

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

von

Klaus Lieberz, Susanne Koudela, Klara Lieberz

Psychosomatische Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit. Medizinische Fakultät
Mannheim der Universität Heidelberg

Zusammenfassung

Die ganz überwiegende Anzahl der im psychodynamischen Zweig der Richtlinien – Psychotherapie tätigen Psychotherapeuten gibt ICD-10 Diagnosen zur Begründung der Indikationsstellung an. Dabei wird eine pragmatische Einstellung der Therapeuten sichtbar. Sie beschränken sich in der Regel auf eine Diagnose aus dem F-3 oder F-4 Kapitel der ICD 10. Es ist nicht festzustellen, dass die Psychotherapeuten unter den Bedingungen des Richtlinienverfahrens dazu neigen würden, ihre Patienten besonders „krank“ darzustellen. Suchttendenzen werden seitens der Therapeuten eher unterschätzt. Somatische Erkrankungen werden so gut wie nie diagnostiziert. Dies erschwert allerdings die Einschätzung der Schwere der Störungsbilder und ihres Behandlungsbedarfes.

Schlüsselwörter

ICD 10 – Psychotherapie-Richtlinien – Ambulante Psychotherapie – Diagnostik – Indikation zur Psychotherapie

Summary

Most psychotherapists in psychodynamic branch, in the frame of the german psychotherapy guidelines for outpatient psychotherapy, use ICD-diagnoses to support their indication for psychotherapy. A very pragmatic attitude of the psychotherapists can be observed. They restricted their diagnostic procedure onto some few diagnosis of the F-3 and F-4 chapter of the ICD 10. Psychotherapists don't use many ICD-diagnoses, because they don't want identify any purpose that makes the patient artificially sicker then he really is. Various addiction tendencies seemed to be underestimated by the therapists. Somatic diseases were coded only in a few cases. The assessment of the seriousness of these disturbances on the basis of the observable diagnostic habits is therefore limited.

Key words

ICD 10-Psychotherapeutic guidelines – outpatient psychotherapy – diagnostic procedures – Indication for psychotherapy

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Klaus Lieberz
Psychosomatische Klinik am
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

¹ Mit freundlicher Unterstützung der Wilhelm Müller Stiftung Mannheim

Postfach 122 120
68072 Mannheim
Tel. 0621-17034341 Fax 0621 - 17034345
e-mail: klaus.lieberz@zi-mannheim.de

Einleitung

Hintergrund und Fragestellung

Obwohl wir in Deutschland sicher eines der differenziertesten psychotherapeutischen Versorgungssysteme besitzen und mit der seit rund 40 Jahren etablierten Richtlinien – Psychotherapie ein bewährtes und qualitätsgesichertes Verfahren eingeführt ist, sind Daten aus der realen Versorgung eher selten erhoben worden (1, 5, 6, 8, 13, 17, 19, 20, 22, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37). 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. Zwischenzeitlich besteht zwar Übereinstimmung zwischen den Leistungsträgern und den psychotherapeutischen Verbänden darüber, dass eine Ergänzung des derzeitigen Verfahrens durch zeitgleiche Erhebung empirischer Daten wünschenswert wäre, allerdings ist eine Einigung über das Vorgehen bis heute nicht erzielt worden. Dies liegt wohl nicht zuletzt auch daran, dass die Kostenübernahme dieser erweiterten Qualitätssicherung nicht gewährleistet ist. Es hängt aber auch damit zusammen, dass keine Einigkeit über die „Lufthoheit“ bei den zu erhebenden Daten herzustellen ist. Die Folge davon ist, dass einzelne Krankenkassen (1, 19, 20) 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 werden auch psychometrische Daten seitens der Patienten und der Therapeuten erhoben. In der sog. TRANS-OP – Studie wiederum wurden umfangreiche Daten über die psychotherapeutische Behandlung von Privatversicherten erhoben und ausgewertet. Diese Patientengruppe ist freilich nicht repräsentativ für die überwiegende Zahl der Patienten, die sich in gesetzlichen Krankenversicherungen befinden und damit im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie behandelt werden (17, 30).

