

II. ERGEBNISSE

1 ICD-10-Diagnosen in der Richtlinien-Psychotherapie: Ergebnisse aus der Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS)

KLAUS LIEBERZ , LUCIE ADAMEK ,
KLARA A. MATHES 

1.1 Einleitung, Hintergrund und Fragestellung

Obwohl wir in Deutschland sicher eines der differenziertesten psychotherapeutischen Versorgungssysteme besitzen und mit der seit rund 50 Jahren etablierten Richtlinien-Psychotherapie ein bewährtes und qualitätsgesichertes Verfahren eingeführt ist, sind Daten aus der realen Versorgung eher selten erhoben worden (Albani et al. 2008, Brockmann et al. 2002, Gallas et al. 2008, Grobe et al. 2007, Grobe und Dörning 2008, Puschner et al. 2005, Rudolf et al. 2002a, Rudolf und Jakobsen 2002b, Rüger et al. 1996, 1997, Rüger und Leibing 1999, Zepf 2003). Dies liegt daran, dass mit der Einführung der Richtlinien-Psychotherapie keine zeitgleiche Erhebung zusätzlicher Daten z. B. zur soziodemografischen Ausgangslage der Patienten oder auch zum Therapieverlauf und Outcome vereinbart wurde. Seinerzeit standen dabei sowohl Bedenken wegen des Datenschutzes der Patienten als auch technische Probleme bei der Datenauswertung in großem Maßstab im Vordergrund. Das mit der Richtlinien-Psychotherapie bisher verbundene Gutachterverfahren (GAV) ist, wie zuvor bereits beschrieben, auf Wunsch der Krankenkassen seinerzeit zu Zwecken der Qualitätssicherung eingeführt worden, hat sich zwar über die Jahre sehr bewährt, sah sich aber auch immer Widerständen sowohl vonseiten einiger Psychotherapeuten als auch einiger Krankenkassen ausgesetzt. Mit der letzten Änderung der Richtlinien war absehbar, dass das GAV ausgesetzt werden würde, was zwischenzeitlich denn auch geschehen ist. Wie für die Zukunft eine hinreichende Qualitätssicherung aussehen soll, bleibt dabei bis heute noch offen.

Die bisher mangelhafte Evaluation des psychotherapeutischen Geschehens unter den naturalistischen Bedingungen der RLPT ist sicherlich auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Über die Jahre bestand zwar Übereinstimmung zwischen den Leistungsträgern und den psychotherapeutischen Verbänden darüber,

dass eine Ergänzung des derzeitigen GAV durch eine zeitgleiche Erhebung empirischer Daten wünschenswert wäre, eine Einigung allerdings ließ sich nicht erzielen. Dies lag wohl nicht zuletzt auch daran, dass keine Einigkeit über die »Luft-hoheit« bei den zu erhebenden Daten herzustellen ist. Die Folge davon war, dass einzelne Krankenkassen (Albani et al. 2008, Grobe et al. 2007, Grobe und Dörning 2008, Wittmann et al. 2011) dazu übergegangen sind, die ihnen zugänglichen Daten aus eigenen Mitteln zu erheben oder, wie die Techniker Krankenkasse, sogar ein eigenständiges Modell zu entwickeln und durchzuführen. Dabei wurden auch psychometrische Daten seitens der Patienten und der Therapeuten erhoben. Das dabei anvisierte Ziel einer Ersetzung des GAV durch eine eher quantitative Datenerhebung, mit Feedback an den Therapeuten, hat sich allerdings nicht nur als äußerst aufwendig, sondern auch als dem GAV nicht überlegen erwiesen. In der sog. TRANS-OP-Studie wiederum wurden umfangreiche Daten über die psychotherapeutische Behandlung von Privatversicherten erhoben und ausgewertet. Diese Patientengruppe ist jedoch nicht vergleichbar mit der überwiegenden Zahl der Patienten, die sich in gesetzlichen Krankenversicherungen befinden und im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie behandelt werden (Gallas et al. 2008, Puschner et al. 2005, Ullrich 2021).

