



9 Die regulatorische Kraft der Rahmenbedingungen: Beihilfeberechtigte und gesetzlich Krankenversicherte im Vergleich

KLAUS LIEBERZ , HANNO ULLRICH 

9.1 Einleitung und Zielsetzung

9.1.1 Rahmenbedingungen in Deutschland

Psychische Erkrankungen sind eine der größten gesellschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Herausforderungen. Seit den Untersuchungen der Mannheimer Kohortenstudie (Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011, Schepank 1987, 1990) haben weitere Untersuchungen die hohe Krankheitslast seelischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung bestätigt (Angst 2016, DPTV 2021, Jacobi et al. 2014, Meyer et al. 2000).

Das in Deutschland bestehende duale Krankenversicherungssystem besteht aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV). Zirka 90 % der Bevölkerung sind Mitglied in der GKV. Die restlichen 10 % sind privat versichert, die Hälfte davon über besondere Kostenträger wie die Beihilfe (BHF) (Verband der PKVen, 2011).

In Deutschland gibt es etwa 1,7 Mio. Beamte im öffentlichen Dienst. Als Folge der Fürsorgepflicht (Art. 33 Abs. 5 GG) des Dienstherrn (Bund oder Land) besteht für sie keine Versicherungspflicht in der GKV (§ 6 Abs. 2 SGB V). Beamte, Richter und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen können eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die BHF, in Anspruch nehmen, auch nach Ende des Dienstverhältnisses. Der Dienstherr gewährt notwendige Aufwendungen in Krankheitsfällen entsprechend den sog. Bemessungssätzen. Der Umfang der Erstattungsleistungen reicht von 50 % bis 80 % der Aufwendungen, je nach Familiensituation und Bundes- bzw. Landesrecht. Den verbleibenden Teil der Krankheitskosten decken die Beihilfeberechtigten in der Regel durch eine private Kranken- und Pflegeversicherung ab.

Die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) stimmt weitgehend mit der Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) überein. Einige wesentliche Unterschiede lassen sich jedoch ausmachen. In der BHF werden im Unterschied zur RLPT keine Therapien

von Ausbildungskandidaten bewilligt; es gab zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Kurzzeittherapien, und die Stundenkontingente bei der ersten Bewilligung für analytische Psychotherapie waren zum Erhebungszeitpunkt mit 80 Stunden halb so hoch.

9.1.2 Beihilfeberechtigte

Da der Verband der PKVen (2011) keine konkreten Angaben zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung publiziert, sind sowohl die Eigenschaften der Beihilfeberechtigten als auch deren Versorgung unbekannt (Kruse et al. 2012).

Der Kostenträger BHF beeinflusst den Zugang zu ambulanter Psychotherapie und die Therapieform (kürzere Wartezeiten, höhere Behandlungsquoten, mehr Langzeittherapie, eher psychodynamische Verfahren (Zepf et al. 2003a, 2003b). Die Kassenzugehörigkeit leitete bei 51,2 % der Psychotherapeuten in einer bundesweiten Umfrage die Auswahl ihrer Patienten (Bowe 1999). Weiterhin war in Patientenumfragen die PKV in der ambulanten Psychotherapie überrepräsentiert (Albani et al. 2010). Daher soll im Rahmen dieser Untersuchung überprüft werden, ob sich die Hinweise auf ungleiche Versorgungsbedingungen in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen bestätigen lassen.

9.1.3 Versorgungsforschung

Die Wirksamkeit von Psychotherapie wurde sowohl unter kontrollierten Bedingungen (Leichsenring und Rabung 2008) als auch im Praxisalltag nachgewiesen (Wittmann und Steffanowski 2011). Die Versorgungsforschung will den Zugang zu ambulanter Psychotherapie stärker untersuchen (Munder et al. 2019). Bisher wurde der Vergleich verschiedener Rahmenbedingungen (wie GKV und BHF) noch nicht in den Fokus der Forschung gerückt.

9.1.4 Versorgungswirklichkeit in GKV und BHF

Wie die RLPT gründet die BBhV auf Evidenz aus der Versorgung in der GKV (Grande et al. 2006, Scheidt et al. 1998), obwohl sich die Charakteristika der Patienten in den beiden Versorgungszweigen wohl unterscheiden (Zepf et al. 2003a, 2003b).

