

3 Das MARS-Projekt

KLAUS LIEBERZ 

3.1 Einleitung

Die in diesem Buch vorgenommenen Untersuchungen sind Teil des MARS-Projektes. Die Planungen zu diesem Projekt waren im Jahr 2006 begonnen worden, die ersten Untersuchungen wurden 2006/2007 vorgenommen. Zunächst waren Voruntersuchungen durchgeführt worden, um die Vorgehensweise auszutesten. Mit den Hauptuntersuchungen wurde dann im Laufe des Jahres 2007 begonnen. Aus dem Projekt sind einige Veröffentlichungen hervorgegangen, auf die an dieser Stelle verwiesen werden soll und auf die hier auch laufend Bezug genommen werden wird (Lieberz et al. 2010, Lieberz und Seiffge 2011a, Lieberz et al. 2011b, Lieberz et al. 2013, Lieberz et al. 2014, Lieberz 2015, Lieberz et al. 2015b, Lieberz et al. 2017).

Die Absicht dieses Projektes lag darin, für die laufenden und anhaltenden Diskussionen um die RLPT eine Datenbasis bereitzustellen. Wie in der Einleitung zur Geschichte der RLPT bereits ausgeführt wurde, war die RLPT auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen aufgebaut und erweitert worden. Freilich war sie unter den psychotherapeutisch Tätigen immer auch umstritten, der öffentlich-rechtliche Rahmen war einigen Therapeuten zu eng und einschnürend. Die Krankenkassen hatten einige ihrer Vorbehalte gegenüber dieser neuen Leistungspflicht mit dem GAV verbunden, eine neue – und heute würden wir sagen weitblickende – Form der Qualitätssicherung auf Basis eines Peer-Review-Verfahrens, welches zu der damaligen Zeit selbst im Wissenschaftsbereich noch nicht etabliert war. Im Rahmen der Medizin reicht diese Art der Qualitätssicherung indes weit zurück und ist alltäglich gelebte Praxis. Zwischenzeitlich ist diese Art der Qualitätssicherung selbst auf den Prüfstand gekommen und wird durchaus kontrovers diskutiert. Dennoch ist dieses Vorgehen, jedenfalls im medizinischen Bereich, nicht wegzudenken und auch auf der Ebene medizinisch-wissenschaftlicher Publikationen das Mittel der Wahl bei höherrangigen Publikationsorganen.

Zum Zeitpunkt des Beginns dieses Projektes waren neben den üblichen Vorbehalten gegenüber dieser Art der Qualitätskontrolle aber bereits Debatten um die Einführung weiterer psychotherapeutischer Methoden und Techniken (Gesprächstherapie, EMDR, systemische Therapie) im Gange. Diese Anträge und Dis-

kussionen machten deutlich, dass mit der Erweiterung eines wissenschaftlich ausreichend begründeten psychotherapeutischen Arsenal das System, wie Bell und Rüger 2004 feststellten, so komplex werden würde, dass auch das GAV an seine Grenzen gelangen würde. Jedenfalls war bereits zu dieser Zeit absehbar, dass jedes neu eingeführte »Verfahren« beanspruchen würde, seine eigenen Gutachter zu berufen, womit das System gesprengt werden würde (was dann ja zwischenzeitlich auch geschehen ist). Die Vorbehalte seitens einiger Krankenkassen wurden einleitend auch bereits dargestellt und führten mit der Studie der Techniker Krankenkasse zur Infragestellung des GAV auch von dieser Seite. Die vorgeschlagene Alternative erwies sich allerdings als sehr viel aufwendiger und kostspieliger, aber keineswegs überzeugender. Diese Debatte ist aktuell im Fluss (s. Kap. III.3).