Außer den Krankenkassen haben naturgemäß die Therapeuten die Möglichkeit zur Erhebung von Daten zum Patienten und zur eigenen diagnostischen und therapeutischen Einschätzung. Diese Möglichkeit ist wenig genutzt worden, weil damit doch große organisatorische Herausforderungen verbunden sind. Neben den Krankenkassen und den Therapeuten haben unter den bisher geltenden Bedingungen die im GAV tätigen Gutachter Zugang zu wichtigen Informationen. Auch diese Möglichkeit wurde bisher eher selten genutzt, da der Aufwand für Durchführung und Koordination einer umfangreichen Studie außerordentlich hoch ist. Durch zwischenzeitlich optimierte Abstimmungsprozesse konnten einige Voraussetzungen für eine koordinierte Tätigkeit der Gutachter verbessert werden. So ließ sich bei differenzierter Erfassung der Gutachterbewertungen auch die gute Interrater-Reliabilität im Verfahren belegen (Rudolf 2001, Rudolf et al. 2002, Rudolf und Jakobsen 2002). Gleichwohl bleibt die Tatsache bestehen, dass größere Datenbestände auf Basis des Gutachterverfahrens bisher nicht generiert werden konnten.

In der Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS) wird versucht, diese Datenlücke aufzufüllen, um wenigstens einen Grundstock an Daten bereitzustellen. Grundlage der Datenerhebung bilden die Berichte der Therapeuten zu Behandlungen tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Art erwachsener Patienten, die dem Erstautor als Gutachter und Obergutachter zugesandt werden. In der hier vorliegenden Untersuchung soll zunächst der Frage nachgegangen werden, welche Diagnose-Gewohnheiten in Verbindung mit der ICD-Klassifikation beobachtet werden können (Albani et al. 2008, Dilling et al. 1991, Gallas et al. 2008, Grobe et al. 2007, Grobe und Dörning 2008, Hohage 2001, ICD 10 1999, Rudolf

2001). Eine erste Voruntersuchung wurde bereits publiziert (Lieberz et al. 2010). Die dabei vorgestellten Daten beruhen allerdings auf einer ersten und kleineren Auswahl der Gesamtstichprobe, die zwischenzeitlich im MARS-Projekt erfasst worden war. Die hier jetzt vorgestellten Ergebnisse beruhen auf dem Datensatz aller in das MARS-Projekt eingeflossenen Patienten.

1.2 Methodik

Seit Mai 2007 wurden die konsekutiv beim Erstautor eingegangenen Therapeutenberichte erfasst und aufbereitet. Für die Datenerhebung und Informationsübertragung wurde ein Dokumentationssystem entworfen. Die dabei angewandte Methodik wurde eingangs ausführlich beschrieben und soll deshalb hier nur noch kurz angerissen werden. Das Dokumentationssystem enthält die folgenden Module: 1. Basisdaten des Patienten, 2. klinische Daten (Symptomatik, bisherige Therapien, ICD-Diagnosen), 3. Angaben zum Therapeuten (Geschlecht, Profession). Die Therapeuten werden nicht ad personam registriert, da es ausdrücklich nicht Ziel des Projektes ist, eine individuelle Auswertung vorzunehmen (»gute vs. schlechte Therapeuten«), 4. Familiengese (Risikoindex), 5. gutachterliche Stellungnahme (GAF, BSS, globales OPD-Rating, ICD-Diagnosen, Bewertung).

KZT-Antragsberichte wurden dabei nicht berücksichtigt. Diese haben, wie auch die Fortführungsberichte, ihre besonderen Eigenheiten. Für die vorliegende Untersuchung wurden insgesamt 1 005 Auswertungen durchgeführt. Der Erhebungszeitraum erstreckt sich dabei vom Mai 2007 bis zum Juni 2012. Die Patienten sind im Altersmittel 47,9 Jahre alt und bewegen sich dabei in der Altersspanne zwischen 23 und 86 Jahren. Erfasst werden insgesamt 742 Frauen und 262 Männer, bei einem Patienten war das Geschlecht nicht festzustellen. Es soll hier um die Frage nach Art und Häufigkeit der in den Berichten erwähnten ICD-Diagnosen gehen. Grundlage der Erhebung ist also in jedem Fall der Bericht des Therapeuten einschließlich beiliegender PTV-Bögen. Neben der Erfassung der genutzten ICD-Diagnosen bietet das Dokumentationssystem die Möglichkeit, die in den Berichten geforderte Beschreibung der aktuellen Symptomatik, der vorliegenden Störungen und Krankheiten als klinische Daten zu erfassen, und somit auch eine Verknüpfung zur Klassifikation vorzunehmen. Zur Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere wurde gutachterlicherseits der BSS eingesetzt. Die biografische Risikobelastung wurde mittels eines modifizierten Risiko-Index (Dührssen und Lieberz 2000) ermittelt. Die mit dem Einsatz dieser Instrumente verbundenen Einschränkungen wurde eingangs ausführlich beschrieben und auch früher schon diskutiert (Lieberz et al. 2011, Lieberz et al. 2017).

