

# **Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung**

## **Evaluation der Regelung zur Rezidivprophylaxe gemäß § 41 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie**

17. Dezember 2024

## **Inhaltsverzeichnis**

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Hintergrund.....	7
2 Fragestellung.....	7
3 Material und Methoden.....	8
3.1 Daten im Rahmen der Antragstellung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen .....	8
3.2 Ambulante vertragsärztliche Abrechnungsdaten.....	10
3.2.1 Datenquelle.....	10
3.2.2 Bildung der Kohorten.....	10
3.2.3 Operationalisierung der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe .....	11
4 Ergebnisse .....	13
4.1 Angabe der Rezidivprophylaxe im Rahmen der Antragstellung bei der Krankenkasse .....	13
4.1.1 Angabe der Rezidivprophylaxe nach Therapieverfahren .....	13
4.1.2 Angabe der Rezidivprophylaxe nach Altersgruppen.....	15
4.1.3 Vergleich der Informationen zur Rezidivprophylaxe im Rahmen der Antragstellung und der späteren Abrechnung .....	17
4.1.4 Beendigung einer Langzeittherapie vor Durchführung einer Rezidivprophylaxe	20
4.2 Inanspruchnahme der Rezidivprophylaxe anhand von Abrechnungsdaten.....	20
4.2.1 Inanspruchnahme nach Therapieverfahren und Therapiesetting.....	22
4.2.2 Dauer und Umfang der Rezidivprophylaxe.....	24
4.2.3 Verteilung nach Alter .....	28
4.2.4 Verteilung nach Alter und Therapieverfahren.....	29
4.2.5 Ausschöpfung der Kontingente für Rezidivprophylaxe .....	31
4.3 Inanspruchnahme weiterer Leistungen.....	31
5 Diskussion .....	37
6 Limitation .....	38
7 Fazit.....	40

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 Angaben zur Rezidivprophylaxe auf dem PTV 2 .....	8
Abbildung 2 Bildung der Kohorte 2018 - schematische Darstellung .....	11
Abbildung 3 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Altersgruppen (Anteil an allen Anträgen) .....	15
Abbildung 4 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Therapieverfahren bei Erwachsenen (Anteil an allen Anträgen) .....	16
Abbildung 5 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Altersgruppen bei Kindern (Anteil an allen Anträgen) .....	17
Abbildung 6 Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe sowie prozentualer Anteil der Rezidivprophylaxe an allen laufenden Langzeittherapien .....	22
Abbildung 7 Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren.....	23
Abbildung 8 Anzahl der Quartale, in denen Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen wurde (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	24
Abbildung 9 Quartal, in dem mit der Rezidivprophylaxe begonnen wurde, ausgehend von dem Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieeinheit stattfand (Q_Index) (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	25
Abbildung 10 Quartal, in dem die letzte Rezidivprophylaxe-Einheit in Anspruch genommen wurde, ausgehend von dem Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieeinheit stattfand (Q_Index) (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	26
Abbildung 11 Anzahl Folgequartale, in denen Rezidivprophylaxe kontinuierlich in Anspruch genommen wurde, ausgehend von dem Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieeinheit stattfand (Q_Index) (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	27
Abbildung 12 Patientinnen und Patienten mit bzw. ohne Rezidivprophylaxe differenziert nach Altersgruppen (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	28
Abbildung 13 Erwachsene mit Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	29
Abbildung 14 Erwachsene ohne Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	29
Abbildung 15 Kinder und Jugendliche mit Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten).....	30
Abbildung 16 Kinder und Jugendliche ohne Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten).....	30
Abbildung 17 Ausschöpfung der für Rezidivprophylaxe zur Verfügung stehenden Kontingente differenziert nach Therapieeinheiten (Anteil der Patientinnen und Patienten) .....	31
Abbildung 18 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung bei Patientinnen und Patienten mit bzw. ohne Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten).....	32

Abbildung 19 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung gemäß PT-RL bei Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich)..... 33

Abbildung 20 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung (Gesprächsleistungen) bei Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich) ..... 34

Abbildung 21 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung gemäß PT-RL bei Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich)..... 35

Abbildung 22 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung (Gesprächsleistungen) bei Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich) ..... 36

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Zweistellige Fachgruppencodierung für die 8. und 9. Stelle der LANR .....	9
Tabelle 2 Gebührenordnungspositionen für Rezidivprophylaxe .....	11
Tabelle 3 Gebührenordnungspositionen der in die Analyse einbezogenen weiteren Leistungen .....	12
Tabelle 4 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen) .....	13
Tabelle 5 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung einer analytischen Psychotherapie nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen).....	14
Tabelle 6 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen) .....	14
Tabelle 7 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung einer Verhaltenstherapie nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen) .....	14
Tabelle 8 Abrechnung der Rezidivprophylaxe bei vorheriger Angabe in der Antragstellung differenziert nach Therapieverfahren (Anteil an allen Anträgen) .....	18
Tabelle 9 Abrechnung der Rezidivprophylaxe bei vorheriger Angabe in der Antragstellung differenziert nach Therapieverfahren und Altersgruppen (Anteil an allen Anträgen) .....	18
Tabelle 10 Angabe der Durchführung einer Rezidivprophylaxe in der Antragstellung bei erfolgter Abrechnung differenziert nach Therapieverfahren (Anteil an allen Patientinnen und Patienten).....	19
Tabelle 11 Angabe der Durchführung einer Rezidivprophylaxe in der Antragstellung bei erfolgter Abrechnung differenziert nach Therapieverfahren und Altersgruppen (Anteil an allen Anträgen).....	19
Tabelle 12 Vergleich der Abrechnung der Rezidivprophylaxe (RP) und einer vorliegenden Beendigung der Langzeittherapie differenziert nach Therapieverfahren (Anteil an allen Patientinnen und Patienten).....	20
Tabelle 13 Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie (LZT) im Vergleich .....	21
Tabelle 14 Patientinnen und Patienten mit bzw. ohne Rezidivprophylaxe.....	23
Tabelle 15 Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe differenziert nach dem Therapiesetting .....	24

## **Abkürzungsverzeichnis**

BSNR	Betriebsstättennummer
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
LANR	lebenslange Arztnummer
LZT	Langzeittherapie
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
PTV 1/PTV 2	Antragsformulare auf Psychotherapie
PT-V	Psychotherapie-Vereinbarung
RP	Rezidivprophylaxe

## **1 Hintergrund**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Juni 2016 und 24. November 2016 Beschlüsse über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) zur Strukturreform der ambulanten Psychotherapie gefasst, deren Anwendung zum 1. April 2017 in Kraft getreten ist.

Im Rahmen der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie wurde die Rezidivprophylaxe eingeführt. Demnach können nach der Beendigung einer Langzeittherapie weitere Therapieeinheiten des bewilligten Gesamtkontingents für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Die Rezidivprophylaxe kann dabei über einen Zeitraum von zwei Jahren nach Abschluss der Behandlung durchgeführt werden.

Der G-BA hat die Evaluation der Rezidivprophylaxe innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung vorgesehen. Für Aussagen zu den Auswirkungen der Rezidivprophylaxe, etwa auf die Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer Leistungen, lagen im Jahr 2021 keine Daten zu entsprechenden Zeiträumen vor. Um den Evaluationsauftrag fünf Jahre nach Beschlussfassung dennoch zu adressieren, wurde im Juni 2021 ein Zwischenbericht mit Daten zur Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe aufbereitet. Der vorliegende Abschlussbericht finalisiert die Evaluation der Rezidivprophylaxe gemäß § 41 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie.

## **2 Fragestellung**

Die Evaluation der Regelungen zur Rezidivprophylaxe soll unter anderem überprüfen, ob das intendierte Ziel erreicht werden konnte, einem Wiederauftreten von bereits behandelten psychischen Symptomen nach dem Therapieende vorzubeugen. Dabei standen insbesondere die folgenden Fragen im Vordergrund:

Angabe der Rezidivprophylaxe im Rahmen der Antragstellung

- Ist im Rahmen der Antragstellung bereits absehbar, ob eine Rezidivprophylaxe erforderlich ist?
- Unterscheiden sich die Angaben zur Rezidivprophylaxe, die im Rahmen der Beantragung einer Richtlinien therapie erfolgen, von der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Rezidivprophylaxe?
- Erfolgt eine Beendigung der Langzeittherapie vor der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe?

Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe:

- Wie häufig wurden Richtlinien therapie-Leistungen als Rezidivprophylaxe erbracht?
- Über wie viele Quartale erstreckt sich die Rezidivprophylaxe?
- Mit welchem zeitlichen Abstand zum Ende der Langzeittherapie (Quartale) wird die Rezidivprophylaxe durchgeführt?
- Wie häufig wird das für Rezidivprophylaxe maximal mögliche Stundenkontingent ausgeschöpft?

Inanspruchnahme weiterer Leistungen:

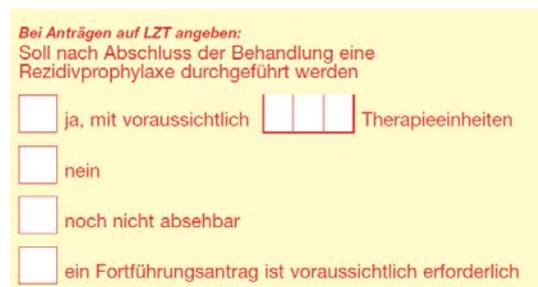
- Kommt es zur Inanspruchnahme von weiteren Leistungen, wie beispielsweise Gesprächsleistungen oder einer erneuten Richtlinien therapie?

### 3 Material und Methoden

Im Folgenden werden die Datengrundlagen und die Methodik der Analysen beschrieben. Die Evaluation der Inanspruchnahme der Rezidivprophylaxe basiert einerseits auf Daten im Rahmen der Antragstellung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen und andererseits auf den ambulanten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten. Die Beschreibung der Methodik umfasst die Kohortenbildung sowie die Operationalisierung der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe.

#### 3.1 Daten im Rahmen der Antragstellung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen

Bei der Beantragung einer Richtlinien therapie ist im Formblatt PTV 2 anzugeben, ob nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe erfolgen soll oder nicht, oder ob dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist (vgl. § 14 Absatz 5 PT-RL). Gemeinsam mit dem Antrag auf Psychotherapie (PTV 1) wird das PTV 2 im Rahmen der Antragstellung an die Krankenkasse übermittelt.



Bei Anträgen auf LZT angeben:  
Soll nach Abschluss der Behandlung eine  
Rezidivprophylaxe durchgeführt werden

ja, mit voraussichtlich  Therapieeinheiten

nein

noch nicht absehbar

ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Abbildung 1 Angaben zur Rezidivprophylaxe auf dem PTV 2

Um einerseits Informationen zu den beim Antrag vorzunehmenden Angaben zur Rezidivprophylaxe zu erhalten, und andererseits zu prüfen, inwiefern diese der tatsächlichen Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe entsprechen, wurden die relevanten Daten des PTV 2 einer großen bundesweiten Krankenkasse in die Evaluation einbezogen. Hierfür wurden ca. 700.000 Anträge auf Langzeittherapie ausgewertet.

Fehlende Angaben zur Rezidivprophylaxe oder das Ankreuzen mehrerer Felder wurden als „nein“ gewertet.

Ausgehend von der Antragstellung wurde untersucht, bei welchem Anteil der Patientinnen und Patienten, für die im Jahr 2020 ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt wurde, der die Angabe, eine Rezidivprophylaxe sei vorgesehen, enthielt, mindestens eine Leistung der Rezidivprophylaxe bis einschließlich des vierten Quartals 2023 abgerechnet wurde. Maßgeblich für die Zuordnung des Therapieverfahrens und der Altersgruppe ist jeweils der erste im o. g. Zeitraum gestellte Antrag. Des Weiteren wurde ausgehend von der Abrechnung mindestens einer Rezidivprophylaxe im Jahr 2023 untersucht, bei welchem Anteil der Patientinnen und Patienten seit Oktober 2017 ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt wurde und ob dieser die Angabe enthielt, eine Rezidivprophylaxe sei vorgesehen. Maßgeblich für die Zuordnung des Therapieverfahrens und der Altersgruppe ist jeweils die erste im o. g. Zeitraum abgerechnete Leistung.

Die Durchführung einer Rezidivprophylaxe setzt die Anzeige der Beendigung der Langzeittherapie voraus (vgl. § 14 Absatz 2 PT-RL, § 21 Absatz 5 Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V)). Es wurde daher ermittelt, inwiefern bei Patientinnen und Patienten, für die erstmalig im Jahr

2023 eine Rezidivprophylaxe abgerechnet wurde, zuvor eine Beendigungsmitteilung vorlag; dabei wurde der Zeitraum von 2017 bis 2023 betrachtet.

Der Anteil der systemischen Therapien, die als Langzeittherapie durchgeführt wurden, ist im Datenjahr 2023 so gering, dass die Teilergebnisse nicht statistisch belastbar sind. Die systemische Therapie wird daher in der Differenzierung nach Therapieverfahren nicht ausgewiesen (entspricht ca. 0,7 % aller in die Analyse einbezogenen Anträge), ist jedoch in der Gesamtdarstellung über alle Verfahren enthalten.

Die Ergebnisse werden nach Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene) sowie Therapieverfahren dargestellt. Die Zuordnung der Altersklassen erfolgt anhand des Fachgruppenschlüssels der lebenslangen Arztnummer (LANR) der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten.<sup>1</sup>

*Tabelle 1 Zweistellige Fachgruppencodierung für die 8. und 9. Stelle der LANR*

<b>Altersgruppe</b>	<b>Fachgruppenschlüssel</b>
Kinder und Jugendliche	38 hausärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie
	40 fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin
	44 fachärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie
	47 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
	69 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
Erwachsene	51 Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie
	53 Neurologie
	58 Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie
	59 Forensische Psychiatrie
	60 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	61 Psychotherapeutisch tätige Ärztin/Psychotherapeutisch tätiger Arzt
	68 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut

Anträge, die keiner der in Tabelle 1 genannten Fachgruppen zugeordnet werden konnten, finden in den nach Altersgruppen getrennten Analysen keine Berücksichtigung (entspricht ca. 15 % der in die Analyse einbezogenen Anträge); in den Gesamtdarstellungen über alle Altersklassen sind diese jedoch enthalten.