Als eine der wenigen naturalistischen Psychotherapiestudien in Deutschland ist die TRANS-OP-Studie zu nennen (Gallas et al. 2010). Erstmals werteten die Autoren Daten von Patienten einer privaten Krankenversicherung aus, allerdings un-

ter anderen Fragestellungen und ohne Vergleichsgruppe. Außerdem stammten die Daten maßgeblich aus Patientenselbstangaben.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Daten hingegen aus Therapeutenangaben ermittelt. Unsere Studiengruppen bestehen aus Beihilfeberechtigten (repräsentieren ca. 50 % der PKV) und einer Vergleichsgruppe (gesetzlich Krankenversicherter).

9.1.5 Arbeitshypothesen

Das Ziel dieser Arbeit liegt darin, Eigenschaften und die Versorgung von Beihilfeberechtigten in der ambulanten psychodynamischen Psychotherapie mit folgenden Null-Hypothesen zu untersuchen:

- H1 Es besteht kein Unterschied in den Variablen zu den soziodemografischen Basisdaten der Patienten zwischen GKV und BHF.
- H2 Es besteht kein Unterschied in den Variablen zu den klinischen Daten der Patienten zwischen GKV und BHF.
- H3 Es besteht kein Unterschied in den Variablen zur Biografie der Patienten zwischen GKV und BHF.
- H4 Es besteht kein Unterschied in den Variablen zu den Angaben zum Therapeuten zwischen GKV und BHF.
- H5 Es besteht kein Unterschied in den Variablen zu den Angaben zum Therapieantrag zwischen GKV und BHF.

9.2 Methodik

Die Untersuchung ist im Rahmen der Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie Studie (MARS) entstanden (Lieberz et al. 2010, Lieberz et al. 2014, Lieberz et al. 2015). Die Daten basieren auf Therapieanträgen, die dem Erstautor als Gutachter und Obergutachter im Rahmen der RLPT und der BBhV zugesandt wurden. Die Gutachten umfassen den Zeitraum von Mai 2007 bis Juni 2012. Untersucht wurden psychodynamische Anträge in der BHF und GKV/RLPT. Berücksichtigt werden nur Erst- und Umwandlungsanträge; nicht eingeschlossen wurden Anträge zu Kurzzeittherapie sowie Fortführungsanträge. Die Methodik ist in Kap. I.3 ausführlich beschrieben.

Daten über Patienten, Therapeuten und die beantragten Therapieformen wurden bei diesen unterschiedlichen Rahmenbedingungen miteinander verglichen. Insgesamt wurden $n = 1119$ Therapieanträge ausgewertet, 203 von beihilfeberechtigten und 916 von gesetzlich krankenversicherten Patienten. Es handelt sich um eine administrativ-epidemiologische Querschnittsstudie.

Die Therapieanträge wurden mit einem Dokumentationssystem in folgenden Bereichen ausgewertet: a) soziodemografische Basisdaten des Patienten, b) klinische Daten des Patienten (Symptomatik, Suizidalität, Komorbiditäten, Vorbehandlungen, ICD-10, BSS), c) biografische Daten des Patienten (modifizierter Risiko-Index nach Dührssen and Lieberz 1999), d) Angaben zum Therapeuten (Geschlecht, Grundberuf, Zusatzbezeichnung Analytische Psychotherapie), e) Angaben zum Therapieantrag (Erst-/Umwandlungsantrag, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie, Einzel- oder Gruppentherapie).

Die Berichte der Therapeuten wurden klassifiziert. Die von den Therapeuten als sicher und verlässlich beschriebenen Informationen, die nicht subjektiv verzerrt sind, wurden möglichst »harten« Merkmalsausprägungen zugeordnet (z. B. Familienstand). Die Response-Rate der Merkmale lag über 80 %.

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.

9.3 Ergebnisse

9.3.1 Soziodemografische Basisdaten des Patienten

In beiden Gruppen zeigt sich, dass die Patienten überwiegend weiblichen Geschlechts (72,4 %) sind, eher in Großstädten leben (57,1 %) und jeder Zehnte (10,3 %) derzeit arbeitsunfähig ist ($p > 0,05$).

Beide Patientengruppen sind überwiegend im berufsfähigen Alter, wobei die Beihilfeberechtigten signifikant älter ($p < 0,001$) und häufiger im Ruhestand sind (15,3 % vs. 6,1 %). 47 % sind mittlere Beamte (GKV 12 % mittlere Angestellte), 33 % einfache Beamte (GKV 62 % einfache Angestellte).