1.3 Ergebnisse

Für die 1 005 Patienten wurden insgesamt 1 589 ICD-Diagnosen kodiert, im Mittel also 1,6 Diagnosen pro Patient. In 18,9 % der Fälle wurden seitens der Therapeuten keine ICD-Diagnosen verschlüsselt, in weiteren 37,1% nur eine ICD-Diagnose. Somit wird in 56 % der Fälle keine oder nur eine Diagnoseziffer angegeben.

Tabelle 2 Anzahl der Diagnosen

Anzahl Diagnosen	n	%
0	190	18,9
1	373	37,1
2	242	24,1
3	127	12,6
4	42	4,2
5	18	1,8
6	4	0,4
7	5	0,5
8	2	0,2
9	2	0,2
Gesamt	1 005	100

Dabei beziehen sich die seitens der Therapeuten angegebenen Hauptdiagnosen zu einem guten Drittel auf das Kapitel F3 der ICD 10 (Depressionen) und zu gut einem Drittel auf das Kapitel F4 (Ängste und somatoforme Störungen).

Bei den zehn häufigsten Hauptdiagnosen werden vor allem mittelgradige bis schwere depressive Symptome beschrieben, teilweise in Mischung mit ängstlicher Symptomatik (siehe Tabelle 4). Häufiger werden auch Anpassungsstörungen diagnostiziert, teilweise posttraumatisch eingeordnet. Seltener sind dann schon Panikstörungen und Soziale Phobien.

Wird die von den Therapeuten in Form von Nebendiagnosen aufgeführte Komorbidität berücksichtigt, dann finden wir ein etwas anderes Verteilungsbild. Dabei fällt dann auf, dass als erste und zweite Nebendiagnose am häufigsten F4- und F6-Diagnosen platziert werden. Diagnosen aus dem F1-Kapitel der ICD finden sich sehr selten, Diagnosen außerhalb des F-Spektrums der ICD sind ebenfalls nur in Ausnahmefällen zu registrieren. Geschlechtsspezifische Unterschiede nach Art und Häufigkeit der Diagnosen finden sich auch unter Berücksichtigung der Nebendiagnosen nicht.

Tabelle 3 Art der Hauptdiagnose

ICD-10 Hauptdiagnose	Therapeut	
	n	%
F1	2	0,2
F2	7	0,7
F3	394	39,2
F4	335	33,3
F5	21	2,1
F6	49	4,9
C5	1	0,1
E6	1	0,1
G3	1	0,1
G4	1	0,1
I1	1	0,1
L2	1	0,1
Z6	1	0,1
keine Diagnose	190	18,9
Gesamt	1 005	100,0

Tabelle 4 Die 10 häufigsten F-Diagnosen (Hauptdiagnosen von Therapeuten)

Diagnose	Häufigkeit
F 32.1	132
F 33.1	102
F 43.2	88
F 41.2	73
F 34.1	64
F 32.0	23
F 41.1	20
F 41.0	19
F 43.0	17
F 32.2	17

Tabelle 5 Komorbiditäten nach ICD: Häufigkeiten der Art der Haupt- und Nebendiagnosen des Therapeuten

Diagnose	Hauptdiagnose		1. Nebendiagnose		2. Nebendiagnose		3.-8. Nebendiagnose	
	n	%	n	%	n	%	n	
F1	2	0,2	20	2,0	9	0,9	16	
F2	7	0,7	1	0,1	–	–	–	
F3	394	39,2	76	7,6	31	3,1	4	
F4	335	33,3	186	18,5	71	7,1	39	
F5	21	2,1	46	4,6	24	2,4	11	
F6	49	4,9	75	7,5	33	3,3	18	
F7	–	–	1	0,1	1	0,1	–	
F8	–	–	–	–	–	–	–	
F9	–	–	2	0,2	1	0,1	3	
Andere Diagnose	7	0,7	35	3,5	30	3,0	41	
Keine Diagnose	190	18,9	563	56,0	805	80,1	5 898	
Gesamt	1 005	100,0	1 005	100,0	1 005	100,0	6 030	