<sup>1</sup> Vgl. [https://applications.kbv.de/S\\_BAR2\\_ARZTNRFACHGRUPPE\\_V1.03.xhtml](https://applications.kbv.de/S_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE_V1.03.xhtml)

## **3.2 Ambulante vertragsärztliche Abrechnungsdaten**

### **3.2.1 Datenquelle**

Die Auswertungen basieren auf den ambulanten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 des fünften Buches Sozialgesetzbuch der Jahre 2017 bis 2023. In dieser mehrfach pseudonymisierten Datengrundlage ist jede in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Person mit mindestens einem Arztkontakt im entsprechenden Betrachtungszeitraum erfasst. Die ambulanten Abrechnungsdaten enthalten u. a. pseudonymisierte Angaben zu der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten<sup>2</sup> bzw. zu der Praxis (z. B. pseudonymisierte lebenslange Arztnummer [LANR], pseudonymisierte Betriebsstättennummer [BSNR], Facharztgruppe), zu der Patientin oder dem Patienten (z. B. pseudonymisierte Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht), zu den Diagnosen und zu den Leistungen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM). Die Patientenentitäten werden über eine Kombination aus vorliegenden Attributen zur Pseudonymisierung gebildet.

### **3.2.2 Bildung der Kohorten**

Um die Veränderung der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe im Zeitverlauf auch hinsichtlich der weiteren Fragestellungen beispielsweise bezüglich der Dauer zu evaluieren, wurden Kohorten gebildet und untersucht.

Als Basispopulation wurden alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten erfasst, für die mindestens eine Leistung der Langzeittherapie in einem der drei Verfahren analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie abgerechnet wurde und insgesamt weniger als 150 Behandlungsfälle pro Jahr vorhanden waren. Berücksichtigt wurden nur abgerechnete Leistungen von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit bestehender lebenslanger Arztnummer. Es wurden ausschließlich Personen berücksichtigt, deren Geschlecht sowie Geburtsjahr eindeutig bestimmbar waren. Um die Gruppen der Patientinnen und Patienten adäquat abzugrenzen, erfolgte der Einschluss bis zu einem Alter von 80 Jahren.

Zur Evaluation der Regelungen zur Rezidivprophylaxe wurden vier Kohorten gebildet (2018, 2019, 2020 und 2021). Die Kohorte 2018 bilden Patientinnen und Patienten, deren letzte Therapieeinheit einer Langzeittherapie in einem Quartal des Jahres 2018 stattfand (Indexquartal) und die so definiert wurde, dass in den darauffolgenden vier Quartalen keine weitere Langzeittherapie in Anspruch genommen wurde. Die Kohorten 2019, 2020 und 2021 wurden analog gebildet. Abbildung 2 stellt die verwendete Methodik schematisch am Beispiel der Kohorte 2018 dar.

---

<sup>2</sup> Der Begriff Psychotherapeutin/ Psychotherapeut umfasst gemäß der Definition in § 1 Absatz 2 PT-RL ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 PT-RL als persönliche Leistung verfügen.

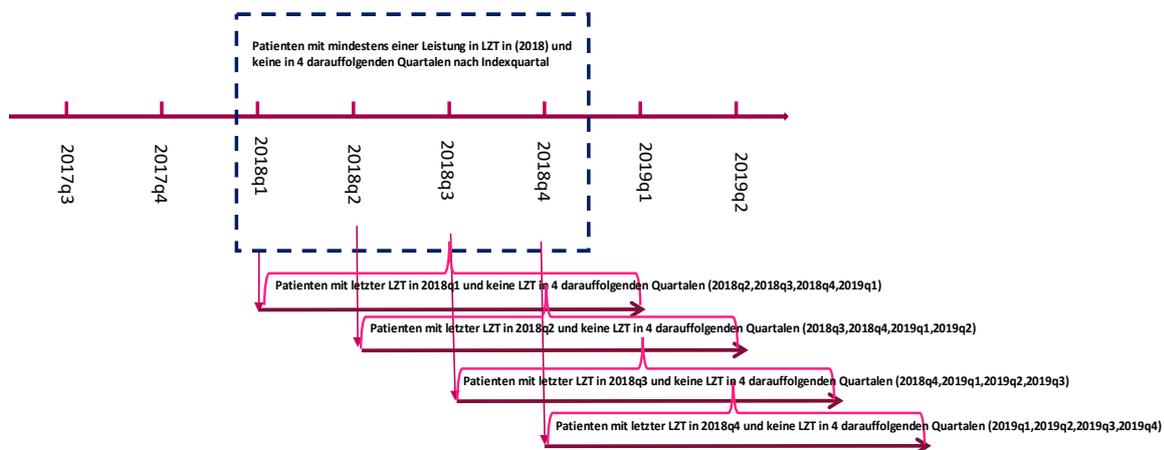


Abbildung 2 Bildung der Kohorte 2018 - schematische Darstellung

### 3.2.3 Operationalisierung der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe

Die Entwicklung der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe wird anhand der Abrechnungsdaten untersucht. Rezidivprophylaxe kann nach Beendigung einer Langzeittherapie durchgeführt werden; hierfür genutzte Therapieeinheiten sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. Wird Rezidivprophylaxe durchgeführt sind die Abrechnungspositionen der Langzeittherapie gemäß § 18 Absatz 5 Psychotherapie-Vereinbarung mit einem „R“ oder bei Einbeziehung von Bezugspersonen mit einem „U“ zu kennzeichnen. Die für die Abrechnung relevanten Gebührenordnungspositionen der in Videositzungen durchgeführten Rezidivprophylaxe wurden ebenso berücksichtigt.

Tabelle 2 Gebührenordnungspositionen für Rezidivprophylaxe

	Analytische Psychotherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Verhaltenstherapie
Einzeltherapie	35415R, 35415U	35405R, 35405U	35425R, 35425U
Gruppentherapie	35533R-35539R, 35533U-35539U	35513R-35519R, 35513U-35519U	35553R-35559R, 35553U-35559U

Die Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe wird nach den Anwendungsformen und Psychotherapieverfahren dargestellt, ebenso erfolgt eine Differenzierung in Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche. Die Patientenentitäten werden in zwei Gruppen aufgeteilt. Als Erwachsene gelten alle Patientinnen und Patienten im Alter von 21-80 Jahren. Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden den Kindern und Jugendlichen zugerechnet. Die Patientinnen und Patienten in der sogenannten Transitionsphase im Alter von 18 bis 20 Jahren werden trennscharf der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen oder der Erwachsenen zugeordnet. Die Zuteilung erfolgt über die behandelnde Psychotherapeutin oder den behandelnden Psychotherapeuten, die oder der entweder der einen oder der anderen Abrechnungsgruppe zugeordnet ist.

Bei der Zuteilung werden die abgerechneten Leistungen (Psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung, Probatorik und Richtlinientherapie) berücksichtigt. Wird in dieser Altersgruppe mindestens eine Leistung bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgerechnet, findet die Zuteilung zur Gruppe der Kinder und Jugendlichen statt. Die Zuteilung findet auf Jahresebene statt.

Die Analyse der Inanspruchnahme weiterer Leistungen in einem Zeitraum von zwei Jahren ausgehend vom Indexquartal wird ebenfalls auf Basis der Abrechnungsdaten durchgeführt. Es werden nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die mindestens eine weitere Leistung innerhalb von acht Quartalen nach dem Indexquartal erhalten haben. Leistungen im Indexquartal wurden nicht berücksichtigt. Die Reihenfolge der abgerechneten Leistung ist nicht bekannt.

*Tabelle 3 Gebührenordnungspositionen der in die Analyse einbezogenen weiteren Leistungen*

Behandlungsform		Gebührenordnungspositionen
Psychotherapeutische Sprechstunde		35151
Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung		35173-35179
Psychotherapeutische Akutbehandlung		35152
Probatorische Sitzung im Einzelsetting		35150
Probatorische Sitzung im Gruppensetting		35163-35169
Analytische Psychotherapie	Einzeltherapie	35411, 35412, 35415
	Gruppentherapie	35523-35529, 35533-35539
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Einzeltherapie	35401, 35402, 35405
	Gruppentherapie	35503-35509, 35513-35519
Systemische Therapie	Einzeltherapie	35431, 35432, 35435
	Gruppentherapie	35703-35709, 35713-35719
Verhaltenstherapie	Einzeltherapie	35421, 35422, 35425
	Gruppentherapie	35543-35549, 35553-35559
Gesprächsleistungen	Kinder- und Jugendpsychiatrische Ziffern	14220, 14221
	Psychiatrische Ziffern	21220, 21221
	Psychosomatische Ziffern	22220-22222
	Psychotherapeutisches Einzelgespräch	23220

Die Systemische Therapie wird zwar in der Evaluation der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe wegen zu geringer Fallzahlen nicht einbezogen, jedoch in der Analyse der Inanspruchnahme weiterer Leistungen als eine mögliche Leistung berücksichtigt. Systemische Therapie kann für Erwachsene erst seit dem 1. Juli 2020, für Kinder und Jugendliche erst ab dem 1. Juli 2024 durchgeführt und abgerechnet werden.

## 4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation der Regelungen zur Rezidivprophylaxe dargestellt.

### 4.1 Angabe der Rezidivprophylaxe im Rahmen der Antragstellung bei der Krankenkasse

Im Rahmen der Antragstellung ist bei einem Antrag auf eine Langzeittherapie durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten anzugeben, ob sich eine Rezidivprophylaxe anschließen wird oder nicht oder, ob dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist. 2023 wurde bei 62,2 % der Anträge angegeben, es sei noch nicht absehbar, dass eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden soll. Bei 10,5 % der Anträge, unabhängig von der Antragsart, wird angegeben, dass im Anschluss an die Langzeittherapie eine Rezidivprophylaxe erfolgen soll, bei Fortführungsanträgen einer Langzeittherapie liegt der Anteil bei 17,5 %. Etwa ein Viertel aller Anträge enthält die Angabe, dass keine Rezidivprophylaxe im Anschluss an die Behandlung geplant ist, bei Erstanträgen auf Langzeittherapie liegt dieser Anteil bei 30,8 %.

Tabelle 4 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen)

	Langzeittherapie Erstantrag [%]	Langzeittherapie Fortführung [%]	Langzeittherapie Umwandlung [%]	Alle Antragsarten [%]
Ja	4,6	17,5	7,0	10,5
Nein	30,8	20,8	27,3	25,3
Noch nicht absehbar	61,9	60,4	63,4	62,2
Fortführungsantrag voraus. erforderlich	2,7	1,3	2,4	2,0

#### 4.1.1 Angabe der Rezidivprophylaxe nach Therapieverfahren

In den Tabellen 5 bis 7 werden die Angaben zur Rezidivprophylaxe bei der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Therapieverfahren dargestellt. In allen Therapieverfahren wird die Angabe eine Rezidivprophylaxe sei „noch nicht absehbar“ am häufigsten ausgewählt, wobei dieser Anteil bei Anträgen auf analytische Psychotherapie am höchsten ist (65,0 %).

Bei Anträgen auf analytische Psychotherapie wird deutlich seltener als in den anderen Therapieverfahren direkt angegeben, dass eine Rezidivprophylaxe im Anschluss an die Langzeittherapie erfolgen soll; nur 2,4 % aller Anträge auf analytische Psychotherapie sehen dies vor. Bei Anträgen auf Verhaltenstherapie sehen es hingegen 14,5 % aller Langzeittherapieanträge vor, im Fall von Fortführungsanträgen sogar 24,4 %. Bei Anträgen auf eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie finden sich nur in 6,6 % die Angabe, es sei eine Rezidivprophylaxe geplant.

*Tabelle 5 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung einer analytischen Psychotherapie nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen)*

	Langzeittherapie Erstantrag [%]	Langzeittherapie Fortführung [%]	Langzeittherapie Umwandlung [%]	Alle Antragsarten [%]
Ja	0,5	4,4	0,9	2,4
Nein	30,2	26,4	31,7	29,0
Noch nicht absehbar	63,7	67,4	62,5	65,0
Fortführungsantrag voraus. erforderlich	5,6	1,8	5,0	3,7

*Tabelle 6 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen)*

	Langzeittherapie Erstantrag [%]	Langzeittherapie Fortführung [%]	Langzeittherapie Umwandlung [%]	Alle Antragsarten [%]
Ja	2,3	13,2	2,3	6,6
Nein	32,0	21,7	28,4	26,1
Noch nicht absehbar	62,5	63,7	65,6	64,6
Fortführungsantrag voraus. erforderlich	3,2	1,4	3,7	2,7

*Tabelle 7 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung einer Verhaltenstherapie nach Antragsart (Anteil an allen Anträgen)*

	Langzeittherapie Erstantrag [%]	Langzeittherapie Fortführung [%]	Langzeittherapie Umwandlung [%]	Alle Antragsarten [%]
Ja	7,8	24,4	10,1	14,5
Nein	30,3	18,6	26,1	24,0
Noch nicht absehbar	60,7	56,1	62,4	60,2
Fortführungsantrag voraus. erforderlich	1,2	1,0	1,4	1,2

#### 4.1.2 Angabe der Rezidivprophylaxe nach Altersgruppen

Die Angaben zur Rezidivprophylaxe auf dem Antragsformular PTV 2 unterscheidet sich zwischen Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen insbesondere hinsichtlich des Anteils, der eine Rezidivprophylaxe vorsieht.

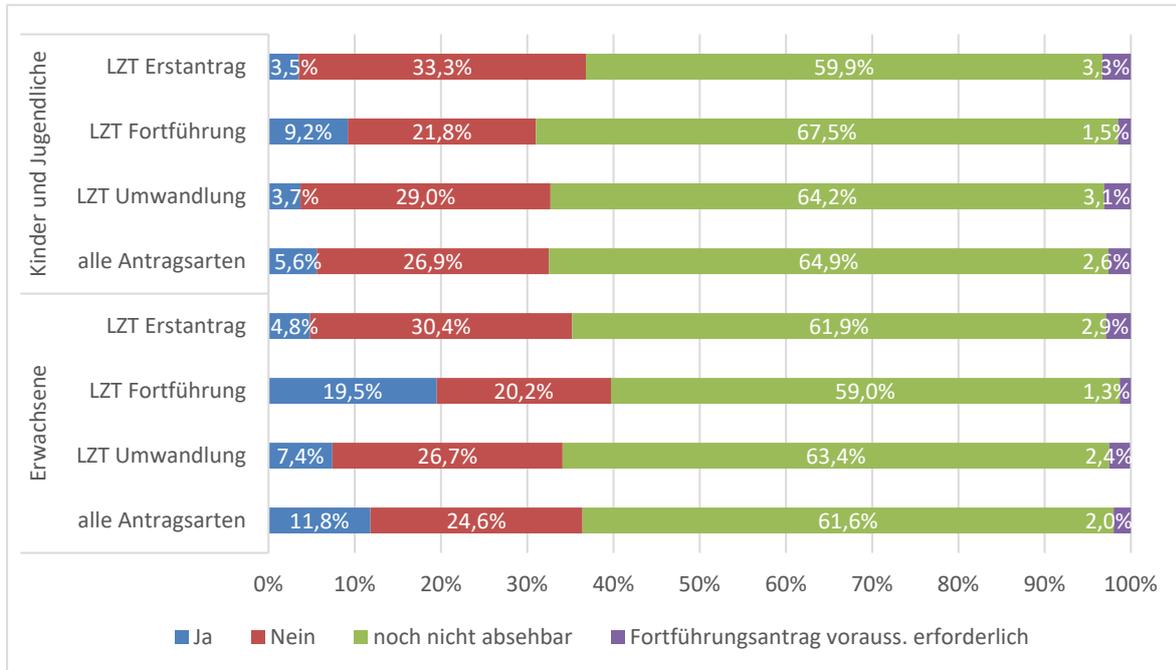


Abbildung 3 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Altersgruppen (Anteil an allen Anträgen)

Über alle Antragsarten hinweg wird in 11,8 % der Anträge bei Erwachsenen, aber nur in 5,6 % der Anträge bei Kindern und Jugendlichen angegeben, dass eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden soll. Besonders augenfällig ist dieser Unterschied auch in der Kategorie der Fortführungsanträge einer Langzeittherapie (9,2 % zu 19,5 %). Sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen wird am häufigsten angegeben, dass eine Rezidivprophylaxe noch nicht absehbar ist.