Außerdem war mit den Veränderungen in der MWBO und vor allem auch der Einführung eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin (später Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) sowie dem darauffolgenden sog. »Psychotherapeutengesetz« der gesamte Versorgungshintergrund verändert worden. Dieser neue Facharzt beanspruchte ein erweitertes und anderes Tätigkeitsfeld außerhalb der RLPT (was freilich bis heute nicht wirklich gelungen ist). Mit dem sog. »Psychotherapeutengesetz« wurde nicht nur die Zahl psychologischer Psychotherapeuten schlagartig erweitert, sondern auch das bis dahin feststellbare Primat der psychodynamischen Therapieverfahren erschüttert. Psychologische Psychotherapeuten sind aus verschiedenen Gründen überwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert, womit auch andere Denk- und Verhaltensmodelle verbunden sind. Mit diesen Entwicklungen war und ist denn auch eine Auseinandersetzung durchaus unterschiedlicher beruflicher Sozialisationen und Einstellungen zur psychotherapeutischen Arbeit und zur Art der Qualitätssicherung in diesem sehr speziellen Versorgungssegment verbunden.

Das TK-Modell hatte den Vorteil, dass es in größerem Umfang Daten zur RLPT generierte und offenlegte, Daten, die bis dahin in diesem Umfang nicht vorgelegen hatten. Das zeitgleich, aber mit bedeutend weniger finanziellen und humanen Ressourcen durchgeführte MARS-Projekt sollte zwar auch der Datengenerierung dienen, verfolgte aber einen ganz anderen Ansatz. Absehbar war, dass mit den zur Verfügung stehenden, vergleichsweise bescheidenen Mitteln (der Müller-Stiftung) keine breite Basis an Therapeuten und Patienten hätte erfasst werden können, zumal dies einen enormen organisatorischen und finanziellen Aufwand erfordert hätte. Da ich als Leiter dieses Projektes als KBV-Gutachter/-Obergutachter tätig war, bot es sich an, den damit verbundenen Datenzugang über die Therapeutenberichte zu nutzen, so wie andere Untersucher dies ebenfalls bereits praktiziert hatten (Rüger 1996, 1997, 1999, 2015, 2018, Rudolf 2001, 2002a, b, c, 2004). Der Nachteil der indirekten Datenerhebung mit nicht gut überschaubarer Zuverlässigkeit der in den Berichten niedergelegten Informationen wäre aufgehoben worden durch den Vorteil, einen schnellen, wenn eben auch begrenzten Einblick in die alltägliche Pra-

xis der Richtlinien-Psychotherapie zu bekommen. Es wurde angenommen, dass bei geschickter Erfassung der verschiedenen Informationen sich eine hinreichende Plausibilität und interne Validität der Daten erreichen ließe.

Dieser Zugang wurde also vor allem aus rein praktischen Gründen gewählt. Vertretbar erschien er auch deshalb, weil auf Grund des von den Krankenkassen durchgeführten Auftragsverfahrens die Repräsentativität der Daten von vornherein nicht ohne Weiteres gewährleistet sein würde. Zu diesem Zeitpunkt war jedenfalls schon bekannt gewesen, dass die verschiedenen Gutachter in sehr unterschiedlichem Ausmaß Aufträge bekamen, wobei die Kriterien, nach denen die Krankenkassen die Aufträge vergeben hatten, nicht ausreichend durchschaubar waren. Die mit diesem Vorgehen verbundene Einschränkung auf die an einen einzelnen Gutachter vergebenen Aufträge musste vor diesem Hintergrund in Kauf genommen werden. Da der Gutachter auch als Obergutachter bestellt war, ergab sich freilich auf diesem Wege die Möglichkeit, auch die Voten anderer Gutachter einzusehen und zu berücksichtigen.

Statt also auf eine hinreichende Repräsentativität der erfassten Patienten zu achten, wurden stattdessen verschiedene Fragestellungen, die zu diesem Zeitpunkt aktuell erschienen, ins Auge gefasst und bei der Datenerhebung besonders berücksichtigt, vor allem durch eine entsprechende Anreicherung bestimmter Patientengruppen (z. B. Obergutachten, Gruppentherapie, somatische Erkrankungen usw.). Angesichts des von vornherein zu erwartenden enormen Aufwands bei der Datenerfassung war allerdings nicht klar, wieweit die Kraft, die Zeit und das Geld reichen würden. Einschränkungen beim Datenpool waren deshalb zu erwarten. So waren zu Beginn des Projektes auch nicht alle wünschenswerten Fragestellungen bereits im Visier der Untersucher. Auch während des laufenden Projektes auftauchende zusätzliche Fragestellungen konnten deshalb bei der Konstruktion des Projektes zu Beginn nicht ausreichend berücksichtigt werden. Trotz einiger Ergänzungen konnte deshalb späterhin manche Frage nur eingeschränkt oder auch gar nicht zur Auswertung kommen. Dies betraf z. B. Fragen hinsichtlich des Therapeuten. Wegen der sehr eingeschränkten Datenmenge zum Therapeuten würde Fragen wie etwa der Therapeutenwahl nicht in wünschenswertem Maße nachgegangen werden können.

Psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien bedürfen vor ihrem Beginn einer Befürwortung seitens der Kostenträger (gesetzliche Krankenversicherungen). Zugelassen sind psychoanalytische (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) und verhaltenstherapeutische Verfahren. Die Befürwortung wird im Sinne einer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberprüfung mit einer Begutachtung des vom Therapeuten einzureichenden Antragsberichtes verbunden. Auf dieser Grundlage werden dann in Abhängigkeit des beantragten Therapieverfahrens festgelegte Stundenkontingente genehmigt. Nach Ablauf des zugesagten Leistungsvolumens ist zur Fortfüh-

rung der Behandlung eine weitere Begutachtung durch ausgewiesene Experten vorgesehen. Bei alledem sind die im Untersuchungszeitraum geltenden Bestimmungen zugrunde gelegt. Im Weiteren soll es allein um die psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren gehen.

In den Psychotherapie-Richtlinien wurde im Untersuchungszeitraum zwischen Kurzzeittherapie (KZT) und Langzeittherapie (LZT) unterschieden. Die Kurzzeittherapie ist in den Richtlinien 1990 von 15 auf 25 Leistungen BMÄ/E-GO ausgedehnt worden. Sie kann als Einzeltherapie und als Gruppentherapie durchgeführt werden. Die Erhöhung des Leistungsumfanges für eine Kurzzeittherapie erfolgte in dem Bestreben, das Psychotherapie-Antragsverfahren zu vereinfachen und zu flexibilisieren. Dabei wurde davon ausgegangen, dass mit 25 Sitzungen Kurzzeittherapie in bestimmten Fällen eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten ist. Die KZT ermöglicht daher:

- die psychotherapeutische Intervention in einer akuten Krise
- eine Kurz-, Fokal- oder dynamische Psychotherapie
- in besonderen Fällen auch eine niederfrequente Therapie in einer längerfristig Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

Die KZT ist zwar »generell gutachterpflichtig«, allerdings besteht für die Therapeuten die Möglichkeit, sich von der Gutachterpflicht befreien zu lassen, wenn sie für das jeweilige Therapieverfahren 35 Therapiegenehmigungen nachweisen können. In diesem Falle setzt die KZT lediglich einen Antrag des Patienten auf Psychotherapie an die Krankenkasse und eine kurze Begründung seitens des Psychotherapeuten voraus. Bei der Umwandlung einer KZT in eine LZT lebt dann allerdings die Gutachterpflicht wieder auf (Rüger et al. 2009). Auf die mittlerweile mit der letzten Überarbeitung der RLPT erfolgten Modifizierung des therapeutischen Verlaufes im Sinne einer Akutbehandlung oder KZT 1 und KZT 2 kann im Rahmen dieser Untersuchungen nicht eingegangen werden.

Unbekannt ist, wie viele Behandlungen im Rahmen einer KZT abgeschlossen werden. Nach den zwischenzeitlich vorgelegten KBV-Daten von Multmeier und Tenckhoff (2014) werden drei Viertel aller psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen einer KZT durchgeführt. Ungewiss ist jedoch, inwieweit diese Tatsache auf Morbiditätsunterschiede zwischen den Patienten, die in KZT behandelt werden, und jenen, die in eine LZT überführt werden, zurückgeht, oder ob z. B. abrechnungstechnische Gegebenheiten mit der Vermeidung des GAV auf Seiten der Therapeuten von Bedeutung sind. Bekannt ist allerdings, dass die Durchführung einer *echten* KZT hohe Anforderungen an den Patienten und an die fachliche Qualifikation des Behandlers stellt (Lieberz 1998; Rüger 2002). In vielen Fällen dürften die Therapeuten die Möglichkeit des vereinfachten gutachterbefreiten KZT-Verfahrens nutzen, um ohne große Umstände und Verzögerungen eine Behandlung