Der höchste Berufsabschluss unterscheidet sich signifikant ($p < 0,001$). Beihilfeberechtigte haben einen deutlich höheren Schulabschluss ($p < 0,001$), in über 60 % der Fälle eine Fachabitur-/Abiturqualifikation und in 51,7 % der Fälle einen Fachhochschul-/Universitätsabschluss.

Beihilfeberechtigte sind signifikant häufiger »erstmalig verheiratet« ($p < 0,001$), leben in einer »festen Partnerschaft« ($p = 0,002$), und haben häufiger und mehr Kinder (MW = 1,24 vs. 0,95; $p < 0,001$).

Tabelle 44 Soziodemografische Basisdaten der Patienten (n = 1 119)

Variable		BHF (%)	GKV (%)	Test	df	p-Wert
Geschlecht	m/w	33,0/67,0	26,4/73,6	$\chi^2 = 3,57$	1	0,059
Alter	MW in Jahren (SD)	52,54 (12,09)	47,96 (11,49)	T = -4,93	288,7	< 0,001
höchster Berufsabschluss	FH/Universität	51,7	19,2	$\chi^2 = 199,9$	6	< 0,001
	Lehre/Meister	30,0	51,7			
	ohne Berufsabschluss	0,5	16,0			
fester Partner	ja/nein	69,5/29,1	56,0/49,9	$\chi^2 = 12,83$	2	0,002
Familienstand	verheiratet	48,3	25,9	$\chi^2 = 22,13$	1	< 0,001
	ledig	23,2	40,8	$\chi^2 = 39,31$	1	< 0,001
Kinder	ja/nein	66,5/32,0	50,9/48,6	$\chi^2 = 19,58$	2	< 0,001

9.3.2 Klinische Daten der Patienten

In beiden Gruppen haben 92,2% der Patienten eine psychische Symptomatik (Ängste, Depressionen, Zwänge), 88,6% funktionell-psychosomatische Beschwerden und 35,0% somatische Beschwerden ($p > 0,05$). Beihilfeberechtigte weisen seltener eine akute Suizidalität (3,0% vs. 6,7%; $p = 0,044$) und eine frühere Suizidalität (Suizidversuche) auf (3,9% vs. 12,1%; $p = 0,001$).

Suchttendenzen sind in beiden Gruppen häufig zu verzeichnen (34,5% vs. 46,0%; $p = 0,001$). Die Therapiegeschichte unterscheidet sich signifikant ($p < 0,001$). Beihilfepatienten sind meist erstmals in psychotherapeutischer Behandlung, in der GKV sind viele Patienten (mehrfach) psychotherapeutisch vorbehandelt (s. Kap. II.4)

»Vollständige Angaben zur ICD-10-Diagnose« wurden von den Therapeuten nur bei 64,5% vs. 81,6% angegeben ($p < 0,001$). Die häufigsten Diagnosegruppen in beiden Stichproben sind »F3 Affektive Störungen« (31,0% vs. 39,4%) und »F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen« (29,6% vs. 33,5%). Die häufigsten Hauptdiagnosen sind bei BHF-Patienten »F43.2 Anpassungsstörung« und bei GKV-Patienten »F32.1 Mittelgradige depressive Episode«.

Beihilfeberechtigte haben weniger Probleme in »Selbstverantwortung« und »Gesundheitsverhalten« ($p < 0,001$). Problemrelevant ist in beiden Gruppen die »Familie« (85,2% vs. 83,2%; $p = 0,276$).

Beim Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) gibt es keine Unterschiede bei körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung. Beihilfeberechtigte sind signifikant weniger sozialkommunikativ beeinträchtigt ($p < 0,001$; siehe Abbildung 15), und der Summenscore aus den drei Subskalen unterscheidet sich signifikant. Die GAF-Scala bestätigt diese Ergebnisse. Die Unterschiede sind robust. Der modifi-