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Angaben zur Rezidivprophylaxe im Rahmen der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Therapieverfahren bei Erwachsenen.

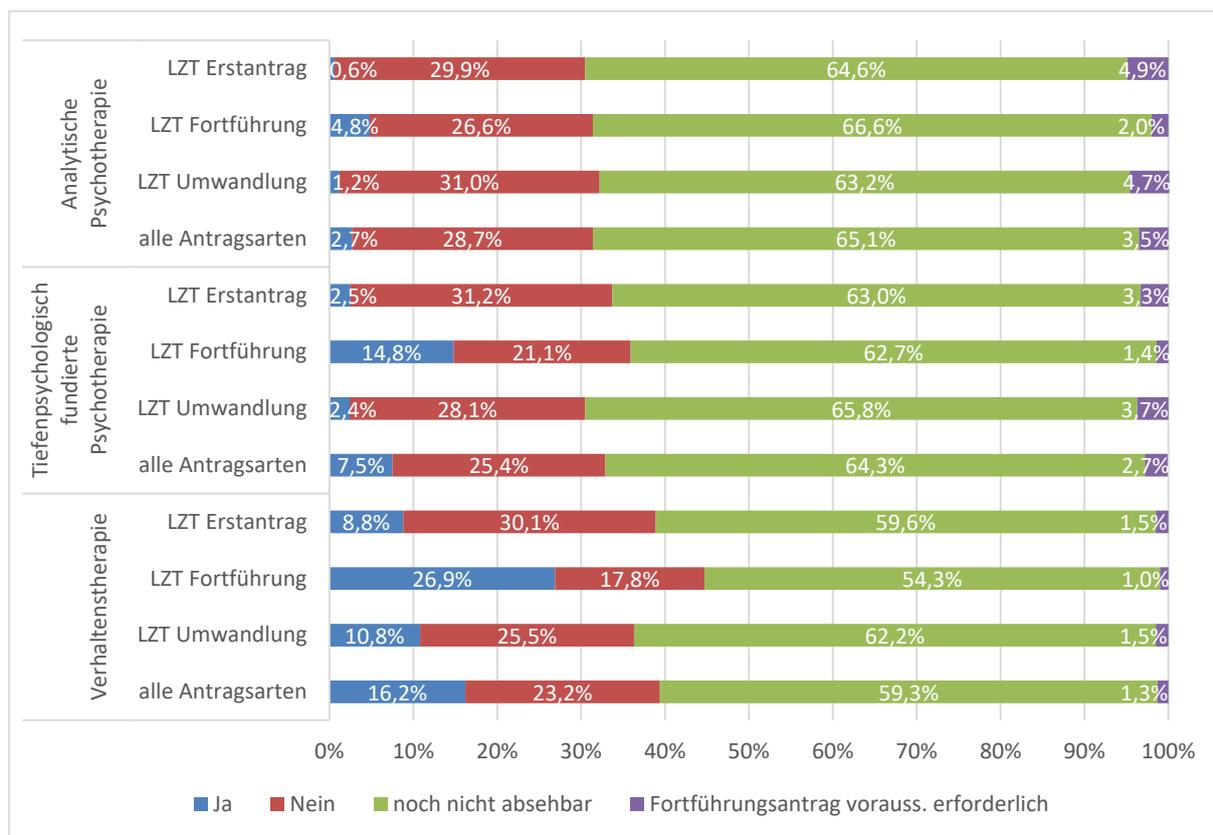


Abbildung 4 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Therapieverfahren bei Erwachsenen (Anteil an allen Anträgen)

In der analytischen Psychotherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wird häufiger als in der Verhaltenstherapie angegeben, dass eine Rezidivprophylaxe noch nicht absehbar ist (65,1 % bzw. 64,3 % zu 59,3 %). Bei Anträgen auf analytische Psychotherapie fällt im Vergleich zu den anderen Therapieverfahren der sehr geringe Anteil an Anträgen auf, die eine Rezidivprophylaxe bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung vorsehen (2,7 %). Bei Anträgen auf Verhaltenstherapie wird dies in 16,2 % der Anträge angegeben, bei Fortführungsanträgen gar bei mehr als ein Viertel der Anträge (26,9 %).

Bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Abbildung 5) enthalten nahezu zwei Drittel aller Anträge in allen Therapieverfahren die Angabe eine Rezidivprophylaxe sei noch nicht absehbar. Ähnlich wie bei den Erwachsenen findet sich der geringste Anteil an Anträgen, die eine Rezidivprophylaxe bereits im Rahmen der Antragstellung vorsehen, bei Anträgen auf eine analytische Psychotherapie (1,9 %), gefolgt von Anträgen auf eine tiefenpsychologische Psychotherapie (3,9 %). Bei Anträgen auf eine Verhaltenstherapie liegt der Anteil mit 7,7 % etwas höher, wieweil der Unterschied zu den anderen Therapieverfahren geringer ist als bei den Erwachsenen.

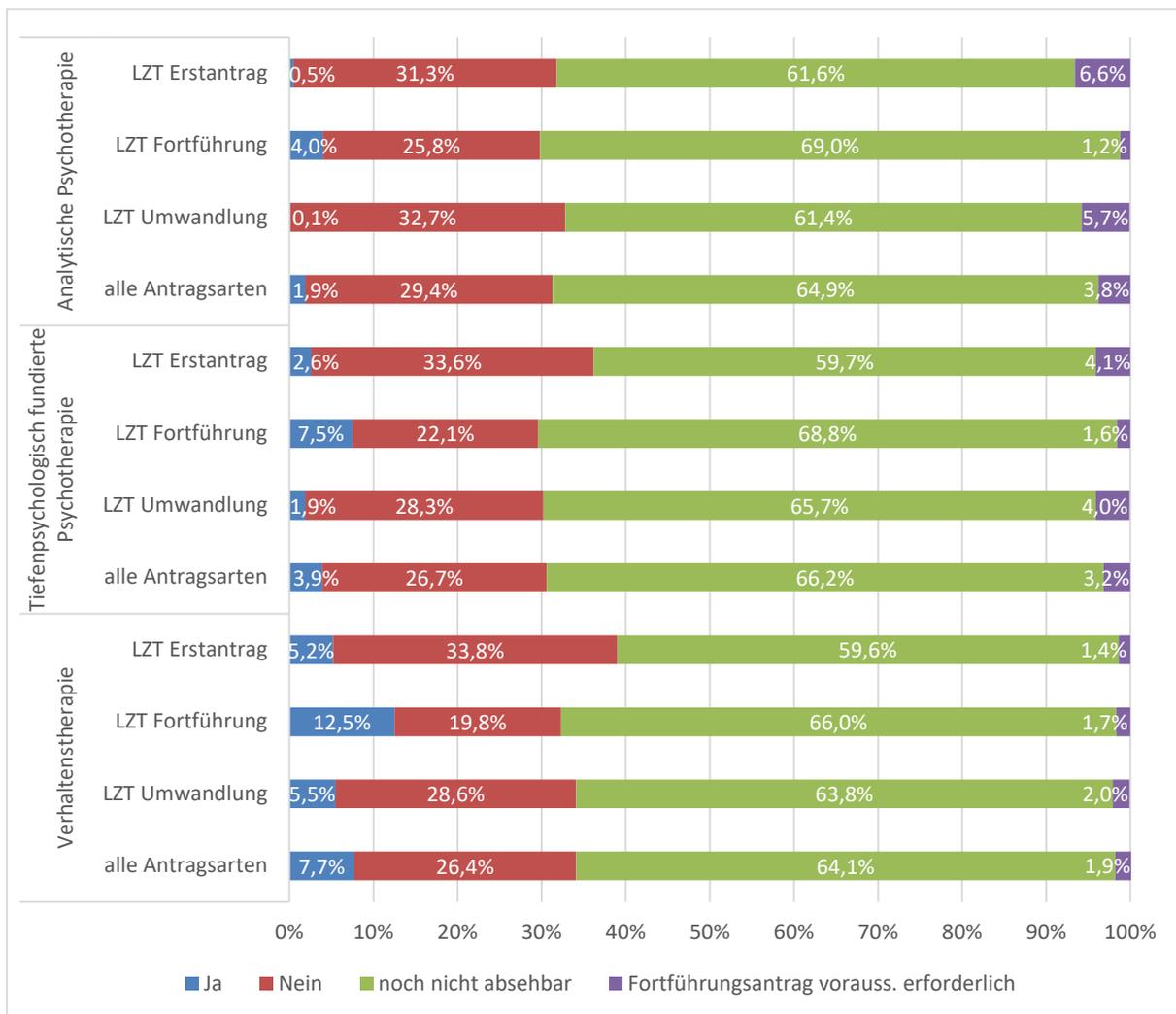


Abbildung 5 Angaben zur Rezidivprophylaxe in der Antragstellung differenziert nach Antragsart und Altersgruppen bei Kindern (Anteil an allen Anträgen)

#### 4.1.3 Vergleich der Informationen zur Rezidivprophylaxe im Rahmen der Antragstellung und der späteren Abrechnung

Im Folgenden werden die Ergebnisse eines Vergleichs der Informationen, die im Rahmen der Antragstellung zur Rezidivprophylaxe vorgenommen wurden, mit einer möglichen Abrechnung zu einem späteren Zeitpunkt dargestellt. Dabei wird zunächst ausgehend von der Antragstellung für die im Jahr 2020 gestellten Anträge auf Langzeittherapie untersucht, ob im späteren Verlauf tatsächlich mindestens eine Leistung der Rezidivprophylaxe abgerechnet wurde. Zudem werden die Ergebnisse der Analyse berichtet, bei der rückwirkend vom Zeitpunkt der Abrechnung geprüft wurde, ob bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung eine Rezidivprophylaxe absehbar war. Es wurden dabei nur Fälle berücksichtigt, in denen die Abrechnung im Jahr 2023 erfolgte und seit dem dritten Quartal 2017 ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt wurde.

#### 4.1.3.1 Vergleich der Informationen bei der Antragstellung und der späteren Abrechnung ausgehend von der Antragstellung

Über alle Verfahren hinweg wurde nur in etwas über ein Drittel der Anträge (36,0 %) tatsächlich auch eine Rezidivprophylaxe abgerechnet, obwohl diese bei der Antragstellung vorgesehen wurde; bei analytischen Psychotherapien erfolgte eine Abrechnung gar nur bei 21,4 % der Anträge.

*Tabelle 8 Abrechnung der Rezidivprophylaxe bei vorheriger Angabe in der Antragstellung differenziert nach Therapieverfahren (Anteil an allen Anträgen)*

Therapieverfahren	Rezidivprophylaxe wurde abgerechnet [%]
Analytische Psychotherapie	21,4
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	36,4
Verhaltenstherapie	36,6
Alle Therapieverfahren	36,0

In Tabelle 9 werden die Ergebnisse differenziert nach Altersgruppen und Therapieverfahren dargestellt. Eine Differenzierung nach Therapieverfahren konnte für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen auf Grund der geringen Fallzahlen nicht vorgenommen werden.

*Tabelle 9 Abrechnung der Rezidivprophylaxe bei vorheriger Angabe in der Antragstellung differenziert nach Therapieverfahren und Altersgruppen (Anteil an allen Anträgen)*

Altersgruppe	Therapieverfahren	Rezidivprophylaxe wurde abgerechnet [%]
Kinder und Jugendliche	Alle Therapieverfahren	18,5
Erwachsene	Analytische Psychotherapie	22,2
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	40,1
	Verhaltenstherapie	42,4
	Alle Therapieverfahren	41,0

Es fällt dennoch auf, dass der Anteil einer tatsächlich abgerechneten Rezidivprophylaxe, die im Antrag bereits vorgesehen wurde, bei Kindern und Jugendlichen sehr deutlich unter dem bei Erwachsenen liegt (18,5 % zu 41,0 %). Innerhalb der Gruppe der Erwachsenen weisen analytische Psychotherapien den geringsten Anteil an tatsächlich abgerechneten Rezidivprophylaxen auf (22,2 %).

#### 4.1.3.2 Vergleich der Informationen bei der Antragstellung und der späteren Abrechnung ausgehend der Abrechnung

Über alle Verfahren hinweg wurde bei 44,1 % der Patientinnen und Patienten, für die eine Abrechnung einer Rezidivprophylaxe im Jahr 2023 erfolgte, bereits im Rahmen der Antragstellung angegeben, dass diese vorgesehen sei (vgl. Tabelle 10); bei analytischen Psychotherapien lässt sich der niedrigste Anteil (19,9 %), bei Verhaltenstherapien der höchste Anteil (49,0 %) beobachten.

*Tabelle 10 Angabe der Durchführung einer Rezidivprophylaxe in der Antragstellung bei erfolgter Abrechnung differenziert nach Therapieverfahren (Anteil an allen Patientinnen und Patienten)*

Therapieverfahren	Rezidivprophylaxe wurde im Antrag mit "Ja" angegeben [%]
Analytische Psychotherapie	19,9
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	36,1
Verhaltenstherapie	49,0
Alle Therapieverfahren	44,1

In Tabelle 11 werden die Ergebnisse differenziert nach Altersgruppen und Therapieverfahren dargestellt. Eine Differenzierung nach Therapieverfahren konnte für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen auf Grund der geringen Fallzahlen nicht vorgenommen werden. Deutlich wird auch in dieser rückwirkenden Betrachtung ausgehend von der Abrechnung, dass es große Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt. Während nur bei 24,8 % der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2023 eine Rezidivprophylaxe abgerechnet wurde, dies im Antrag auch so angegeben wurde, lag der Anteil bei den Erwachsenen bei 45,2 %. Innerhalb der Gruppe der Erwachsenen erfolgte bei Verhaltenstherapien die Angabe einer geplanten Rezidivprophylaxe bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten, für die eine entsprechende Leistung abgerechnet wurde, bei der analytischen Psychotherapie lag dieser Anteil lediglich bei 20,6 %.