zünftig beginnen zu können. Ob bei dieser verkürzten Antragsform *Kriseninterventionen* eine größere Rolle spielen, ist unklar. Eine derart eingeleitete Behandlung kann aber auch dazu dienen, die *Motivation* des Patienten für eine längere Behandlung zu überprüfen, das *Arbeitsbündnis* zu festigen und die *Indikation* zu einer LZT zu begründen. In einem solchen Falle wäre anzunehmen, dass die Voraussetzungen beim Patienten zunächst schwieriger wären, so dass ein Erstantrag aus diesem Grunde nicht erwogen wird (z. B. suizidale Krisen, akute Belastungssituationen, hohe Therapieambivalenz).

Die Absicht der Vereinfachung und Flexibilisierung des Verfahrens, die der Erweiterung auf 25 Sitzungen KZT zugrunde lag, ist allerdings auch nicht ohne Kritik geblieben. Für die Gutachter ist eine nachhaltige Nutzung der damit gegebenen Freiräume insofern schwierig, als damit eine Behandlerbindung eingeleitet wird, eine ausreichende differenzialindikatorische Überprüfung nicht immer stattfindet und eine Änderung des Behandlungsplanes durch Auflagen des Gutachters dann immer mit besonderen Härten für den Patienten, den Therapeuten und den Gutachter verbunden ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Therapeut, im Gefolge des »Psychotherapeutengesetzes« (PsychThG 1998), auf Grund seiner fachlich gegebenen Voraussetzungen nicht alle im Rahmen der Richtlinien möglichen Behandlungsoptionen realisieren kann und daher die Gefahr besteht, dass Eigeninteressen des Therapeuten mit dem Behandlungsnutzen für den Patienten konfliktieren können. Kritisch wird auch gesehen, dass abrechnungstechnische Überlegungen dazu führen könnten, dass in manchen Praxen überhaupt nur noch (oder ganz überwiegend) KZT durchgeführt werden, da diese mit geringerem Aufwand verbunden sind, aber für den Patienten nicht immer einen entsprechenden Nutzen versprechen. Auf Grund dieser schwierigen Gemengelage wurde im MARS-Projekt darauf verzichtet, die Anträge auf eine KZT in die Untersuchungen einzubeziehen. Dies gilt aus anderen Gründen auch für die Fortführungsberichte. Im Rahmen des MARS-Projektes sollte von vornherein das Augenmerk auf die anfängliche diagnostische Einschätzung und Therapieplanung, wie sie sich aus den Erst- und Umwandlungsanträgen ergibt, ausgerichtet werden.

3.2 Methodik

Zur Auswertung der in der Richtlinien-Psychotherapie eingereichten Erst- und Umwandlungsberichte der psychodynamisch arbeitenden Therapeuten wurde ein Dokumentationssystem entwickelt. Die Berichte wurden dem Autor als Gutachter und Obergutachter im Richtlinienverfahren zugestellt. Das Dokumentationssystem beinhaltet folgende Module:

1. Soziodemografische Basisdaten des Patienten

2. klinische Daten (Symptomatik, Suizidalität, Somatische Erkrankungen, Vorbehandlungen, ICD-Diagnosen)
3. Angaben zum Therapeuten (Geschlecht, Grundberuf Arzt/Psychologe, Fachqualifikation Facharzt/Zusatzbezeichnung oder als psychologischer Psychotherapeut tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie, Praxisort). Die Therapeuten wurden nicht weiter gekennzeichnet, da es ausdrücklich nicht Ziel des Projektes war, die einzelnen Therapeuten zu untersuchen und zu bewerten.
4. Familiengeschichte (Risikoindeks nach Dührssen und Lieberz 1999)
5. Bewertung durch den Gutachter (GKL-Kriterienliste; Rudolf et al. 2002a, 2002b, Kostenübernahme; GAF, BSS, Lange und Heuft 2002)

