
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie - mehr als 95% Patienten im Alter bis 20	0,4%	-0,4%	100,0%	100,0%	0,2%	6,0%	0,7%	0,8%	0,0%
Hybrid - zwischen 25% und 95% Patienten im Alter bis 20	0,3%	0,2%	100,0%	100,0%	0,3%	-0,6%	0,2%	0,3%	0,3%
Gesamt	9,7%	34,0%	100,0%	100,0%	6,8%	28,5%	10,7%	13,8%	7,3%

Anlage 5.3 zu Abschnitt 6.1.3: Häufigkeit der abgerechneten ambulanten gruppentherapeutischen Leistungen

Tabelle 9.1A: Absolute und relative Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; LH: Leistungshäufigkeit; u/o: und/oder)

	Leistungshäufigkeit		
	2016	2017	2018
GT	674.206	724.431	919.737
<i>Prozentzahl GT auf die Gesamtzahl der LH - Grundgesamtheit</i>	2,9%	2,6%	3,0%
ET	19.207.220	19.035.129	18.609.277
<i>Prozentzahl ET auf die Gesamtzahl der LH - Grundgesamtheit</i>	81,7%	68,8%	60,0%
ET u/o (Sp, Akut, Pb)	22.840.823	26.938.803	30.086.981
<i>Prozentzahl ET u/o (Sp, Akut, Pb) auf die Gesamtzahl der LH - Grundgesamtheit</i>	97,1%	97,4%	97,0%
(Sp, Akut, Pb)	3.633.603	7.903.674	11.477.704
<i>Prozentzahl (Sp, Akut, Pb) auf die Gesamtzahl der LH - Grundgesamtheit</i>	15,5%	28,6%	37,0%
Pb	3.633.603	2.478.193	2.124.265
<i>Prozentzahl Pb auf die Gesamtzahl der LH - Grundgesamtheit</i>	15,5%	9,0%	6,9%
Akut	0	1.078.745	2.342.692
<i>Prozentzahl Akut auf die Gesamtzahl der LH - Grundgesamtheit</i>	0,0%	3,9%	7,6%
Sp	0	4.346.736	7.010.747
<i>Prozentzahl Sp auf die Gesamtzahl der LH - Grundgesamtheit</i>	0,0%	15,7%	22,6%
Gesamtzahl der LH in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	23.515.029	27.663.234	31.006.718
	100%	100%	100%

Tabelle 9.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; LH: Leistungshäufigkeit; u/o: und/oder)

	% Veränderung Leistungshäufigkeit		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
GT	7,4%	27,0%	36,4%
ET	-0,9%	-2,2%	-3,1%
ET u/o (Sp, Akut, Pb)	17,9%	11,7%	31,7%
(Sp, Akut, Pb)	117,5%	45,2%	215,9%
Pb	-31,8%	-14,3%	-41,5%
Akut	-	117,2%	-
Sp	-	61,3%	-
Gesamtzahl der LH in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	17,6%	12,1%	31,9%

Tabelle 9.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen (GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde; Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; LH: Leistungshäufigkeit; u/o: und/oder)

	Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl jeglicher ambulanter psychotherapeutischer Leistungen (GT, ET, Sp, Akut, Pb)		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
GT	-0,2%	0,3%	0,1%
ET	-12,9%	-8,8%	-21,7%
ET u/o (Sp, Akut, Pb)	0,2%	-0,3%	-0,1%
(Sp, Akut, Pb)	13,1%	8,4%	21,6%
Pb	-6,5%	-2,1%	-8,6%
Akut	3,9%	3,7%	7,6%
Sp	15,7%	6,9%	22,6%
Gesamtzahl der LH in (GT,ET,Sp,Akut,Pb) - Grundgesamtheit	17,6%	12,1%	31,9%

Tabelle 10.1A: Absolute und relative Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie; LH: Leistungshäufigkeit)

	Leistungshäufigkeit		
	2016	2017	2018
AP	2.751.520	2.804.910	2.979.801
Prozentzahl AP auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	13,8%	14,2%	15,3%
TP	8.061.525	7.720.186	7.218.674
Prozentzahl TP auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	40,5%	39,1%	37,0%
VT	9.068.381	9.234.464	9.330.539
Prozentzahl VT auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	45,6%	46,7%	47,8%
AP-GT	128.274	140.164	169.224
Prozentzahl AP-GT auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	0,6%	0,7%	0,9%
TP-GT	246.902	252.773	289.680
Prozentzahl TP-GT auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	1,2%	1,3%	1,5%
VT-GT	299.030	331.494	460.833
Prozentzahl VT-GT auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	1,5%	1,7%	2,4%
AP-ET	2.623.246	2.664.746	2.810.577
Prozentzahl AP-ET auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	13,2%	13,5%	14,4%
TP-ET	7.814.623	7.467.413	6.928.994
Prozentzahl TP-ET auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	39,3%	37,8%	35,5%
VT-ET	8.769.351	8.902.970	8.869.706
Prozentzahl VT-ET auf die Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	44,1%	45,1%	45,4%
Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	19.881.426	19.759.560	19.529.014
	100%	100%	100%

Tabelle 10.2A: Prozentuale Veränderungen der Anzahl abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie; LH: Leistungshäufigkeit)

	% Veränderung Leistungshäufigkeit		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>AP</i>	1,9%	6,2%	8,3%
<i>TP</i>	-4,2%	-6,5%	-10,5%
<i>VT</i>	1,8%	1,0%	2,9%
<i>AP-GT</i>	9,3%	20,7%	31,9%
<i>TP-GT</i>	2,4%	14,6%	17,3%
<i>VT-GT</i>	10,9%	39,0%	54,1%
<i>AP-ET</i>	1,6%	5,5%	7,1%
<i>TP-ET</i>	-4,4%	-7,2%	-11,3%
<i>VT-ET</i>	1,5%	-0,4%	1,1%
Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	-0,6%	-1,2%	-1,8%

Tabelle 10.3A: Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (AP: Analytische Psychotherapie; TP: Tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; RLPT: Richtlinienpsychotherapie; LH: Leistungshäufigkeit)

	Differenz (in Prozentpunkten) im prozentualen Anteil bezogen auf Gesamtzahl ambulanter Leistungen in RLPT (AP, TP, VT)		
	2016 zu 2017	2017 zu 2018	2016 zu 2018
<i>AP</i>	0,4%	1,1%	1,4%
<i>TP</i>	-1,5%	-2,1%	-3,6%
<i>VT</i>	1,1%	1,0%	2,2%
<i>AP-GT</i>	0,1%	0,2%	0,2%
<i>TP-GT</i>	0,0%	0,2%	0,2%
<i>VT-GT</i>	0,2%	0,7%	0,9%
<i>AP-ET</i>	0,3%	0,9%	1,2%
<i>TP-ET</i>	-1,5%	-2,3%	-3,8%
<i>VT-ET</i>	0,9%	0,4%	1,3%
Gesamtzahl der LH in RLPT (AP,TP,VT)	-0,6%	-1,2%	-1,8%

Anlage 5.4 zu Abschnitt 6.1.4: Ergebnisse der sekundären Fragestellungen

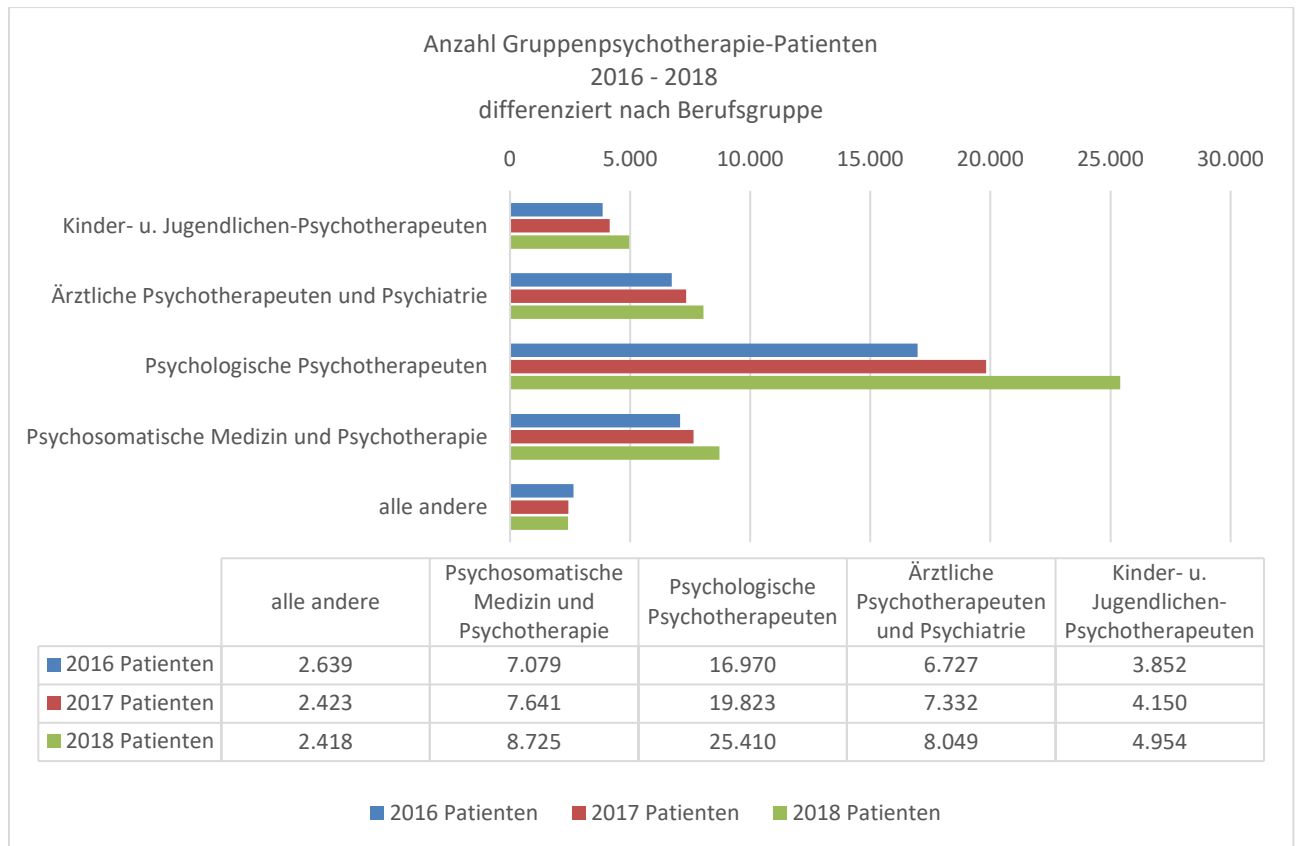


Abbildung 1.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erhalten haben – differenziert nach Profession des Behandlers – absolute Häufigkeiten – Zuordnung der Abrechnungsgebiete zu den Kategorien der Professionen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie); 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) – Psychologische Psychotherapeuten: 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) – Ärztliche Psychotherapeuten und Psychiatrie: 2101 (Psychiatrie); 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) – Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie); 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten); 2309 (Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, fachgruppenübergreifend)

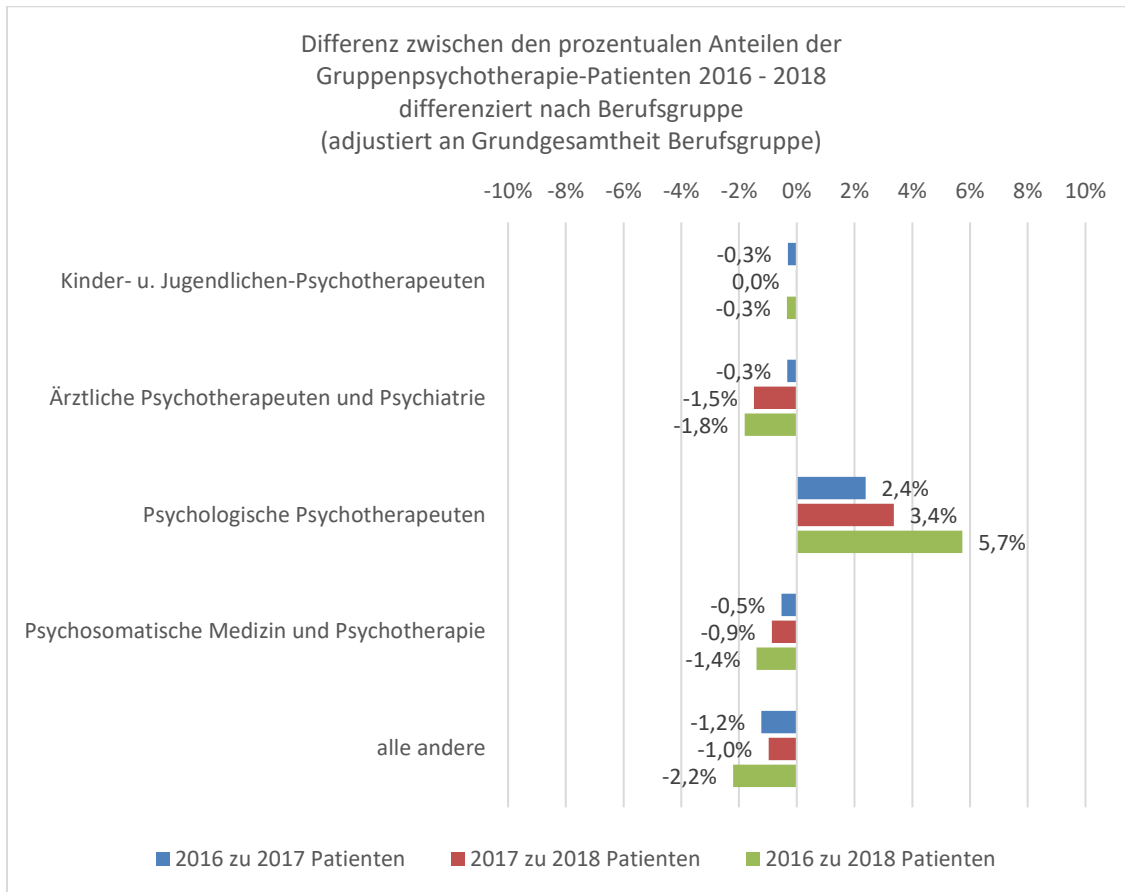


Abbildung 1.2A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Anzahl der Patienten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erhalten haben – differenziert nach Profession des Behandlers – Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen bezogen auf die Berufsgruppe – Zuordnung der Abrechnungsgebiete zu den Kategorien der Professionen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie); 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) – Psychologische Psychotherapeuten: 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) – Ärztliche Psychotherapeuten und Psychiatrie: 2101 (Psychiatrie); 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) – Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie); 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten); 2309 (Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, fachgruppenübergreifend)

