UNIKASSEL
VERSITÄT

Institut für Psychologie

Prof. Dr. Cord Benecke
Universität Kassel
Fachbereich 01/Humanwissenschaften
Institut für Psychologie
Holländische Str. 36-38
D-34127 Kassel

Tel: +49-561 804-3630
Fax: +49-561 804-3596
Mail: benecke@uni-kassel.de

Prof. Dr. Cord Benecke · Universität Kassel · Institut für Psychologie

An die
Mitglieder im Gesundheitsausschuss
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per E-Mail: gesundheitsausschuss@bundestag.de

Kassel, 29.05.2021

Stellungnahme zu Änderungsantrag Nr. 49 zum GVWG

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Reform des PsychThG habe ich mich intensiv engagiert, u.a. als Einzelsachverständiger bei Anhörung zur Reform des PsychThG im Gesundheitsausschuss am 15.5.2019. Ich schicke dies vorweg, um deutlich zu machen, dass ich Gesetzesreformen gegenüber durchaus aufgeschlossen bin.

In den letzten Jahren gab es verschiedene Aktivitäten bzw. Versuche, im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung gravierende Veränderungen herbeizuführen:

- So wurden starke *Anreize zur Verkürzung* von Psychotherapien gesetzt: die Abschaffung des Gutachterverfahrens für Kurzzeittherapien KZTs (2017) und ein 15%iger Honoraraufschlag für die ersten zehn Psychotherapiesitzungen.
- Der Versuch, via Omnibusgesetz ein *Vorab-Assessment* zur Feststellung, ob überhaupt eine Psychotherapie indiziert ist bzw. den jeweiligen PatientInnen „zusteht", einzuführen (2018).

- Ebenfalls via Omnibusgesetz wurde ins PsychThG ein Passus zur Ersetzung des Gutachterverfahrens durch ein *neuartiges QS-Modell* eingefügt (2019): das neue QS-System nimmt Konturen an.
- Ganz aktuell der Versuch, wieder via Omnibusgesetz in Form des Änderungsantrags 49 zum GVWG eine Regelung einzuschleusen, mit welcher absehbar Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie der Weg bereitet wird, die anstelle von individueller Indikationsstellung und Behandlungsplanung künftig Diagnose-bezogen normierte Behandlungspakete verordnen (Mai 2021).[1]

Dass die Profession sich gegen diese Maßnahmen wehrt, wundert nicht, stellen sie doch insgesamt sowohl die Wahlfreiheit der Patient*innen als auch die Therapiefreiheit der Psychotherapeut*innen massiv in Frage. Auf diese berufsrechtlichen und medizinethischen Fragen wurde an anderer Stelle ausführlich hingewiesen.
Ich möchte in diesem Text die ***Sinnhaftigkeit*** sowohl einiger bereits umgesetzter als auch der geplanten Veränderungen ***unter einer wissenschaftlichen Perspektive überprüfen***: Sind die Änderungen wissenschaftlich begründbar?

Die oben erwähnten Regelungen würden sich allesamt gut begründen lassen, wenn klar wäre, dass die in Deutschland durchgeführten Psychotherapien

- unnötig lang sind,
- die falschen Patient*innen („nur leichte Fälle")[2] und
- diese schlecht oder mit den falschen Methoden behandeln.

Zur Begründung wird teilweise auf *Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen* (im Folgenden einfach „Leitlinien" bezeichnet) verwiesen. Daher soll insbesondere die Bedeutung von Leitlinien-empfehlungen für die reale psychotherapeutische Versorgung beleuchtet werden.

---

[1] Im Änderungsantrag Nr. 49 (bzw. jetzt Nr. 44 im neu verabschiedeten Änderungspaket) zum GVWG heißt es: „*Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft [...] wie die Versorgung von psychisch erkrankten Versicherten bedarfsgerecht und schweregradorientiert sichergestellt werden kann*". In der Begründung heißt es: „*In Abhängigkeit vom Ergebnis der Prüfung wird davon ausgegangen, dass erforderlichenfalls die Psychotherapie-Richtlinie nach § 92 Absatz 6a unter Berücksichtigung der Vorgaben der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b durch den Gemeinsamen Bundesausschuss angepasst wird, um im Ergebnis die bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Versicherter sicherzustellen und weiterzuentwickeln*". Die BPtK und die psychotherapeutischen Fachverbände sind sich in der Interpretation einig, dass durch diese Regelung erneut der Versuch unternommen unternommen werden soll, die Leistungen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie zu rationieren.