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 bisher nicht genutzt worden, weil damit doch große organisatorische Probleme verbunden sind. Inwieweit die jetzt seitens der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) eingeleitete Dokumentationsstudie hier weiterführende Daten liefern kann, bleibt abzuwarten. Neben den Krankenkassen und den Therapeuten haben die im Gutachterverfahren tätigen Gutachter Zugang zu wichtigen Informationen. Dies wurde bisher eher selten genutzt, da der Aufwand für Durchführung und Koordination einer umfangreichen Studie außerordentlich hoch ist. Da in den letzten Jahren seitens der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT) regelmäßige Gutachtersitzungen durchgeführt und genutzt wurden, um notwendige Abstimmungsprozesse herbeizuführen, haben sich einige Voraussetzungen für eine koordinierte Tätigkeit der Gutachter verbessert. So konnte bei differenzierter Erfassung der Gutachterbewertungen die recht gute Interraterreliabilität im Verfahren belegt werden (32,33,34). Gleichwohl bleibt die Tatsache bestehen, dass größere Datenbestände auf der Basis des Gutachterverfahrens bisher nicht generiert werden konnten.

In der Mannheimer Richtlinien- Psychotherapie Studie (MARS) wird nun 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 von erwachsenen Patienten, welche 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 (1,15,17,19,20, 22,23,32).

Methodik

Zu diesem Zweck wurden die seit Mai 2007 konsekutiv beim Erstautor eingegangenen Gutachten erfasst und aufbereitet. Dafür wurde eigens ein Dokumentations – System entworfen, welches die folgenden Module enthält: 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 individuumbezogene Auswertung vorzunehmen („gute vs schlechte Therapeuten“) 4. Familiengenese (Risikoindex) 5. Gutachterliche Stellungnahme (GAF, BSS, globales OPD-Rating, ICD- Diagnosen, Bewertung).

Dabei wurden bisher allerdings KZT–Antragsberichte nicht berücksichtigt. Diese haben, wie auch die Fortführungsberichte, ihre eigenen Probleme, die zunächst ausgespart werden sollen. Für die vorliegende Untersuchung wurden insgesamt 400 Auswertungen durchgeführt. Der Erhebungszeitraum erstreckt sich dabei vom 21.5.07 bis zum 04.07.08. Die Patienten sind im Altersmittel 41,36 Jahre alt und bewegen sich dabei in der Altersspanne zwischen 19 und 80 Jahren. Erfasst werden insgesamt 315 Frauen und 85 Männer. 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.

Ergebnisse

Für die 400 Patienten wurden insgesamt 1060 ICD-Diagnosen kodiert, im Mittel also 2,65 Diagnosen pro Patient. In 17,5% der Fälle wurden seitens der Therapeuten keine ICD-Diagnosen verschlüsselt, in weiteren 41,8% nur eine ICD-Diagnose. Somit wird in 59,3% der Fälle keine oder nur eine Diagnoseziffer angegeben.

Tab. 1:

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).

Tab. 2:

Die zehn häufigsten Diagnosen können der folgenden Tabelle entnommen werden. Wie sich zeigt, werden vor allem mittelgradige bis schwere depressive Symptome beschrieben, teilweise in Mischung mit ängstlicher Symptomatik. Häufiger werden auch

Anpassungsstörungen diagnostiziert, teilweise posttraumatisch eingeordnet. Seltener sind dann schon Panikstörungen und Soziale Phobien.

Tab. 3:

Wird die von den Therapeuten in Form von Nebendiagnosen aufgeführte „Komorbidität“ berücksichtigt, dann finden wir ein ähnliches Verteilungsbild. In der Hälfte der Fälle findet eine depressive Symptomatik Erwähnung, in 60% der Fälle werden Diagnosen aus dem Kapitel F4 erwähnt, bei knapp 10% sind Störungsbilder des Kapitels F5 zu finden und Persönlichkeitsstörungen nach Kapitel F6 finden sich bei knapp 13% der Patienten. 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.