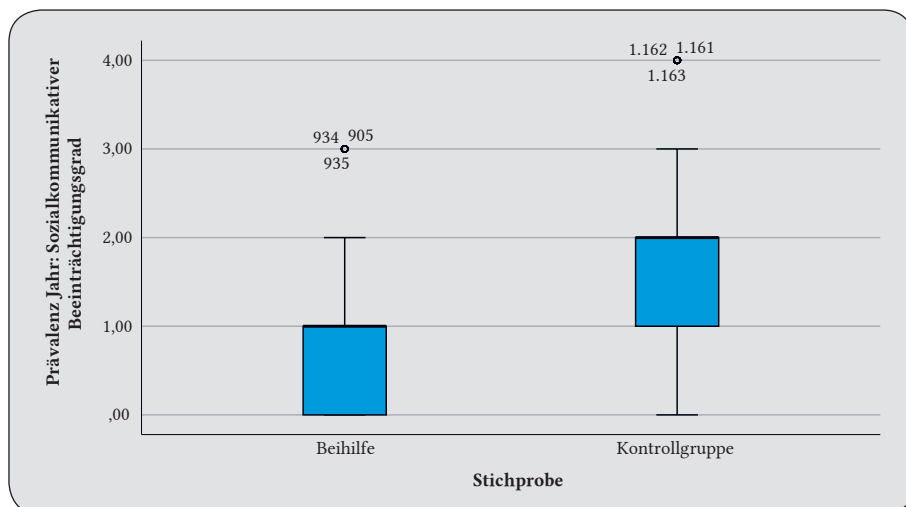
Tabelle 45 Klinische Daten der Patienten (n = 1 119)

Variable		BHF (%)	GKV (%)	Test	df	p-Wert
Suizidalität	akut	3,0	6,7	$\chi^2 = 4,06$	1	0,044
	früher	3,9	12,1	$\chi^2 = 13,26$	2	0,001
Therapiegeschichte (Vorbehandlung)	keine	54,7	38,6			
	einmal	24,1	22,8	$\chi^2 = 25,69$	3	< 0,001
	mehrfach	18,7	36,1			
Problemrelevante	Familie	85,2	83,2	$\chi^2 = 2,57$	2	0,276
Lebensbereiche	Gesundheitsverhalten	25,1	49,5	$\chi^2 = 39,92$	2	< 0,001
BSS-Summenscore	(MED \pm IQA)	4 \pm 2	5 \pm 2	U = 128.067,5		< 0,001
GAF (> mind. 1 Wo- che im letzten Jahr)	(MED \pm IQA)	60 \pm 10	60 \pm 20	U = 79.390,5		0,001

BSS = Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank 1995), GAF = Global Assessment of Functioning Scale (Heuft 2002).

zierte BSS (0–12) trennt durch dichotome Einteilung zwischen leichter (0–5) und schwerer (≥ 7) Beeinträchtigung ($p < 0,001$). Beihilfeberechtigte sind fast ausschließlich »leicht beeinträchtigt« (95,0 % vs. 78,2 %), wohingegen die GKV-Patienten zu einem Fünftel als »schwer beeinträchtigt« eingeschätzt wurden (21,8 %).

Abbildung 15 BSS: Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad (SoKo) und Therapeutenwahl



9.3.3 Biografische Daten der Patienten

In der Beihilfegruppe ist die durchschnittliche Risikobelastung niedriger (27,50 vs. 44,58; $p < 0,001$). Folgende Items wurden im modifizierten Risiko-Index berücksichtigt:

Beihilfeberechtigte erleben weniger häufig den Verlust eines Elternteils oder eine schwere seelische Erkrankung eines Elternteils (Tab. 46; seelische Erkrankung Vater $p < 0,001$). Im Vergleich zwischen schweren seelischen und körperlichen Erkrankungen eines Elternteils wird deutlich, dass die Eltern der Beihilfeberechtigten ungefähr doppelt so häufig seelisch (Vater 10,8 % und Mutter 8,4 %) als körperlich krank sind (V. 6,4 % und M. 3,9 %), während die Eltern der GKV-Patienten ungefähr viermal häufiger seelisch (V. 21,7 % und M. 18,9 %) als körperlich krank sind (V. 5,5 % und M. 5,1 %). Heim- oder Internatsaufenthalte sind selten (3,9 % vs. 7,4 %; $p = 0,013$). Die meisten Patienten in beiden Gruppen haben keine Stiefgeschwister (82,8 % vs. 79,9 %; $p = 0,205$).