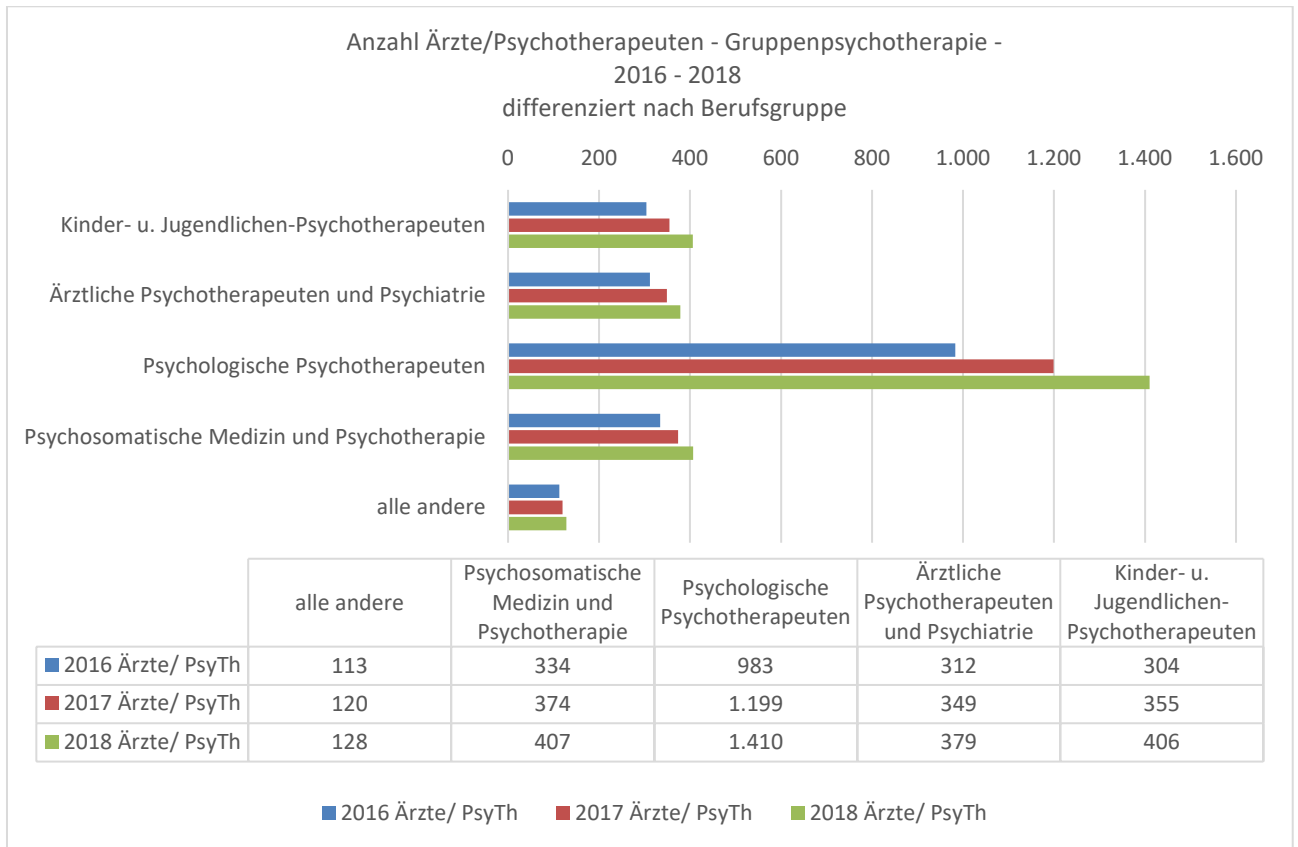


Abbildung 2.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Anzahl der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Profession des Behandlers – absolute Häufigkeiten – Zuordnung der Abrechnungsgebiete zu den Kategorien der Professionen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie); 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) – Psychologische Psychotherapeuten: 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) – Ärztliche Psychotherapeuten und Psychiatrie: 2101 (Psychiatrie); 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) – Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie); 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten); 2309 (Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, fachgruppenübergreifend)

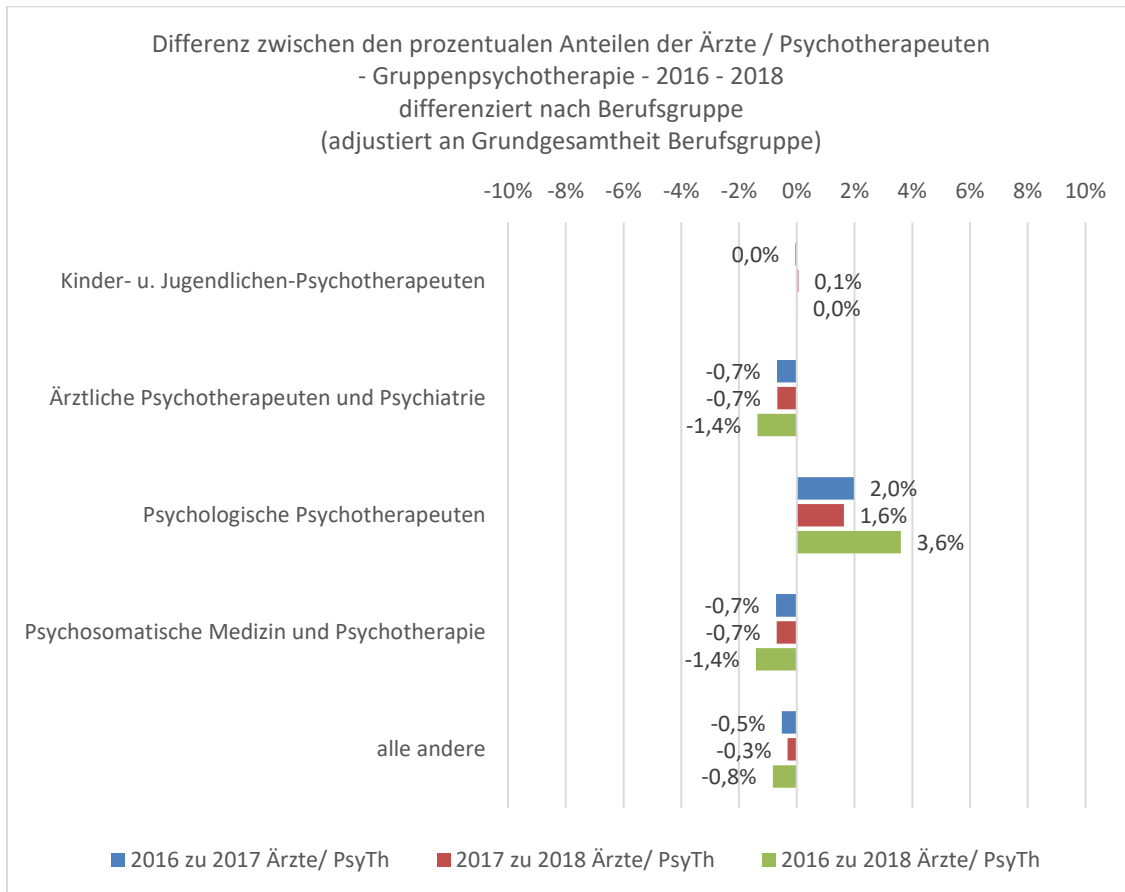


Abbildung 2.2A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Anzahl der Ärzte / Psychotherapeuten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben – Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen bezogen auf die Berufsgruppe – Zuordnung der Abrechnungsgebiete zu den Kategorien der Professionen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie); 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) – Psychologische Psychotherapeuten: 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) – Ärztliche Psychotherapeuten und Psychiatrie: 2101 (Psychiatrie); 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) – Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie); 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten); 2309 (Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, fachgruppenübergreifend)

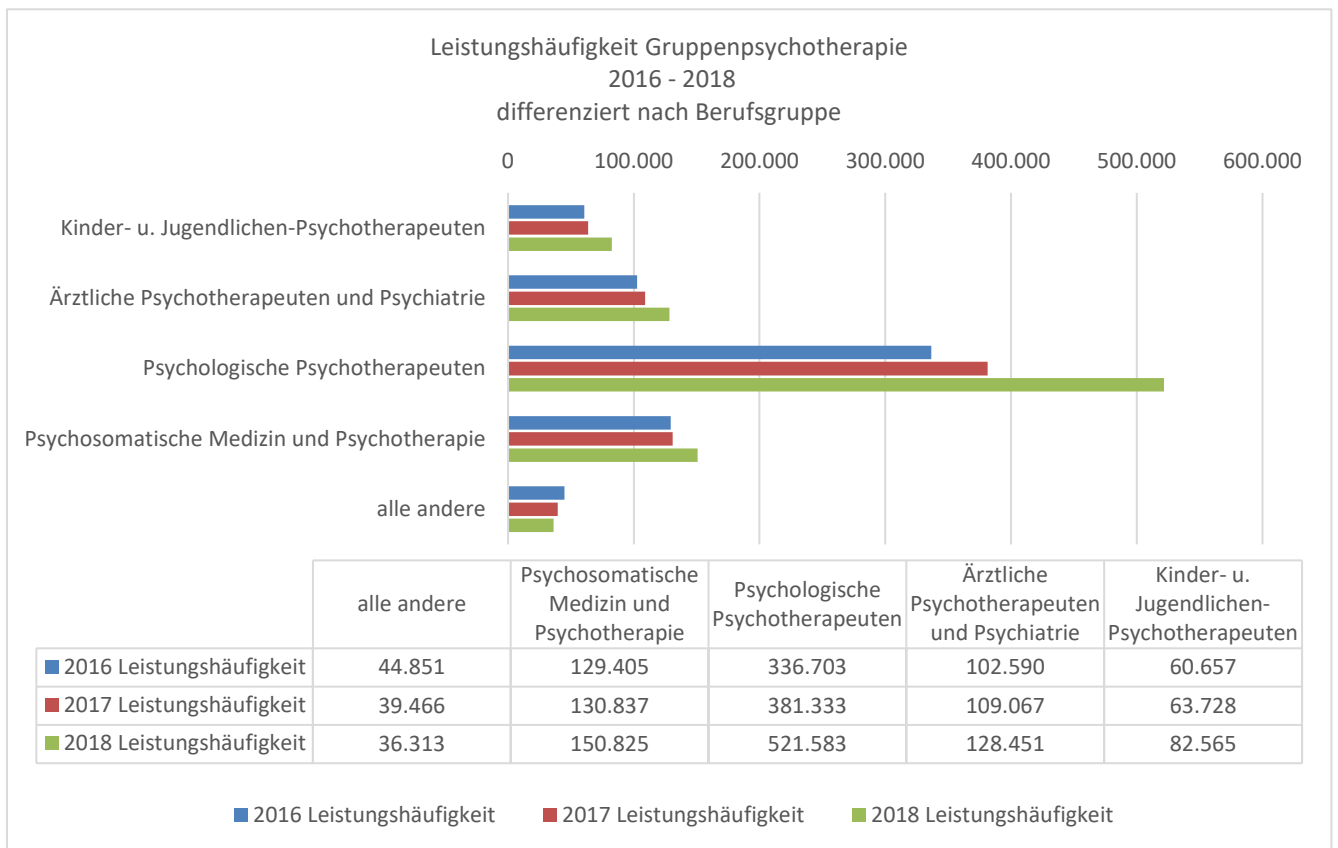


Abbildung 3.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach Profession des Behandlers – absolute Häufigkeiten – Zuordnung der Abrechnungsgebiete zu den Kategorien der Professionen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie); 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) – Psychologische Psychotherapeuten: 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) – Ärztliche Psychotherapeuten und Psychiatrie: 2101 (Psychiatrie); 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) – Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie); 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten); 2309 (Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, fachgruppenübergreifend)

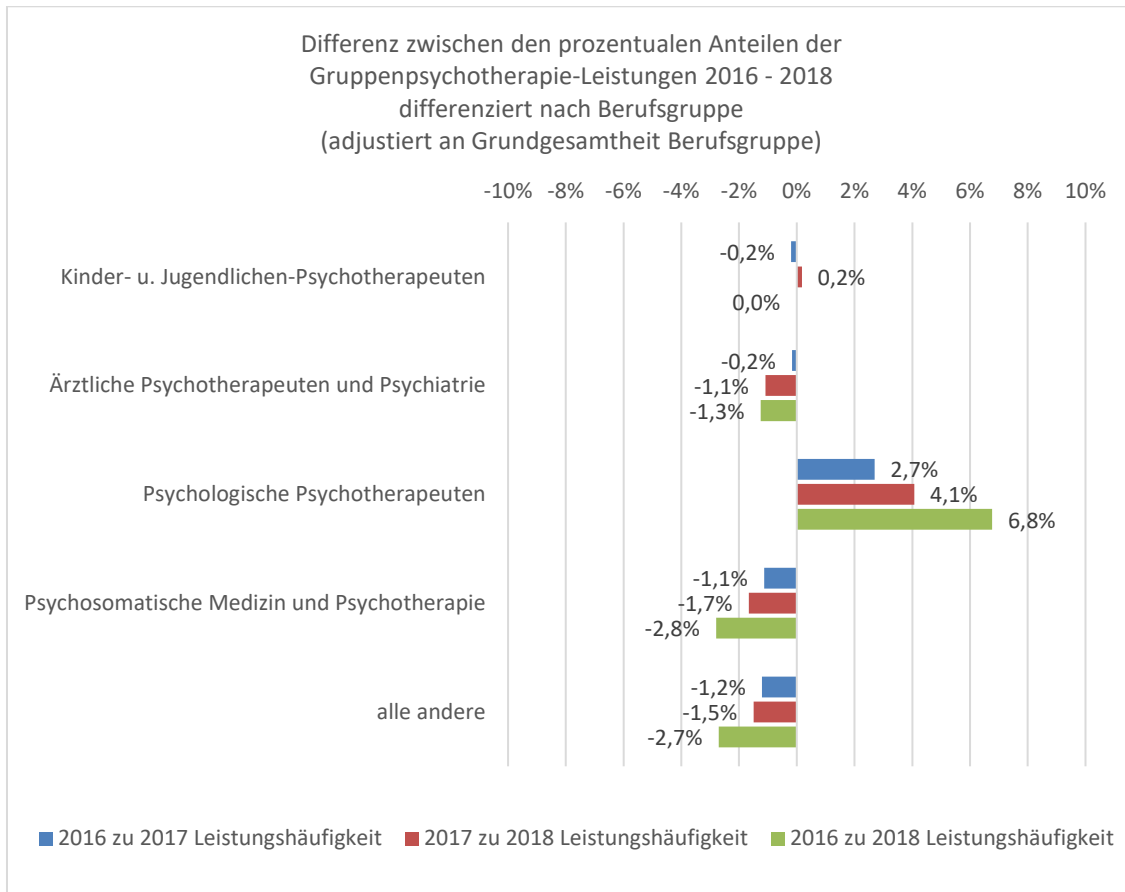


Abbildung 3.2A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach Profession des Behandlers – Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen bezogen auf die Berufsgruppe – Zuordnung der Abrechnungsgebiete zu den Kategorien der Professionen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie); 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) – Psychologische Psychotherapeuten: 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) – Ärztliche Psychotherapeuten und Psychiatrie: 2101 (Psychiatrie); 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) – Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie); 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie); 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten); 2309 (Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, fachgruppenübergreifend)