Tab. 4:

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- psychosomatische Störung. Daneben sind bei 25,3% der Patienten nennenswerte und aktuell bestehende somatische Erkrankungen festgehalten. Suchttendenzen der unterschiedlichsten Art weisen 29,5% der Patienten auf, während eine akute oder frühere Suizidalität in 19,5% Erwähnung findet.

Tab. 5:

Versuchen wir den psychopathologischen Befund mit den angegebenen ICD-Diagnosen zusammen zu bringen, 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 68,2% aller F3 und F4 Diagnosen von komplizierenden Störungen begleitet, also somatischen Erkrankungen, deutlichen Suchttendenzen und Suizidalität (Mehrfachdiagnosen möglich). Bei knapp 18% der Patienten finden wir dabei somatische Erkrankungen ohne gleichzeitiges Auftreten von Suchttendenzen. In 22% der Fälle finden sich ausgeprägte Suchttendenzen ohne gleichzeitiges Auftreten von somatischen Erkrankungen.

Tab. 6:

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 ganz überwiegenden Zahl der Fälle auch in ICD – Kodierungen umgesetzt. Dies ist insofern bemerkenswert, als die Therapeuten nach den geltenden Bestimmungen nicht verpflichtet sind, ICD – Diagnosen anzugeben. Dies gilt auch für den PTV 2 Bogen, auf dem zwar eine Diagnose, aber nicht unbedingt eine ICD – Diagnose anzugeben ist.² Damit übernimmt der ganz überwiegende Teil der Therapeuten freiwillig eine Zusatzaufgabe, welche, wie Albrecht (2) 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 (19). Allerdings bleibt festzuhalten, dass in 60% der Fälle seitens der Therapeuten keine oder höchstens eine ICD 10 Diagnose angegeben wird.

Es wäre denkbar, dass ein großer Teil der Patienten mit einer Diagnose hinreichend abgebildet ist. Dies erscheint allerdings unwahrscheinlich. Wie den vorliegenden Daten entnommen werden kann, 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 0,5% der Fälle (!) angegeben. Ein entsprechend auffälliges Ergebnis findet sich im aktuellen Gesundheitsreport der TK (20). Dies mag darauf zurück zu führen 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 unzureichend in ICD-Diagnosen umgesetzt wird (16).

Auch die Häufigkeit an kodierten affektiven Störungen macht es eher wahrscheinlich, dass die Morbidität der Patienten nicht ausreichend abgebildet wird. Das hohe Ausmaß an 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 (3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 21, 25, 27, 28, 29, 38, 40). Der engen Verbindung zwischen ängstlicher und depressiver Symptomatik ist in der ICD bereits durch die Ziffer F 41.2 Rechnung getragen (11,14, 25, 28). 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 an psychisch/psychosomatischer Krankheitsbelastung nach Häufigkeit und Schwere finden (1, 5, 16, 17, 30).

² Herrn Dr. Dahm von der KBV sei an dieser Stelle für die entsprechenden rechtskundigen Auskünfte gedankt.

Möglich erscheint es aber auch, dass die Therapeuten versuchen, ihre Patienten zu schützen und dies zu dem restriktiven diagnostischen Verhalten beiträgt (1). Grundsätzlich scheinen sich die Psychotherapeuten allerdings 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, weil die Behandlung „kranker Patienten“ mit einer besseren Bezahlung verbunden wird („right coding effect“). Die Morbidität wird dann „korrekter“ abgebildet (39).

Andererseits lässt sich damit auch festhalten, dass die Psychotherapeuten im Rahmen des Gutachterverfahrens nicht dazu neigen, ihre Patienten „künstlich“ zu „pathologisieren“. Es ist 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 könnten diese auf verschiedene Einflüsse zurückgeführt werden.