[2] So meinte etwa der Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz, am 7.4.2021 in der ZDF-Sendung *zoom*[2], auf die Frage, woran es seiner Meinung nach liegt, dass es immer wieder zu solchen Wartezeiten kommt: „Die teilweise relativ langen Wartezteiten sind eine Mischung verschiedener Faktoren. Ein wichtiger Punkt ist der, dass Psychotherapeuten sich aussuchen können mit wem sie arbeiten. Es kann also sein, dass eine Person bei verschiedenen Psychotherapeuten auf der Warteliste steht, lange wartet, während gleichzeitig an dieser Person leichtere Fälle, die besser zu behandeln sind, vorbeiziehen. Das ist aus meiner Sicht ein ganz wesentlicher Faktor".

Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen

In der letzten Zeit gewinnen Leitlinien (wie zum Beispiel die Leitlinien der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF)* zunehmend an Bedeutung. So findet sich der Bezug zu Leitlinien gleich an mehreren Stellen in der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO), was systematisch dazu führen wird, dass das Thema Leitlinien einen wesentlich größeren Raum im neuen Psychotherapie-Studium einnehmen wird.
Laut *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) sind Leitlinien „systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen" (AWMF[3]).

Während Leitlinien in der Organ-Medizin überwiegend als großer Fortschritt angesehen werden, sind die in Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen ausgesprochenen Empfehlungen wissenschaftlich bereits seit Jahren ***höchst umstritten*** (z.B. Orlinsky 2008; Benecke 2013), und die Bedeutung, die den Leitlinien von praktisch tätigen Psychotherapeut*innen beigemessen wird, ist eher gering: In einer aktuellen online-Befragung im Jahr 2020 in Deutschland mit 1040 Psychotherapeut*innen gaben *72%* an, dass ***Leitlinien „keinen" oder nur einen „niedrigen" Stellenwert für ihre Praxis*** haben, 19% nannten einen „mittleren", und nur 8% einen „hohen" und 1% einen „sehr hohen" Stellenwert. Spiegelt dieses Ergebnis nun eine Ignoranz gegenüber wissenschaftlichen Erkenntnissen wider oder sind sie eher Folge von ernsthaften Problemen der Leitlinien selbst?

Leitlinien folgen den Prinzipien der *evidence based medicine* (EbM), denen zufolge sogenannte *Efficacy*-Studien (die die *spezifische* Wirksamkeit einer *spezifischen* therapeutischen Maßnahme auf ein *spezifisches* klinisches Phänomen mittels *RCT-Studien-Designs* untersuchen)[4] den höchsten Stellenwert besitzen. Man würde denken, dass "evidenzbasierte Therapie" heißt, dass es wissenschaftlich geprüft ist, dass diese Therapie den *meisten* Patient*innen mit den entsprechenden psychischen Störungen substanziell hilft. Das ist leider nicht der Fall, wie ich im Folgenden begründen werde.

---

[3] http://www.awmf.org/leitlinien.html
[4] Im Unterschied dazu unterschen *Effectiveness*-Studien die Wirksamkeit von therapeutischen Methoden unter Routinebedingungen.

Efficacy-Studien (RCT-Studien) untersuchen fast ausschließlich manualisierte Kurzzeittherapien für spezifische Diagnosegruppen. Auf der Website der *Society of Clinical Psychology*[5] beispielsweise werden über 80 manualisierte und „evidenzbasierte" Psychotherapien aufgelistet. Alle zielen auf die Behandlung jeweils *einer einzigen spezifischen DSM-Diagnose* und die meisten haben ein 12-Sitzungen-Format. Dies suggeriert, dass die meisten psychischen Störungen mit einer 12-stündigen Psychotherapie erfolgreich behandelt werden können. Entsprechend empfehlen etliche Leitlinien ausschließlich solche manualisierten Kurzzeittherapien. Beispielsweise empfehlen die international renommierten britischen NICE-Guidelines[6] zur Behandlung von Panikstörungen ausschließlich Kognitve Verhaltenstherapie mit einem Umfang von 7 bis 14 Stunden innerhalb von vier Monaten[7].