Beziehen wir uns nicht auf die ICD-Diagnosen, sondern auf die im Bericht beschriebene klinische Symptomatik, dann findet sich fast regelhaft eine psychische Symptomatik sowie in knapp 80 % der Fälle eine funktionell-psycho-somatische Störung. Daneben sind bei 34,8 % der Patienten nennenswerte und aktuell bestehende somatische Erkrankungen festgehalten. Seitens des Gutachters wurde allerdings angemerkt, dass in etwa 36 % der Fälle die vorliegenden somatischen Störungen keine hinreichende Berücksichtigung in der Darstellung des Krankheitsbildes und der Psychodynamik gefunden haben. Suchttendenzen der unterschiedlichsten Art weisen 32,8 % der Patienten auf, während eine akute oder frühere Suizidalität

Tabelle 6 Komorbiditäten im klinischen Befund: Häufigkeiten

	Psychische Symptomatik		Funktionell-psycho-somatisch		Somatische Erkrankungen		Sucht(-tendenzen)		Suizidalität (früher/akut)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zutreffend	928	92,3	772	76,8	350	34,8	330	32,8	190	18,9
Nicht zutreffend	63	6,3	202	20,1	633	63,0	535	53,2	793	78,9
Nicht abklärbar	14	1,4	31	3,1	22	2,2	140	13,9	22	2,2
Gesamt	1 005	100,0	1 005	100	1 005	100	1 005	100,0	1 005	100,0

Tabelle 7 Koinzidenz zwischen klinischem Befund und ICD-Diagnosen

Diagnose	Psychische Symptomatik		Funktionell-psychosomatisch		Somatische Erkrankungen		Sucht(-tendenzen)		Suizidalität (früher/akut)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F1	39	3,9	34	3,4	11	1,1	38	3,8	7	0,7
F2	7	0,7	6	0,6	7	0,7	2	0,2	1	0,1
F3	465	46,3	391	38,9	157	15,6	233	23,2	90	9,0
F4	467	46,5	420	41,8	183	18,2	206	20,5	65	6,5
F5	83	8,3	80	8,0	28	2,8	68	6,8	17	1,7
F6	154	15,3	133	13,2	56	5,6	97	9,7	36	3,6
F7	1	0,1	1	0,1	–	–	–	–	–	–
F9	4	0,4	4	0,4	–	–	2	0,2	–	–
Andere Diagnose	70	7,0	62	6,2	45	4,5	38	3,8	8	0,8
Keine Diagnose	172	17,1	139	13,8	86	8,6	100	10,0	39	3,9
Einzelvorkommen	928	92,3	772	76,8	350	34,8	330	32,8	190	18,9

in 18,9 % Erwähnung findet. Andererseits sind seitens des Gutachters in knapp 17 % der Fälle Zweifel an der Krankheitswertigkeit der beschriebenen Störungen angebracht worden.

Versuchen wir, den psychopathologischen Befund mit den angegebenen ICD-Diagnosen zusammenzubringen, dann findet sich erwartungsgemäß keine wesentliche Abweichung von den eingangs erwähnten Ergebnissen. Bei Patienten mit F3- und F4-Diagnosen wird regelhaft eine psychische und/oder funktionell-psychosomatische Symptomatik beschrieben. Allerdings sind immerhin 93 % aller F3- und F4-Diagnosen von komplizierenden Störungen begleitet, also somatischen Erkrankungen, deutlichen Suchttendenzen und Suizidalität (Mehrfachdiagnosen möglich). Bei knapp 17,3 % der Patienten finden wir dabei somatische Erkrankungen ohne gleichzeitiges Auftreten von Suchttendenzen. In 21,4 % der Fälle finden sich ausgeprägte Suchttendenzen ohne gleichzeitiges Auftreten somatischer Erkrankungen.

Da mit der Feststellung einer ICD-Diagnose allein noch keine Krankheitswertigkeit und Behandlungsbedürftigkeit im Sinne der Richtlinien-Psychotherapie verbunden ist, soll im Folgenden noch beispielhaft für die Patientengruppen mit einer F3- oder F4-Diagnose versucht werden, die Krankheitsschwere einzuschätzen. Dafür wurde an dieser Stelle der BSS genutzt. Zwischen den beiden Gruppen ergeben sich dabei keine Unterschiede: 68,5 % der Patienten der F3-Gruppe haben

Tabelle 8 BSS: 1-Jahresprävalenz aus Hauptdiagnose
Gruppenteilung: Gruppe F3 (n = 394) und Gruppe F4 (n = 335)