Tabelle 12.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach KV-Versorgungsgebiet – absolute Häufigkeiten (GT: Gruppenpsychotherapie; rGT: reine Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde, Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

KV (Leistungs-Region)		Leistungshäufigkeit in reiner ambulanter Gruppenpsychotherapie								
		2016			2017			2018		
		rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT	rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT	rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT
01	Schleswig-Holstein	11.389	10.707	10.420	13.915	12.197	11.906	22.612	20.091	19.563
02	Hamburg	18.505	17.455	16.993	22.158	20.228	19.676	27.027	23.783	23.158
03	Bremen	6.745	6.466	6.288	7.389	6.993	6.793	7.993	7.228	7.073
17	Niedersachsen	35.047	32.737	31.971	47.696	42.661	41.498	56.355	48.898	47.679
20	Westfalen-Lippe	49.876	47.618	46.579	55.717	50.847	49.729	68.770	61.977	60.601
38	Nordrhein	73.685	69.900	68.730	77.278	70.551	69.378	103.730	93.355	91.588
46	Hessen	38.276	36.171	35.477	41.717	38.295	37.553	48.593	43.164	42.324
51	Rheinland-Pfalz	10.389	9.801	9.575	10.948	9.910	9.708	13.662	11.514	11.274
52	Baden-Württemberg	39.940	37.868	37.081	38.900	35.447	34.717	44.293	39.141	38.336
71	Bayerns	54.492	51.553	50.413	58.758	52.379	51.273	81.131	71.533	70.039
72	Berlin	43.712	41.819	40.532	50.747	46.066	44.695	59.193	52.909	51.515
73	Saarland	4.260	4.062	3.935	4.298	3.838	3.752	5.827	5.147	5.042
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.735	1.603	1.571	2.052	1.684	1.641	3.386	2.889	2.828
83	Brandenburg	14.655	13.678	13.448	13.162	11.826	11.620	16.876	14.523	14.248
88	Sachsen-Anhalt	8.385	7.812	7.677	8.460	7.396	7.239	12.604	11.087	10.884
93	Thüringen	14.557	14.272	14.131	11.401	10.613	10.459	9.677	8.688	8.445
98	Sachsen	19.747	18.390	17.855	23.195	21.122	20.658	26.545	23.538	23.116
	insgesamt	445.395	421.912	412.676	487.791	442.053	432.295	608.274	539.465	527.713

Tabelle 12.2A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach KV-Versorgungsgebiet – prozentuale Veränderungen (GT: Gruppenpsychotherapie; rGT: reine Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde, Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

KV (Leistungs-Region)		%Veränderung der Leistungshäufigkeit in reiner ambulanter Gruppenpsychotherapie								
		2016 zu 2017			2017 zu 2018			2016 zu 2018		
		rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT	rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT	rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT
01	Schleswig-Holstein	22,2%	13,9%	14,3%	62,5%	64,7%	64,3%	98,5%	87,6%	87,7%
02	Hamburg	19,7%	15,9%	15,8%	22,0%	17,6%	17,7%	46,1%	36,3%	36,3%
03	Bremen	9,5%	8,2%	8,0%	8,2%	3,4%	4,1%	18,5%	11,8%	12,5%
17	Niedersachsen	36,1%	30,3%	29,8%	18,2%	14,6%	14,9%	60,8%	49,4%	49,1%
20	Westfalen-Lippe	11,7%	6,8%	6,8%	23,4%	21,9%	21,9%	37,9%	30,2%	30,1%
38	Nordrhein	4,9%	0,9%	0,9%	34,2%	32,3%	32,0%	40,8%	33,6%	33,3%
46	Hessen	9,0%	5,9%	5,9%	16,5%	12,7%	12,7%	27,0%	19,3%	19,3%
51	Rheinland-Pfalz	5,4%	1,1%	1,4%	24,8%	16,2%	16,1%	31,5%	17,5%	17,7%
52	Baden-Württemberg	-2,6%	-6,4%	-6,4%	13,9%	10,4%	10,4%	10,9%	3,4%	3,4%
71	Bayerns	7,8%	1,6%	1,7%	38,1%	36,6%	36,6%	48,9%	38,8%	38,9%
72	Berlin	16,1%	10,2%	10,3%	16,6%	14,9%	15,3%	35,4%	26,5%	27,1%
73	Saarland	0,9%	-5,5%	-4,7%	35,6%	34,1%	34,4%	36,8%	26,7%	28,1%
78	Mecklenburg-Vorpommern	18,3%	5,1%	4,5%	65,0%	71,6%	72,3%	95,2%	80,2%	80,0%
83	Brandenburg	-10,2%	-13,5%	-13,6%	28,2%	22,8%	22,6%	15,2%	6,2%	5,9%
88	Sachsen-Anhalt	0,9%	-5,3%	-5,7%	49,0%	49,9%	50,4%	50,3%	41,9%	41,8%
93	Thüringen	-21,7%	-25,6%	-26,0%	-15,1%	-18,1%	-19,3%	-33,5%	-39,1%	-40,2%
98	Sachsen	17,5%	14,9%	15,7%	14,4%	11,4%	11,9%	34,4%	28,0%	29,5%
	insgesamt	9,5%	4,8%	4,8%	24,7%	22,0%	22,1%	36,6%	27,9%	27,9%

Tabelle 12.3A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach KV-Versorgungsgebiet – Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den prozentualen Anteilen bezogen auf die Gesamtanzahl Leistungen in den einzelnen Therapieformen (GT: Gruppenpsychotherapie; rGT: reine Gruppenpsychotherapie; ET: Einzelpsychotherapie; Sp: Sprechstunde, Pb: Probatorik; Akut: Akutbehandlung; u/o: und/oder)

KV (Leistungs-Region)		Differenz der adjustierten prozentualen Anteile bezogen auf die Gesamtleistungshäufigkeit								
		2016 zu 2017			2017 zu 2018			2016 zu 2018		
		rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT	rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT	rGT und Leistungen in ET u/o GT u/o Akut,Pb,Sp	rGT und Leistungen in ET u/o GT	rGT und Leistungen in GT
01	Schleswig-Holstein	0,3%	0,2%	0,2%	0,9%	1,0%	1,0%	1,2%	1,2%	1,2%
02	Hamburg	0,4%	0,4%	0,4%	-0,1%	-0,2%	-0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
03	Bremen	0,0%	0,0%	0,0%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%
17	Niedersachsen	1,9%	1,9%	1,9%	-0,5%	-0,6%	-0,6%	1,4%	1,3%	1,3%
20	Westfalen-Lippe	0,2%	0,2%	0,2%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%
38	Nordrhein	-0,7%	-0,6%	-0,6%	1,2%	1,3%	1,3%	0,5%	0,7%	0,7%
46	Hessen	0,0%	0,1%	0,1%	-0,6%	-0,7%	-0,7%	-0,6%	-0,6%	-0,6%
51	Rheinland-Pfalz	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,2%	-0,2%
52	Baden-Württemberg	-1,0%	-1,0%	-1,0%	-0,7%	-0,8%	-0,8%	-1,7%	-1,7%	-1,7%
71	Bayerns	-0,2%	-0,4%	-0,4%	1,3%	1,4%	1,4%	1,1%	1,0%	1,1%
72	Berlin	0,6%	0,5%	0,5%	-0,7%	-0,6%	-0,6%	-0,1%	-0,1%	-0,1%
73	Saarland	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
78	Mecklenburg-Vorpommern	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
83	Brandenburg	-0,6%	-0,6%	-0,6%	0,1%	0,0%	0,0%	-0,5%	-0,5%	-0,6%
88	Sachsen-Anhalt	-0,1%	-0,2%	-0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%
93	Thüringen	-0,9%	-1,0%	-1,0%	-0,7%	-0,8%	-0,8%	-1,7%	-1,8%	-1,8%
98	Sachsen	0,3%	0,4%	0,5%	-0,4%	-0,4%	-0,4%	-0,1%	0,0%	0,1%
	insgesamt	9,5%	4,8%	4,8%	24,7%	22,0%	22,1%	36,6%	27,9%	27,9%

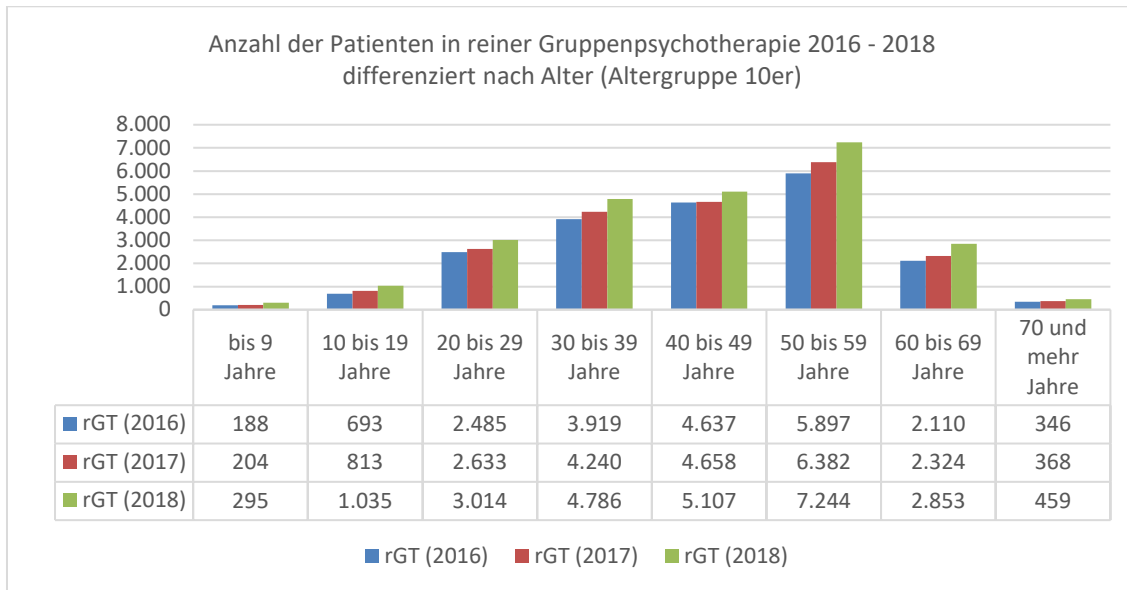


Abbildung 4.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Anzahl der Patienten, die eine reine ambulante Gruppenpsychotherapie erhalten haben – differenziert nach Alter der Patienten – absolute Häufigkeiten (rGT: reine Gruppenpsychotherapie)

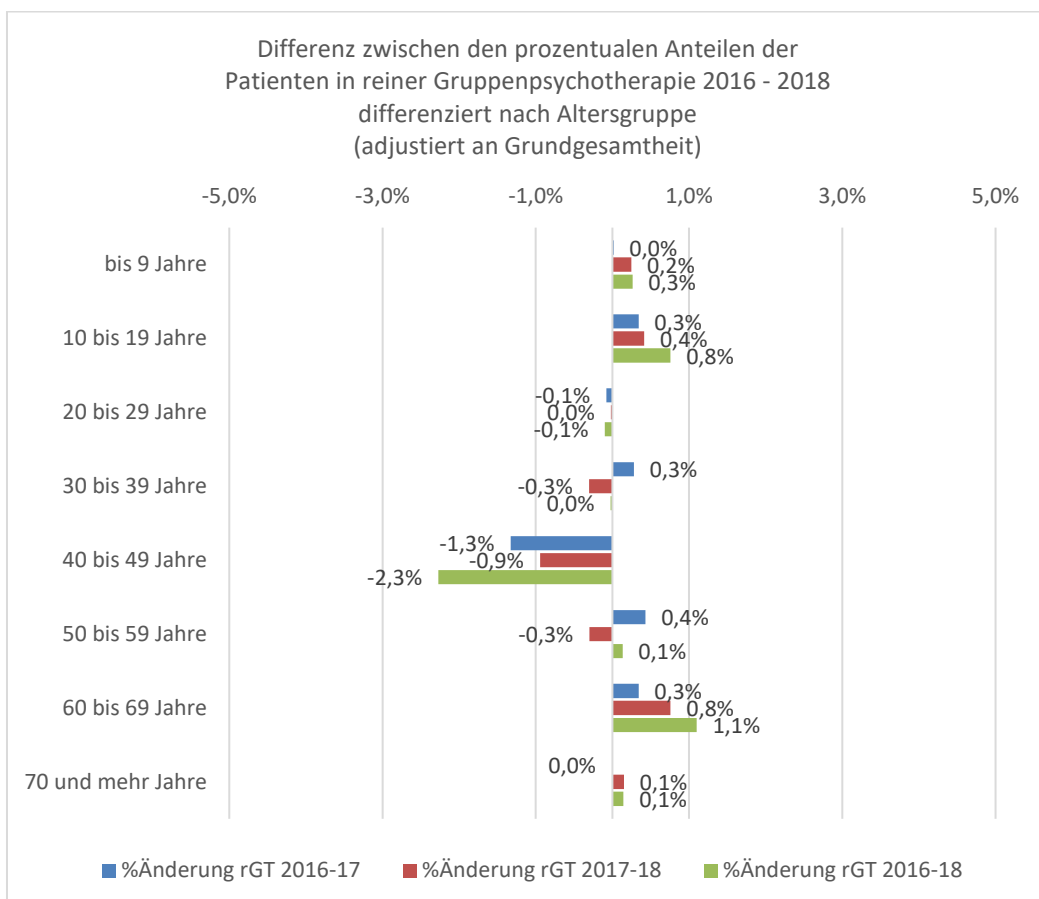


Abbildung 4.2A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Anzahl der Patienten, die eine reine ambulante Gruppenpsychotherapie erhalten haben – differenziert nach Alter der Patienten – Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen bezogen auf Gesamtanzahl der Patienten in reiner Gruppenpsychotherapie pro Jahr (rGT: reine Gruppenpsychotherapie)