RCT-Studien werden idealiter mit Patient*innen durchgeführt, die nur eine einzige, die aktuell untersuchte Störung haben. Daher wird ein Großteil der Patient*innen mit dieser Störung von der Teilnahme an diesen Studien ausgeschlossen. Ein Blick in einige Originalarbeiten zeigt, dass oftmals über 50% (teilweise noch deutlich mehr) der Patient*innen ausgeschlossen werden (z.B. Bruijniks et al. 2015). Ein Review von Kennedy-Martin et al. (2015) kommt zu einem klaren Ergebnis: *Ältere* Patient*innen und solche mit *Komorbiditäten*, mit *schwereren Störungen*, einem *geringerem Funktionsniveau* und *geringerem sozioökonomischen Status* werden aus RCT-Studien ausgeschlossen. Ein Kollege nannte die in RCT-Studien behandelten Stichproben „Edelkollektive", Jonathan Shedler spricht davon, dass „cherry-picking" betrieben wird (Shedler 2018).
In der Versorgungsrealität hat der überwiegende Anteil der Patient*innen mit psychischen Störungen allerdings deutlich mehr als eine Störung gleichzeitig, sodass ***Komorbidität*** als ein „Charakteristikum psychischer Störungen" (Wittchen & Hoyer 2006, S. 49) bezeichnet werden kann. In einer eigenen Studie mit 806 ambulante Psychotherapie suchenden Patient*innen betrug die durchschnittliche Anzahl von Diagnosen gemäß DSM-IV pro Patient*in 2,7 (SD ± 2,03). Mehr als die Hälfte der Patient*innen erfüllten die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung; diejenigen Patient*innen, die über die niedergelassenen Praxen in die Studie kamen, waren kränker als die Patient*innen aus den Ambulanzen (Henkel et al. 2018; vgl. auch Nübling et al. 2014).
Studien, die die Wirksamkeit einer Behandlungsform für *komplexe* Störungsgruppen untersuchen (siehe z.B. die Metaanalysen von Leichsenring & Rabung 2011 oder Woll & Schönbrodt 2019), finden bei den aktuellen Leitlinien keine Berücksichtigung, da sie nicht klar *einer* der Störungen zugeordnet werden können. Die in Leitlinien mit dem höchsten Evidenzgrad bewerteten Studien repräsentieren entsprechend weder die Realität auf Patient*innen-Seite, noch die **Behandlungspraxis, die**

[5] https://div12.org/treatments/ (Zugriff 23.5.2021)
[6] NICE = National Institute for Health and Care Excelence
[7] https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/ifp/chapter/what-treatments-should-i-be-offered-for-panic-disorder (Zugriff 23.05.2021)

notwendigerweise von den Leitlinien-Empfehlungen abweichen *muss*, da in der Regel komplex gestörte Patient*innen behandelt werden.

Hinzu kommt, dass der Großteil der RCT-Studien nur bei ca. 25% der Patient*innen eine Remission am Behandlungsende erbringt, d.h. nur ein Viertel der Patient*innen erfüllt die jeweiligen Diagnosekriterien nicht mehr. Oder andersherum: bei ca. 75% ist die Störung am Ende der Behandlung immer noch da (vgl. z.B. Shedler 2018; Elkin et al. 1989; Driessen et al. 2013; Bruijniks et al. 2020).
Aufgrund der eher bescheidenen Ergebnisse der in RCT-Studien untersuchten Kurzzeitpsychotherapien stellen Cuijpers et al. (2019)[8] die provokante Frage, ob Psychotherapie überhaupt wirkt, und kommen zu dem Schluss, dass die Effekte der Psychotherapie bei Depression bisher überschätzt wurden: „These results suggest that the effects of psychotherapy for depression are small" (Cuijpers et al. 2019, S. 21).
Wichtig hierbei ist jedoch: Dies bezieht sich **ausschließlich** auf die in RCT-Studien untersuchten **Kurzzeittherapien** (KZTs).
Darüber hinaus sind die Ergebnisse dieser KZTs wenig nachhaltig: schon innerhalb der ersten 6 bis 12 Monate nach Behandlungsende kommt es zu deutlichen Rückfällen: "The majority of patients who receive an 'evidence-based' treatment—more than 50%—seek treatment again within six to twelve months for the same condition" (Shedler 2018, S. 323). Bei längeren Katamnesen zeigen sich teilweise noch deutlich höhere Rückfallraten, z.B. finden Doesschate et al. (2010) "79% relapse/recurrence-rate at a 5.5 years follow-up".

