

1.2023

# DPTV Hintergrund

INFORMATION



Therapielängen  
bedarfsgerecht  
– Kurzzeittherapien  
überwiegen

März 2023



**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

Gebhard Hentschel, Ulrike Böker

# Therapielängen bedarfsgerecht – Kurzzeittherapien überwiegen

## 1. Hintergrund und Fragestellung

In Deutschland berichten 9,7 % der Erwachsenen, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Frauen (11,3 %) tun dies häufiger als Männer (8,1 %). Es zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein Anstieg der Inanspruchnahme bis in die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (13,4 % Frauen und 9,7 % Männer), die in den älteren Gruppen wieder stetig sinkt.<sup>1</sup> Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestätigen, dass 4 % der gesetzlich versicherten Personen in Deutschland in 2019 Kontakt zu einem/einer Psychotherapeut\*in hatten. Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie in 2017 reagierte auf die steigende Nachfrage ambulanter Psychotherapie und ermöglichte mehr Flexibilität in der Behandlung. Mit der Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde schaffte sie einen niedrighschwelligsten Zugang der Indikationsstellung und führte eine psychotherapeutische Akutbehandlung ein. Die zur Verfügung stehenden Behandlungskontingente werden in der Kurzzeittherapie (KZT) in 2 Einheiten, KZT 1 und KZT 2, unterteilt. Die Verlängerungsschritte der Langzeittherapie (LZT) werden zusammengefasst und durch eine Rezidivprophylaxe ergänzt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in einer Evaluation die Bedeutung der psychotherapeutischen Sprechstunde untersucht. Diese ermöglicht einen niedrighschwelligsten Zugang, eine orientierende und differentialdiagnostische Abklärung und eine Indikationsstellung sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention. Der Anteil der Patient\*innen, die nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde innerhalb eines Jahres weitere Richtlinien-Psychotherapie Leistungen im Sinne einer Fortbehandlung erhalten haben, pendelte sich ab 2018 bei etwas unter 60 % ein. Demnach haben 40 % nach der Sprechstunde keine weitere ambulante Psychotherapie erhalten. Die psychotherapeutische Sprechstunde erfüllt damit die gewollte Steuerungsfunktion in der Versorgung.<sup>2</sup>

Die hier vorgelegte Studie untersucht anhand von bundesweiten und kassenübergreifenden Abrechnungsdaten die ambulante Versorgung nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie aller erwachsenen gesetzlich versicherten Patient\*innen in Deutschland, die im Jahr 2018 eine Richtlinienpsychotherapie (RLPT)/Akutbehandlung begonnen haben.

Auf Grundlage der KBV-Daten ist es möglich, jede/n einzelne/n Patient\*in pseudonymisiert über den Beobachtungszeitraum nachzuverfolgen und damit Behandlungspfade darzustellen.

Folgenden Fragestellungen gehen wir nach:

- Welche Krankheitslast ist bei den Psychotherapie-Patient\*innen zu finden?
- Wird die Behandlungsdauer bzw. werden die verfahrensbezogenen Kontingente jeweils bedarfsgerecht indiziert?
- Welchen Anteil haben Kurzzeittherapie und Langzeittherapie in der Behandlung der Patient\*innen?

## 2. Methoden

### 2.1 Datengrundlage

Datengrundlage sind die bundesweiten ambulanten, kollektivvertraglichen Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2016 bis zum 4. Quartal 2021. Diese enthalten Informationen über Diagnosen gemäß ICD-10 GM und abgerechnete Leistungen auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). In dieser Datengrundlage ist jede in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Person mit mindestens einem Arztkontakt im vertragsärztlichen Bereich im entsprechenden Abrechnungszeitraum erfasst.