*Tabelle 11 Angabe der Durchführung einer Rezidivprophylaxe in der Antragstellung bei erfolgter Abrechnung differenziert nach Therapieverfahren und Altersgruppen (Anteil an allen Anträgen)*

Altersgruppe	Therapieverfahren	Rezidivprophylaxe wurde im Antrag mit "Ja" angegeben [%]
Kinder und Jugendliche	Alle Therapieverfahren	24,8
Erwachsene	Analytische Psychotherapie	20,6
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	36,7
	Verhaltenstherapie	50,0
	Alle Therapieverfahren	45,2

#### 4.1.4 Beendigung einer Langzeittherapie vor Durchführung einer Rezidivprophylaxe

Voraussetzung für die Durchführung einer Rezidivprophylaxe ist die Anzeige der Beendigung der Langzeittherapie (vgl. § 14 Absatz 2 PT-RL, § 21 Absatz 5 PT-V). Im Folgenden wurde untersucht, inwieweit bei Patientinnen und Patienten, für die im Jahr 2023 erstmalig eine Leistung der Rezidivprophylaxe abgerechnet wurde, zuvor eine Mitteilung über die Beendigung der Langzeittherapie mittels Pseudoziffer (vgl. § 21 Absatz 5 PT-V) übermittelt wurde. Die Grundgesamtheit der vorliegenden Analyse ist dabei identisch mit der Grundgesamtheit in 4.1.3.2, nicht jedoch mit der der Analyse in 4.1.3.1.

Unabhängig vom Therapieverfahren wurde in 95,3 % der Fälle, in denen eine Rezidivprophylaxe abgerechnet wurde und diese bei der Antragstellung bereits angegeben wurde, auch eine Beendigung der Langzeittherapie übermittelt. In 3,9 % der Fälle erfolgte eine Abrechnung einer Rezidivprophylaxe, obwohl keine Mitteilung der Beendigung einer Langzeittherapie übermittelt wurde.

*Tabelle 12 Vergleich der Abrechnung der Rezidivprophylaxe (RP) und einer vorliegenden Beendigung der Langzeittherapie differenziert nach Therapieverfahren (Anteil an allen Patientinnen und Patienten)*

	Vorliegen einer Endemittteilung mit anschließender RP	Vorliegen einer Endemittteilung ohne anschließende RP	Endemittteilung lag nicht vor
Analytische Psychotherapie	94,5	1,0	4,5
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	95,9	0,6	3,6
Verhaltenstherapie	95,1	0,9	4,0
Alle Therapieverfahren	95,3	0,8	3,9

#### 4.2 Inanspruchnahme der Rezidivprophylaxe anhand von Abrechnungsdaten

Zur Darstellung der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe seit Einführung der Leistung sind in Tabelle 13 die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe quartalsweise abgebildet. Für eine annähernde Einordnung sind vergleichend ebenfalls die Zahlen von Patientinnen und Patienten mit noch bestehender Langzeittherapie – die potenziell zum Ende ihrer Therapie ebenfalls für Rezidivprophylaxe in Frage kommen – im korrespondierenden Quartal aufgeführt.

Tabelle 13 Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie (LZT) im Vergleich

Quartal	Patienten mit RP (absolut)	Patienten mit laufender LZT (absolut)	[%] Anteil RP/laufende LZT
2017/Q3	818	390.949	0,21
2017/Q4	1.736	395.917	0,44
2018/Q1	3.153	405.212	0,78
2018/Q2	4.658	411.131	1,13
2018/Q3	6.104	410.446	1,49
2018/Q4	7.826	415.207	1,88
2019/Q1	9.543	424.138	2,25
2019/Q2	10.619	424.861	2,50
2019/Q3	12.039	425.110	2,83
2019/Q4	13.441	427.381	3,14
2020/Q1	14.740	435.332	3,39
2020/Q2	14.061	416.590	3,38
2020/Q3	17.039	436.261	3,91
2020/Q4	18.745	439.229	4,27
2021/Q1	20.691	444.018	4,66
2021/Q2	22.083	449.915	4,91
2021/Q3	23.002	448.556	5,13
2021/Q4	24.434	448.460	5,45
2022/Q1	28.349	449.337	6,31
2022/Q2	29.184	444.884	6,56
2022/Q3	29.806	439.301	6,78
2022/Q4	31.109	440.141	7,07
2023/Q1	32.574	451.153	7,22
2023/Q2	32.102	453.076	7,09
2023/Q3	32.216	454.325	7,09
2023/Q4	33.124	458.018	7,23

Die Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe im Vergleich zu laufenden Langzeittherapien im entsprechenden Quartal sowie der prozentuale Anteil sind in Abbildung 6 dargestellt.

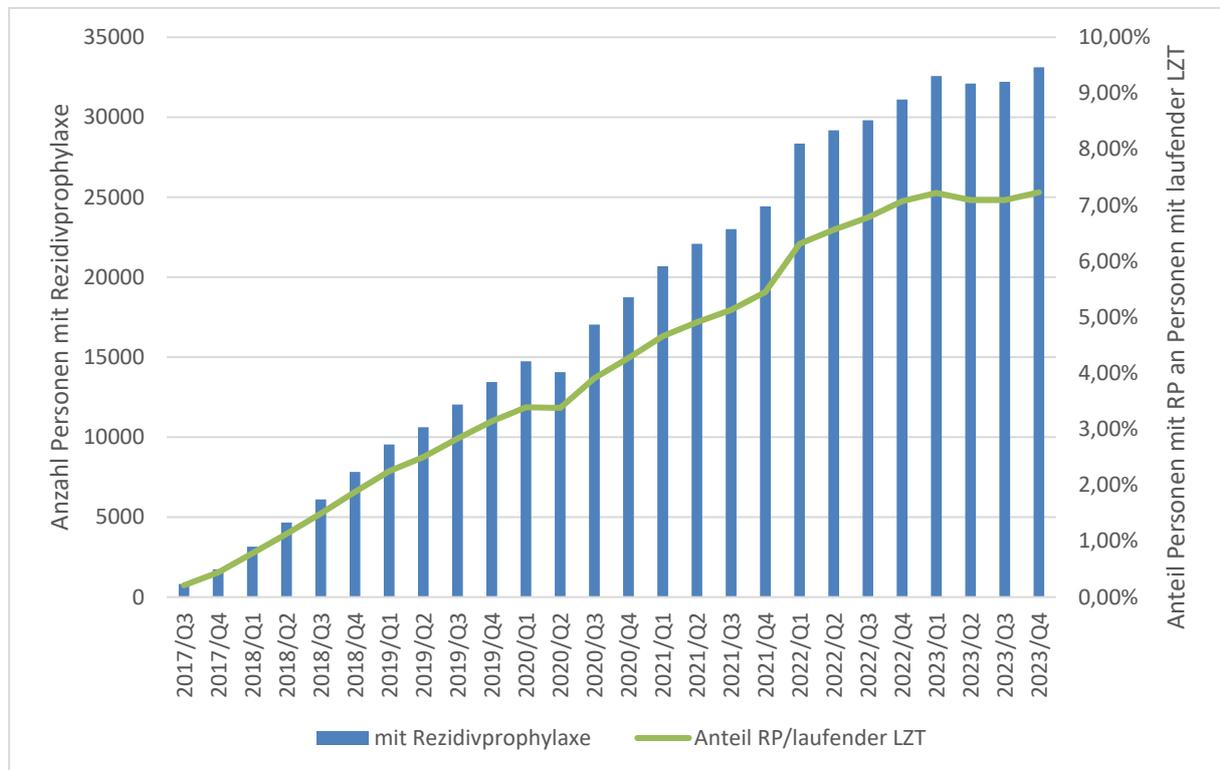


Abbildung 6 Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe sowie prozentualer Anteil der Rezidivprophylaxe an allen laufenden Langzeittherapien

Seit Einführung der Rezidivprophylaxe als definierte Leistung ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die mindestens eine Rezidivprophylaxe-Leistung im jeweils betrachteten Quartal abgerechnet wurde, innerhalb der betrachteten sechs Jahre konstant gestiegen. Lediglich im ersten Quartal der Corona-Pandemie Q2/2020 ist ein minimaler Rückgang bei der Anzahl der Personen mit Rezidivprophylaxe zu beobachten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen auf Basis der Kohortenbildung dargestellt.

#### 4.2.1 Inanspruchnahme nach Therapieverfahren und Therapiesetting

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an eine Langzeittherapie eine Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen haben, ist seit der Einführung kontinuierlich angestiegen (vgl. Tabelle 14). In der Kohorte 2018 nahmen 5,7 % der Patientinnen und Patienten nach einer Langzeittherapie eine Rezidivprophylaxe in Anspruch, in der Kohorte 2021 lag der Anteil bei 14,1 %.

Tabelle 14 Patientinnen und Patienten mit bzw. ohne Rezidivprophylaxe

Kohorte	Patienten mit RP		Patienten ohne RP	
	absolut	Anteil an allen Patienten mit Langzeittherapie [%]	absolut	Anteil an allen Patienten mit Langzeittherapie [%]
2018	9.521	5,7	158.897	94,3
2019	14.598	8,2	163.201	91,8
2020	20.130	10,8	166.624	89,2
2021	27.310	14,1	165.845	85,9

In Abbildung 7 wird der Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine Rezidivprophylaxe erhalten haben, differenziert nach Therapieverfahren dargestellt. Innerhalb dieser Patientengruppe ist eine leichte Verschiebung der Anteile der Therapieverfahren zu beobachten. So erhielten in der 2018-Kohorte 65,9 % (n=6.278) der Personen mit Rezidivprophylaxe diese in Form einer Verhaltenstherapie, in der 2021-Kohorte waren es dagegen 69,0 % (n=18.839). Im Unterschied zur 2018-Kohorte (31,8 %, n=3.027) lag der Anteil der Rezidivprophylaxe in Form einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in der 2021-Kohorte bei 27,9 % (n=7.631). Der Anteil der analytischen Psychotherapien als Rezidivprophylaxe erhöhte sich im Vergleich der 2018-Kohorte und 2021-Kohorte von 2,3 % auf 3,1 % (n=216 bzw. n=840).

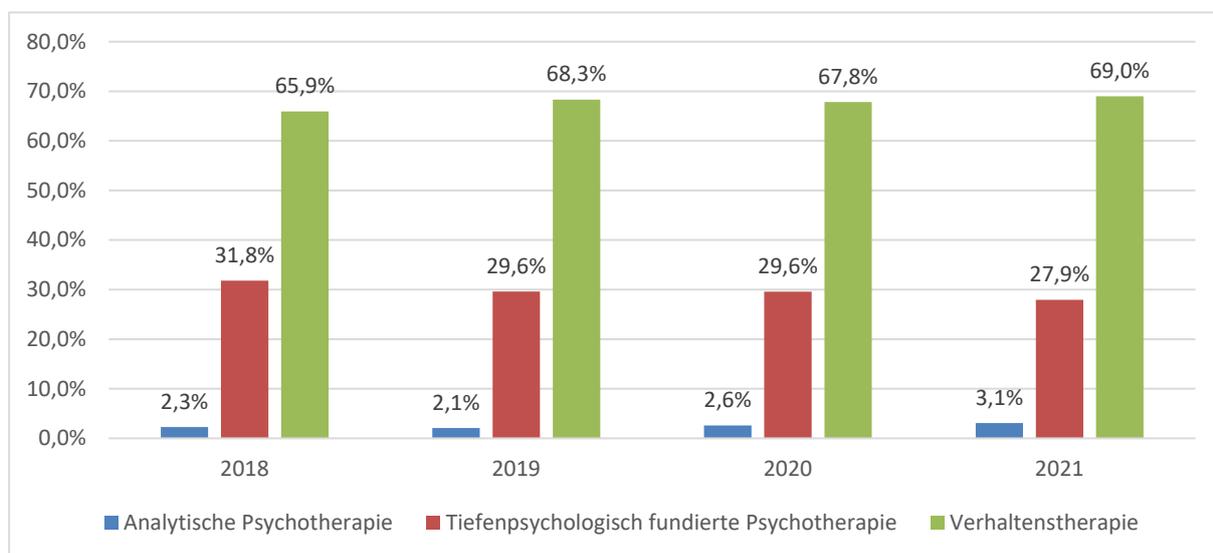


Abbildung 7 Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren

Rezidivprophylaxe wird nahezu ausschließlich als Einzeltherapie durchgeführt. Verglichen mit der 2018-Kohorte hat sich der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe, die diese in Form einer Gruppentherapie erhielten, in der 2021-Kohorte minimal erhöht (von 0,32 % auf 0,54 %). Der Anteil von Personen mit Rezidivprophylaxe in Form einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie hat sich im Unterschied der 2018-Kohorte zur 2021-Kohorte nahezu verdoppelt, liegt aber mit 1,19 % in der Kohorte 2021 weiterhin auf sehr niedrigem Niveau.

Tabelle 15 Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe differenziert nach dem Therapiesetting

Kohorte	Einzeltherapie		Gruppentherapie		Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie	
	absolut	Anteil an allen Patienten mit Rezidivprophylaxe [%]	absolut	Anteil an allen Patienten mit Rezidivprophylaxe [%]	absolut	Anteil an allen Patienten mit Rezidivprophylaxe [%]
2018	9.433	99,08	30	0,32	58	0,61
2019	14.418	98,77	57	0,39	123	0,84
2020	19.892	98,82	64	0,32	174	0,86
2021	26.839	98,28	147	0,54	324	1,19

#### 4.2.2 Dauer und Umfang der Rezidivprophylaxe

Für die Rezidivprophylaxe vorgesehene Behandlungstunden können im Anschluss an eine Langzeittherapie bis zu zwei Jahre in Anspruch genommen werden. Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe nahmen diese in ein bis neun Quartalen nach Abschluss der Langzeittherapie wahr, wobei der Median bei 3 (Kohorten 2020 und 2021) bzw. 4 (Kohorten 2018 und 2019) Quartalen liegt. Leistungen der Rezidivprophylaxe müssen dabei nicht in aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgt sein. Im Vergleich der Kohorten 2018 und 2021 lässt sich eine leichte Verschiebung hin zu einer Nutzung von Rezidivprophylaxe in weniger Quartalen beobachten; in der 2018-Kohorte nahmen 46,2 % Rezidivprophylaxe in ein bis drei Quartalen in Anspruch, in der 2021-Kohorte stieg dieser Anteil auf 51,5 %.