Zur Untersuchung der hier interessierenden Fragestellungen wurden die diagnostischen Angaben des Therapeuten sowie Informationen zu den soziodemografischen und biografischen Voraussetzungen des Patienten einbezogen. Dafür besteht die Möglichkeit, die im Berichtstext dargestellte Symptomatik sowie aufgeführte zusätzliche Störungs- und Krankheitsbilder zu erfassen und außerdem die vorgenommene Abbildung der Morbidität durch eine entsprechende ICD-Klassifikation aufzunehmen (Dilling et al. 1991, ICD 10). Dabei wurden auch solche Kodierungen berücksichtigt, die vom Therapeuten auf dem nach der Psychotherapievereinbarung beizufügenden PTV-2-Bogen niedergelegt worden sind. Dieser wurde also ausdrücklich als Teil des Berichtes angesehen. Weiterhin wurden die wenigen zugänglichen Informationen zum Therapeuten selbst in die Auswertung einbezogen. Ausgewertet wurden zudem auch Einschätzungen des Gutachters zum Schweregrad der Erkrankung auf Basis des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) nach Schepank (1995) sowie zur Informationsgüte der biografischen und psychodynamischen Angaben in der Gutachter-Kriterienliste (GKL, Rudolf et al. 2002a, 2002b).

Von den dem Erstautor als Gutachter zugesandten Berichten wurde per Zufallsauswahl jeder fünfte Erst- und Umwandlungsbericht ausgewertet. Bei gesonderten Fragestellungen wurden konsekutiv die eingehenden Anträge berücksichtigt, bis die zuvor festgelegte Zahl bearbeiteter Anträge erreicht worden war. Da auf der Basis der oben erwähnten eingeschränkten und unklaren Berichtszuweisung von vornherein nicht mit einer Repräsentativität der Stichprobe zu rechnen gewesen war, wurde dementsprechend auch bevorzugt Wert darauf gelegt, die Varianz in der Stichprobe durch Auswahl gesonderter Patientengruppen hochzuhalten, und damit die Verfolgung bestimmter Fragestellungen zu ermöglichen. Folgende Sondergruppen wurden ausgewählt und für den Auswertungsbedarf auf eine vorgesehene Mindestgröße aufgefüllt: 1. Normalgutachten, 2. Obergutachten, 3. analytische Psychotherapien, 4. Gruppentherapien, 5. somatische Erkrankungen, 6. Beihilfe.

Die Erfassung des Schweregrads der Erkrankung erfolgte auf Grundlage der in den RLPT geforderten diagnostischen Prozeduren mit der Beschreibung der Symptomatik (mit den Worten des Patienten), der Schilderung der Krankheitsanamnese mit Vorbehandlungen medikamentöser, ambulanter und stationärer Art, der Hinzuziehung von Klinik- und Arztberichten wie auch der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Unterlagen. Hierzu gehört auch die neurosenpsychologische Einordnung durch den Therapeuten. Die Angabe einer ICD-Diagnose ist im Rahmen der RLPT nicht zwingend vorgeschrieben, wird von den Therapeuten aber meistens vorgenommen und konnte dementsprechend herangezogen werden. Alle diese Informationen wurden sodann in eine dritte, nämlich die gutachterliche Perspektive überführt und mittels des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) integrativ zur Einschätzung des Schweregrades der Störung herangezogen. Dabei erfolgte die Einschätzung der psychischen, funktionellen und sozialkommunikativen Symptomatik anhand der Berichte der Therapeuten wie auch zusätzlicher Informationsquellen (Konsiliarbericht, Arzt-/Klinikberichte, Krankenkassenunterlagen). Dies geschah auch in der Vorstellung, dass gerade die Beschreibung der sozialkommunikativen Symptomatik in den Therapeutenberichten aus »strategischen« Gründen zu kurz kommen könnte, um den gewählten Verfahrenszugang im GAV nicht zu gefährden. Die somatische Komorbidität wurde unabhängig vom BSS mittels ICD-10-Kodierung erfasst. Auch hier wurden alle zur Verfügung stehenden Informationsquellen genutzt. Dieses Vorgehen entspricht damit den bisher gegebenen Möglichkeiten der Hinzufügung einer dritten Perspektive in der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung des Patienten. Trotz gegenstehender methodischer Erwägungen angesichts der hohen Reliabilitätsmaße des BSS (ICC zwischen .72 und .96), seiner jahrzehntelangen Erprobung in Klinik und Forschung wie auch der jahrzehntelangen Erfahrung des Gutachters mit dem BSS erschien uns dies als ein vertretbarer Zugang zur »Blackbox« der RLPT.