		F3-Gruppe	F4-Gruppe	Gesamt
Prävalenz Jahr:	0	1	0	1
Summe		,3 %	,0 %	,1 %
	1	3	2	5
		,8 %	,6 %	,7 %
	2	7	12	19
		1,8 %	3,6 %	2,6 %
	3	28	32	60
		7,1 %	9,6 %	8,2 %
	4	85	58	143
		21,6 %	17,3 %	19,6 %
	5	116	97	213
		29,4 %	29,0 %	29,2 %
	6	106	89	195
		26,9 %	26,6 %	26,7 %
	7	36	39	75
		9,1 %	11,6 %	10,3 %
	8	8	6	14
		2,0 %	1,8 %	1,9 %
	9	4	0	4
		1,0 %	,0 %	,5 %
.....				
Gesamt		394	335	729
		100,0 %	100,0 %	100,0 %

T = 0,419; df 705; p = 0,676

einen BSS-Score von ≥ 5 , eine besonders schwere Beeinträchtigung von ≥ 7 findet sich in 12,2 % der Fälle. In der F4-Gruppe weisen 69,0 % einen BSS-Score von ≥ 5 auf, in 13,4 % der Fälle werden schwere Beeinträchtigungsgerade zugrunde gelegt. Immerhin zeigen sich in der F3-Gruppe auf der sozialkommunikativen Skala des BSS als gewichtiger Hinweis auf stärkere persönlichkeitsstrukturelle Beeinträchtigungen bei 57,6 % der Fälle deutliche bis extreme Einschränkungen. In der F4-Gruppe sind dies 53,4 %, was immerhin einen leichten Trend ($p = ,082$) anzeigt. Auffällig ist, dass sich in beiden Gruppen eine starke Spreizung im BSS-Gesamtscore zwischen 0 und 9 Punkten findet.

Versuchen wir, bei diesen beiden Gruppen noch einen Bezug zur biografischen Risikobelastung herzustellen, so finden sich im Gruppenvergleich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Auch wenn sich die F3-Gruppe etwas stärker belastet zeigt, so sind in beiden Gruppen um die 40 % der Patienten im modifizierten RI als stark belastet einzuschätzen.

Tabelle 9 BSS: Sozialkommunikative Skala

BSS Prävalenz Jahr: Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad * Gruppenteilung F3 F4 aus HD				
		F3	F4	Gesamt
Prävalenz Jahr: Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad	gar nicht	25 6,3%	28 8,4%	53 7,3%
	geringfügig	142 36,0%	128 38,2%	270 37,0%
	deutlich	159 40,4%	123 36,7%	282 38,7%
	stark	58 14,7%	55 16,4%	113 15,5%
	extrem	10 2,5%	1 ,3%	11 1,5%
Gesamt		394 100,0%	335 100,0%	729 100,0%

Chi-Quadrat = 8,214; df 4; p = 0,082

Tabelle 10 Risiko-Index

Gruppe 1: 0 bis 80 vs. Gruppe 2: >240 bis 395

Risikoindex*F3/F4-Gruppe			
	F3-Gruppe	F4-Gruppe	Gesamt
RI kleiner/gleich 80	136 55,7%	128 63,1%	264 59,1%
RI größer/gleich 240	108 44,3%	75 36,9%	183 40,9%
Gesamt	244 100,0%	203 100,0%	447 100,0%

Chi-Quadrat 2,453; df 1; p = 0,123

1.4 Diskussion

Die hier zur Untersuchung herangezogenen Antragsberichte betreffen den psychodynamischen Zweig des Gutachterverfahrens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie. Alle Aussagen können sich deshalb nur auf diesen Teil der Versorgung beziehen. In den Erst- und Umwandlungsberichten werden seitens der Therapeuten *immer* Diagnosen beschrieben. Diese diagnostischen Beschreibungen sind häufig sehr detailliert und differenziert. Sie werden in der überwiegenden Zahl der Fälle auch in ICD-Kodierungen umgesetzt. Dies ist insofern bemerkenswert, als