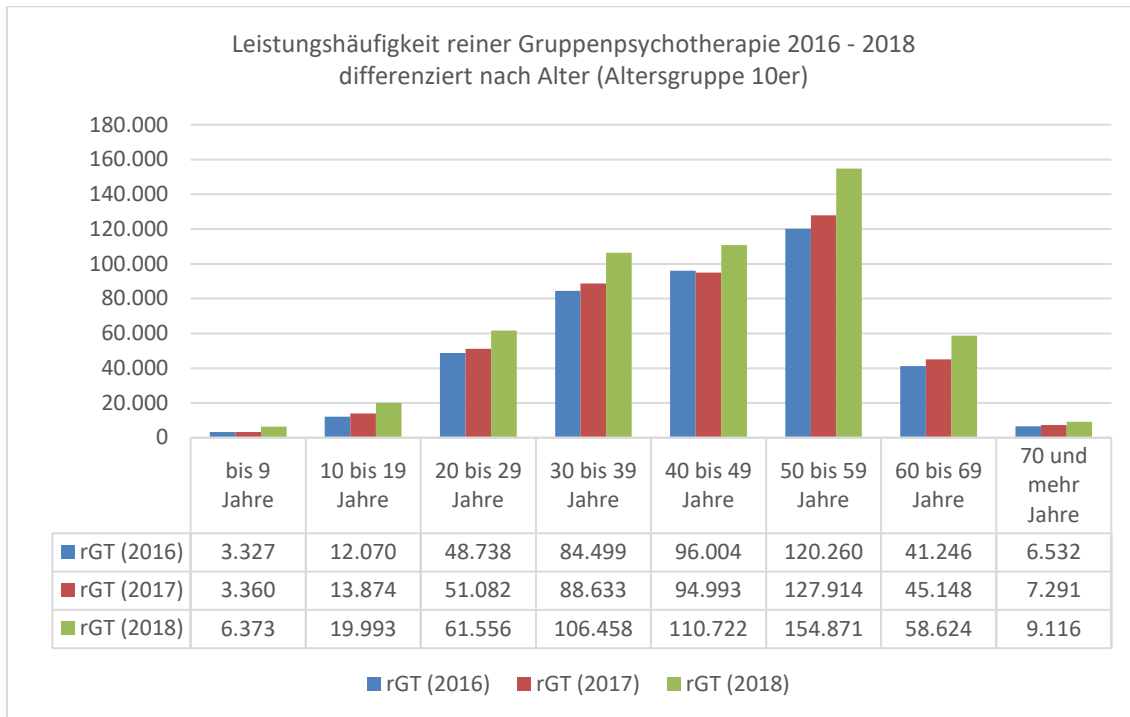


Abbildung 5.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Leistungshäufigkeit reiner ambulanter Gruppenpsychotherapie – differenziert nach Alter der Patienten – absolute Häufigkeiten (rGT: reine Gruppenpsychotherapie)

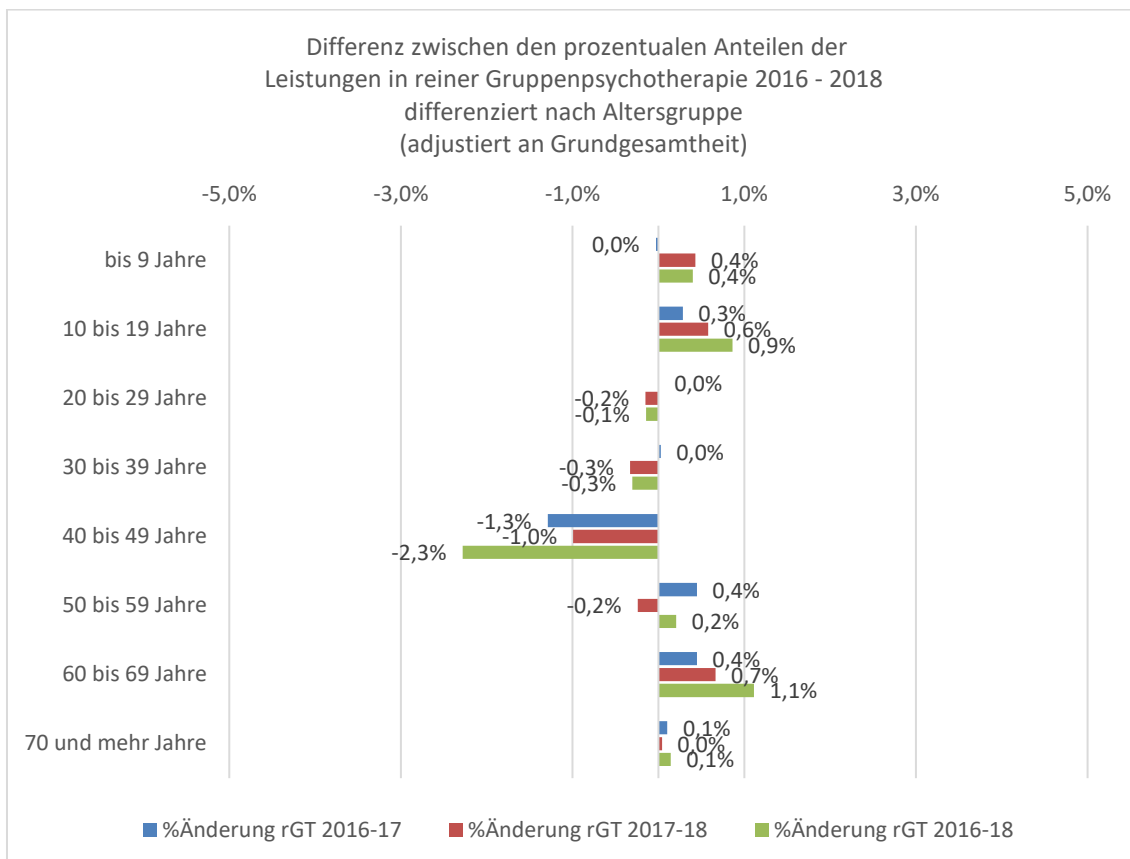


Abbildung 5.2A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Leistungshäufigkeit reiner ambulanter Gruppenpsychotherapie – differenziert nach Alter der

Patienten – Differenz (in Prozentpunkten) zwischen den adjustierten Anteilen bezogen auf Gesamtanzahl der Leistungshäufigkeiten in reiner Gruppenpsychotherapie pro Jahr (rGT: reine Gruppenpsychotherapie)

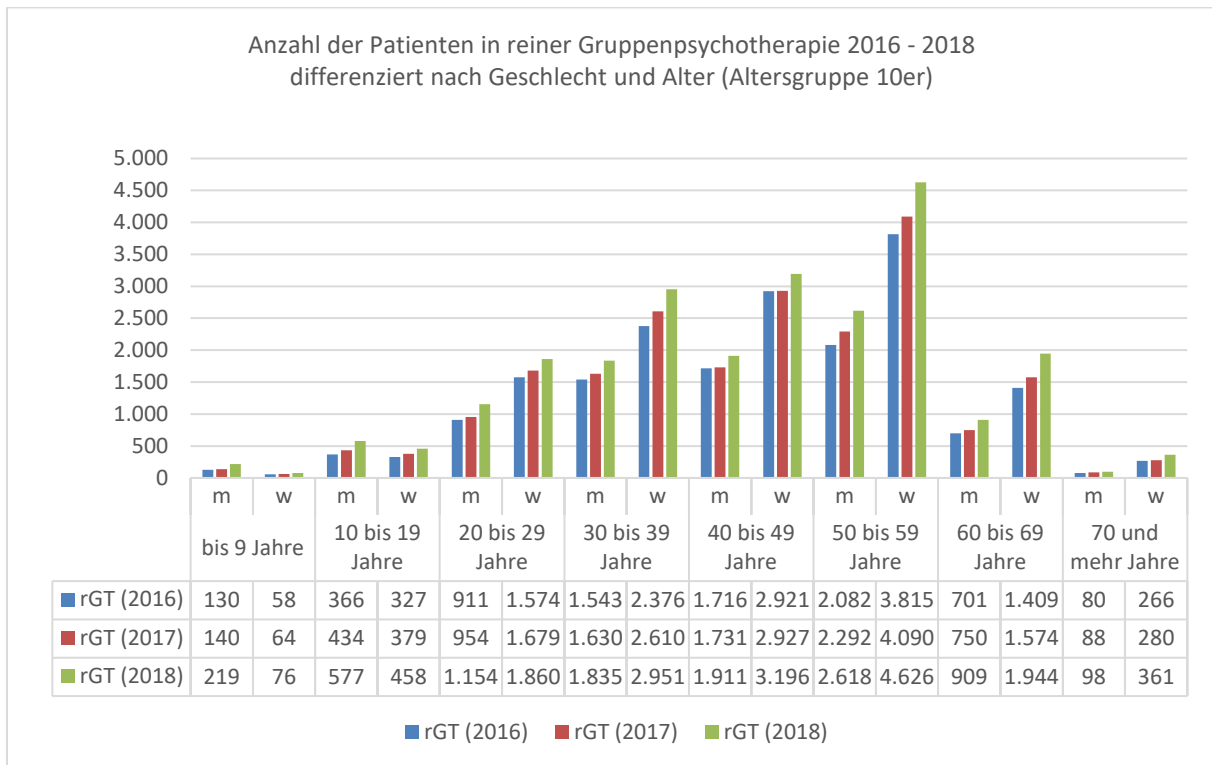


Abbildung 6.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Anzahl der Patienten, die eine reine ambulante Gruppenpsychotherapie erhalten haben – differenziert nach Alter und Geschlecht der Patienten – absolute Häufigkeiten (rGT: reine Gruppenpsychotherapie, m: männlich; w: weiblich)

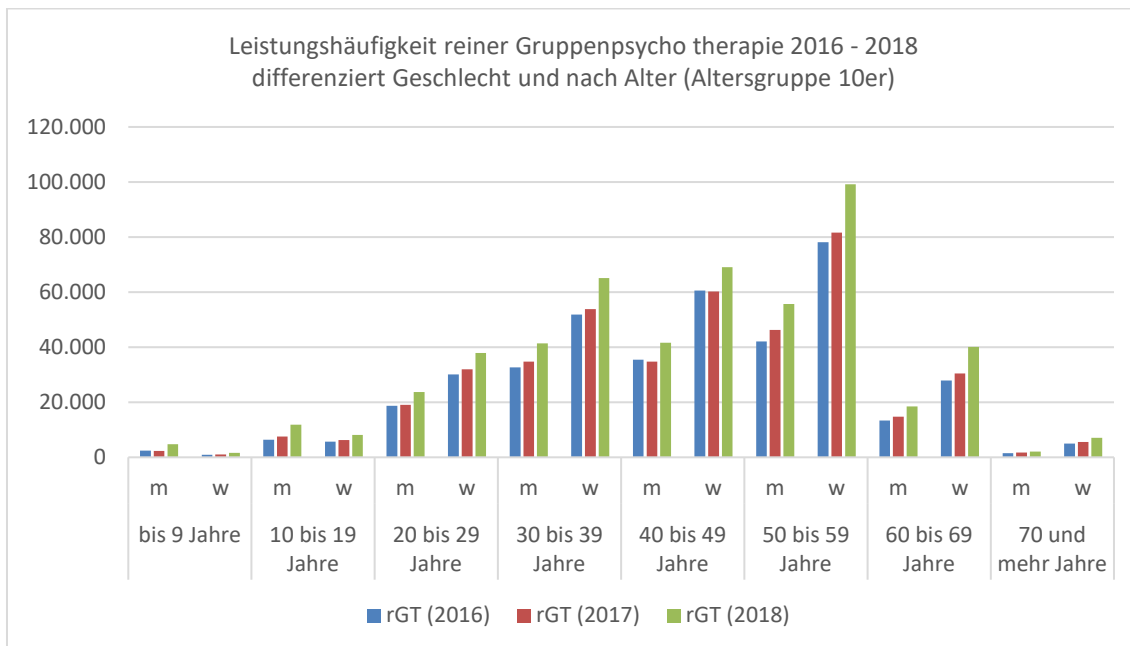


Abbildung 7.1A: Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie in den Jahren 2016 bis 2018 – sekundäre Fragestellungen: Leistungshäufigkeit reiner ambulanter Gruppenpsychotherapie – differenziert nach Alter und Geschlecht der Patienten – absolute Häufigkeiten (rGT: reine Gruppenpsychotherapie, m: männlich; w: weiblich)

Anlage 6: Ergänzende Ergebnistabellen der Primärdatenanalyse

Anlage 6.1 zu Abschnitt 6.2.4: Barrieren auf organisatorischer Ebene: organisatorische Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erschweren bzw. verhindern

Hinweis zu den Tabellen 13.1A – 13.3A: Zum Vergleich der binären Fragebogenitems (ja/nein) zwischen den Subgruppen (Durchführung von Gruppenpsychotherapie: ja versus nein – Berufsgruppen: Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie – Richtlinienverfahren: psychodynamisch versus verhaltenstherapeutisch) wurden pro Fragebogen-Item und Subgruppe Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und asymptotische, zweiseitige p-Werte berechnet. Die Werte in Klammern geben den prozentualen Anteil der Antwortenden der jeweiligen Subgruppe an, die das entsprechende Item angekreuzt haben. Die mit „D“ gekennzeichneten Werte bilden die Prozentsatzdifferenzen, d.h. die Differenzen der relativen Häufigkeiten zwischen den zwei zu vergleichenden Gruppen pro Fragebogen-Item, ab. Die erste Zeile der Tabelle 13.1A ist z.B. wie folgt zu lesen: 58,0% der Durchführenden und 72,3% der Nicht-Durchführenden von Gruppenpsychotherapie kreuzten das Item „vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit“ als organisatorische Barriere an. Die Nicht-Durchführenden benannten diesen Aspekt häufiger als relevante Barriere. Die Prozentsatzdifferenz liegt bei 14,3%.

Tabelle 13.1A: Quantitative Erhebung der organisatorischen Barrieren - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Hinderliche organisatorische Faktoren	Durchführung von Gruppenpsychotherapie		
	ja (n=1829)	nein (n=2156)	p-Wert
vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit	- (58,0%)	D = 14,3% (72,3%)	**
schwierige zeitliche Koordination	- (47,1%)	D = 22,1% (69,2%)	**
größerer Organisationsaufwand	- (49,0%)	D = 9,7% (58,7%)	**
Probleme mit dem Vakanzhonorar bei Patientenabsagen	- (45,1%)	D = 2,8% (47,9%)	n.s.
zu geringe Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	- (43,1%)	D = 2,3% (45,4%)	n.s.
keine Abrechnungsmöglichkeit für Durchführung in Paarleitung / mit Co-Therapeuten	- (40,3%)	D = 5,9% (46,2%)	**
keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 TeilnehmerInnen	- (32,4%)	- (32,4%)	n.s.
zu geringes Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 9,7% (30,6%)	- (20,9%)	**
anderer Aspekt	D = 12,0% (31,7%)	- (19,7%)	**
mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten	- (10,4%)	D = 18,7% (29,1%)	**
Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl	- (16,7%)	D = 4,4% (21,1%)	**
zu starre Obergrenze der Teilnehmerzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 1,1% (9,7%)	- (8,6%)	n.s.
Beschränkung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf 8 TeilnehmerInnen	D = 4,3% (9,3%)	- (5,0%)	**
Keine	D = 6,6% (9,3%)	- (2,7%)	**

Tabelle 13.2A: Quantitative Erhebung der organisatorischen Barrieren - Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Hinderliche organisatorische Faktoren	Erwachsenenpsychotherapie (n=3127)	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie (n=465)	p- Wert
vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit	D = 2,4% (66,1%)	- (63,7%)	n.s.
schwierige zeitliche Koordination	D = 2,1% (59,7%)	- (57,6%)	n.s.
größerer Organisationsaufwand	- (54,4%)	D = 1,1% (55,5%)	n.s.
keine Abrechnungsmöglichkeit für Durchführung in Paarleitung / mit Co-Therapeuten	- (42,2%)	D = 11,8% (54,0%)	*
Probleme mit dem Vakanzhonorar bei Patientenabsagen	- (45,8%)	D = 2,8% 48,6%	n.s.
keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 TeilnehmerInnen	- (28,1%)	D = 30,0% (58,1%)	**
zu geringe Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	D = 6,2% (45,1%)	- (38,9%)	*
anderer Aspekt	- (24,3%)	D = 5,8% (30,1%)	*
zu geringes Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 6,3% (25,9%)	- 19,6%	*
Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl	- (17,6%)	D = 8,9% (26,5%)	**
mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten	D = 6,4% (21,5%)	- (15,1%)	*
zu starre Obergrenze der Teilnehmerzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 3,9% (9,3%)	- (5,2%)	*
Beschränkung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf 8 TeilnehmerInnen	D = 3,6% (7,5%)	- (3,9%)	*
Keine	D = 1,2% (5,7%)	- (4,5%)	n.s.