Wenn also ein Großteil der *realen* Patient*innen aus RCT-Studien ausgeschlossen werden, von den „cherry-picked-samples" nach manualisierten Kurzpsychotherapien nur ca. ein Viertel der Patient*innen am Ende der Behandlung eine Remission aufweisen, und diese wenigen remittierten Patienten dann zu einem hohen Prozentsatz bald wieder rückfällig werden, dann kommen ich zu dem Fazit:

- Die „evidenzbasierten" Kurzpsychotherapien helfen den *meisten* PatientInnen nicht ausreichend!
- Und für die *meisten* PatientInnen gelten die Leitlinien-Empfehlungen nicht.

Dabei ist zu beachten, dass RCT-Studien oder auch Efficacy-Studien auch gar nicht gemacht werden, um die Wirksamkeit von Psychotherapie unter Routine-Bedingungen zu untersuchen. Efficacy-Studien wollen i.d.R. untersuchen, ob eine spezifische Intervention *überhaupt* eine messbare Wirkung auf ein spezifisches klinisches Phänomen zeigt. Für diese Fragestellung haben RCT-Studien das richtige Design. Und um diesen Nachweis zu führen, reicht es, wenn eine Kurz-Intervention einen signifikanten Effekt zeigt.
Eine **Übertragung dieser Ergebnisse auf Psychotherapie unter Routine-Bedingungen** mit den dort üblichen Patient*innen ist allerding **nicht zulässig** – schon gar nicht bezüglich der in den Efficacy-

[8] Pim Cuijpers gilt als einer der international führenden Forscher im Bereich Depressionstherapie.

Studien untersuchten Behandlungsdosis. Da *nicht-cherry-picked* Patient*innen im Feld im Durchschnitt nachweislich kränker, komorbider gestört, funktionsbeeinträchtigter, älter und sozioökonomisch schlechter gestellt sind (Kennedy-Martin et al. 2015), haben Leitlinienempfehlungen kaum Relevanz für die Praxis unter Routine-Bedingungen und **Psychotherapeut*innen *müssen* von den Empfehlungen substanziell abweichen, um ihre Patient*innen erfolgreich zu behandeln**.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Das heißt *nicht*, dass *alle* Patient*innen Langzeittherapie erhalten sollen. Für manche Patient*innen sind Kurzpsychotherapien ausreichend – aber eben nur für wenige. Die vielen anderen Patient*innen benötigen längere und/oder andere Behandlungen.
Das ist letztlich eine Frage der differenziellen Indikation: Wer braucht wieviel von was? Diese Frage lässt sich allerdings nicht anhand der symptomatischen Diagnose beantworten. Dies wiederum liegt daran, dass Diagnosen im Bereich psychischer Störungen rein beschreibend sind (jeweils bestimmte Kombinationen von Symptomen) und nichts darüber aussagen, durch welche psychischen Prozesse diese Symptome hervorgerufen werden. Die Modellvorstellungen über die zugrundeliegenden Prozesse gehen weit auseinander (z.B. Benecke 2014). Zudem kann ein und dieselbe Symptomatik ganz unterschiedliche Ursachen haben.
Das mag zwar wissenschaftlich unbefriedigend sein, ist für die therapeutische Praxis aber letztlich nicht weiter problematisch, da die Behandlungsplanung nicht primär auf Basis der symptomatischen Diagnostik erfolgt, sondern auf Basis der gründlichen Diagnostik der *individuellen psychischen Konstellationen*, die diese (Kombination von) psychischen Störungen hervorruft.
Problematisch wird es erst dann, wenn – wie in der oben skizzierten Logik von Leitlinien angelegt und jüngst von der Politik versucht gesetzlich zu regeln – für bestimmte symptomatische Diagnosekategorien nur noch bestimmte therapeutische Methoden mit festgelegten Stundenkontingenten empfohlen oder gar (wie im Falle der Politik) *vorgeschrieben* werden sollen. **Eine solche 1:1-Zuordnung von einer bestimmten Diagnose zu einem bestimmtem Behandlungspaket ist wissenschaftlich nicht begründbar** und würde zwangsläufig beim Großteil der Patient*innen zu Fehlbehandlungen führen, wenn die Indikationsstellung nicht mehr auf Basis der gründlichen Diagnostik der je individuellen inneren und äußeren Konstellationen erfolgen würde.