die Therapeuten nach den zum Untersuchungszeitpunkt geltenden Bestimmungen nicht verpflichtet waren, ICD-Diagnosen anzugeben. Dies gilt auch für den PTV-2-Bogen, auf dem zwar eine Diagnose, aber nicht unbedingt eine ICD-Diagnose angegeben ist. Damit übernimmt der überwiegende Teil der Therapeuten freiwillig eine Zusatzaufgabe, die, wie Albrecht (2008) schreibt, »für ordnungspolitische Entscheidungen und Gesundheitsplanung große Bedeutung erlangen ... kann.« Allerdings ist festzustellen, dass die oft differenzierte Beschreibung des Krankheitsbildes sich eher selten im kodierten Morbiditätsbild nach der ICD niederschlägt. Ein knappes Fünftel der Therapeuten fügt ihrem Bericht keine ICD-Diagnose hinzu. Dies liegt unter den Angaben, die dem GEK-Report entnommen werden können (Grobe et al. 2007). Allerdings bleibt festzuhalten, dass in 56 % der Fälle seitens der Therapeuten keine oder höchstens eine ICD-10-Diagnose angegeben wird.

Denkbar wäre, dass ein großer Teil der Patienten mit einer Diagnose hinreichend abgebildet ist. Dies erscheint allerdings unwahrscheinlich. Wie sich den vorliegenden Daten entnehmen lässt, werden in den Berichten der Therapeuten in erheblichem Umfang Komorbiditäten beschrieben, ohne dass diese dann in eine ICD-Kodierung umgesetzt werden. Dies gilt insbesondere für somatische Erkrankungen, die seitens der Therapeuten so gut wie nie Erwähnung finden. Weiterhin fällt der außerordentlich geringe Anteil an Diagnosen aus dem F1-Kapitel der ICD 10 auf, so dass entweder damit gerechnet werden muss, dass diesen Störungen nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt wird oder sie zumindest von psychodynamischen Therapeuten manchmal in ihrer Bedeutung unterschätzt werden. So wird ein Nikotinabusus (F17) von den Therapeuten nur in 0,1 % der Fälle (!) angegeben. Ein entsprechend auffälliges Ergebnis findet sich im Gesundheitsreport der TK (Grobe und Dörning 2008). Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass Patienten ihr »Laster« selten spontan erwähnen, aber wohl auch, dass es zu selten aktiv erfragt wird. Dazu passt, dass z.B. die Diagnose einer Adipositas von den Therapeuten nur in einem Fall als Hauptdiagnose vergeben worden ist. Da nach den vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen auch mit einem unterschiedlichen Morbiditätsspektrum bei Frauen und Männern zu rechnen wäre, könnten die hier fehlenden geschlechtsspezifischen Diagnoseunterschiede darauf hinweisen, dass die relativ wenigen Männer, die im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Hilfe suchen, nicht die zu erwartenden schwereren Psychopathologien mitbringen, oder aber ihre Morbidität sich unzureichend in ICD-Diagnosen niederschlägt (Franz et al. 2000).

Auch die Häufigkeit an kodierten affektiven Störungen macht es eher wahrscheinlich, dass die Morbidität der Patienten nicht ausreichend abgebildet wird. Das hohe Ausmaß der Assoziation depressiver Symptomatik mit anderen Symptom- und Störungsbildern wie Suizidalität, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und auch somatischen Erkrankungen ist seit langem gut bekannt und belegt (Angst et al. 1999, Baving und Olbrich 1996, Blazer

et al. 1994, Bronisch 1996, Bronisch und Wittchen 1994, Connemann und Kassubek 2004, Corruble et al. 1996, De Graaf et al. 2002, Glaesser et al. 2004, Hesslinger et al. 2002, Kessler et al. 1998, Mason und Wilkinson 1996, Meringankas et al. 2003, Oldham et al. 1995, Soyka und Lieb 2004, Wiltink et al. 2007). Der engen Verbindung zwischen ängstlicher und depressiver Symptomatik ist in der ICD bereits durch die Ziffer F 41.2 Rechnung getragen (Connemann und Kassubek 2004, De Graaf et al. 2002, Kessler et al. 1998, Meringankas et al. 2003). Wenn wir zudem im Bereich der Privatversicherten ein ähnliches Kodierverhalten der Therapeuten finden, dann ist dies ein weiterer Hinweis darauf, dass die »wahre Morbidität« der Patienten nicht abgebildet wird. Nach epidemiologischen Untersuchungen wäre damit zu rechnen, dass wir im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie, und damit der Behandlung breiterer Bevölkerungsgruppen, eher ein Anwachsen psychischer/psychosomatischer Krankheitsbelastung nach Häufigkeit und Schwere finden (Albani et al. 2008, Brockmann et al. 2002, Franz et al. 2000, Gallas et al. 2008, Puschner et al. 2005, Ullrich 2021).