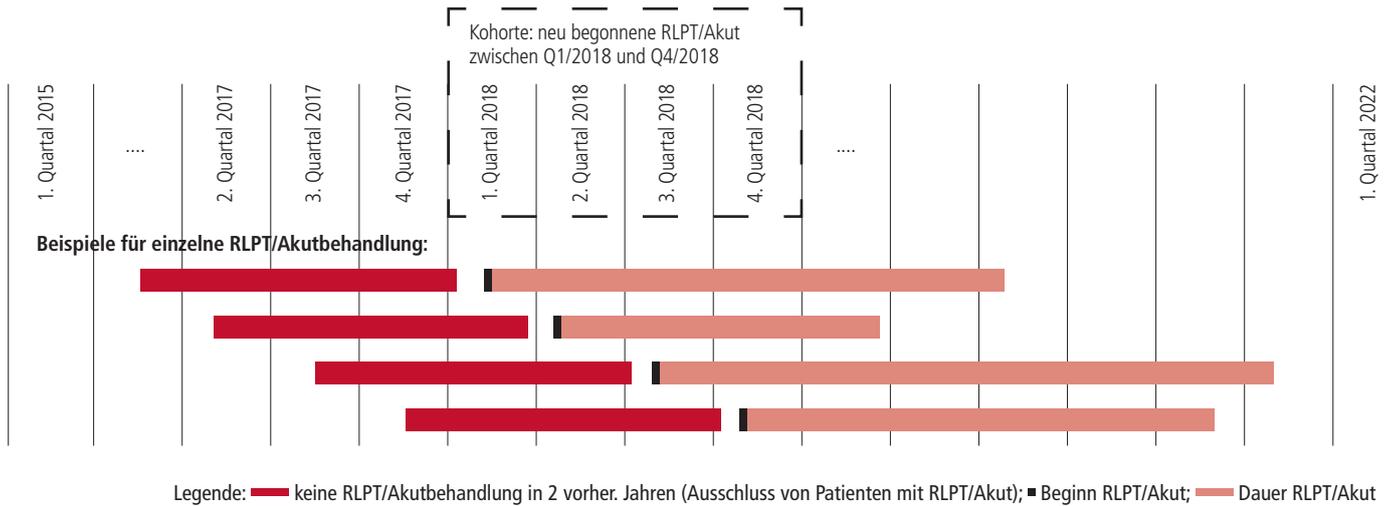
### 2.2 Bildung von Studienkohorten

Um den Verlauf einer Psychotherapie in jedem der Richtlinienverfahren abzubilden, wurden männliche und weibliche Patient\*innen im Alter von 18 bis einschließlich 80 Jahren betrachtet, die 2018 mindestens eine Leistung im Rahmen der RLPT im Einzelsetting und/oder eine Akutbehandlung erhielten (n=1.326.933). Das Quartal des individuellen Beginns einer RLPT/Akutbehandlung wird hier als Indexquartal bezeichnet. Um Patient\*innen in die Kohorte aufzunehmen, durfte mindestens acht Quartale vor dem Indexquartal keine RLPT/Akutbehandlung abgerechnet worden sein. Der Verlauf der Psychotherapie der so definierten Kohorte von 462.635 Patient\*innen wurde bis zum 4. Quartal 2021 verfolgt. Die psychotherapeutische Behandlung wurde über die abgerechneten Gebührenordnungspositionen im EBM, Einzeltherapien in einem der drei in 2018 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Richtlinienverfahren definiert. Die Leistungserbringenden Fachgruppen wurden dabei nicht differenziert. Es erfolgte der Ausschluss von 19- bis 21-jährigen Patient\*innen, die sich in der Behandlung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen befanden. Eine RLPT/Akutbehandlung wurde als beendet gewertet, wenn in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen keine entsprechenden Leistungen mehr abgerechnet wurden. Zum Auswertungszeitpunkt wurde eine RLPT/Akutbehandlung also maximal bis zum 2. Quartal 2021 abgerechnet.

<sup>1</sup> Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE, Prütz F, Thom J: Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. Journal of Health Monitoring 2017; Vol. 2, 4.

<sup>2</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss – Unterausschuss Psychotherapie: Evaluation der Regelung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 42 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie. [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5193/2016-06-16\\_2016-11-24\\_PT-RL\\_Aenderung\\_Strukturreform-amb-PT\\_konsolidiert\\_Evaluation-PT-Sprechstunde.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5193/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_konsolidiert_Evaluation-PT-Sprechstunde.pdf) (last accessed on 9. November 2021)

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Aufgreifkriterien – Kohorte 2018



### 2.3 Referenzstudie

Multmeier et al hatten bereits 2014 weit vor der Richtlinienreform eine ähnliche Studie auf Basis von ambulant vertragsärztlichen Abrechnungsdaten durchgeführt. Der Fokus lag auf den Behandlungspfaden, der Ausschöpfung der Kontingente sowie der Annäherung an Gesamttherapielängen. Die damalige Kohorte umfasste alle Patient\*innen ohne Altersgrenze, die 2009 eine Therapie begonnen hatten (Kriterium: keine psychotherapeutischen Leistungen in 2008) und diese beendet hatten im 3. Quartal 2012 (Kriterium: keine psychotherapeutischen Leistungen mehr im 4. Quartal 2012).<sup>3</sup>