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ambulanter psychotherapeutischer Regelversorgung in Deutschland

Die in Deutschland in der Routine-Versorgung durchgeführten Psychotherapien haben sich als **sehr wirksam und nachhaltig** erwiesen (Wittmann et al. 2011; Nübling et al. 2014; Huber et al. 2012b; Altmann et al. 2016a; Brachel et al. 2019), zeigen **deutlich höhere Remissionsraten als die in RCT-Studien durchgeführten Kurzzeitbehandlungen** (z.B. Brachel et al. 2019; Huber et al. 2012a;

Leuzinger-Bohleber et al. 2019), und das obwohl hier eben nicht nur „cherry-picked" Edelkollektive behandelt werden, sondern **Patient*innen mit komplexen und schweren psychischen Störungen** (vgl. z.B. Henkel et al. 2018; Nübling et al. 2014)[9]. Korrespondierend zu der guten Wirksamkeit und Nachhaltigkeit findet sich eine hohen Zufriedenheit der behandelten PatientInnen (Albani et al. 2011).

Dass **Psychotherapie eine positive Kosten-Nutzen-Relation** aufweist, ist seit langem vielfältig und klar belegt (Übersichten z.B. Margraf 2009; Benecke 2014). Dies gilt auch für Langzeitbehandlungen (DeMaat et al. 2008; Berghout et al. 2010) und auch für die in Deutschland als Regelleistung der GKV durchgeführten Psychotherapien haben dies mehrere Studien bestätigt (Puschner & Kraft 2008; Beutel et al. 2004; Wittmann et al. 2011; Nübling et al. 2014; Altmann et al. 2016b). Positive Kosten-Nutzen-Relationen kommen im Wesentlichen dadurch zustande, dass Patient*innen während und vor allem aber noch lange *nach* einer ambulanten Psychotherapie deutlich weniger Arbeitsfehltage sowie deutlich weniger Klinikaufenthalte aufweisen. In der TK-Studie (Wittmann et al. 2011) beziffert die Techniker Krankenkasse die Kosten-Nutzen-Relation von Psychotherapie auf 3.26, d. h. **jeder Euro, der in eine Psychotherapie investiert wird, führt bereits innerhalb eines Jahres zu einer Einsparung von ca. drei Euro.**

Zudem zeigt die sehr umfangreiche Auswertung der Abrechnungsdaten von Multmeier & Tenckhoff (2014), dass offenbar sehr verantwortungsvoll mit den Mitteln der Solidargemeinschaften umgegangen wird, da die bewilligten Behandlungskontingente oftmals gar nicht ausgeschöpft werden. Wie die Studie von Altmann et al. (2014) zeigt, werden Verlängerungen klar am individuellen Bedarf, dem bisherigen Behandlungsverlauf und einer sich daraus ableitenden Prognose beantragt. Psychotherapien wurden hingegen nicht verlängert, wenn die Therapeut*innen mit dem Erfolg zufrieden waren und keine weiteren signifikanten Verbesserungen erwarteten. „Insgesamt belegen die Befunde, dass ambulante Psychotherapien v. a. bei stark belasteten Patienten verlängert werden und aufgrund der höheren Therapiedosis zu einer erheblichen Symptomreduktion beitragen, die ohne Therapieverlängerung nicht zu erreichen war" (Altmann et al. 2014, S. 181). Mit anderen Worten: **Psychotherapien werden bereits schweregradorientiert und bedarfsgerecht durchgeführt** (vgl. auch Altmann et al. 2016a).

Insgesamt zeigen alle vorliegenden Daten, dass die in der deutschen Regelversorgung tätigen Psychotherapeut*innen sorgfältig diagnostizieren (auch jenseits der reinen Symptomatik) und auf dieser Basis individualisierte Behandlungspläne erstellen und dann nach dem *good enough model* gemeinsam

---

[9] Auch in anderen Ländern kommen naturalistische Studien zu ähnlichen Ergebnissen. In einer aktuellen norwegischen Studie finden Nordmo et al. (2020) z.B.: „Previous estimates on psychotherapy dosages have emphasized patients with mild levels of psychopathology, leading to small estimates. When including patients with moderate to severe levels of psychopathology, the recommended dosage is greatly increased." (S. 1). Auch hier: Nur für wenige Patient*innen ist Kurzzeittherapie ausreichend; und die stärksten Verbesserungen finden sich in Behandlungen mit 80-120 Sitzungen; einige Patient*innen profitieren von darüber hinausgehenden Behandlungsstunden.

mit ihren Patient*innen die Therapie durchführen und zu einem angemessenen Zeitpunkt erfolgreich beenden.