Möglich erscheint aber auch, dass die Therapeuten versuchen, ihre Patienten zu schützen, und dies zu dem restriktiven diagnostischen Verhalten beiträgt (Albani et al. 2008). Grundsätzlich scheinen sich die Psychotherapeuten in ihrem Kodierverhalten nicht von anderen Arztgruppen zu unterscheiden. Auch hier ist bekannt, dass von ICD-Kodierungen sparsam Gebrauch gemacht wird. So wird seitens der Krankenkassen z.B. damit gerechnet, dass in Zukunft unter anderen Abrechnungsbedingungen andere Kodierungsgewohnheiten festzustellen sind, z.B. dann, wenn die Behandlung »kranker Patienten« mit einer besseren Bezahlung verbunden wird (»right coding effect«). Die Morbidität wird dann »korrekter« abgebildet (Stackelberg 2008).

Andererseits lässt sich damit auch festhalten, dass die Psychotherapeuten im Rahmen des Gutachterverfahrens nicht dazu neigen, ihre Patienten »künstlich« zu »pathologisieren«. Es ist, jedenfalls im Bereich der angegebenen ICD-10-Diagnosen, eher das Gegenteil festzustellen. Wenn dieser sparsame Gebrauch von ICD-Diagnosen nicht allein dem allgemein bei Ärzten festzustellenden Kodierungsbrauch entspricht, sondern zusätzliche Effekte anzunehmen sind, dann ließen sich diese auf verschiedene Einflüsse zurückführen.

So könnten sich die Therapeuten unter den alltäglichen Praxisbedingungen darauf beschränken, einige wenige Diagnosen für ihre Patienten zu verwenden, ohne dass diese dann im Einzelfall wirklich immer die jeweiligen Kriterien der ICD 10 erfüllen. Dies erscheint insofern auch sinnvoll, als z.B. das Kapitel 3 der ICD 10 doch sehr »aufgebläht« wirkt und in der Praxis sinnvollerweise auf deutlich weniger Diagnoseziffern zurückgeführt werden könnte. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die Therapeuten sich im Wesentlichen auf Diagnosen des ICD-F-Kapitels konzentrieren. Komorbiditäten außerhalb dieses Kapitels werden eher selten vermerkt. Die ICD-Klassifikation scheint kein praxistaugliches Instrument zu

sein. Unter den Bedingungen von hohem Zeitaufwand und schlechter Bezahlung für einen Bericht in der Richtlinien-Psychotherapie könnte sich somit ein *Realitätswiderstand* niederschlagen (Bowe 2008, Hohage 2001). An dieser Stelle kann keine Angabe darüber erfolgen, ob sich unter den ab 2009 zu erwartenden verbesserten finanziellen Bedingungen die Diagnostizier- oder besser die Kodiergewohnheiten verändert haben. Da die hier vorgestellte Untersuchung Patientenbehandlungen zwischen 2007 und 2012 beinhaltet, ist eher nicht anzunehmen, dass unter veränderten Vergütungsbedingungen wesentliche Veränderungen des Kodierverhaltens stattgefunden haben.

Weiters ist denkbar, dass viele Therapeuten eine beschreibende Diagnose nicht nur für ausreichend, sondern oft auch für aussagekräftiger als die ICD-10-Kodierung halten. Gerade analytische Therapeuten stehen der ICD-Klassifikation nicht selten eher skeptisch gegenüber (Hohage 2001, Rudolf 2001). Auch wenn sie Verständnis für die Notwendigkeit dieser Art der Klassifikation haben und auch die Fortschritte gegenüber früheren Versionen der ICD sehen, so halten sie die derzeitige Version doch für zu symptomzentriert und oberflächlich. Psychodynamisch bedeutsame Aspekte spielen in den Operationalisierungen der ICD-Diagnosen keine Rolle. Durch die Aufführung von Symptomen, die zwanghaft anmutende Auszählung der Anzahl erfüllter Kriterien usw. wird der Schwerpunkt von der klinischen Erfahrung auf die Statistik verlagert. Bei psychodynamisch orientierten Therapeuten ist daher eventuell mit einer Art *Identitätswiderstand* zu rechnen. Dies wird jedenfalls durch die besonders hohe Zahl analytischer Psychotherapeuten nahegelegt, die keine ICD-Diagnose angeben.