Tabelle 13.3A: Quantitative Erhebung der organisatorischen Barrieren - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Hinderliche organisatorische Faktoren	psychodynamisch (n=1745)	verhaltenstherapeutisch (n=2012)	p- Wert
vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit	D = 6,3% (68,7%)	- (62,4%)	**
schwierige zeitliche Koordination	- (48,8%)	D = 19,0% (67,8%)	**
größerer Organisationsaufwand	- (47,6%)	D = 12,4% (60,0%)	**
Probleme mit dem Vakanzhonorar bei Patientenabsagen	- (39,0%)	D = 14,0% (53,0%)	**
zu geringe Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	D = 9,2% (49,1%)	- (39,9%)	**
keine Abrechnungsmöglichkeit für Durchführung in Paarleitung / mit Co-Therapeuten	D = 2,1% (44,6%)	- (42,5%)	n.s.
keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 TeilnehmerInnen	- (22,3%)	D = 19,1% (41,4%)	**
zu geringes Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 6,9% (29,1%)	- (22,2%)	**
anderer Aspekt	- (24,5%)	D = 1,2% (25,7%)	n.s.
mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten	- (18,0%)	D = 4,3% (22,3%)	*
Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl	- (14,2%)	D = 8,9% (23,1%)	**

Hinderliche organisatorische Faktoren	psychodynamisch (n=1745)	verhaltenstherapeutisch (n=2012)	p- Wert
zu starre Obergrenze der Teilnehmerzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 5,3% (11,8%)	- (6,5%)	**
Beschränkung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf 8 TeilnehmerInnen	D = 5,1% (9,4%)	- (4,3%)	**
Keine	D = 4,2% (8,0%)	- (3,8%)	**

Anlage 6.2 zu Abschnitt 6.2.5: Barrieren auf inhaltlicher Ebene: inhaltliche Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erschweren bzw. verhindern

Hinweis zu den Tabellen 14.1A – 14.3A: Zum Vergleich der binären Fragebogenitems (ja/nein) zwischen den Subgruppen (Durchführung von Gruppenpsychotherapie: ja versus nein – Berufsgruppen: Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie – Richtlinienverfahren: psychodynamisch versus verhaltenstherapeutisch) wurden pro Fragebogen-Item und Subgruppe Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und asymptotische, zweiseitige p-Werte berechnet. Die Werte in Klammern geben den prozentualen Anteil der Antwortenden der jeweiligen Subgruppe an, die das entsprechende Item angekreuzt haben. Die mit „D“ gekennzeichneten Werte bilden die Prozentsatzdifferenzen, d.h. die Differenzen der relativen Häufigkeiten zwischen den zwei zu vergleichenden Gruppen pro Fragebogen-Item, ab. Die dritte Zeile der Tabelle 14.1A ist z.B. wie folgt zu lesen: 38,2% der Durchführenden und 28,3% der Nicht-Durchführenden von Gruppenpsychotherapie kreuzten an, dass sie keine inhaltlichen Barrieren wahrnehmen. Die Durchführenden machten diese Angabe signifikant häufiger. Die Prozentsatzdifferenz liegt bei 9.9%.

Tabelle 14.1A: Quantitative Erhebung der inhaltlichen Barrieren - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Hinderliche inhaltliche Faktoren	Durchführung von Gruppenpsychotherapie		
	ja (n=1829)	nein (n=2156)	p-Wert
mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der PatientInnen	- (36,4%)	D = 1,6% (38,0%)	n.s.
Schwierigkeiten bei der Patientenakquise	D = 4,5% (39,3%)	- (34,8%)	*
Keine	D = 9,9% (38,2%)	- (28,3%)	**
mangelnde kollegiale Vernetzung	D = 1,6% (15,7%)	- (14,1%)	n.s.
eigene Unsicherheit in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie	- (5,0%)	D = 16,8% (21,8%)	**
eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen	- (7,6%)	D = 7,0% (14,6%)	**
anderer Aspekt	- (10,4%)	D = 0,6% (11,0%)	n.s.
mangelnde Interventions- und Supervisionsmöglichkeiten	D = 1,0% (9,6%)	- (8,6%)	n.s.
weniger Möglichkeiten, im Team zu arbeiten	- (5,0%)	D = 3,7% (8,7%)	**
schlechte Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapie	- (1,5%)	D = 5,1% (6,6%)	**
geringe eigene Überzeugung von der Wirksamkeit bzw. dem Mehrwert gruppenpsychotherapeutischer Verfahren	- (0,9%)	D = 4,5% (5,4%)	**

Tabelle 14.2A: Quantitative Erhebung der inhaltlichen Barrieren - Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Hinderliche inhaltliche Faktoren	Erwachsenenpsychotherapie (n=3130)	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (n=466)	p-Wert
Schwierigkeiten bei der Patientenakquise	D = 3,5% (37,8%)	- (34,3%)	n.s.
mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der PatientInnen	D = 6,1% (38,9%)	- (32,8%)	*
Keine	D = 0,6% (32,1%)	- (31,5%)	n.s.
mangelnde kollegiale Vernetzung	- (15,0%)	D = 0,3% (15,3%)	n.s.
eigene Unsicherheit in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie	D = 3,9% (14,8%)	- 11,9%	n.s.
eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen	- (11,5%)	D = 2,0% (13,1%)	n.s.

Hinderliche inhaltliche Faktoren	Erwachsenenpsychotherapie (n=3130)	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie (n=466)	p- Wert
anderer Aspekt	- (10,5%)	D = 1,8% (12,3%)	n.s.
mangelnde Interventions- und Supervisionsmöglichkeiten	D = 0,2% (9,3%)	- (9,1%)	n.s.
weniger Möglichkeiten, im Team zu arbeiten	- (6,9%)	D = 2,8% (9,7%)	*
schlechte Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapie	- (4,2%)	D = 0,5% (4,7%)	n.s.
geringe eigene Überzeugung von der Wirksamkeit bzw. dem Mehrwert gruppenpsychotherapeutischer Verfahren	D = 0,9% (3,5%)	- (2,6%)	n.s.

Tabelle 14.3A: Quantitative Erhebung der inhaltlichen Barrieren - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Hinderliche inhaltliche Faktoren	psychodynamisch (n=1745)	verhaltenstherapeutisch (n=2012)	p- Wert
mangelnde Motivation und Teilnahmereitschaft der PatientInnen	- (36,9%)	D = 1,1% (38,0%)	n.s.
Schwierigkeiten bei der Patientenakquise	D = 1,3% (37,8%)	- (36,5%)	n.s.
keine	D = 1,8% (33,5%)	- (31,7%)	n.s.
mangelnde kollegiale Vernetzung	- (14,2%)	D = 1,7% (15,9%)	n.s.
eigene Unsicherheit in der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie	- 12,7%	D = 2,7% (15,4%)	*
eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen	D = 1,0% (11,9%)	- (10,9%)	n.s.
anderer Aspekt	D = 1,8% (11,6%)	- (9,8%)	n.s.
mangelnde Interventions- und Supervisionsmöglichkeiten	D = 1,6% (10,2%)	- (8,6%)	n.s.
weniger Möglichkeiten, im Team zu arbeiten	D = 0,4% (7,2%)	- (6,8%)	n.s.
schlechte Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapie	- (4,1%)	D = 0,2% (4,3%)	n.s.
geringe eigene Überzeugung von der Wirksamkeit bzw. dem Mehrwert gruppenpsychotherapeutischer Verfahren	- (2,7%)	D = 2,5% (4,2%)	*

Anlage 6.3 zu Abschnitt 6.2.6: Veränderungswünsche auf organisatorischer Ebene: organisatorische Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erleichtern bzw. fördern könnten

Hinweis zu den Tabellen 15.1A – 15.3A: Zum Vergleich der binären Fragebogenitems (ja/nein) zwischen den Subgruppen (Durchführung von Gruppenpsychotherapie: ja versus nein – Berufsgruppen: Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie – Richtlinienverfahren: psychodynamisch versus verhaltenstherapeutisch) wurden pro Fragebogen-Item und Subgruppe Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und asymptotische, zweiseitige p-Werte berechnet. Die Werte in Klammern geben den prozentualen Anteil der Antwortenden der jeweiligen Subgruppe an, die das entsprechende Item angekreuzt haben. Die mit „D“ gekennzeichneten Werte bilden die Prozentsatzdifferenzen, d.h. die Differenzen der relativen Häufigkeiten zwischen den zwei zu vergleichenden Gruppen pro Fragebogen-Item, ab. Die erste Zeile der Tabelle 15.1A ist z.B. wie folgt zu lesen: 70,1% der Durchführenden und 77,6% der Nicht-Durchführenden von Gruppenpsychotherapie kreuzten das Item „Reduktion der Anzahl und des Umfang der zu verfassenden Berichte“ als organisatorischen Förderfaktor an. Die Nicht-Durchführenden benannten diesen Aspekt signifikant häufiger als relevanten Förderfaktor. Die Prozentsatzdifferenz liegt bei 7,5%.

Tabelle 15.1A: Quantitative Erhebung der organisatorischen Förderfaktoren - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Förderliche organisatorische Faktoren	Durchführung von Gruppenpsychotherapie		
	ja (n=1829)	nein (n=2156)	p-Wert
Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zu verfassenden Berichte	- (70,1%)	D = 7,5% (77,6%)	**
Einführung eines Bereitstellungshonorars bei Patientenabsagen	D = 3,5% (63,7%)	- 60,2%	*
angemessene Honorierung von Co-Therapeuten / angemessene finanzielle Unterstützung einer Paarleitung	- (52,7%)	D = 2,3% (55,0%)	n.s.
höhere Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	D = 5,5% (54,1%)	- (48,6%)	*
höheres Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Leistungen	D = 16,0% (55,8%)	- (39,8%)	**
Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur 2 TeilnehmerInnen	D = 0,1% (41,2%)	- (41,3%)	n.s.
höhere zeitliche Flexibilität	(35,6%)	D = 8,7% (44,3%)	**
Vereinfachungen in der Abrechnung	- (24,7%)	D = 19,1% (43,8%)	**
gelockerte Obergrenze für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 4,4% (15,5%)	- (11,1%)	**
anderer Aspekt	D = 4,5% (14,8%)	- (10,3%)	**
gelockerte Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf mehr als 8 TeilnehmerInnen	D = 7,4% (15,00%)	- (7,6%)	**
keine	- (4,1%)	D = 3,1% (7,2%)	**

Tabelle 15.2A: Quantitative Erhebung der organisatorischen Förderfaktoren - Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Förderliche organisatorische Faktoren	Erwachsenenpsychotherapie (n=3130)	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie (n=466)	p-Wert
Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zu verfassenden Berichte	D = 2,3% (74,5%)	- (72,2%)	n.s.
Einführung eines Bereitstellungshonorars bei Patientenabsagen	- (60,8%)	D = 6,7% (67,5%)	*
angemessene Honorierung von Co-Therapeuten / angemessene finanzielle Unterstützung einer Paarleitung	- (52,2%)	D = 14,8% (67,0%)	**

Förderliche organisatorische Faktoren	Erwachsenenpsychotherapie (n=3130)	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie (n=466)	p- Wert
Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur 2 TeilnehmerInnen	- (36,7%)	D = 31,0% (67,7%)	**
höhere Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	D = 4,6% (51,8%)	- (47,2%)	n.s.
höheres Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Leistungen	D = 8,5% (48,2%)	- (39,7%)	*
höhere zeitliche Flexibilität	- (39,9%)	D = 4,9% (44,8%)	*
Vereinfachungen in der Abrechnung	- (33,8%)	D = 8,0% (41,8%)	*
anderer Aspekt	D = 1,2% (12,4%)	- (11,2%)	n.s.
gelockerte Obergrenze für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 5,1% (13,5%)	- (8,4%)	*
gelockerte Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf mehr als 8 TeilnehmerInnen	D = 5,5% (11,8%)	- (6,3%)	**
keine	D = 3,0% (6,0%)	- (3,0%)	*

Tabelle 15.3A: Quantitative Erhebung der organisatorischen Förderfaktoren - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: p \geq 0,05, ** p<0,001; * p <0,05; D = Prozentsatzdifferenz)

Förderliche organisatorische Faktoren	psychodynamisch (n=1745)	verhaltenstherapeutisch (n=2012)	p- Wert
Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zu verfassenden Berichte	D = 1,9% (75,1%)	- (73,2%)	n.s.
Einführung eines Bereitstellungshonorars bei Patientenabsagen	- (55,4%)	D = 11,7% (67,2%)	**
angemessene Honorierung von Co-Therapeuten / angemessene finanzielle Unterstützung einer Paarleitung	D = 0,6% (54,4%)	- (53,8%)	n.s.
höhere Honorierung der Berichte für Gruppenpsychotherapieanträge	D = 6,7% (54,7%)	- (48,0%)	**
höheres Stundenkontingent für ambulante psychotherapeutische Leistungen	D = 9,6% (51,9%)	- (42,3%)	**
Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur 2 TeilnehmerInnen	- (28,5%)	D = 24,2% (52,7%)	**
höhere zeitliche Flexibilität	- (35,0%)	D = 10,1% (45,1%)	**
Vereinfachungen in der Abrechnung	- (29,2%)	D = 10,7% (39,9%)	**
gelockerte Obergrenze für ambulante psychotherapeutische Gruppen	D = 8,5% (17,5%)	- (9,0%)	**
anderer Aspekt	- (11,1%)	D = 2,5% (13,6%)	*
gelockerte Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-PatientInnen auf mehr als 8 TeilnehmerInnen	D = 9,3% (15,7%)	- (6,4%)	**
keine	D = 3,3% (7,4%)	- (4,1%)	**

Anlage 6.4 zu Abschnitt 6.2.7: Veränderungswünsche auf inhaltlicher Ebene: inhaltliche Faktoren, die die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System erleichtern bzw. fördern könnten

Hinweis zu den Tabellen 16.1A – 16.3A: Zum Vergleich der binären Fragebogenitems (ja/nein) zwischen den Subgruppen (Durchführung von Gruppenpsychotherapie: ja versus nein – Berufsgruppen: Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie – Richtlinienverfahren: psychodynamisch versus verhaltenstherapeutisch) wurden pro Fragebogen-Item und Subgruppe Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und asymptotische, zweiseitige p-Werte berechnet. Die Werte in Klammern geben den prozentualen Anteil der Antwortenden der jeweiligen Subgruppe an, die das entsprechende Item angekreuzt haben. Die mit „D“ gekennzeichneten Werte bilden die Prozentsatzdifferenzen, d.h. die Differenzen der relativen Häufigkeiten zwischen den zwei zu vergleichenden Gruppen pro Fragebogen-Item, ab. Die erste Zeile der Tabelle 16.1A ist z.B. wie folgt zu lesen: 47,7% der Durchführenden und 30,4% der Nicht-Durchführenden von Gruppenpsychotherapie kreuzten das Item „vermehrte Öffentlichkeitsarbeit“ als inhaltlichen Förderfaktor an. Die Durchführenden benannten diesen Aspekt signifikant häufiger als relevanten Förderfaktor. Die Prozentsatzdifferenz liegt bei 17,3%.