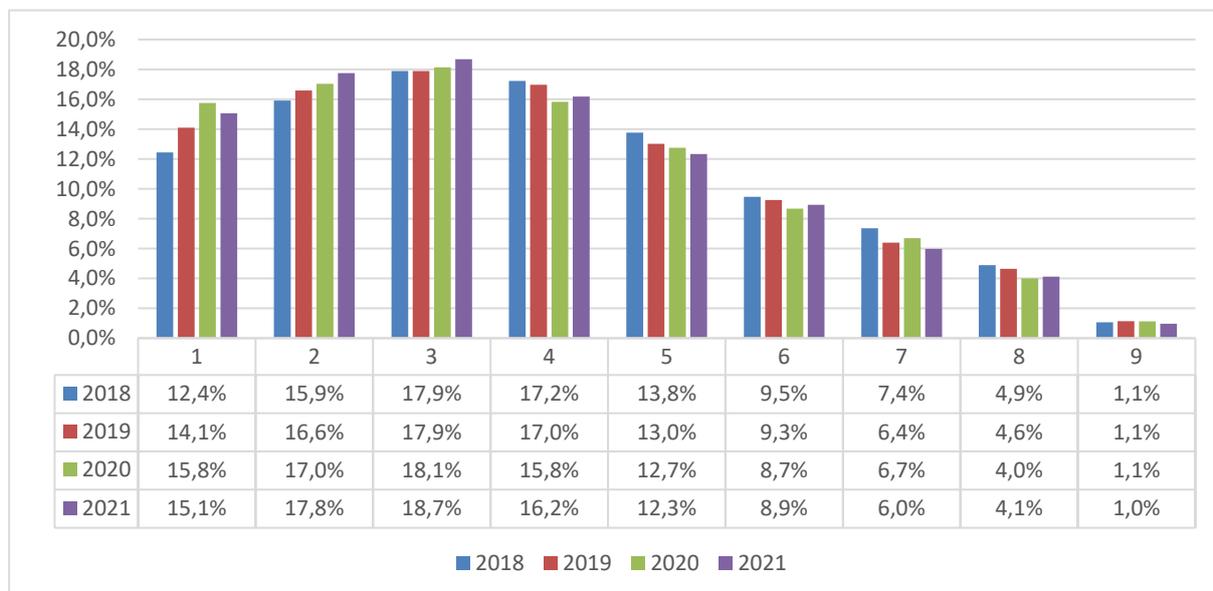


Abbildung 8 Anzahl der Quartale, in denen Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen wurde (Anteil der Patientinnen und Patienten)

Nahezu die Hälfte aller Patientinnen und Patienten (zw. 46,1 und 47,7 %) beginnen mit einer Rezidivprophylaxe bereits in dem Quartal der letzten Langzeittherapieeinheit; weitere 39,0 % bis 41,6 % beginnen im auf das Quartal der letzten Langzeittherapieeinheit folgenden Quartal. Lediglich 3,4 % bis 4,9 % der Patientinnen und Patienten beginnen eine Rezidivprophylaxe frühestens vier Quartale nach dem Abschlussquartal der Langzeittherapie.

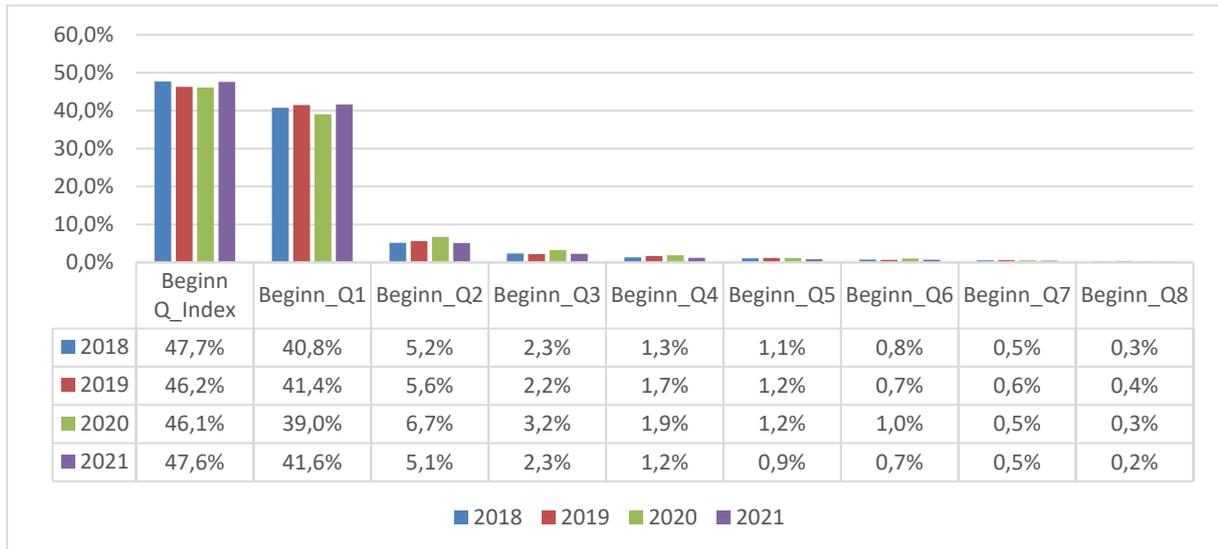


Abbildung 9 Quartal, in dem mit der Rezidivprophylaxe begonnen wurde, ausgehend von dem Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieeinheit stattfand (Q\_Index) (Anteil der Patientinnen und Patienten)

Die Hälfte aller Patientinnen und Patienten, die eine Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen haben, beendet diese im vierten (Kohorten 2018-2020) bzw. dritten (Kohorte 2021) Quartal, das auf das Ende der Langzeittherapie folgt. Der Anteil an Personen, deren Rezidivprophylaxe bereits im Quartal der letzten Langzeittherapieeinheit endet liegt bei 3-4 %. Zwischen 9 und 11 % nehmen eine Rezidivprophylaxe auch noch im achten Quartal wahr. Dies bedeutet nicht, dass in allen Quartalen kontinuierlich eine Rezidivprophylaxe stattfand.

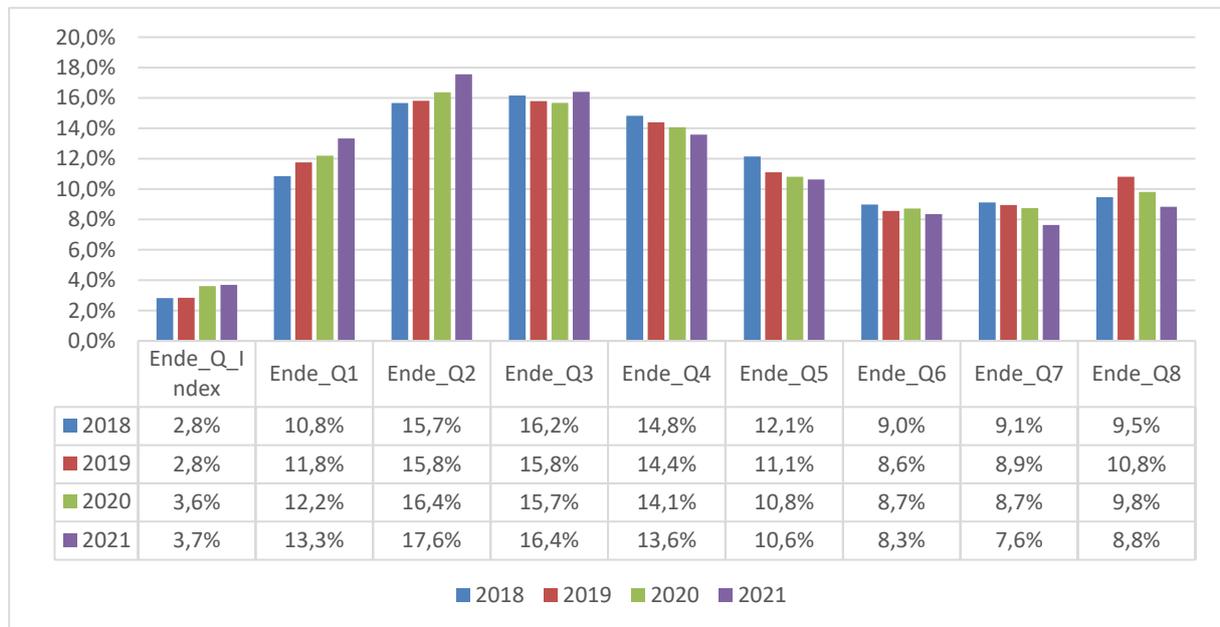


Abbildung 10 Quartal, in dem die letzte Rezidivprophylaxe-Einheit in Anspruch genommen wurde, ausgehend von dem Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieeinheit stattfand (Q\_Index) (Anteil der Patientinnen und Patienten)

In Abbildung 11 wird dargestellt, inwieweit Rezidivprophylaxe bezogen auf eine Quartalsdarstellung kontinuierlich in Anspruch genommen wird. Zwischen 60 und 63 % der Patientinnen und Patienten nehmen eine Rezidivprophylaxe zeitlich flexibel wahr („divers“), das heißt unabhängig vom Beginn im Indexquartal und nicht zwingend in aufeinanderfolgenden Quartalen. Lediglich rund 1 % der Patientinnen und Patienten nutzt den insgesamt möglichen Zeitraum für eine Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe, das heißt bereits innerhalb des Quartals der letzten Langzeittherapieeinheit sowie allen darauffolgenden acht Quartalen.

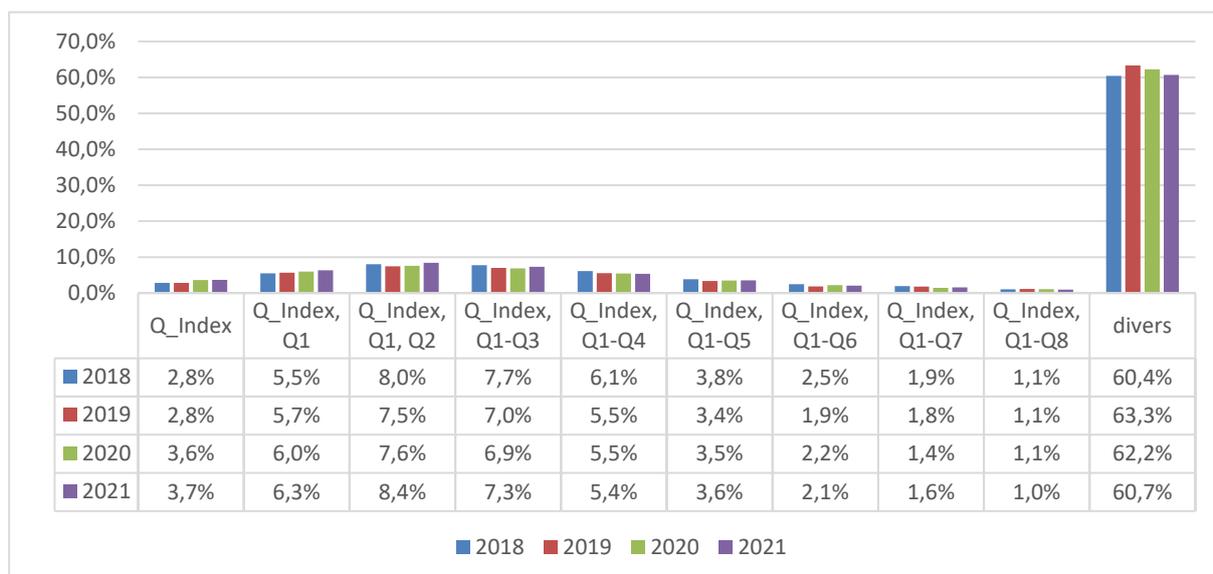


Abbildung 11 Anzahl Folgequartale, in denen Rezidivprophylaxe kontinuierlich in Anspruch genommen wurde, ausgehend von dem Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieeinheit stattfand (Q\_Index) (Anteil der Patientinnen und Patienten)<sup>3</sup>

<sup>3</sup> divers: Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe unabhängig vom Beginn im Indexquartal und nicht zwingend in aufeinanderfolgenden Quartalen

### 4.2.3 Verteilung nach Alter

Ausgehend von den in die Kohorten einbezogenen Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen Langzeittherapie liegt der Anteil der Personen, die eine Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen haben, in der Kohorte 2021 bei Kindern und Jugendlichen mit 5,1 % (n=1.277) deutlich unter dem der Erwachsenen (15,5 %, n=26.033). Gleichzeitig lässt sich sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern und Jugendlichen, wenngleich auf niedrigerem Niveau, eine Zunahme des Anteils derjenigen, die eine Rezidivprophylaxe nutzen, beobachten (Kinder und Jugendliche: +282 % zw. 2018 und 2021, Erwachsene: +142,4 % zw. 2018 und 2021).

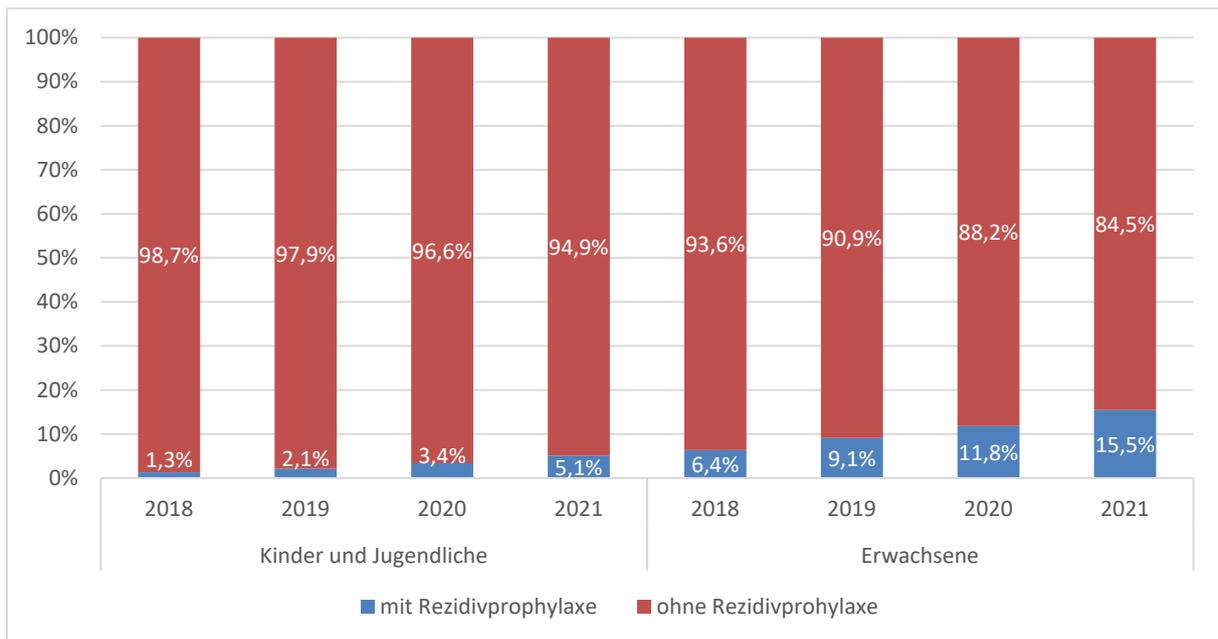


Abbildung 12 Patientinnen und Patienten mit bzw. ohne Rezidivprophylaxe differenziert nach Altersgruppen (Anteil der Patientinnen und Patienten)

#### 4.2.4 Verteilung nach Alter und Therapieverfahren

In den Abbildungen 13 und 14 werden Erwachsene mit bzw. ohne Inanspruchnahme einer Rezidivprophylaxe nach Therapieverfahren dargestellt. Innerhalb der Gruppe der Erwachsenen mit Rezidivprophylaxe nehmen in der Kohorte 2021 69,0 % diese in Form einer Verhaltenstherapie, 28,3 % in Form einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und 2,8 % in Form einer analytischen Psychotherapie wahr. Während bei der Durchführung der Rezidivprophylaxe als analytische Psychotherapie sowie als Verhaltenstherapie im Vergleich der Kohorten 2018 und 2021 ein Anstieg zu verzeichnen ist (AP 1,9 % auf 2,8 % bzw. VT 65,9 % auf 69,0 %), lässt sich bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ein Rückgang beobachten (32,2 % auf 28,3 %).