Zur Erfassung der biografischen Risikobelastung orientierten wir uns am Risiko-Index von Dührssen und Lieberz (2000, 2016). In diesen Index sind nur auch retrospektiv zuverlässig erfassbare harte biografische Daten eingegangen. Den einzelnen Items wurde zudem eine, ihrer eingeschätzten Bedeutung für die kindliche Entwicklung entsprechende, relative Gewichtung zugeteilt. Angesichts des Forschungsstandes und des Bemühens um eine faktenorientierte Herangehensweise in der Psychotherapie ist mit diesem reduktionistischen Ansatz ein halbwegs verlässlicher Boden gegeben. Auch wenn mit diesem Ansatz die entscheidenden, Psychopathologie generierenden interpersonellen Prozesse außer Acht gelassen werden, gestattet diese Vorgehensweise einen ersten, wenn auch begrenzten Einblick in die entwicklungshemmende Kraft der jeweiligen biografischen Bedingungen. Hierzu gehört auch, dass die Einschätzung der »Familienatmosphäre«, in der der Patient in Kindheit und Jugend aufwuchs, weniger von dessen subjektiven Einschätzungen hinsichtlich Vernachlässigung, Benachteiligung, Abwertung usw. ab-

hängig gemacht wird, als vielmehr von nachvollziehbaren Indikatoren wie Armut, Bildungsstand, elterliche Gesundheit, Streit und Gewalterfahrungen. So kommt diesem »globalen« Item im Rahmen des Gesamtkonzepts nur ein mittelschweres Gewicht zu. Die mit diesem Vorgehen verbundene Reihung psychosozialer Risikoeinflüsse hinsichtlich ihrer Bedeutung und ihres potenziell entwicklungsschädigenden Gewichtes sei an dieser Stelle abgebildet (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 Rangreihe der psychosozialen Risiken

Art der Belastung	Punktzahl
1. Verlust eines Elternteils	160
2. Elterliche Erkrankungen	130
3. Unbeständigkeit der frühen Beziehungen	95
4. Familienatmosphäre	95
5. Verluste in der Elterngeneration	80
6. Geburtsstatus	70
7. Verlust einer anderen wichtigen Bezugsperson	50
8. Finanzielles Niveau der Familie	50
9. Schulbildung der Eltern/Ersatzeltern	50
10. Berufliche und ökonomische Situation der Eltern zum Zeitpunkt der Geburt	50
11. Alter der Eltern	25
12. Altersabstand in der Geschwisterreihe	25
13. Unterschiede im Lebensstil der Herkunftsfamilien	10

Allerdings zeigten erste Untersuchungen, dass die Angaben zur Biografie in den Antragsberichten der Therapeuten doch sehr lückenhaft sind, so dass nicht in jedem Fall eine vollständige Erhebung der biografischen Belastungsfaktoren in diesem Rahmen gelingen kann (Lieberz et al. 2011). Für die hier vorgestellten Untersuchungen wurde deshalb eine stark reduzierte Variante des RI angewendet. Berücksichtigt wurden Verluste (160 Punkte) und Erkrankungen eines Elternteils (130 Punkte). Außerdem wurden Heimaufenthalte (80 Punkte) wie auch Belastungen aus der Geschwisterreihe (25 Punkte) in den Risikoscore einbezogen. Andere Belastungsfaktoren wurden wegen eines zu hohen Anteils an Missing Data nicht berücksichtigt.