Tabelle 46 Biografische Daten der Patienten (n = 1119)

Variable	n		BHF (%)	GKV (%)	Test	df	p-Wert
Familiengenes: modifizierter Risiko-Index (0–685)	758	MW (SD)	27,50 (47,15)	44,58 (67,53)	T = -3,57	297,7	< 0,001
Verlust des Vaters	1091	ja/nein	19,7/74,9	32,9/65,3	$\chi^2 = 20,15$	2	< 0,001
Verlust der Mutter	1093	ja/nein	7,4/89,2	16,3/81,7	$\chi^2 = 11,41$	2	0,003
Schwere seelische Erkrankung der Mutter	990	ja/nein	8,4/76,8	18,9/70,3	$\chi^2 = 14,08$	2	0,001
Schwere körperliche Erkrankung der Mutter	1068	ja/nein	3,9/90,1	5,1/90,6	$\chi^2 = 1,48$	2	0,477

9.3.4 Angaben zum Therapeuten

Eine Tendenz zu einer höheren Anzahl an männlichen Therapeuten in der BHF zeichnet sich ab (40,4 % vs. 37,4 %; $p = 0,482$). Die Therapeuten der Beihilfeberechtigten sind in der Tendenz eher »Arzt« (68,8 % vs. 51,0 %) und weniger häufig »Psychologe« als in der GKV (30,7 % vs. 48,3 %). Hinsichtlich einer psychoanalytischen Zusatzqualifikation findet sich zwischen den beiden Therapeutengruppen kein nennenswerter Unterschied.

Bei der Frage nach der Therapeutenwahl und der geschlechtsabhängigen Therapeutenpräferenz zeigt sich, dass unter den Bedingungen der BHF Männer bevor-

Tabelle 47 Geschlecht und Grundberuf des Therapeuten (n = 1119)

Variable		BHF (%)	GKV (%)	Test	df	p-Wert
Geschlecht	m/w	40,4/59,1	37,4/61,2	$\chi^2 = 1,46$	2	0,482
Grundberuf	Arzt/Psychologe	68,8/30,7	51,0/48,3	$\chi^2 = 25,84$	exakt	< 0,001
Zusatzqualifikation (n = 316)	Arzt ZB PSA/ Psychologe (AP)	57,8/42,2	47,2/52,8	$\chi^2 = 1,72$	1	0,190

Tabelle 48 Geschlechterverteilung Patient vs. Therapeut BHF (n = 203)

		Geschlecht des Patienten/der Patientin		Gesamt
		männlich	weiblich	
Geschlecht des Therapeuten/der Therapeutin	männlich	37 55,2 %	45 33,1 %	82 40,4 %
	weiblich	30 44,8 %	90 66,2 %	120 59,1 %
	unklar	0 0,0 %	1 0,7 %	1 0,5 %
Gesamt		67 100,0 %	136 100,0 %	203 100,0 %

Chi-Quadrat = 9,41; p = 0,009; V = 0,22

zugt männliche Psychotherapeuten und Frauen bevorzugt weibliche Psychotherapeuten wählen (siehe Tabelle 48).

9.3.5 Angaben zum Therapieantrag

In der Beihilfegruppe sind mit 99,5 % systemgerecht fast ausschließlich Erstanträge (p < 0,001) gestellt worden. In der GKV teilen sich die Antragsarten auf zwischen 39,2 % Erstanträgen und 60,8 % Umwandlungsanträgen.

In beiden Gruppen werden bevorzugt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien (TFP) beantragt (86,7 % vs. 77,4 %). Weniger Beihilfeberechtigte als GKV-Patienten sind in analytischer Psychotherapie (AP) (13,3 % vs. 22,6 %).

In der BHF finden fast ausschließlich Einzeltherapien statt (98,5 % vs. 83,3 %; p < 0,001). Beihilfeberechtigte sind selten in Gruppentherapie (1,5 % vs. 16,7 %).

Tabelle 49 Therapieantrag (n = 1 119)

Variable		BHF (%)	GKV (%)	Test	df	p-Wert
Art des Antrags	Erstantrag	99,5	39,2	$\chi^2 = 241,81$	1	< 0,001
	Umwandlungsantrag	0,5	60,8			
Therapieform	TfP	86,7	77,4	$\chi^2 = 8,76$	1	0,003
	AP	13,3	22,6			
Therapieformat	Einzel/Gruppe	98,5/1,5	83,3/16,2	$\chi^2 = 43,08$	exakt	< 0,001

Bei den GKV-Versicherten haben 0,5 % sowohl eine Einzel- als auch eine Gruppentherapie.