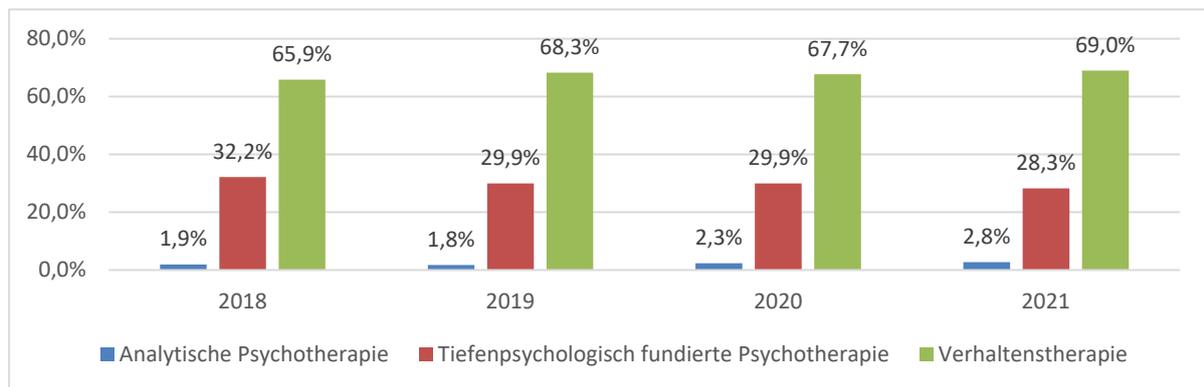


Abbildung 13 Erwachsene mit Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten)

Im Unterschied zu den Erwachsenen mit anschließender Rezidivprophylaxe, wird in der Gruppe der Erwachsenen ohne Inanspruchnahme einer Rezidivprophylaxe bei rund 10 % der Patientinnen und Patienten die Langzeittherapie als analytische Psychotherapie durchgeführt. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Verhaltenstherapie als Langzeittherapie weicht mit 53,0 % (Kohorte 2020, n=76.235)) merklich von dem der Erwachsenen mit Inanspruchnahme einer Rezidivprophylaxe ab (Kohorte 2020: 67,7%, n=13.089).

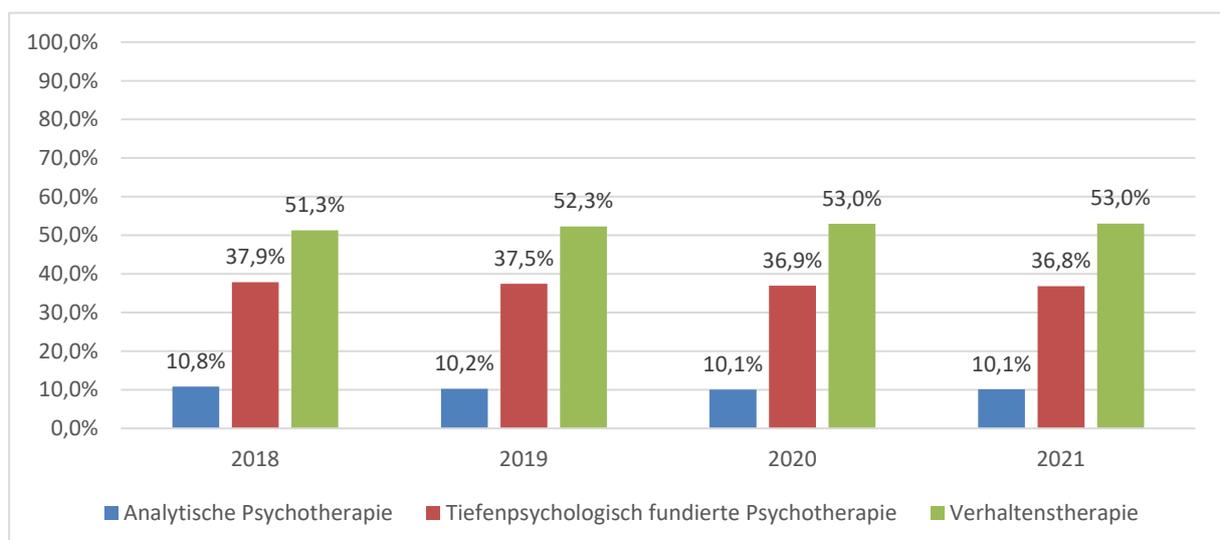


Abbildung 14 Erwachsene ohne Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten)

In den Abbildungen 15 und 16 wird die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit bzw. ohne Inanspruchnahme einer Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren beschrieben. Ähnlich wie in der Gruppe der Erwachsenen mit Nutzung von Rezidivprophylaxe wird diese am häufigsten in Form einer Verhaltenstherapie durchgeführt; in der Kohorte 2021 lag der Anteil bei 68,7 % (n=877). Abweichend von den Erwachsenen liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Rezidivprophylaxe bei analytischer Psychotherapie etwa zwischen 9 und 12 %, der Anteil der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nur bei etwa einem Fünftel der Patientinnen und Patienten.

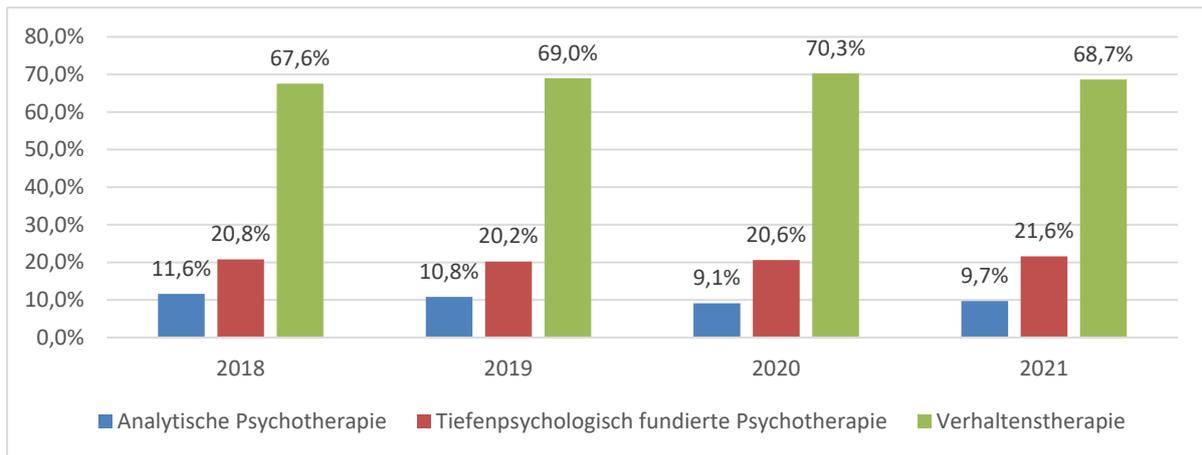


Abbildung 15 Kinder und Jugendliche mit Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten)

In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die nach der Langzeittherapie keine Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen haben, liegt der Anteil bei der Verhaltenstherapie bei rund 48 %, bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei rund 35 % und der analytischen Psychotherapie bei rund 17 %.

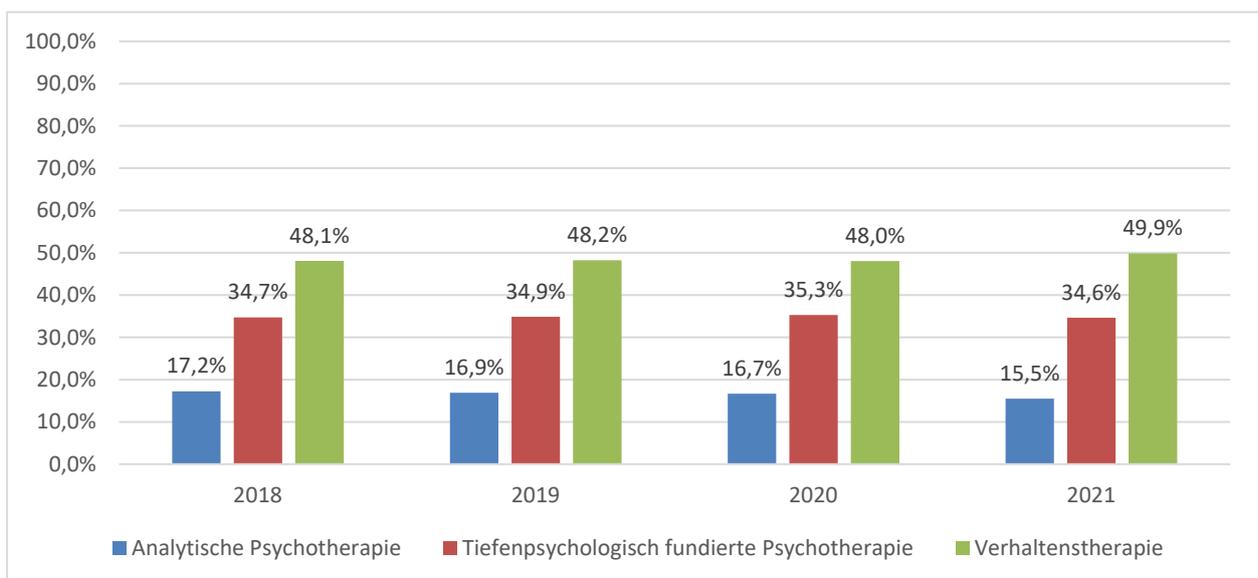


Abbildung 16 Kinder und Jugendliche ohne Rezidivprophylaxe differenziert nach Therapieverfahren (Anteil der Patientinnen und Patienten)

#### 4.2.5 Ausschöpfung der Kontingente für Rezidivprophylaxe

Die Psychotherapie-Richtlinie sieht vor, dass bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Durchführung von Rezidivprophylaxe genutzt werden können (für Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung können bis zu 10 bzw. 20 Stunden in Anspruch genommen werden). In Abbildung 17 ist die Ausschöpfung der für die Rezidivprophylaxe zur Verfügung stehenden Therapieeinheiten dargestellt, jedoch ohne Berücksichtigung des Gesamtbehandlungsumfangs.

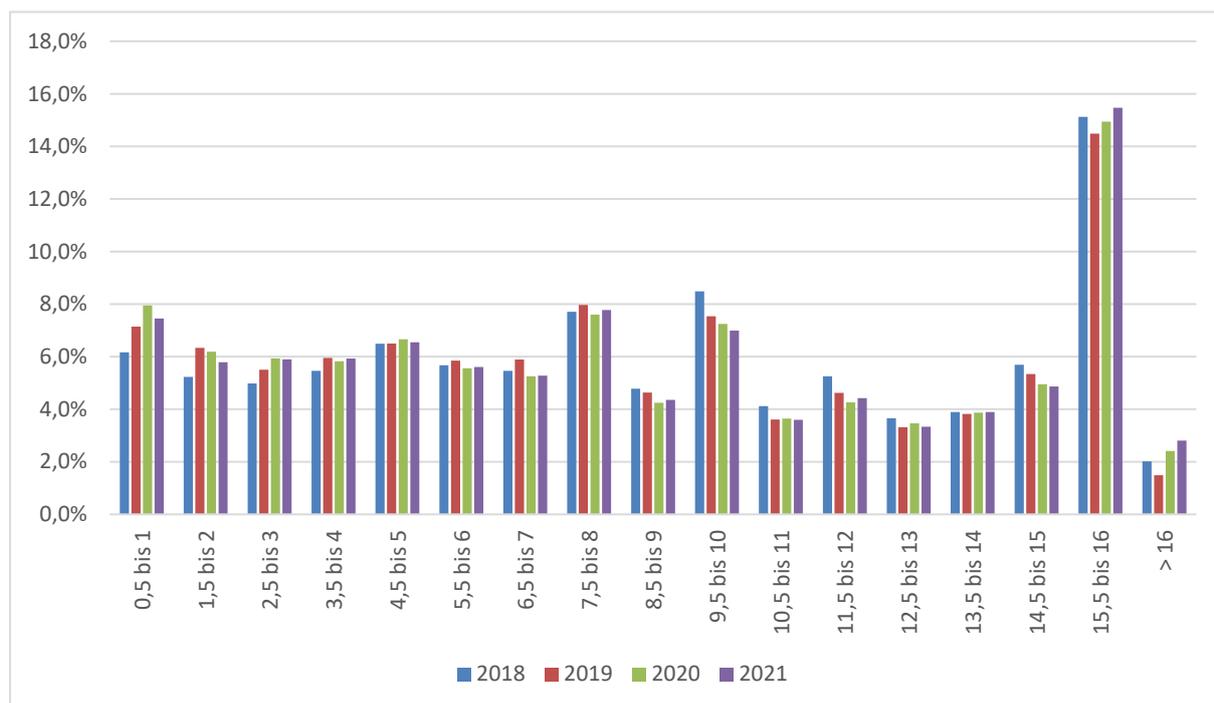


Abbildung 17 Ausschöpfung der für Rezidivprophylaxe zur Verfügung stehenden Kontingente differenziert nach Therapieeinheiten (Anteil der Patientinnen und Patienten)

Rund ein Viertel der Personen mit Rezidivprophylaxe nimmt bis zu vier Therapieeinheiten in Anspruch. Der Median liegt bei 7,5 bis 8 (Kohorte 2018) bzw. 8,5 bis 9 Therapieeinheiten (Kohorte 2019, 2020 und 2021). Rund 15 % der Personen erhalten Rezidivprophylaxe mit 15,5 bis 16 Therapieeinheiten.