Tabelle 16.1A: Quantitative Erhebung der inhaltlichen Förderfaktoren - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Förderliche inhaltliche Faktoren	Durchführung von Gruppenpsychotherapie		
	ja (n=1829)	nein (n=2156)	p-Wert
vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie für PatientInnen	D = 17,3% (47,7%)	- (30,4%)	**
erhöhte externe Unterstützung bei der Patientenrekrutierung (z.B. durch die KVen)	D = 9,3% (38,0%)	- (28,7%)	**
keine	- (27,4%)	D = 7,8% (35,2%)	**
Möglichkeit der Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus	D = 10,3% (36,0%)	- (25,7%)	**
verbesserte kollegiale Vernetzung (z.B. zur Patientenvermittlung)	D = 5,1% (29,3%)	- (24,2%)	**
Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen	- (20,8%)	D = 7,5% (28,3%)	**
stärkerer Rückhalt durch Institute / Fachgesellschaften / Berufsverbände	D = 7,1% (22,6%)	- (15,5%)	**
mehr Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten	D = 3,7% (16,2%)	- (12,5%)	*
anderer Aspekt	D = 1,0% (5,1%)	- (4,1%)	n.s.

Tabelle 16.2A: Quantitative Erhebung der inhaltlichen Förderfaktoren - Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Förderliche inhaltliche Faktoren	Erwachsenenpsychotherapie (n=3130)	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (n=466)	p-Wert
vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie für PatientInnen	D = 12,5% (40,1%)	- (27,6%)	**
keine	- (30,1%)	D = 7,0% (37,1%)	*
erhöhte externe Unterstützung bei der Patientenrekrutierung (z.B. durch die KVen)	D = 3,1% (33,5%)	- (30,4%)	n.s.
Möglichkeit der Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus	D = 5,0% (31,7%)	- (26,7%)	*
verbesserte kollegiale Vernetzung (z.B. zur Patientenvermittlung)	D = 1,5% (26,9%)	- (25,4%)	n.s.
Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen	D = 2,3% (25,8%)	- (23,5%)	n.s.

Förderliche inhaltliche Faktoren	Erwachsenenpsychotherapie (n=3130)	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie (n=466)	p- Wert
stärkerer Rückhalt durch Institute / Fachgesellschaften / Berufsverbände	D = 0,6% (18,7%)	- (18,1%)	n.s.
mehr Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten	D = 2,0% (14,7%)	- (12,7%)	n.s.
anderer Aspekt	- (4,5%)	D = 0,7% (5,2%)	n.s.

Tabelle 16.3A: Quantitative Erhebung der inhaltlichen Förderfaktoren - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

Förderliche inhaltliche Faktoren	psychodynamisch (n=1745)	verhaltenstherapeutisch (n=2012)	p- Wert
vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie für PatientInnen	D = 10,6% (44,1%)	- (33,5%)	**
erhöhte externe Unterstützung bei der Patientenrekrutierung (z.B. durch die KVen)	- (31,3%)	D = 3,5% (34,8%)	*
keine	- (30,0%)	D = 2,3% (32,3%)	n.s.
Möglichkeit der Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus	D = 2,0% (31,7%)	- (29,7%)	n.s.
verbesserte kollegiale Vernetzung (z.B. zur Patientenvermittlung)	- (26,4%)	D = 0,9% (27,3%)	n.s.
Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen	- (23,6%)	D = 3,0% (26,6%)	*
stärkerer Rückhalt durch Institute / Fachgesellschaften / Berufsverbände	D = 5,0% (21,5%)	- (16,5%)	*
mehr Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten	D = 7,2% (18,2%)	- (11,0%)	**
anderer Aspekt	D = 1,4% (5,2%)	- (3,8%)	*

Anlage 6.5 zu Abschnitt 6.2.8: Subjektive Einschätzung der Angemessenheit der aktuellen Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System

Hinweis zu den Tabellen 17.3A – 17.7A: Zum Vergleich der binären Fragebogenitems (ja/nein) zwischen den Subgruppen (Durchführung von Gruppenpsychotherapie: ja versus nein – Berufsgruppen: Erwachsenenpsychotherapie versus Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapie – Richtlinienverfahren: psychodynamisch versus verhaltenstherapeutisch) wurden pro Fragebogen-Item und Subgruppe Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und asymptotische, zweiseitige p-Werte berechnet. Die Werte in Klammern geben den prozentualen Anteil der Antwortenden der jeweiligen Subgruppe an, die das entsprechende Item angekreuzt haben. Die mit „D“ gekennzeichneten Werte bilden die Prozentsatzdifferenzen, d.h. die Differenzen der relativen Häufigkeiten zwischen den zwei zu vergleichenden Gruppen pro Fragebogen-Item, ab. Die erste Zeile der Tabelle 17.3A ist z.B. wie folgt zu lesen: 49,5% der Durchführenden und 46,1% der Nicht-Durchführenden von Gruppenpsychotherapie bewerten die Vergütung als angemessen. Die Durchführenden schätzen die Vergütung signifikant häufiger als angemessen ein. Die Prozentsatzdifferenz liegt bei 3,4%.

Tabelle 17.1A: Zufriedenheit mit der Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie - Gesamtbetrachtung

	Häufigkeit (N=3830)	%-Anteil
ja, die Vergütung ist angemessen	1822	47,6%
nein, die Vergütung ist zu gering	1924	50,2%
ja und nein	84	2,2%

Tabelle 17.2A: Einfluss einer höheren Honorierung auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie – Gesamtbetrachtung

	Häufigkeit (N=3840)	%-Anteil
ja	2313	60,2%
nein	1445	37,6%
ja und nein / vielleicht / eventuell / weiß nicht	82	2,1%

Tabelle 17.3A: Zufriedenheit mit der Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

	Durchführung von Gruppenpsychotherapie		
	ja (n=1793)	nein (n=2011)	p-Wert
ja, die Vergütung ist angemessen	D = 3,4% (49,5%)	- (46,1%)	*
nein, die Vergütung ist zu gering	- (48,1%)	D = 3,8% (51,9%)	*
ja und nein	D = 0,5% (2,5%)	- (2,0%)	n.s.

Tabelle 17.4A: Einfluss einer höheren Honorierung auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

	Durchführung von Gruppenpsychotherapie		
	ja (n=1764)	nein (n=2051)	p-Wert
ja, würde mehr Gruppen anbieten	D = 7,1% (64,0%)	- (56,9%)	**
nein, würde nicht mehr Gruppen anbieten	- (34,8%)	D = 5,4% (40,2%)	**
ja und nein / vielleicht / eventuell / weiß nicht	- (1,2%)	D = 1,7% (2,9%)	*

Tabelle 17.5A: Zufriedenheit mit der Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie - Gruppenvergleich nach Berufsgruppe (Erwachsenenpsychotherapie vs. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

	Erwachsenenpsychotherapie (n=3007)	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie (n=441)	p- Wert
ja, die Vergütung ist angemessen	D = 10,0% (48,8%)	- (38,8%)	**
nein, die Vergütung ist zu gering	- (49,1%)	D = 9,6% (58,7%)	**
ja und nein	- (2,1%)	D = 0,4% (2,5%)	n.s.

Tabelle 17.6A: Zufriedenheit mit der Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

	psychodynamisch (n=1657)	verhaltenstherapeutisch (n=1933)	p-Wert
ja, die Vergütung ist angemessen	D = 13,3% (54,7%)	- (41,4%)	**
nein, die Vergütung ist zu gering	- (43,2%)	D = 13,3% (56,5%)	**
ja und nein	D = 0,0% (2,1%)	D = 0,0% (2,1%)	n.s.

Tabelle 17.7A: Einfluss einer höheren Honorierung auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch) (p-Werte sind vom Chi-Quadrat-Test; n.s.: $p \geq 0,05$, ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; D = Prozentsatzdifferenz)

	psychodynamisch (n=1660)	verhaltenstherapeutisch (n=1941)	p-Wert
ja, würde mehr Gruppen anbieten	- (52,3%)	D = 15,1% (67,2%)	**
nein, würde nicht mehr Gruppen anbieten	D = 15,1% (45,7%)	- (30,6%)	**
ja und nein / vielleicht / eventuell / weiß nicht	- (2,0%)	D = 0,2% (2,2%)	n.s.

Anlage 6.6 zu Abschnitt 6.2.9: Subjektive Einschätzung der Nützlichkeit der Veränderungen im Rahmen der Reform der Psychotherapierichtlinie im Jahr 2017

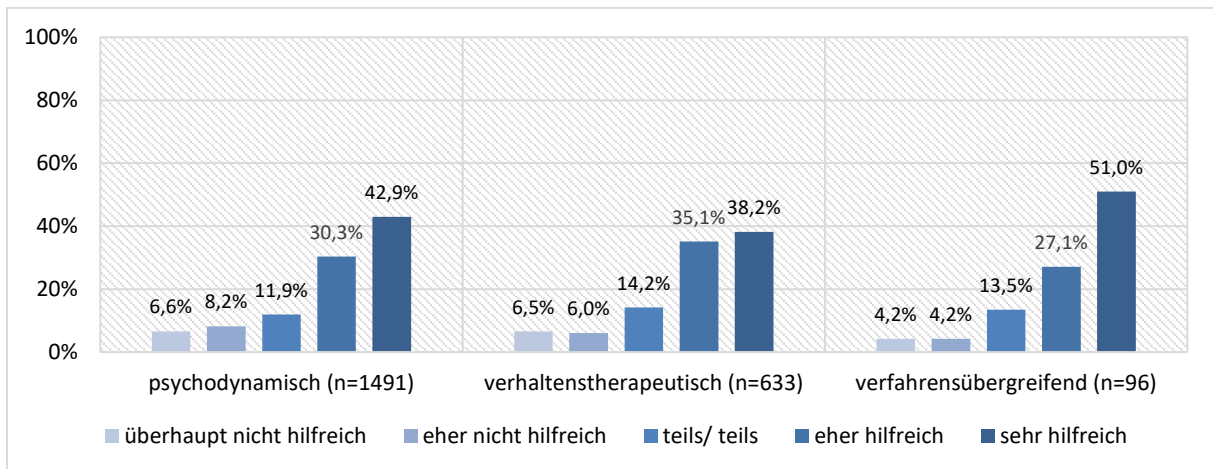


Abbildung 8.1A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Möglichkeit, ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie in den psychodynamischen Verfahren zu kombinieren - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch vs. verfahrensübergreifend)

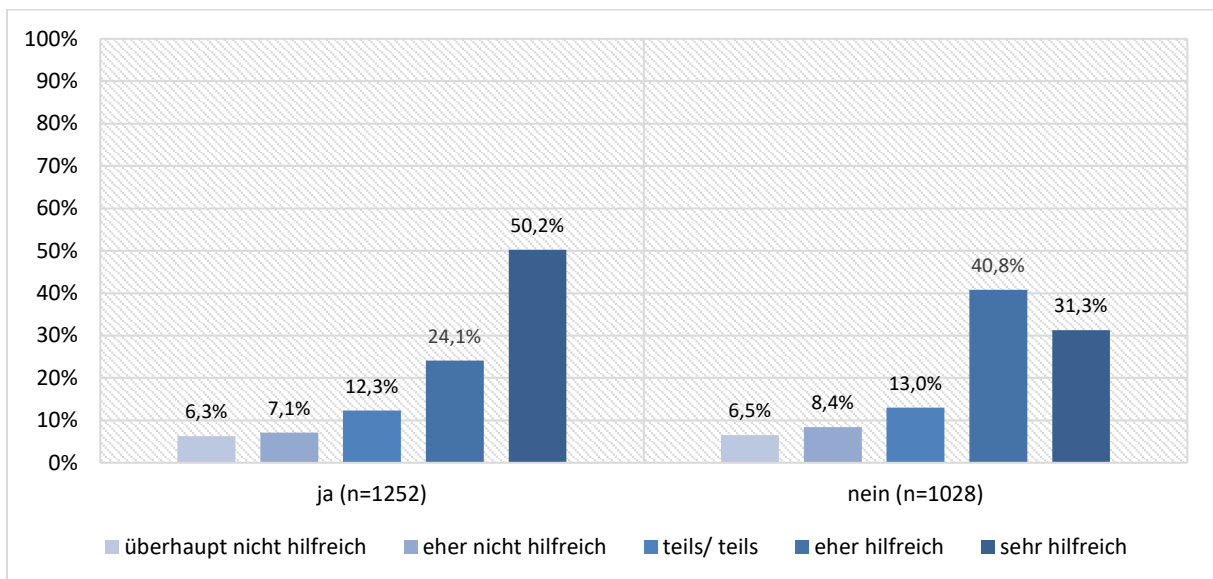


Abbildung 8.2A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Möglichkeit, ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie in den psychodynamischen Verfahren zu kombinieren - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten

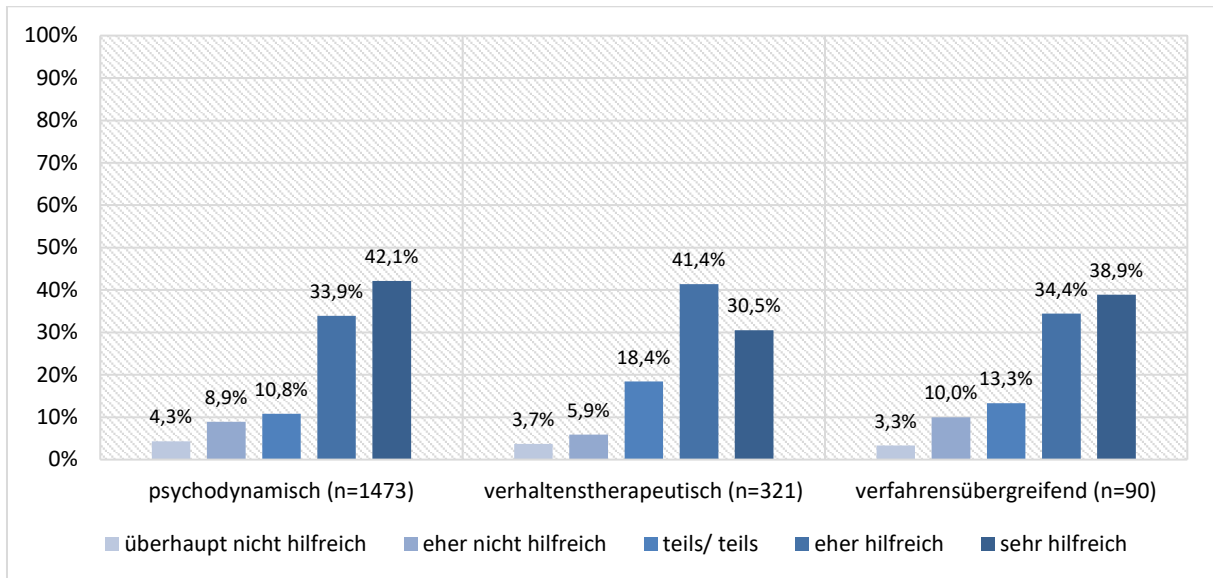


Abbildung 8.3A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Möglichkeit, Gruppen ab drei Teilnehmern in den psychodynamischen Verfahren anzubieten - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch vs. verfahrensübergreifend)