9.4 Diskussion

Die erhobenen Daten beruhen auf den Berichten der Therapeuten, wodurch die Validität der Daten eingeschränkt sein kann. Außerdem verteilen die Krankenkassen die Anträge an die Gutachter nach einer eigenen Systematik, wodurch die Repräsentativität unsicher ist (Lieberz et al. 2010, Rüger und Leibing 1999). In beiden hier untersuchten Patientengruppen (Beihilfe und gesetzliche Krankenversicherung) findet sich eine eher schwache Repräsentation der Gesamtbevölkerung in Bezug auf den »sozialrechtlichen Status«, das »Geschlecht« und das »Alter«. In der GKV-Gruppe gibt es zudem einen studienbedingten Selektionsbias. Die Auswahl der BHF-Patienten erfolgte konsekutiv nach Eingang beim Gutachter, während bei den GKV-Patienten jeder fünfte Antrag in die Studie aufgenommen wurde. Sofern diese Patienten einer besonderen Auswahlgruppe (z. B. Obergutachten, somatische Erkrankungen usw.) angehörten, erfolgte auch hier die Aufnahme konsekutiv.

In dieser Studie sind die Beihilfeberechtigten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung im Vergleich zu der Studienpopulation der TRANS-OP-Studie, die psychotherapeutisch behandelte Patienten aus der PKV untersucht hatte (Galas et al. 2010), ähnlich charakterisiert.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Beihilfeberechtigte vor dem Hintergrund beamtenrechtlicher Vorselektion seelisch gesünder sind. Sie weisen eher stabilisierende Ressourcen (soziales Umfeld, hohes (Aus-)Bildungsniveau, hoher sozioökonomischer Status, weniger biografische Belastungen) auf. Sie haben seltener eine psychotherapeutische Vorbehandlung, weniger Multi- oder Komorbiditäten und niedrigere BSS und GAF-Scores.

Ärztliche Psychotherapeuten sind zum Untersuchungszeitpunkt häufiger im Beihilfebereich tätig als psychologische Psychotherapeuten. Dieses Ergebnis entspricht allerdings einer Momentaufnahme. Zu erwarten ist, dass in absehbarer Zeit auch in diesem Versorgungszweig mehrheitlich psychologische Psychotherapeuten anzutreffen sind.

Die hier vorliegenden Ergebnisse sind eine erste Bestätigung für die Annahme, dass die Therapeutenwahl eindeutig eine Geschlechterpräferenz erkennen lässt. Wenn man annimmt, dass die BHF-Patienten hinsichtlich der Auswahl ihrer Therapeuten aufgrund ihres Bildungs- und Versicherungsstatus freier sind als der durchschnittliche GKV-Versicherte, dann erhalten wir in den vorliegenden Ergebnissen doch einen Hinweis darauf, dass der Geschlechtsvariablen eine ganz entscheidende Bedeutung in der Auswahl des Therapeuten (und damit wahrscheinlich auch im Therapieergebnis) zukommt.

Mit der positiven Vorselektion der Beihilfepatienten verbunden sind bedeutende Unterschiede hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens. Der in der BHF zum Untersuchungszeitpunkt vorgegebene höhere gutachterpflichtige Zugang zur Psychotherapie hat gewiss den Vorteil, dass mit diesem erhöhten Aufwand das Risiko nicht sachgemäßer Indikationsstellung zu einer Langzeittherapie gemindert wird. Andererseits stellt sich die Frage, ob bei der beschriebenen Patientenstruktur in der BHF nicht vielen Patienten mit einem niedrigschwelligeren Zugang (antrags-, aber nicht gutachterpflichtiger Kurzzeittherapie (KZT)) ausreichend geholfen werden könnte. Darauf weist auch die Diagnostik der Therapeuten hin, die sehr häufig Anpassungsstörungen feststellen, wobei nicht auszuschließen ist, dass hier auch eine »Unterdiagnostik« vorliegt. Außerdem würden die von einigen Patienten geäußerten Diskretions- und Stigmatisierungsbedenken mit diesem Vorgehen gemildert. Der hohe Altersdurchschnitt in der BHF-Gruppe bzw. umgekehrt die Tatsache, dass jüngere Patienten unterrepräsentiert sind, lässt daran denken, dass die Schwelle für eine frühzeitige und effektive psychotherapeutische Versorgung in diesem Bereich hoch und für Patienten wie auch Dienstherrn nachteilig ist.