#### 4.3 Inanspruchnahme weiterer Leistungen

Im Folgenden wird dargestellt, inwiefern sich die Patientinnen und Patienten mit bzw. ohne die Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe im Anschluss an eine Langzeittherapie hinsichtlich der Inanspruchnahme weiterer Leistungen (zum Beispiel Gesprächsziffern oder Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie, vgl. Tabelle 3) unterscheiden. Betrachtet wird dabei ein Zeitraum von acht Quartalen ausgehend vom Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieleistung abgerechnet wurde.

In der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die eine Rezidivprophylaxe erhielten, nehmen etwa 70 % der Personen mindestens eine weitere Leistung in Anspruch; lediglich in der Kohorte 2019 lag der Anteil mit 66,5 % etwas niedriger. In der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die keine Rezidivprophylaxe erhielten, liegt der Anteil der Personen, die mindes-

tens eine weitere Leistung in Anspruch nehmen, konstant bei rund 50%. Im Vergleich der Kohorten 2018 und 2021 lässt sich in dieser Gruppe eine minimale Zunahme von 49 % auf 51,7 % beobachten.

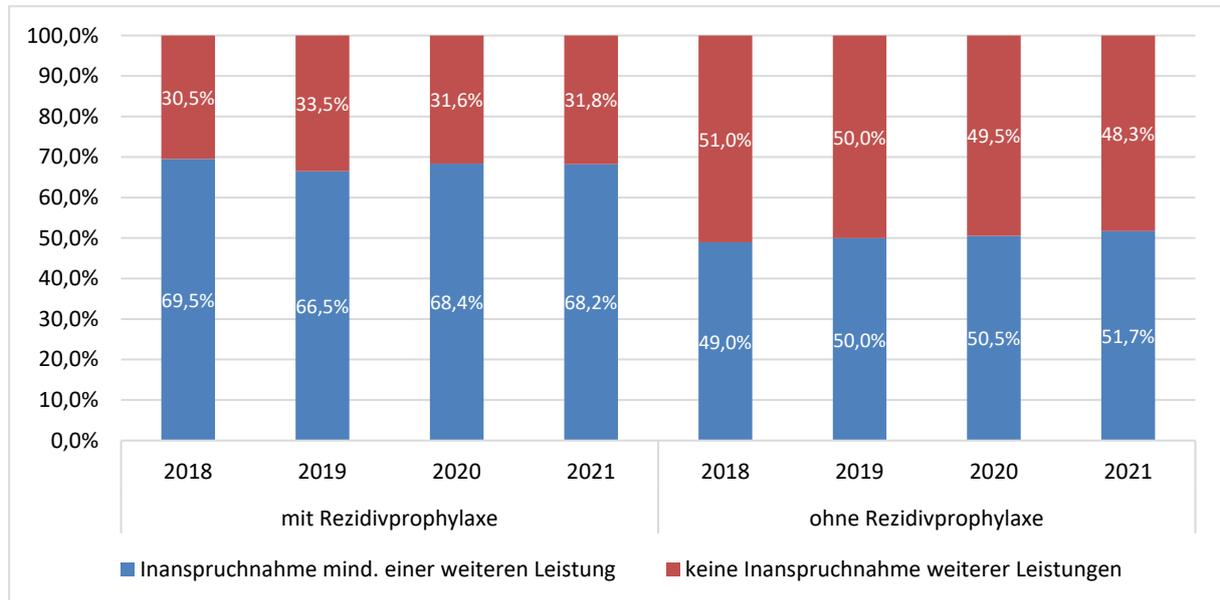


Abbildung 18 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung bei Patientinnen und Patienten mit bzw. ohne Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten)

In der Kohorte 2021 wurde für 35,7 % der Patientinnen und Patienten, die eine Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen haben, mindestens eine psychotherapeutische Sprechstunde, probatorische Sitzung oder Akutbehandlung abgerechnet. Mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten nahmen eine Psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch, etwa 13 % erhielten probatorische Sitzungen und rund 11 % erhielten eine Akutbehandlung. Nur etwa 4 % der Patientinnen und Patienten begannen erneut eine psychotherapeutische Behandlung in Form einer Kurzzeittherapie, rund 3 % in Form einer Langzeittherapie. Kurzzeittherapien mit sich anschließender Langzeittherapie wurden nur bei weniger als 1 % der Patientinnen und Patienten abgerechnet.

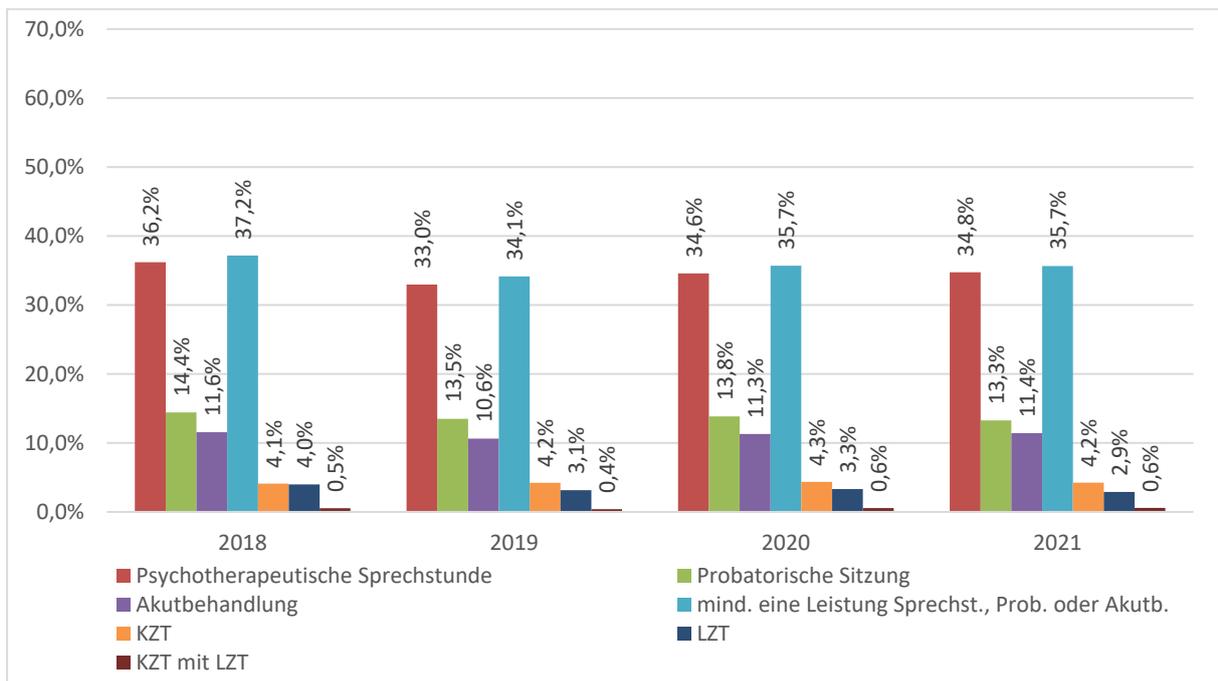
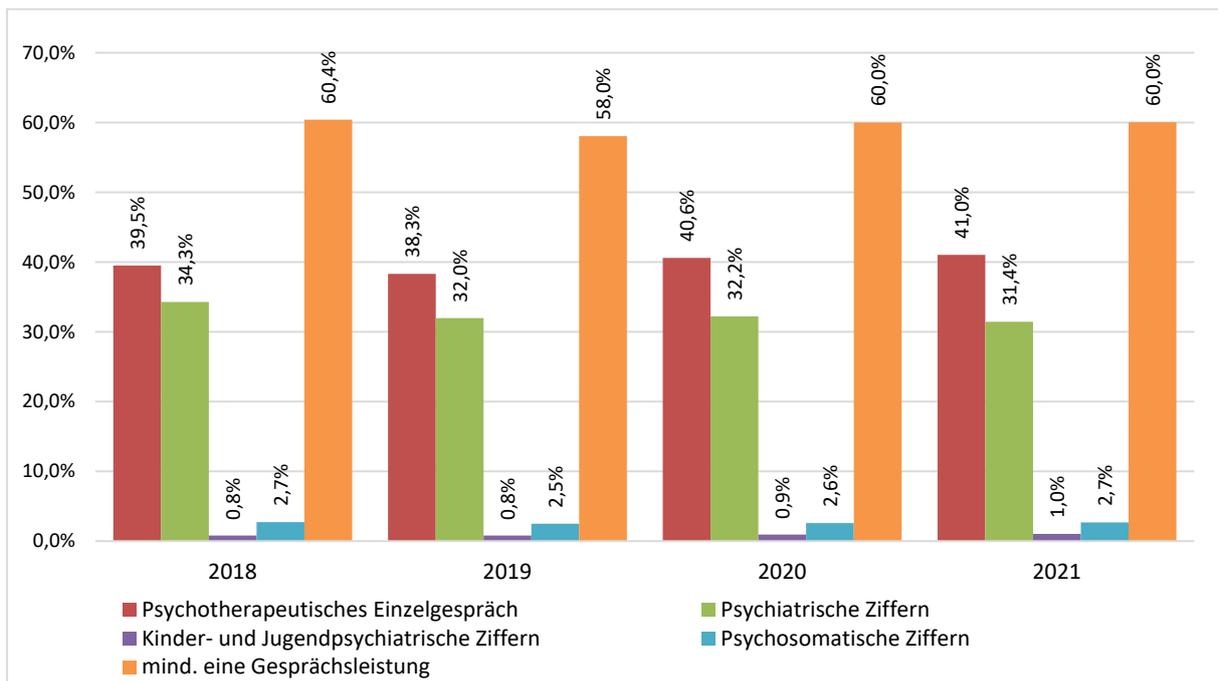


Abbildung 19 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung gemäß PT-RL bei Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich)

60 % der Personen aus der Kohorte 2021, die eine Rezidivprophylaxe in Anspruch nahmen, erhielten mindestens eine weitere Gesprächsleistung, unabhängig von der Art des Gesprächs. In der Kohorte 2021 wurde für 41 % der Personen ein Psychotherapeutisches Einzelgespräch und für rund 31 % der Personen eine psychiatrische Gesprächsziffer abgerechnet, kinder- und jugendpsychiatrische Gesprächsziffern und psychosomatische Gesprächsziffern wurden nur bei weniger als 3 % der Patientinnen und Patienten abgerechnet. Die Art der weiteren in Anspruch genommenen Leistungen ist im Vergleich der Kohorten relativ konstant.



*Abbildung 20 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung (Gesprächsleistungen) bei Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich)*

In der Kohorte 2021 wurde bei 30 % der Patientinnen und Patienten, die keine Rezidivprophylaxe erhielten, mindestens eine psychotherapeutische Sprechstunde, probatorische Sitzung oder Akutbehandlung abgerechnet. Mindestens eine Psychotherapeutische Sprechstunde wurde bei 28,5 % der Patientinnen und Patienten abgerechnet, etwa 12 % erhielten mindestens eine probatorische Sitzung und rund 8 % eine Akutbehandlung. Rund 5 % der Patientinnen und Patienten, die keine Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen haben, begannen eine erneute Psychotherapie in Form einer Kurzzeittherapie, 2,4 % in Form einer Langzeittherapie. Erneute Psychotherapieleistungen in Form von Kurzzeittherapie mit anschließender Langzeittherapie wurden für 1 % der Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe abgerechnet.

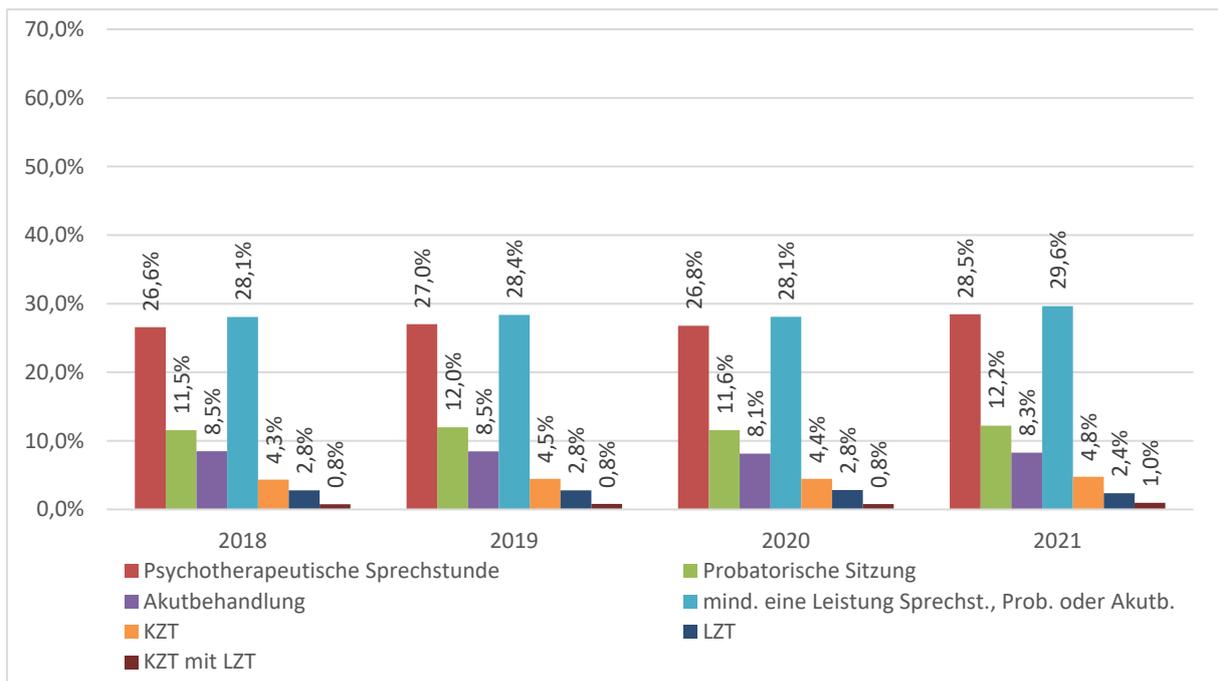


Abbildung 21 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung gemäß PT-RL bei Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich)

Für etwa 42 % der Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe wurde in der Kohorte 2021 eine Gesprächsleistung, unabhängig von der Art des Gesprächs, abgerechnet; rund 23 % der Patientinnen und Patienten nahmen ein psychotherapeutisches Einzelgespräch bzw. eine psychiatrische Gesprächsziffer in Anspruch. Kinder- und jugendpsychiatrische Gesprächsziffern sowie psychosomatische Gesprächsziffern wurden für rund 2 bzw. 3% der Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe abgerechnet. Im Vergleich der Kohorten 2018 und 2021 lässt sich eine leichte Zunahme der Inanspruchnahme von Gesprächsleistungen insgesamt von 38,4 auf 41,8 % beobachten.