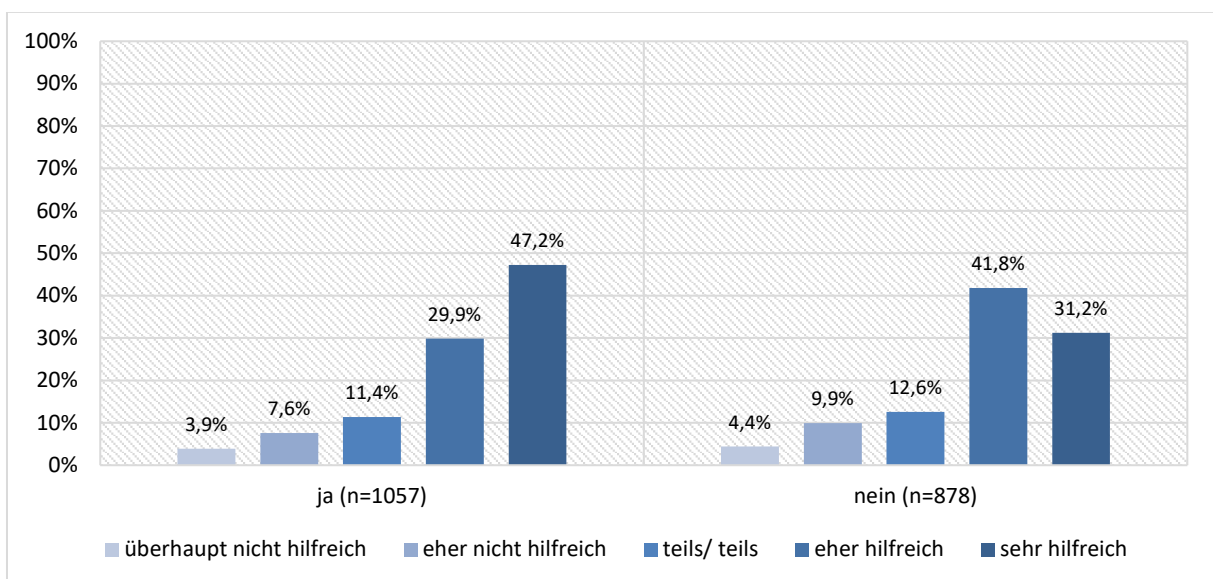


Abbildung 8.4A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Möglichkeit, Gruppen ab drei Teilnehmern in den psychodynamischen Verfahren anzubieten - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten

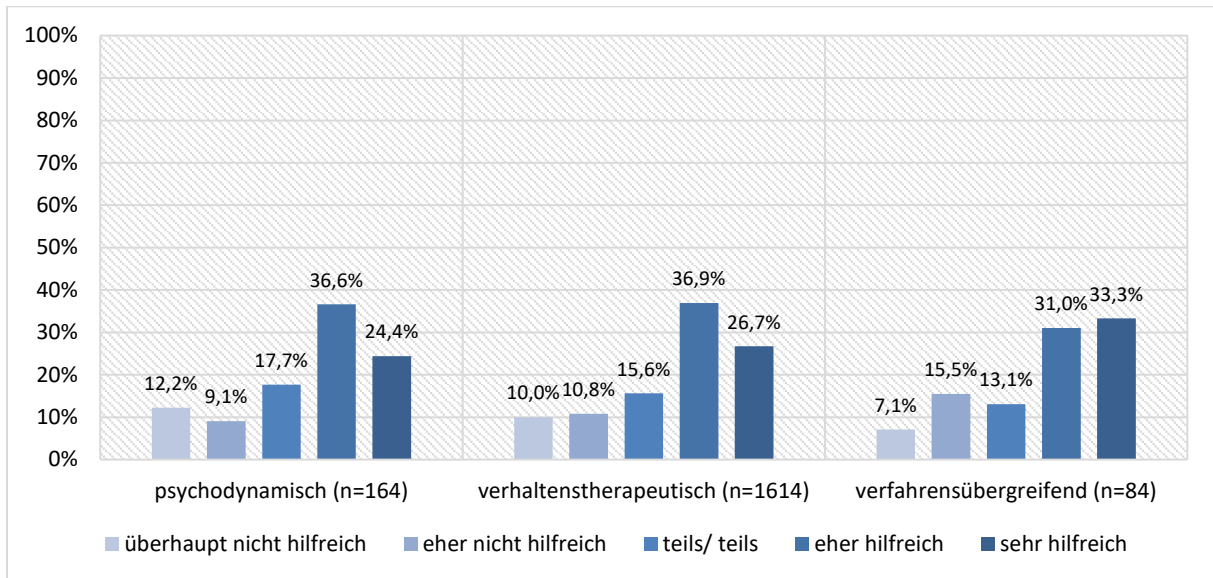


Abbildung 8.5A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Möglichkeit, ambulante Gruppenpsychotherapie ohne Kombination mit Einzelpsychotherapie in den verhaltenstherapeutischen Verfahren anzubieten - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch vs. verfahrensübergreifend)

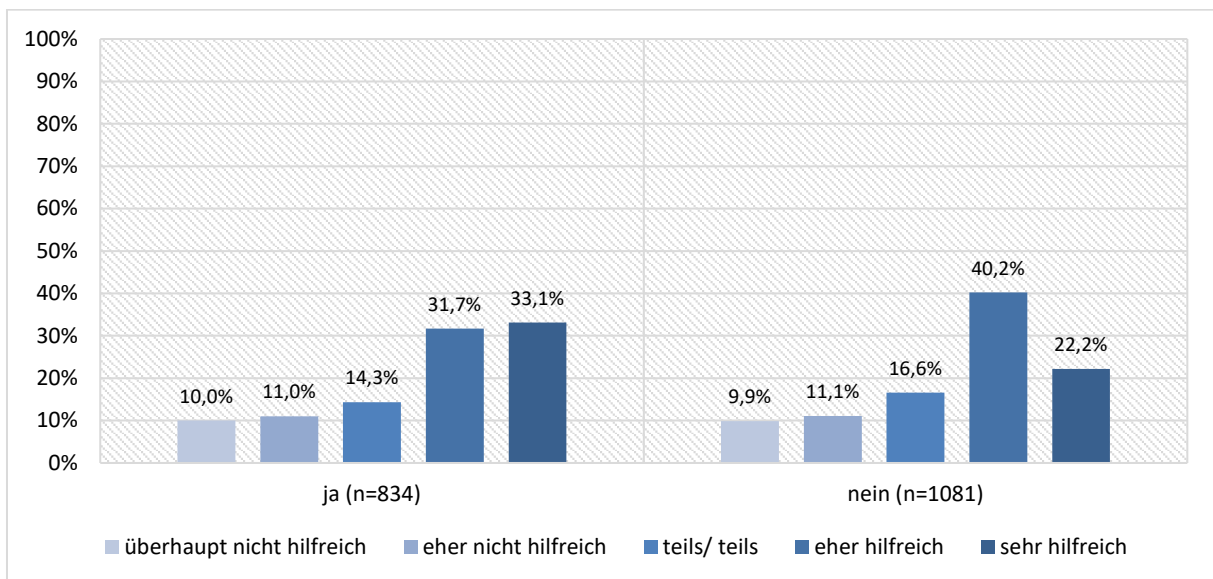


Abbildung 8.6A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Möglichkeit, ambulante Gruppenpsychotherapie ohne Kombination mit Einzelpsychotherapie in den verhaltenstherapeutischen Verfahren anzubieten - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten

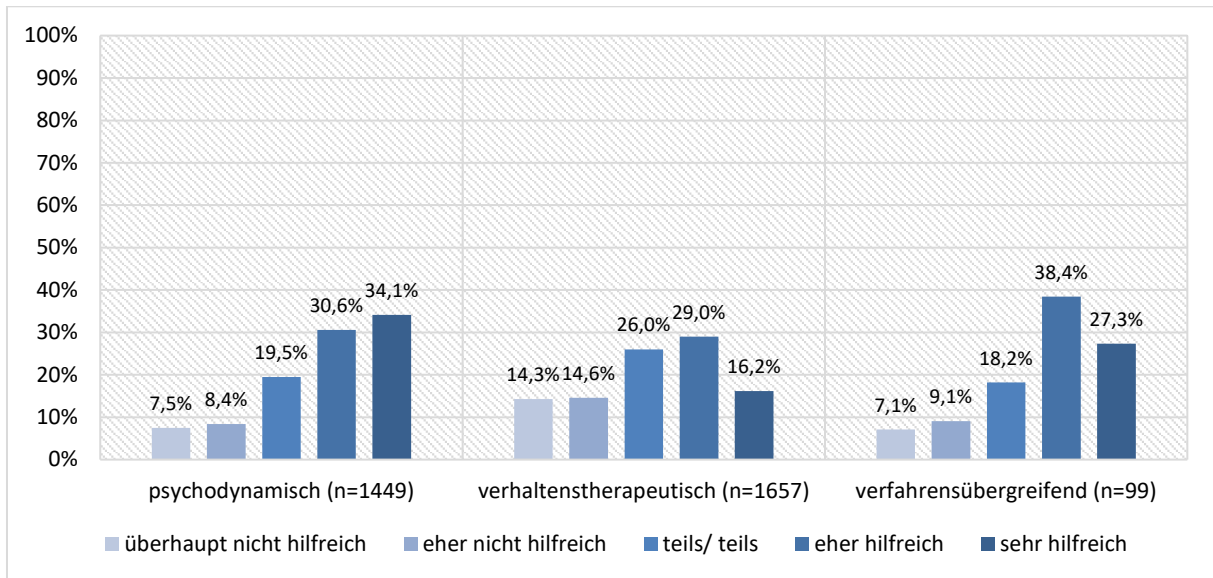


Abbildung 8.7A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Honorierung der ambulanten Gruppenpsychotherapie gestaffelt nach Teilnehmerzahl - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch vs. verfahrensübergreifend)

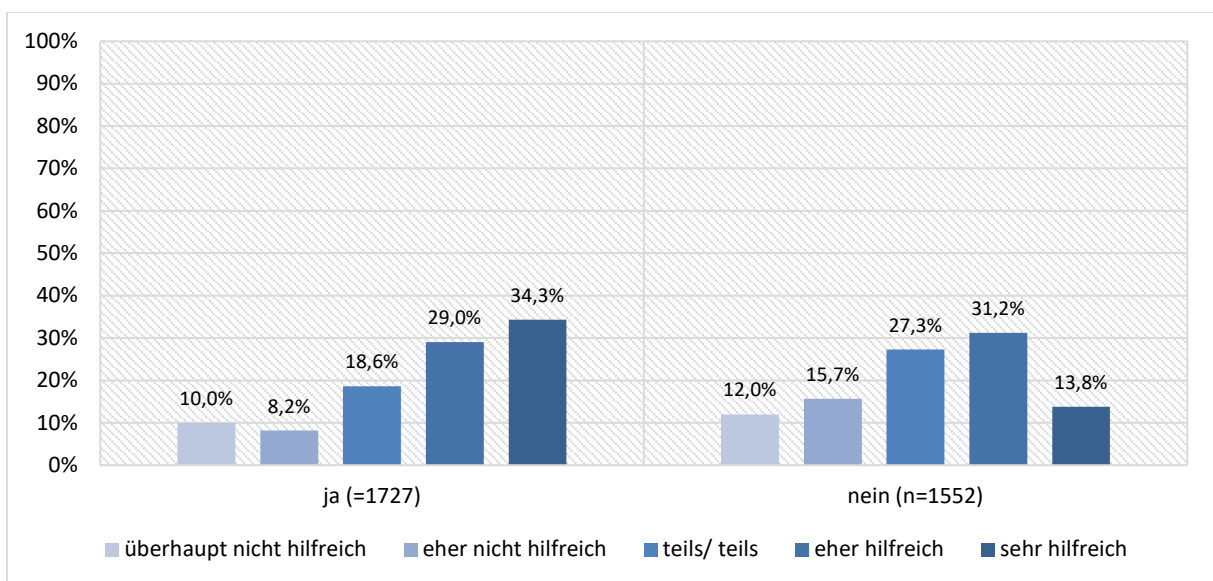


Abbildung 8.8A: Bewertung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Honorierung der ambulanten Gruppenpsychotherapie gestaffelt nach Teilnehmerzahl - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten

Anlage 6.7 zu Abschnitt 6.2.10: Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung

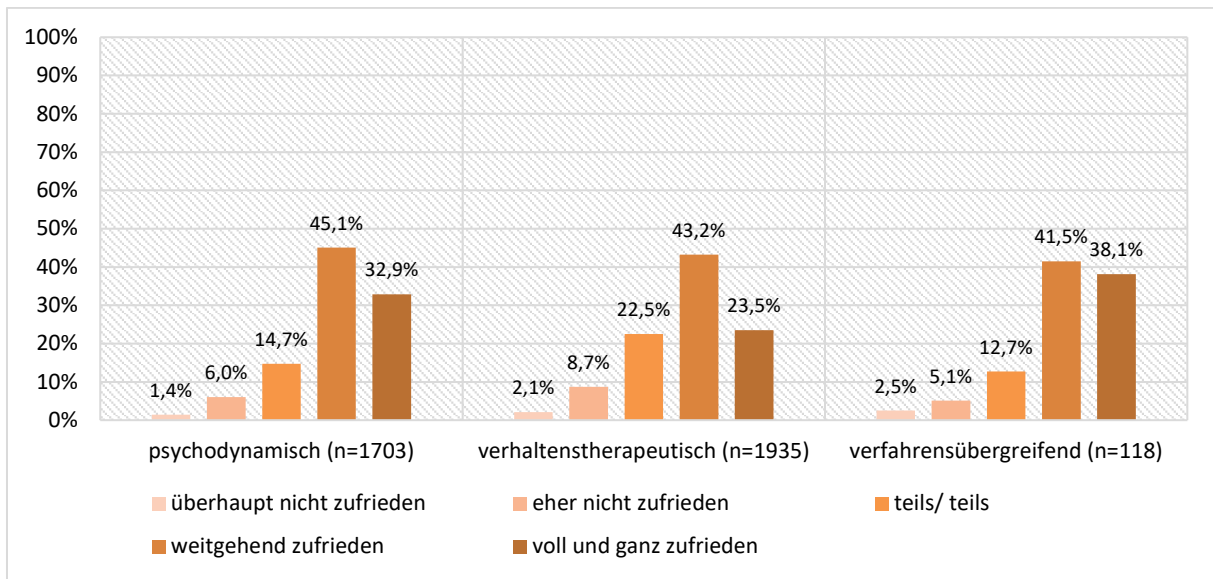


Abbildung 9.1A: Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung - Gruppenvergleich nach Therapieverfahren (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch vs. verfahrenübergreifend)