Zwischen den jüngeren und den älteren Altersgruppen (10-Jahres-Kohorten) in der BHF besteht hinsichtlich des Morbiditätsspektrums kein Unterschied, also auch nicht, wie eventuell zu erwarten wäre, ein gehäuftes Auftreten chronischer somatischer Erkrankungen, speziell Karzinomerkrankungen, bei den älteren beihilfeberechtigten Patienten. Würde auch in der BHF-Gruppe die Möglichkeit zur Beantragung einer KZT bestehen, wären bei einem späteren Umwandlungsantrag auf Langzeittherapie mögliche ökonomische Interessen auf Therapeutenseite besser einzuschätzen. Diesen Vorstellungen sind zwischenzeitlich erfolgte Veränderungen in der BBhV, mit der nun auch hier gegebenen Möglichkeit der Beantragung und Durchführung einer KZT, denn auch gefolgt.

Beihilfeberechtigte werden zumeist im tiefenpsychologischen Setting in Einzeltherapie behandelt, was dem festzustellenden geringeren Morbiditätsniveau entsprechen könnte. Analytische Psychotherapien werden bei Beihilfe-/Privatversicherten jedenfalls deutlich seltener beantragt. Zu den hier dargestellten Ergebnissen hinsichtlich der Therapieform könnte allerdings auch die häufig gegebene »Unterversicherung« der Beihilfepatienten im PKV-Bereich mit der Folge hoher

Eigenbeteiligung bei hochfrequenten Behandlungen beitragen. Da die Behandlung in der BHF-Gruppe zudem häufiger von ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt wurde, könnte auch dies dazu beitragen, dass für diese Patientengruppe seltener eine AP beantragt worden ist. Allerdings besteht in Bezug auf das eingebrachte Qualifikationsniveau der Therapeuten in beiden Untersuchungsgruppen kein Unterschied. Ob zusätzliche Selektionseffekte bei der Auswahl der Therapieform wirksam werden, ist mit den vorhandenen Daten schwer auszumachen.

Denkbar wäre, dass die aufgezeigten Befunde in die Richtung weisen, dass wir auf zwei Seiten des psychopathologischen Spektrums mit unterschiedlich wirkenden Einflüssen zu rechnen haben (Über- und Unterversorgung). Die eher leicht gestörten Patienten im Bereich der Beihilfe/PKV könnten ggf. im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung oder einer KZT eine ausreichende Behandlung finden, werden aber aus abrechnungstechnischen Gründen häufiger in eine Langzeitbehandlung genommen und damit überversorgt. Andere Vergütungsanreize könnten dieser »ökonomischen Indikation« entgegenwirken. Die mittelgradig gestörten, gut gebildeten, beihilfeberechtigten Patienten bleiben dagegen aus ökonomischen Gründen (begrenzte Zuzahlungen seitens der PKV) und befürchteter Stigmatisierung möglicherweise häufiger unterversorgt (Brechtel et al. 2016).

Weiters wurde aufgezeigt, dass signifikant weniger Gruppentherapien für Beihilfeberechtigte beantragt werden. Bekannt ist, dass auch in der GKV hauptsächlich Einzeltherapien durchgeführt werden und Gruppentherapien sowohl bei Patienten als auch bei Therapeuten unbeliebt zu sein scheinen (Lieberz et al. 2014). Mit höherer Schulbildung sinkt zudem die allgemein geringe Präferenz zur Gruppenpsychotherapie zugunsten der Einzeltherapie (Franz 1997, Rüger und Leibing 1999, Scheidt et al. 1998). Vorstellbar ist also, dass mit höherem Bildungsniveau und Status auch ein größeres Anspruchsdenken verbunden ist. Zudem mag auf Seiten der Beihilfe-/Privatpatienten ein besonderes Diskretionsbedürfnis bestehen. Aufseiten der Therapeuten wäre denkbar, dass hier häufiger die Qualifikation zur Ausübung von Gruppentherapie fehlt (hierzu konnten wir keine Daten erheben). Ökonomische Überlegungen dürften mit einiger Wahrscheinlichkeit aufgrund des im Laufe der Jahre beständig gesunkenen Abstands zwischen den Vergütungen in beiden Versorgungsbereichen eine geringere Bedeutung haben. Auch hier weisen die Ergebnisse mit einem, auch im Vergleich zu einer früheren Untersuchung aus der MARS-Studie zur Gruppentherapie (Lieberz et al. 2014), hohen Anteil an Gruppentherapien allerdings auf nicht ohne Weiteres nachvollziehbare Selektionseffekte in der GKV-Patientengruppe hin. Die Ergebnisse könnten aber dennoch die von uns früher bereits beschriebene Tendenz zur »sozialen Indikation« bei den psychodynamischen Gruppentherapien unterstreichen. Ob die in letzter Zeit vorgenommenen Veränderungen zur Förderung der Gruppentherapie in der GKV wirksam sind, bleibt abzuwarten, erscheint uns allerdings auch nach den hier aufgezeigten Befunden eher unwahrscheinlich.