Aktuelle Pläne der Politik sind wissenschaftlich nicht begründbar

Änderungen gesetzlicher Regelungen werden üblicherweise notwendig, wenn die bestehenden Regelungen nicht geeignet sind Probleme zu beheben, oder wenn die Regelungen selbst Probleme verursachen.
Die oben dargestellte Sichtung der wissenschaftlichen Befundlage ergibt ein klares Ergebnis: Die in der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung in Deutschland durchgeführten Psychotherapien

- sind ***nicht unnötig lang***,
- es werden ***nicht die falschen Patient*innen*** („nur leichte Fälle") behandelt, und
- diese Patient*innen werden ***weder schlecht noch mit den falschen Methoden*** behandelt.

Sicher gibt es auch psychotherapeutische Behandlungen, die scheitern, und auch die eine oder andere psychotherapeutische Praxis mit einem „Qualitätsproblem" – da unterscheidet sich Psychotherapie nicht von anderen Heilberufen.
Aber die Datenlage rechtfertigt es in keiner Weise, derart massive Eingriffe in einem offensichtlich effizienten Versorgungssystem vorzunehmen[10] und damit ***wesentliche Elemente*** eben dieses Erfolges durch normative Überregulierungen ***unwirksam zu machen*** – zum absehbaren Schaden sowohl der Menschen mit psychischen Störungen und ihrer Bezugssysteme als auch der Ökonomie.

Die Regelungen werden eingeführt (bzw. sollen eingeführt werden), **ohne deren Notwendigkeit überprüft** oder wissenschaftlich fundiert zu haben – im Gegenteil: Wie oben dargelegt, spricht der Stand der Forschung eindeutig gegen die Einführung solcher Maßnahmen.

Mit freundlichen Grüßen,

[Cord Benecke]

---

[10] Diese die Psychotherapie massiv beeinträchtigenden Regelungen wurden versucht, **ohne öffentliche Diskussionen oder Anhörungen** als so genannte Omnibusgesetze in andere Gesetze (TSVG, PsychThG, GVWG) einzuschleusen. Falls ein Interesse an wirklichen Verbesserungen besteht, hat sich die Profession ja als äußerst konstruktiv gezeigt – siehe Reform des PsychThG. Das System des „heimlich Unterjubelns" via Omnibisgesetze spricht allerdings nicht gerade dafür, dass ein echtes Interesse an einer konsensuellen Lösung besteht.

Literatur

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. Psychotherapeut 56.

Altmann, U., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., Kramer, D., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Steyer, R., Strauß, B. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. Psychother Psychosom Med Psychol 64, 181–191.

Altmann, U., Thielemann, D., Strauß, B. (2016a): Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. Psychiatrische Praxis 43, 360–366.

Altmann, U., Zimmermann, A., Kirchmann, H.A., Kramer, D., Fembacher, A., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Heymann, F. von, Auch, E., Steyer, R., Strauss, B.M. (2016b): Outpatient Psychotherapy Reduces Health-Care Costs: A Study of 22,294 Insurants over 5 Years. Front. Psychiatry 7, 98.

Benecke, C. (2013): Die Realität ist komplexer, als Leitlinien es nahelegen. Projekt Psychotherapie, 27–29.

Benecke, C. (2014): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Berghout, C.C., Zevalkink, J., Hakkaart-van Roijen, L. (2010): A cost-utility analysis of psychoanalysis versus psychoanalytic psychotherapy. International Journal of Technology Assessment in Health Care 26, 3–11.

Beutel, M., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B., Leuzinger-Bohleber, M. (2004): Assessing the impact of psychoanalysis and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. Psychother Res 14, 146–160.

Brachel, R. von, Hirschfeld, G., Berner, A., Willutzki, U., Teismann, T., Cwik, J.C., Velten, J., Schulte, D., Margraf, J. (2019): Long-Term Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Routine Outpatient Care: A 5- to 20-Year Follow-Up Study. Psychother Psychosom 88, 225–235.