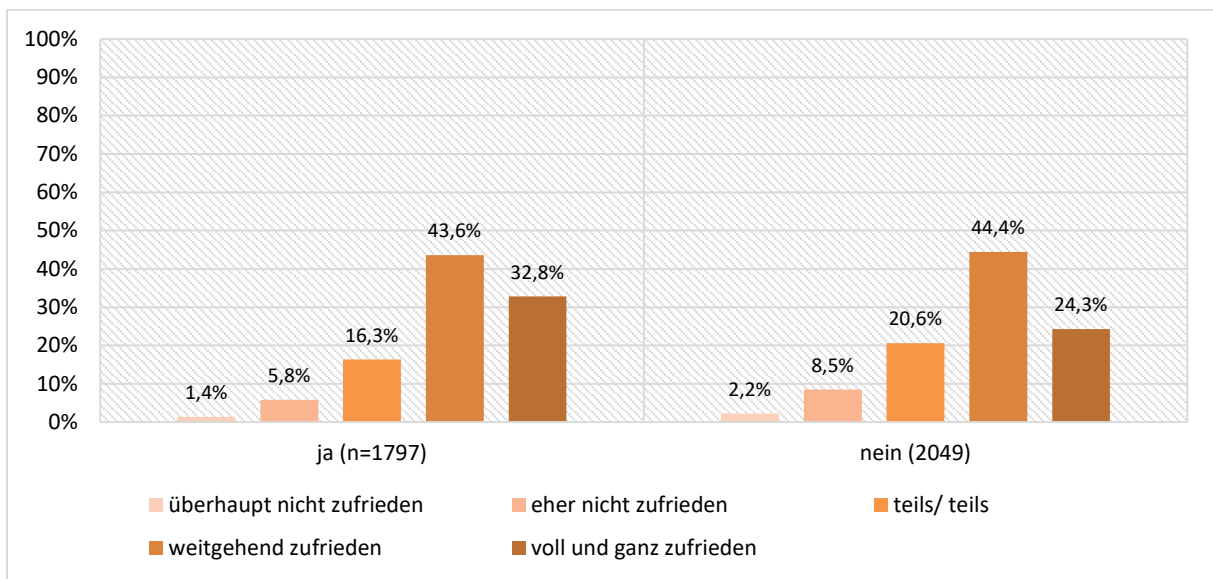


Abbildung 9.2A: Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung - Gruppenvergleich zwischen TeilnehmerInnen, die aktuell ambulante Gruppenpsychotherapie anbieten vs. nicht anbieten

Anlage 6.8 zu Abschnitt 6.3: Primärdatenanalyse: Ergebnisse der Fokusgruppen – Ableitung möglicher Strategien zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie

Tabelle 18.1A: Mögliche Strategien zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System auf organisatorischer Ebene (FGM1: Diskussionsinhalt in erster Fokusgruppe in Münster; FGM2: Diskussionsinhalt in zweiter Fokusgruppe in Münster; FGB1: Diskussionsinhalt in erster Fokusgruppe in Berlin; FGB2: Diskussionsinhalt in zweiter Fokusgruppe in Berlin; ET: Einzelpsychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie; TP: tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: verhaltenstherapeutische Psychotherapie; GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung)

<p>Maßnahmen zur Beseitigung externer Barrieren</p> <p>(z.B. Raum, Zeit, Antragsverfahren, Abrechnung, Gruppengrößen, Kombination von ET und GT)</p>	1) Verbesserung der Strukturierung / Honorierung des Gutachterverfahrens FGM1
	2) Verfassung von nur einem Bericht für den Gutachter pro Gruppe (nicht pro Patient) FGB1
	3) Abschaffung der Gutachter- / Berichtspflicht FGM1
	4) Schaffung alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dem Wegfall des Gutachterverfahrens: Verbesserung der Vernetzung der Therapeuten untereinander zwecks Intervention FGM1 – FGB1
	5) Schaffung zusätzlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen nach der Änderung des Gutachterverfahrens: Supervision von kleineren Interventionsgruppen durch akkreditierte gemeldete Supervisoren und Nachweis durch entsprechende Teilnahmebescheinigungen (live oder per Videokonferenz) FGB1
	6) Generelle Erhöhung des Stundenkontingentes für GT FGM1 – FGB1 – FGM2 – FGB2
	7) Erhöhung des Stundenkontingentes für GT bei Kombinationsbehandlungen FGM1 – FGB1 – FGM2 – FGB2
	8) Abschaffung von Einsparungen bei Kombinationsbehandlungen (Wegfall von ET-Sitzungen bei Kombination mit GT) FGM1
	9) Möglichkeit der flexibleren Nutzung des Stundenkontingentes bei Kombinationsbehandlung (ein gemeinsames Kontingent für ET und GT beantragen und flexibel den Bedürfnissen des Patienten anpassen) FGM1 – FGB1
	10) Möglichkeit, ET und GT verfahrensübergreifend zu kombinieren (z.B. TP Einzel und VT Gruppe) FGM1
	11) Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 Teilnehmern (nicht als generelles Gruppenkonzept, sondern um Patientenabsagen aufzufangen) FGM1 – FGB2
	12) Lockerung der Obergrenze für GT auf mehr als 9 Teilnehmer FGM1 – FGB1
	13) Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten / Paarleitung insbesondere für Gruppen über 9 Teilnehmer (damit die Durchführung größerer Gruppen ermöglicht wird) FGM1 – FGB1 – FGB2
	14) Schaffung einer generellen Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten / Paarleitung (als allgemeine Option / offizieller Spielraum für diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten, die Durchführung von Gruppen zu zweit als sinnvoll erachten – auch wenn es eine Herausforderung darstellt und Risiken birgt) FGM1 – FGB1 – FGB2
	15) Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten / Paarleitung für frisch niedergelassene GT-Newcomer mit einem Start-Stundenkontingent von 100 Stunden (als Einarbeitungsphase, damit unerfahrene und ggf. ängstliche Ärzte und Psychotherapeuten in geschütztem Rahmen und mit erfahrenen Kollegen an Sicherheit und Motivation gewinnen – zusätzlich fördert dies die kollegiale Vernetzung) FGM1 – FGM2

	16) Schaffung von Kooperationen zwischen niedergelassenen Therapeuten und Ausbildungskandidaten (die ggf. auch honoriert werden) (ermöglicht gleichzeitig Durchführung von GT mit 2 Gruppenleitern und Steigerung von Kompetenz und Erfahrung der angehenden Gruppentherapeuten) FGM1 – FGB1 – FGM2
	17) Möglichkeit, bei entsprechender Indikation die GT zu verlängern (z.B. wenn sich bei bestimmten Patientengruppen im Behandlungsverlauf herausstellt, dass die bewilligten Kontingente nicht ausreichen) FGM2
	18) Vereinheitlichung und Kommunikation der Regelungen der einzelnen Krankenkassen im Antragsverfahren zur Steigerung der Transparenz und Übersichtlichkeit FGM1
	19) GOÄ-Reform: Vereinheitlichung / Angleichung der GOÄ- und GKV-Systeme (generelle Gruppengröße von 9 Teilnehmern, auch bei gemischten Gruppen) FGM1 – FGM2 – FGB2

Tabelle 18.2A: Mögliche Strategien zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie im KKV-System auf inhaltlicher Ebene (FGM1: Diskussionsinhalt in erster Fokusgruppe in Münster; FGM2: Diskussionsinhalt in zweiter Fokusgruppe in Münster; FGB1: Diskussionsinhalt in erster Fokusgruppe in Berlin; FGB2: Diskussionsinhalt in zweiter Fokusgruppe in Berlin; GT: Gruppenpsychotherapie; PSYRENA: Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge; PTV: Psychotherapievereinbarung)

Maßnahmen zur Reduktion von Barrieren auf Patientenseite (z.B. zur Steigerung von Motivation und Teilnahmebereitschaft)	20) Implementierung und Verbesserung der Aufklärung durch den Zuweisenden (gezielte Informationsvermittlung durch persönliches Gespräch und Material auf der Homepage) FGM1
	21) Implementierung und Verbesserung der Aufklärung durch den behandelnden Arzt / Psychotherapeuten (gezielte Informationsvermittlung durch persönliches Gespräch und Material auf der Homepage) FGM1 – FGB1
	22) Vermittlung einer klaren therapeutischen Haltung / konsequentes therapeutisches Handeln durch den behandelnden Arzt / Psychotherapeut FGM1 – FGB1
Maßnahmen zur Reduktion von Barrieren auf Therapeutenseite (z.B. zur Reduktion eigener Unsicherheiten / Ängste und zur Verbesserung der Vernetzung der Therapeuten untereinander)	23) Steigerung der Motivation und Förderung einer sicheren inneren Haltung der behandelnden Ärzte / Psychotherapeuten gegenüber GT durch: - Schaffung einer wertschätzenden Kultur (Vermittlung des Wertes von und der Anerkennung für GT bereits in der Ausbildung, damit Therapeuten eine entsprechende Haltung entwickeln und gegenüber ihren Patienten sicher vertreten können) - vermehrte Selbsterfahrung in Gruppen FGM1 – FGB1
	24) Reduktion von Befürchtungen, Unsicherheiten, und Ängstlichkeit der behandelnden Ärzte / Psychotherapeuten durch: - vermehrte Intervision / Supervision - Anbindung an und Austausch mit erfahrenen, engagierten, überzeugten ambulanten Gruppentherapeuten FGM1 – FGB1 – FGB2
	25) Erhöhung des Wissens der behandelnden Ärzte / Psychotherapeuten durch von der Ärztekammer akkreditierte Fortbildungen sowie Lehrvideos (z.B. durch Webinare) FGM2
	26) Verbesserung der Patientenakquise durch - kollegiale Vernetzung der niedergelassenen Therapeuten untereinander - Bildung von Netzwerken zwischen Niedergelassenen und Kliniken (um die Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus zu ermöglichen) - Vernetzung der Niedergelassenen mit PSYRENA-Gruppen (um diejenigen Patienten aufzufangen, die eine noch längere

	<p>Unterstützung brauchen) FGM1 – FGB1 – FGM2</p>
	<p>27) Schaffung von verfahrensübergreifenden Vernetzungen durch Qualitätszirkel mit Vertretern der entsprechenden Therapieverfahren FGM2</p>
<p>Maßnahmen zur Reduktion von Barrieren auf Seite der Zuweisenden (z.B. zur Optimierung des Wissens und der Vorgehensweise bei Zuweisungen)</p>	<p>28) Erhöhung des Wissens über und der Aufgeschlossenheit gegenüber GT durch Aufklärung der Zuweisenden (z.B. Informationsvermittlung zu Möglichkeiten, Effektivität und Angebote ambulanter GT durch Webinare) FGM1 – FGB1 – FGM2</p>
<p>Förderstrategien auf gesellschaftlicher Ebene (z.B. Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit in unterschiedlichen Medien, Informationsmaterial in Arztpraxen, Lehrvideos über GT)</p>	<p>29) Öffentlichkeitsarbeit - Filme, Plakataktionen und Medienkampagnen zur Aufklärung und Informationsvermittlung - schriftliches Informationsmaterial: Flyer / Hefte mit Themenschwerpunkt ambulante GT für Psychotherapie und Hausarzt-Praxen - Video-Informationsmaterial: Lehrvideos für behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten und Aufklärungsvideos für Patienten / Zuweisende - Bereitstellung von Medien durch die Berufsverbände (insbesondere zur nachgewiesenen Wirksamkeit und Gleichwertigkeit von ambulanter GT) - Bewerbung ambulanter GT durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Psychotherapeutenkammern → Ziele: Informationsvermittlung, Aufklärung und Einstellungsveränderungen gegenüber ambulante GT auf allen Ebenen (Patienten, Zuweisende, behandelnde Ärzte und Psychotherapeuten) – Stärkung der Motivation und Teilnahmebereitschaft der Patienten – Erhöhung der Motivation Niedergelassener, ambulante GT anzubieten und durchzuführen FGM1 – FGB1 – FGM2</p>
	<p>30) Finanzielle Förderung der Fertigung und Bereitstellung von Informationsmaterialien FGB1</p>
	<p>31) Überarbeitung der PTV Antrags- / Informationsformulare (z.B. „Individuelle Patienteninformation“): Einfügen von Textpassagen zur ambulanten GT für eine angemessene Informationsvermittlung FGM1 – FGB1 – FGB2</p>
	<p>32) Einführen von Hinweisen und Vermerken zu Voraussetzungen ambulanter GT (z.B. regelmäßige Teilnahme, Ausfallhonorar bei kurzfristigen Terminabsagen) auf den Bewilligungsbescheiden der Krankenkassen zur Steigerung der Patientenmotivation und Reduktion von Therapieausfällen FGM1</p>
<p>Förderstrategien auf der Ebene von Krankenkassen / Kassenärztlichen Vereinigungen / Berufsverbände</p>	<p>33) Entwicklung eines einheitlichen geregelten Vorgehens in Bezug auf Vakanzhonorare: - Schaffen und Festhalten einheitlicher Regeln zum Umgang mit dem Ausfallhonorar in den Regularien der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen - Erstellen von Vertragsvordrucken durch die Berufsverbände FGM1 – FGB1 – FGM2</p>
	<p>34) Verbesserung der Patientenakquise durch erweiterte Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Therapieplatzvermittlung: - vereinfachte / transparente Arztsuche mit ambulanter GT als Filterfunktion - Liste / Tabelle mit Therapeuten, die ambulante GT anbieten - Erinnerungsmails an die niedergelassenen Gruppentherapeuten zum Eintragen freier ambulanter GT-Plätze FGM1 – FGB1</p>
	<p>35) Verbesserung der Patientenrekrutierung durch Erstellen einer Internet-Plattform durch die Berufsverbände (ähnlich: www. gruppenplatz.de) - Gruppentherapeuten und Patienten können sich gegenseitig suchen und finden - Gruppentherapeuten können sich untereinander vernetzen und Patienten</p>

	vermitteln FGB1
	36) Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, um den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen kompetentes Arbeiten zu ermöglichen FGB2
	37) Im Rahmen der Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie: mehr Freiheiten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Durchführung und Abrechnung von Online-Gruppen / Videosprechstunden FGB2