Zur Gewährleistung einer über die Jahre der Erhebung anhaltend hohen Erfassungs- und Dokumentationsqualität wurden Forschungskonferenzen durchgeführt. Diese fanden fortlaufend einmal im Monat statt und boten den über die Zeit wechselnden Projektmitarbeitern die Gelegenheit, ihre Erfahrungen auszutauschen, den jeweiligen Stand ihrer Arbeit zu diskutieren, Verbesserungsvorschläge im methodischen Vorgehen einzubringen und Lösungswege zu erörtern. Insbesondere dienten diese Konferenzen auch der Schulung der Mitarbeiter in der Datendokumentation.

Von den insgesamt im Rahmen des MARS-Projektes erfassten 1 005 GKV-Patientenberichten, die zwischen 2007 und 2012 zugesandt, ausgewertet und dokumentiert wurden, sind 742 (73,8 %) von weiblichen und 262 (26,1 %) von männlichen Patienten. Bei einer Person wurden keine Angaben zum Geschlecht gemacht. Sie bewegen sich in einem Altersbereich von 23 und 86 Jahren und waren im Mittel 47,9 Jahre alt. Hinzu kommen 203 Berichte über beihilfeberechtigte bzw. privatversicherte Patienten. Diese Untergruppe wird vergleichend in einem späteren Abschnitt zur Darstellung kommen (Kap. II.9)

Die Patientenberichte wurden dementsprechend von 1 005 psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen eingereicht, deren Grundberuf hier dargestellt werden soll (siehe Tabelle 1). Folglich wurden etwa jeweils zur Hälfte Berichte von Ärzten bzw. Psychologen aufgenommen, eine Verteilung, die mit keiner Vorauswahl seitens des Projektes verbunden ist.

Tabelle 1 Grundberuf Therapeut

	Häufigkeit	Prozente
Arzt	509	50,6
Psychologe	485	48,3
Arzt und Psychologe	8	,8
unbekannt	3	,3
Gesamt	1 005	100,0

Mehr als die Hälfte der Therapeuten sind weiblichen Geschlechts (61%). Die Praxen befinden sich mit 58 % zumeist im großstädtischen Bereich (Stadt über 100 000 Einwohner). Unter den Antragstellern enthalten sind zu 26,4 % Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, zu gleichen Teilen weiblichen bzw. männlichen Geschlechts. Hinzu kommen zu 11,2 % Fachärzte für Psychiatrie mit einer annähernd gleichen Geschlechtsverteilung (w 6,5 % vs. m 4,7 %). Andere ärztliche Fachrichtungen umfassen 11,6 % der Antragsteller, auch hier überwiegen leicht die Frauen (w 7,9 % vs. m 3,7 %). Ärztliche Weiterbildungskandidaten sind mit weiteren 1,2 % vertreten.

Von den insgesamt 493 erfassten psychologischen Psychotherapeuten (einschließlich der doppelt qualifizierten) sind 327 (66,3 %) Frauen und 161 (32,7 %) Männer, bei 5 psychologischen Therapeuten ist das Geschlecht unklar. Ihre Praxen befinden sich mit 62,3 % ebenfalls überwiegend im großstädtischen Bereich. Von den psychologischen Psychotherapeuten besitzen 14,4 % eine psychoanalytische Abschlussqualifikation.

Alle statistischen Rechnungen der Daten wurden mit der Software IBM SPSS 25.0 durchgeführt. Bei nominalskalierten Variablen wurde der χ^2 -Test für Unabhängigkeit nach Pearson angewandt. Bei erwarteten Häufigkeiten unter 5 wurde der exakte χ^2 -Test nach Fischer angewandt. Für ordinalskalierte Merkmale wurde ein Mann-Whitney-U-Test und für intervallskalierte Variablen wurde der t-Test für heterogene Varianzen (Welch-Test) durchgeführt. Die Signifikanz wurde jeweils auf dem Niveau $\alpha < 0.05$ angegeben. Eine durchgeführte logistische Regressionsanalyse erlaubt Vorhersagen über den Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen auf eine abhängige Variable. Das Verfahren kommt bei dichotomen Zielvariablen zur Anwendung. Als Maß für das Risiko wird die Odds Ratio angegeben. Auf diese Weise kann die Einflussstärke einzelner Variablen auf die Zielgröße analysiert werden.