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 praxisfreundliches Instrument zu sein. Unter den Bedingungen von hohem Zeitaufwand und schlechter Bezahlung für einen Bericht in der Richtlinien-Psychotherapie bei zum Erhebungszeitpunkt praktisch wegfallenden diagnostisch – probatorischen Sitzungen könnte sich somit ein Realitätswiderstand niederschlagen (8, 22). Es bleibt abzuwarten, ob sich unter den ab 2009 zu erwartenden verbesserten finanziellen Bedingungen die Diagnostizier – oder besser die Kodiergewohnheiten verändern werden.

Es wäre weiter 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 (22, 26, 32). 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 etc. wird der Schwerpunkt von der klinischen Erfahrung auf die Statistik verlagert. Bei psychodynamisch orientierten Therapeuten könnte daher mit einer Art Identitätswiderstand gerechnet werden. Dies wird jedenfalls durch die besonders hohe Anzahl an analytischen Psychotherapeuten nahegelegt, die keine ICD-Diagnose angeben (26).

Zudem kann das Bild, welches 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 Beaufsichtigungsinstrument 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 (8).

Die Diagnose-Gewohnheiten der Therapeuten lassen also eine pragmatische Einstellung erkennen, mit der eine Beschränkung auf „das Notwendigste“ vorgenommen wird. Wenn allerdings in 60% der Fälle höchstens eine Diagnose aufgeführt wird, dann macht der sparsame Gebrauch von ICD-Diagnosen die Einschätzung des Schweregrades des Krankheitsbildes nicht einfacher.

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* (4, 10, 12, 14, 18, 21, 29, 38, 40).

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 F 4-Diagnose, an. Es ist nicht festzustellen, dass die Psychotherapeuten die Neigung hätten, ihre Patienten im Rahmen des Gutachterverfahrens als besonders schwer krank darzustellen. Es ist eher festzuhalten, dass komplizierende Patientenmerkmale wie Suchtzüge oder somatische Erkrankungen entweder nicht oder allenfalls als Nebendiagnosen angegeben werden. Die Schwere des Krankheitsbildes sowie die differentialindikatorischen Entscheidungen sind auf der Grundlage dieses restriktiven Gebrauchs der ICD-Klassifikation nicht nachvollziehbar. Es sei dahin gestellt, ob dies überhaupt auf der 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.

Literatur

1. Albani C, Blaser G, Brähler E (2008): Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen. *Psychotherapeut* 53: 456-460
2. Albrecht H (2008) Kompetenz dokumentieren. Kodieren nach ICD 10 für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Ärztliche Psychotherapie* 3: 114-117
3. Angst J, Angst F, Stassen HH (1999): Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiat.* 60: 57-62
4. Baving L, Olbrich H (1996): Alcoholism and depression. *Eur Add Res.* 2:29-35
5. Brockmann J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J (2002): Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 47: 347-355
6. Bell K, Rüger U (2007) Ambulante Psychotherapeutische Versorgung. Das System wird immer komplexer. *Dtsch. Ärzteblatt* 104, Heft 28-29: 1734-1737
7. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS (1994): The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey *Am J Psychiat* 151: 979-986
8. Bowe N (2008): Psychotherapierichtlinien: seit 40 Jahren Bewährung in der Praxis. *Psychotherapeut* 53: 402-407
9. Bronisch T (1996) : The relationship between suicidality and depression. *Arch Suic Res* 2 (4): 235-254
10. Bronisch T, Wittchen HU (1994): Suicidal ideation and suicidal attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *Eur Arch Psychiat.* 244: 93-98
11. Connemann BJ, Kassubek J (2004): Komorbidität depressiver Störungen – Teil I. Die Rolle von Achse I und Achse II-Störungen. *Nervenheilkunde* 23: 5-12
12. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD (1996): Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *J Affect Disorders* 37: 157-170
13. Dahm A (2008): Geschichte der Psychotherapierichtlinien. Geschichtliche Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinien und einige ihrer „Mythen“. *Psychotherapeut* 53: 397-401
14. De Graaf R, Bijl RV, Smit P, Vollebergh Wam, Spijker J (2002): Risk factors for 12 month-comorbidity of mood, anxiety and substance Use Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiat.* 159: 620-629

15. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) Weltgesundheitsorganisation (WHO): ICD 10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber Verlag Bern
16. Franz M, Lieberz K, Schepank H (2000): Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Springer Verlag Wien New York
17. Gallas C, Kächele H, Kraft S, Kordy H, Puschner B (2008): Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Psychotherapeut 53: 414-423
18. Glaesser E, Krampen G, Schaan W (2004). Zur Komorbidität von Diabetes mellitus und depressiven Störungen. Notwendigkeiten einer konsiliarischen psychologischen Diagnostik und der psychotherapeutischen Behandlung. Report Psychologie 29: 446-455
19. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2007) GEK – Report ambulant – ärztliche Versorgung
20. Grobe T, Dörning H (2008) Gesundheitsreport 2008 – Techniker Krankenkasse Band 18
21. Hesslinger B, Haerter M, Barth J, Klecha D, Bode C, Walden J, Bengel J, Berger M (2002): Komorbidität von depressiven Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen. Nervenarzt 73 (3): 205-218
22. Hohage R (2001) ICD 10 Diagnosen in der psychotherapeutischen Praxis. Eine Kritik. Psychotherapeut 46:110-114
23. ICD 10 – SGB V(1999) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10 Revision. Band I. Kohlhammer Verlag Köln
24. Kächele H, Strauß B (2008): Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? Psychotherapeut 53: 408-413
25. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Burne PP, Walters EE (1998): Life-time panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiat 55 (9): 801-808
26. Lieberz K, Koudela S (2009) : Diagnostiziergewohnheiten verschiedener Gruppen von Therapeuten in der Richtlinien-Psychotherapie (in Vorbereitung)
27. Mason P, Wilkinson G (1996): The Prevalence of Psychiatric Morbidity. OPCS Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Brit J Psychiat 168 : 1-3
28. Meringankas KR, Zhang H, Aveneloli, S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J (2003) : longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. The Zurich Cohort Study. Arch Gen Psychiat 60: 993-1000
29. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, Gallaher PE (1995): Comorbidity of axis I and axis II disorders. Am J Psychiat 152: 571-578

30. Puschner B, Bauer S, Kraft S, Kordy H (2005): Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie *Psychother Psych Med* 55: 517-526
31. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapien (Psychotherapie – Richtlinien) . Bundesanzeiger Nr. 45: S. 1015, 21. März 2008
32. Rudolf G (2001) Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. Eine Bestandsaufnahme und ein Plädoyer. *Psychotherapeut* 46:102-109
33. Rudolf G, Jakobsen T, Hohage R, Schlösser A (2002) Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachterkriterienliste. *Psychotherapeut* 47: 249-253
34. Rudolf G, Jakobsen T (2002) Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien im Gutachterverfahren – Gutachterliche Stellungnahmen im Vergleich *Forum Psychoanal* 18:381-386
35. Rüger U, Dahm A, Kallinke D (2005) Faber – Haarstrick. Kommentar zu den Psychotherapie- Richtlinien. Urban und Fischer Verlag München Jena
36. 16. Rüger U, Leibing E (1999) Bildungsstand und Psychotherapieindikation. Der Einfluß auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut* 44: 214-219
37. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2008) Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41, Psychotherapeutische Versorgung
38. Soyka M, Lieb M (2004): Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit. *Nervenheilkunde* 23: 13-20
39. Stackelberg v JM (2008): „Jetzt muß es vorbei sein mit der Mär, Ärzte verdienten zu wenig“. *Deutsches Ärztebl.* 105: 2073-2074
40. Wiltink J, Weber MM, Beutel ME (2007) : Psychische Komorbidität, Inanspruchnahme – und Gesundheitsverhalten bei Übergewichtigen und Adipoesen – am Beispiel einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychother. Psychosom Med Psychol* 57(11): 428-434