9.5 Fazit

Durch die Rahmenbedingungen in der BHF können positive Selektionseffekte mit unterschiedlichen Folgewirkungen festgestellt werden. »Diskriminierungseffekte« entstehen in der BHF durch das Fehlen niedrigschwelliger Therapieoptionen (Kurzzeittherapien), durch eine Unterversicherung (Albani et al. 2010) im begleitenden PKV-Bereich und durch (Selbst-)Stigmatisierung. Somit engt sich das Behandlungsspektrum (keine Kurzzeittherapien, keine Gruppentherapien, eher wenig hochfrequente Therapien) für Beihilfeberechtigte ein. Ein gegenläufiger Effekt deutet sich hinsichtlich der Gruppentherapie an, was auf fehlende gruppentherapeutische Qualifikation bei vielen Therapeuten hinweisen könnte, aber auch ein besonderes Schutz- und Anspruchsverhalten dieser Patientengruppe signalisiert.

Grundsätzlich lassen sich die unterschiedlichen systembedingten Effekte nur durch eine Angleichung der beiden Versorgungssysteme beseitigen. Annäherungen sind zwischenzeitlich durch z. B. die Möglichkeit zur Durchführung von KZT in der BHF erfolgt. Ob weiterführende Vorstellungen, wie sie auf der politischen Ebene als »Einheitsversicherung« (d. h. eine Angleichung an die GKV-Bedingungen) diskutiert werden, sinnvoll sind, kann hier nicht ausführlich diskutiert werden. Der grundsätzlich hinsichtlich einer Psychotherapie, abhängig von den Rahmenbedingungen, festzustellende Selektionseffekt wäre damit sicher nicht aufgehoben oder berührt. Eher besser gebildete Mittelschichtpatienten sind für die heutigen psychotherapeutischen Angebote aufgeschlossener als Patienten aus anderen sozialen Schichten. Damit verbunden wäre sogar eine (weitere) Verstärkung der auch im GKV-Bereich gegebenen positiven Selektion, womit sich die Frage nach einem verbesserten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung von bisher niedrigschwellig bis gar nicht versorgten Patienten ergäbe (Zweiklassenmedizin, nur verschoben).

Aktuell stellen wir bei BHF- und GKV-Patienten fest, dass sich ihre psychotherapeutische Versorgung nicht dahingehend entwickelt, langfristig gesundheitliche Stabilität zu erreichen (paradoxe Weise selbst vor dem gesundheitsökonomischen Kalkül innerhalb eines solidarfinanzierten Krankenkassensystems). Stattdessen wird die sprechende Medizin zunehmend rationiert, um mehr Patienten einen zügigen Zugang zu Psychotherapien zu ermöglichen und kurzfristig Krankenkassenkosten einzusparen.

Wir stellen bei GKV-Patienten zunehmend die Förderung der »ökonomischen Indikation« seitens des G-BA und der gesetzlichen Krankenkassen fest (möglichst KZT, Förderung der Gruppentherapie, wohl auch bald zu erwartende Abstaffelung nach Anzahl der Sitzungen, Kontingentierung nach ICD-Diagnose, in letzter Instanz dann Rationierung usw.). Dies geschieht fernab psychotherapeutisch-inhaltlicher Erwägungen, insbesondere hinsichtlich Diagnostik der Erkrankungen, Beeinträchtigungsschweregrad und Differenzialindikation (wofür freilich auch die

niedergelassenen Psychotherapeuten verantwortlich sind!). Durch diese »ökonomische Indikation« ist zu erwarten, dass die Unterschiede in beiden Versorgungsbereichen eher zunehmen werden. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es denn zu der längst überfälligen Reform der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) mit verbessertem Leistungsbezug käme. Dann wäre bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen damit zu rechnen, dass viele gesetzlich Krankenversicherte aus politisch-regulatorischen Gründen und ökonomischen Erwägungen heraus eher in Richtung einer »Unterversorgung« geschoben werden. Währenddessen könnten die an sich gesünderen Beihilfe-/Privatpatienten tendenziell eher in eine »Überversorgung« (keine KZT oder psychosomatische Grundversorgung, selten Gruppentherapien, dafür Langzeiteinzeltherapien) rutschen.