Zudem kann das Bild, das der Therapeut vom Patienten an den Gutachter weiterreicht, durch das Gutachterverfahren selbst verzerrt oder belastet sein. In diesem Kontext dient die Diagnose der Behandlungsbegründung und kann eine strategische Funktion in der Kommunikation mit dem Gutachter besitzen. Allerdings wird nach den vorliegenden Ergebnissen nicht erkennbar, dass die Therapeuten bemüht sein könnten, die Schwere des Krankheitsbildes und damit ihre Indikationsentscheidung z. B. über die Darstellung umfangreicher Komorbidität zu unterstreichen. Da das Gutachterverfahren von einigen Therapeuten nicht als Qualitätssicherungsinstrument, sondern als Gängelungs- und Bevormundungsinstrument angesehen wird, könnte der sparsame Gebrauch von ICD-Diagnosen aber auch diese Einstellung widerspiegeln. Insofern wäre in einigen Fällen auch mit einem *Verfahrenswiderstand* zu rechnen (Bowe 2008).

Die Diagnose-Gewohnheiten der Therapeuten lassen also eine pragmatische Einstellung erkennen, mit der eine Beschränkung auf »das Notwendigste« vorgenommen wird. Wenn allerdings in knapp 60 % der Fälle höchstens eine Diagnose aufgeführt wird, dann macht der sparsame Gebrauch von ICD-Diagnosen die Einschätzung des Schweregrades des Krankheitsbildes nicht einfacher. Ein Blick auf die erhebliche Spreizung im BSS-Score wie auch auf die selten aufgeführten Ko-

morbiditäten lässt erkennen, dass die alleinige Diagnose einer depressiven Störung nicht weiterführend ist, wenn dabei das erhebliche Ausmaß an somatischen Begleiterkrankungen, Suchtstörungen und Suizidalität nicht hinreichend gewürdigt wird. Die Einschätzung des Schweregrades einer Störung bei den in einer Richtlinien-Psychotherapie befindlichen Patienten über den BSS bei gleichzeitiger Heranziehung der biografischen Risikobelastung lässt erkennen, dass wir bei etwa der Hälfte der Patienten mit stärkeren persönlichkeitsstrukturellen Einschränkungen zu rechnen haben, wobei bis zu 20% als sehr schwer gestört einzuschätzen sind.

Die Ergebnisse lassen zudem erkennen, dass die Beschränkung auf das F-Kapitel der ICD für die Psychosomatik die Gefahr beinhaltet, dass nicht mehr in ausreichendem Maße »über den Tellerrand hinaus« gesehen und schließlich auch gedacht wird (Baving und Olbrich 1996, Bronisch und Wittchen 1994, Corruble et al. 1996, De Graaf et al. 2002, Glaesser et al. 2004, Hesslinger et al. 2002, Oldham et al. 1995, Soyka und Lieb 2004, Wiltink et al. 2007).

1.5 Fazit

Psychotherapeuten stellen immer Diagnosen. Diese sind in den Berichten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie meist sehr differenziert. In über 80% der Fälle geben die Therapeuten eine ICD-Diagnose, meist in Form einer F3- oder F4-Diagnose, an. Nicht festzustellen ist, dass die Psychotherapeuten die Neigung hätten, ihre Patienten im Rahmen des Gutachterverfahrens als besonders schwer krank darzustellen. Eher ist festzuhalten, dass komplizierende Patientenmerkmale wie Suchtzüge oder somatische Erkrankungen entweder nicht oder allenfalls als Nebendiagnosen angegeben werden. Die Schwere des Krankheitsbildes sowie die differenzialindikatorischen Entscheidungen sind auf der Grundlage dieses restriktiven Gebrauchs der ICD-Klassifikation nicht nachvollziehbar. Es sei dahingestellt, ob dies überhaupt auf Basis der ICD-Klassifikation möglich ist. Da diese aber trotz aller Vorbehalte nicht wieder »aus der Medizin verschwinden« wird, wäre es wünschenswert, wenn in Zukunft eine differenziertere Nutzung dieses Instrumentes in der Psychotherapie gelingen könnte. Auf jeden Fall erscheint es angesichts der Beschränkungen der ICD-Klassifikation notwendig, diese nicht zur Grundlage von gesundheitsplanerischen Handlungen zu machen, da, zumindest im psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich, ohne Berücksichtigung von Biografie und Entwicklung sowie interaktionell-prozessualer Geschehnisse keine ordentliche Diagnostik stattfinden kann und eine einseitige Ausrichtung in Diagnostik und Behandlung befördert wird.