Tab. 1: Anzahl der Diagnosen

Anzahl der Diagnosen	Therapeut	
	Häufigkeit	Prozent
0	70	17,5
1	167	41,8
2	102	25,5
3	40	10,0
4	14	3,5
5	4	1,0
6	1	0,3
7	1	0,3
8	-	-
9	1	0,3
10	-	-
11	-	-
Gesamt	400	100,0

Tab. 2: Art der Hauptdiagnose Therapeut

Art der Hauptdiagnose	F2	F3	F4	F5	F6	G4	keine Diagnose	Gesamt
Häufigkeit	5	151	143	11	19	1	70	400
Prozent	1,3	37,8	35,8	2,8	4,8	0,3	17,5	100,0

Tab. 3: Die 10 häufigsten F-Diagnosen:

Therapeuten	
Diagnose	Häufigkeit
F 32.1	57
F 33.1	37
F 41.2	34
F 43.2	34
F 34.1	31
F 60.7	16
F 32.2	14
F 40.1	14
F 41.0	14
F 43.1	14

Tab. 4: Komorbiditäten nach ICD**Häufigkeiten der Art der Haupt- und Nebendiagnosen des Therapeuten**

	Hauptdiagnose		1. Nebendiagnose		2. Nebendiagnose		3.-8. Nebendiagnose
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit
F1	-	-	7	1,8	4	1,0	4
F2	5	1,3	-	-	-	-	-
F3	151	37,8	39	9,8	6	1,5	1
F4	143	35,8	70	17,5	27	6,8	10
F5	11	2,8	19	4,8	7	1,8	3
F6	19	4,8	22	5,5	10	2,5	7
F7	-	-	1	0,3	1	0,3	-
F8	-	-	-	-	-	-	-
F9	-	-	1	0,3	1	0,3	3
Andere Diagnosen	1	0,3	5	1,3	5	1,3	8
Keine Diagnose	70	17,5	236	59,0	339	84,8	2364
Gesamt	400	100,0	400	100,0	400	100,0	2400

Tab. 5: Komorbiditäten im Klinischen Befund – Häufigkeiten

	Psychische Symptomatik		Funktionell-Psychosomatisch		Somatische Erkrankungen		Sucht (-tendenzen)		Suizidalität	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Zu- treffend	375	93,8	318	79,5	101	25,3	118	29,5	78	19,5
Nicht zutreffend	23	5,8	71	17,8	289	72,3	264	66,0	320	80,0
Nicht ab- klärbar	2	0,5	11	2,8	10	2,5	18	4,5	2	0,5
Gesamt	400	100,0	400	100,0	400	100,0	400	100,0	400	100,0

Tab. 6: Koinzidenz zwischen klinischem Befund und ICD Diagnosen

	Psychische Symptomatik		Funktionell- Psychosomatisch		Somatische Erkrankungen		Sucht (- tendenzen)		Suizidalität	
	H	%	H	%	H	%	H	%	H	%
F1	12	3,0	9	2,3	2	0,5	12	3,0	3	0,8
F2	4	1,0	5	1,3	5	1,3	-	-	1	0,3
F3	183	45,8	154	38,6	41	10,3	48	12,0	46	11,5
F4	190	47,5	173	43,4	47	11,8	57	14,3	33	8,3
F5	33	8,3	31	7,8	6	1,5	25	6,3	7	1,8
F6	52	13,0	40	10,0	16	4,0	22	5,5	13	3,3
F7	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-	-	-
F9	3	0,8	4	1,0	-	-	2	0,5	-	-
Andere Diagnose	13	3,3	11	2,8	6	1,5	3	0,8	1	0,3
Keine Diagnose	63	15,8	49	12,3	24	6,0	28	7,0	15	3,8
Einzelvorkommen	375	93,8	318	79,5	101	25,3	118	29,5	78	19,5