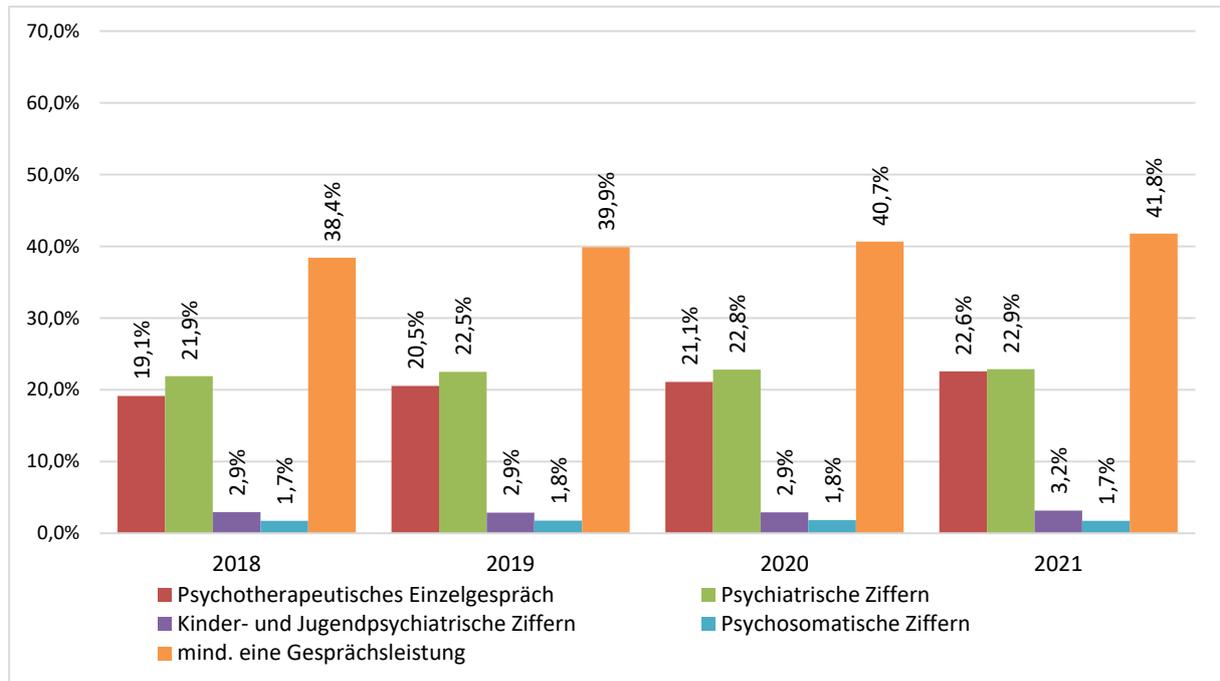


Abbildung 22 Inanspruchnahme mindestens einer weiteren Leistung (Gesprächsleistungen) bei Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe (Anteil der Patientinnen und Patienten, Inanspruchnahme mehrerer Leistungen möglich)

## 5 Diskussion

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Ergebnisse der Analysen zur Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe auf Basis von Informationen im Rahmen der Antragstellung und anhand von ambulanten Abrechnungsdaten dargestellt. Seit der Einführung der Rezidivprophylaxe im zweiten Quartal 2017 zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe; bis zum vierten Quartal 2023 ist der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe an allen Personen mit Langzeittherapie auf 7,2 % gestiegen.

Im Antrag auf Langzeittherapie sind Informationen zur Durchführung einer Rezidivprophylaxe anzugeben. Nur in etwa einem Drittel der Fälle wird bereits bei der Antragstellung von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten angegeben, dass eine Rezidivprophylaxe geplant bzw. nicht geplant ist; in zwei Drittel der Fälle ist dies bei der Antragstellung noch nicht absehbar. Es zeigen sich dabei zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Therapieverfahren: während in den Langzeittherapieanträgen für eine analytische Psychotherapie nur in 2,4 % der Fälle die Durchführung einer Rezidivprophylaxe bereits als geplant angegeben wurde, lag dieser Anteil im Bereich der Verhaltenstherapie bei 14,5 %. Ist bei Antragstellung eine Rezidivprophylaxe vorgesehen, wird diese verfahrensübergreifend nur in 36,0 % der Fälle auch tatsächlich abgerechnet; auch hier fällt der geringe Anteil der beantragten und tatsächlich abgerechneten Rezidivprophylaxen im Bereich der analytischen Psychotherapie auf (21,4 %). Dieser Unterschied in der Anwendung zwischen den Therapieverfahren könnte beispielsweise auf den unterschiedlichen Umfang der Therapiekontingente oder die inhaltliche Ausrichtung des Verfahrens und den damit assoziierten unterschiedlichen Therapieprozessen zurückzuführen sein. Auffällig erscheint in diesem Zusammenhang der sehr hohe Anteil an übermittelten Beendigungsmitteilungen vor einer Rezidivprophylaxe, da dieser mit rund 95 % sehr deutlich von der allgemeinen Übermittlung der Beendigung einer Richtlinien-therapie ab (vgl. § 21 Absatz 5 Satz 1 PT-V) abweicht; der allgemeine Anteil an Beendigungsmitteilungen einer Richtlinien-therapie liegt bei 55 – 60 % (Stand 2023). Es liegt die Vermutung nahe, dass die Praxisverwaltungssysteme bei der erstmaligen Abrechnung einer Rezidivprophylaxe einen stark regulierenden Einfluss auf die Endmitteilung haben.

Die ambulanten Abrechnungsdaten weisen ebenfalls auf den unterschiedlichen Einsatz von Rezidivprophylaxe in den verschiedenen Therapieverfahren hin. Während sich zum Beispiel in der analysierten Kohorte 2021 etwa 10 % der Patientinnen und Patienten in einer analytischen Langzeittherapie und ca. 55 % in einer verhaltenstherapeutischen Langzeittherapie befinden (Daten in diesem Bericht nicht abgebildet), nehmen nur rund 3 % der Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe diese im Rahmen einer analytischen Psychotherapie wahr, aber 69 % im Rahmen einer Verhaltenstherapie. Bemerkenswert erscheint auch die geringe Inanspruchnahme von Rezidivprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen; auch hier ist zwar eine stetige Zunahme zu beobachten, wenngleich auch auf niedrigerem Niveau als bei den Erwachsenen. Dies ist möglicherweise auf eine nicht vorhandene Chronifizierung der Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen zurückzuführen.

Es beginnen neun von zehn Patientinnen und Patienten noch im Quartal der letzten Langzeittherapieeinheit oder im Folgequartal mit der Rezidivprophylaxe. Es lässt sich zudem eine Tendenz zu einer kürzeren Dauer der Rezidivprophylaxe beobachten (2018 beendeten 45,5 % ihre Rezidivprophylaxe bis zum dritten Quartal nach der letzten Langzeittherapieeinheit, 2021 waren es 51,0 %), gleichzeitig beendet ein Anteil von 9-11 % der Personen die Rezidivprophylaxe erst am Ende des gesamt möglichen Zeitraums von zwei Jahren. Detaillierte Informationen zur Frequenz und Nutzung der Rezidivprophylaxe lassen sich aus den Analysen nicht ableiten.

Sowohl Patientinnen und Patienten, die eine Rezidivprophylaxe erhielten, als auch Patientinnen und Patienten ohne Rezidivprophylaxe nehmen häufig weitere Leistungen in Anspruch. Die Personen mit Rezidivprophylaxe erhalten dabei häufiger eine zusätzliche Gesprächsleistung; der Anteil der Personen mit erneuter Inanspruchnahme von Richtlinien-therapie ist in beiden Gruppen gering. Die Frage, ob Rezidivprophylaxe eher bei einem spezifischen Patienten-klientel zum Einsatz kommt, lässt sich mit den vorliegenden Analysen nicht beantworten.

## 6 Limitation

Die vorliegende Auswertung basiert auf zwei Datenquellen. Diese ermöglichen einen Überblick über die ursprüngliche Beantragung der Rezidivprophylaxe sowie der abgerechneten Inanspruchnahme, unterliegen jedoch verschiedenen Einschränkungen. Folgend dargestellte Einschränkungen ergeben sich durch die Datenquellen:

- Daten im Rahmen der Antragstellung: Die Daten stammen aus dem Formblatt PTV 2, das im Rahmen der Antragstellung (LZT Erstantrag, LZT Fortführung und LZT Umwandlung) an die jeweilige Krankenkasse übermittelt wird. Da die Entscheidung für oder gegen eine Rezidivprophylaxe oft erst im Therapieverlauf getroffen wird, können sich die Angaben in der Antragstellung und den späteren Abrechnungen unterscheiden. Diese Unstimmigkeit spiegelt sich in den erhobenen Daten wider. Dies zeigt sich auch in den längsschnittlich ausgewerteten Daten. Darüber hinaus stammen die Daten im Rahmen der Antragstellung nur von einer großen bundesweiten Krankenkasse. Unveröffentlichte Datenanalysen von Krankenkassen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung haben jedoch in der Vergangenheit gezeigt, dass die Ergebnisse vergleichbar sind. Trotz eines relativ großen Datensatzes bleibt unklar, ob die Versicherten dieser Krankenkasse ausreichend repräsentativ für die gesamte Versichertenpopulation in Deutschland sind.
- Abrechnungsdaten zur Inanspruchnahme: Abrechnungsdaten bieten einen quantitativen Überblick über die erbrachten Leistungen und geben keine Auskunft über die konkreten Inhalte der psychotherapeutischen Sitzungen. Dies trifft im Allgemeinen auf Abrechnungen psychotherapeutischer Leistungen zu, aber auch im Speziellen auf die hier ausgewerteten Abrechnungsdaten zur Rezidivprophylaxe. Es ist möglich, dass therapeutische Inhalte mit Bezug auf eine Rezidivprophylaxe im Rahmen einer ausschleichenden Psychotherapie (zum Beispiel durch niedrigere Therapiefrequenzen am Ende des Therapiekontingentes) erbracht werden, ohne dass diese als Rezidivprophylaxe abgerechnet werden. Dies kann zu einer Unterschätzung der abgerechneten Leistungen führen. Darüber hinaus ist es auch möglich, dass im Rahmen einer abgerechneten Rezidivprophylaxe sogar mehr Therapieeinheiten mit Inhalten bezüglich einer Rezidivprophylaxe benötigt werden und diese dann beispielsweise zusätzlich als Gesprächsleistungen abgerechnet werden. Auch dies könnte zu einer Unterschätzung der abgerechneten Leistungen der Rezidivprophylaxe führen. Diese Unsicherheit begrenzen die Aussagekraft der Abrechnungsdaten zur Evaluation der Rezidivprophylaxe.

Darüber hinaus ergeben sich spezifische Limitationen einzelner Auswertungen und zwar folgende:

- Bei der Auswertung der Daten differenziert nach Altersgruppen erfolgte eine unterschiedliche Zuordnung zu den Altersklassen. Während bei den Analysen bezüglich der Antragstellung (Kapitel 4.1) die Zuordnung über den Fachgruppenschlüssel der LANR erfolgte, wurde Zuordnung zu den Altersklassen in den Kohortenanalysen anhand des Alters der Patientinnen und Patienten sowie in der Transitionsphase anhand der Abrechnungsgruppe der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten.
- Bei der Berechnung der Anzahl der Folgequartale, in denen Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen wurde, ausgehend von dem Quartal, in dem die letzte Langzeittherapieeinheit stattfand (siehe Abbildung 11), wurden über 60% der Daten als „divers“ kodiert. Bei dieser Kategorie wird die Mehrzahl der Fälle zusammengefasst und nicht weiter differenziert. So wird beispielsweise nicht gesondert der Fall dargestellt, dass eine Therapie im „Q\_Index“-Quartal endet und die erste Sitzung der Rezidivprophylaxe erst im Quartal nach dem „Q\_Index“-Quartal abgerechnet wird (dies wäre dann als Q1 kodiert). Es bleibt also bei über 60% der Fälle unklar, wie genau die Abrechnung der

Folgequartale erfolgte und somit welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können.

- Bei der Auswertung zur Ausschöpfung der Kontingente (Anzahl der Leistungen Rezidivprophylaxe bei Patientinnen und Patienten mit Rezidivprophylaxe Abbildung 18) wurde nicht differenziert nach Personen mit einem Anspruch auf 8 Stunden Rezidivprophylaxe und 16 Stunden Rezidivprophylaxe (bzw. 10 und 20 Stunden Rezidivprophylaxe, siehe PT-RL §14 Absatz 3). Dadurch bleibt der Anteil der Personen unklar, die ihr Kontingent tatsächlich komplett ausschöpften.

Die vorliegenden Ergebnisse liefern insgesamt wertvolle Hinweise auf die Antragstellung und Inanspruchnahme der Rezidivprophylaxe im Rahmen von Langzeittherapien. Aufgrund der genannten Limitationen sollten die Interpretationen vorsichtig erfolgen. Um ein tiefergehendes Verständnis zur Anwendung der Rezidivprophylaxe zu gewinnen, die über die Antragstellung und Inanspruchnahme hinaus gehen, sind weitere Evaluationen mit qualitativen und quantitativen Primärdaten erforderlich.

## **7 Fazit**

Die Rezidivprophylaxe wurde im Zuge der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, um Maßnahmen zur Rückfallverhinderung auch nach dem Behandlungsende zu vermitteln und erproben. Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation zeigen, dass das Element der Rezidivprophylaxe Eingang in die psychotherapeutische Versorgung gefunden hat und die Inanspruchnahme seit Einführung stetig steigt (Ausnahme erstes Quartal Corona).

Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Rezidivprophylaxe ist die Beendigung der Langzeittherapie. Das Thema der Beendigung ist in allen Therapieverfahren relevant, wenngleich sich der Umgang damit verfahrensabhängig voneinander unterscheidet. So wird beispielsweise in der analytischen Psychotherapie anders als in der Verhaltenstherapie auch eine Beendigung der Therapie vorbereitet, jedoch seltener in Form einer Rezidivprophylaxe.

Die teils unterschiedlichen Analyseergebnisse weisen auf eine sehr differenzierte Nutzung der Rezidivprophylaxe hin. Rezidivprophylaxe im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie bietet, sofern sie erforderlich ist, die Möglichkeit, Maßnahmen zur Rückfallverhinderung auch nach dem Behandlungsende in einer niederfrequenten Phase zu vermitteln. Es wurde jedoch anhand der Ergebnisse nur bedingt ersichtlich, ob Rezidivprophylaxe in diesem Sinne Anwendung findet.