Bruijniks, S.J.E., Bosmans, J., Peeters, F.P.M.L., Hollon, S.D., van Oppen, P., van den Boogaard, M., Dingemanse, P., Cuijpers, P., Arntz, A., Franx, G., Huibers, M.J.H. (2015): Frequency and change mechanisms of psychotherapy among depressed patients: study protocol for a multicenter randomized trial comparing twice-weekly versus once-weekly sessions of CBT and IPT. BMC psychiatry 15, 1–13.

Bruijniks, S.J.E., Lemmens, L.H.J.M., Hollon, S.D., Peeters, F.P.M.L., Cuijpers, P., Arntz, A., Dingemanse, P., Willems, L., van Oppen, P., Twisk, J.W.R., van den Boogaard, M., Spijker, J.,

Bosmans, J., Huibers, M.J.H. (2020): The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. Br J Psychiatry 216, 222–230.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Ebert, D.D. (2019): Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. Epidemiology and psychiatric sciences 28, 21–30.

DeMaat, S., Philipszoon, F., Schoevers, R., Dekker, J., de Jonghe, F. (2008): Costs and Benefits of Long-Term Psychoanalytic Therapy: Changes in Health Care Use and Work impairment. Harvard Review of Psychiatry 15, 289–300.

Doesschate, M.C. ten, Bockting, C.L.H., Koeter, M.W.J., Schene, A.H. (2010): Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. J. Clin. Psychiatry 71, 984–991.

Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Twisk, J.W.R., Dekker, J.J.M. (2013): The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. Am J Psychiatry 170, 1041–1050.

Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P. (1989): National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 46, 971-982; discussion 983.

Henkel, M., Zimmermann, J., Huber, D., Frommer, J., Staats, H., Benecke, C. (2018): Patientencharakteristika in psychoanalytischen Ausbildungsambulanzen und Praxen. Forum Psychoanal 34, 99–111.

Huber, D., Henrich, G., Gastner, J., Klug, G. (2012a): Must all have prices? The Munich Psychotherapy Study. In: Ablon, J.S., Levy, R.A., Kächele, H. (Hg.): Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy, S. 51–69. New York: Humana Press.

Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G., Klug, G. (2012b): Comparison of cognitive-behavior therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients: A three-year follow-up study. Z Psychosom Med Psychother 58, 299–316.

Kennedy-Martin, T., Curtis, S., Faries, D., Robinson, S., Johnston, J. (2015): A literature review on the representativeness of randomized controlled trial samples and implications for the external validity of trial results. Trials 16, 495.

Leichsenring, F., Rabung, S. (2011): Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. Br J Psychiatry 199, 15–22.

Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Fiedler, G., Keller, W., Bahrke, U., Kallenbach, L., Kaufhold, J., Ernst, M., Negele, A., Schoett, M., Küchenhoff, H., Günther, F., Rüger, B., Beutel, M. (2019): Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Long-Term Therapy with Chronically Depressed Patients: A Controlled Trial with Preferential and Randomized Allocation. Can J Psychiatry 64, 47–58.

Margraf, J. (2009): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Berlin: Springer.

Multmeier, J., Tenckhoff, B. (2014): Psychotherapeutische Versorgung: Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Deutsches Ärzteblatt 111, 438–440.

Nordmo, M., Monsen, J.T., Høglend, P.A., Solbakken, O.A. (2020): Investigating the dose-response effect in open-ended psychotherapy. Psychother Res, 1–11.

Nübling, R., Bär, T., Jeschke K., Ochs, M., Sarubin, N., Schmidt, J. (2014): Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Psychotherapeuten-Journal 13, 389–397.

Orlinsky, D.E. (2008): Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. Psychother Psychosom Med Psychol 58, 345–354.

Puschner, B., Kraft, S. (2008): Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. Psychotherapeut 53, 268–276.

Shedler, J. (2018): Where Is the Evidence for "Evidence-Based" Therapy? The Psychiatric clinics of North America 41, 319–329.

Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A., Ruprecht, T. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. Abschlussbericht. Hamburg.

Woll, C.F.J., Schönbrodt, F.D. (2019): A Series of Meta-Analytic Tests of the Efficacy of Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy. European Psychologist, 1–22.