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

2018 begannen 319.608 Frauen (69,1 %) und 143.027 Männer (30,9 %) eine RLPT/Akutbehandlung. Das Durchschnittsalter der Patient\*innen betrug im Indexquartal 44 Jahre mit einer Standardabweichung von 13,6 Jahren. Die Hälfte der Patienten\*innen hatte ein Alter zwischen 19 und 43 Jahren bei Beginn der RLPT/Akutbehandlung (Median 44 Jahre). (S. Abb. 2)

### 3.2 Anzahl unterschiedlicher F-Diagnosen

Für Patient\*innen der Kohorte wurden gesicherte F-Diagnosen in unterschiedlicher Zahl dokumentiert. Bei einer vierstelligen Kodierung wurden bei ca. einem Sechstel (n=62.629) der Patient\*innen eine F-Diagnose kodiert, bei einem weiteren Sechstel (n=87.010) zwei F-Diagnosen, bei einem weiteren Sechstel (n=83.820) drei F-Diagnosen und bei der Hälfte der Patient\*innen (n=228.216) vier und mehr F-Diagnosen. (S. Abb. 3)

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsverteilung der Kohorte

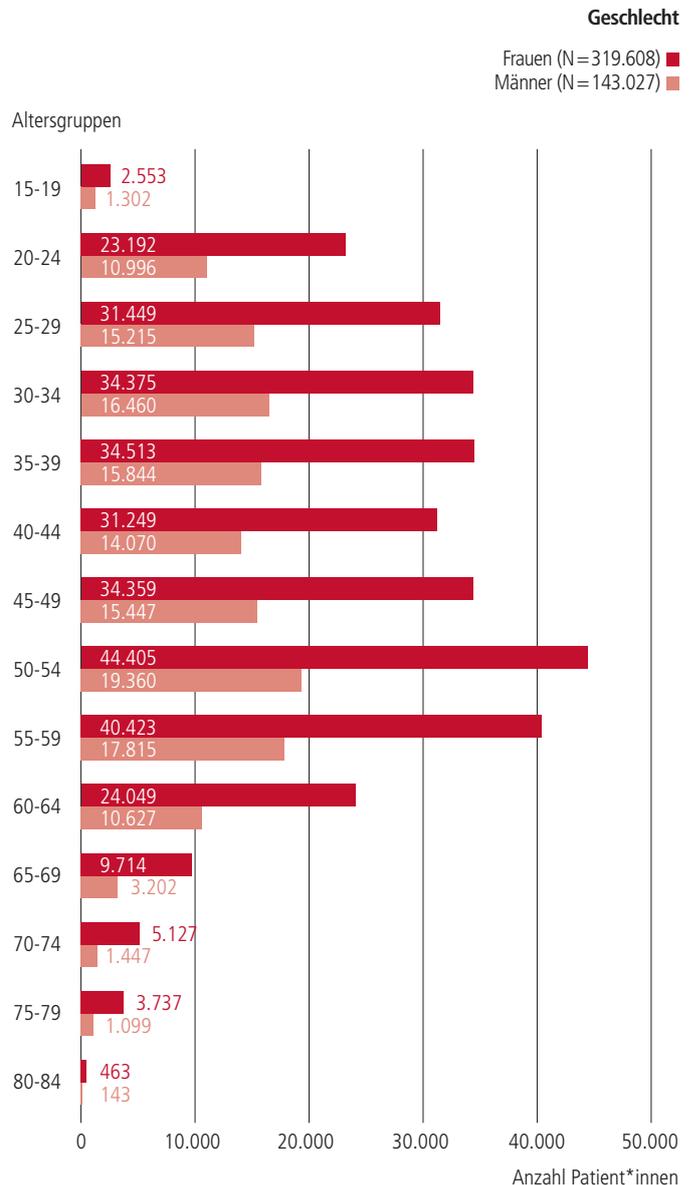
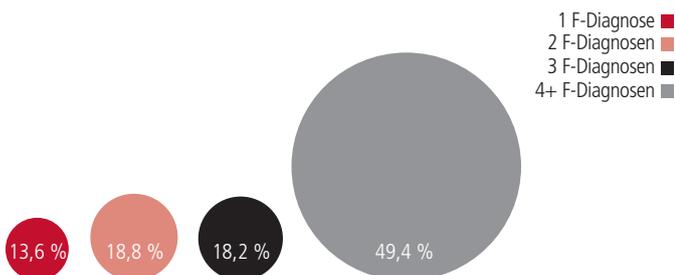
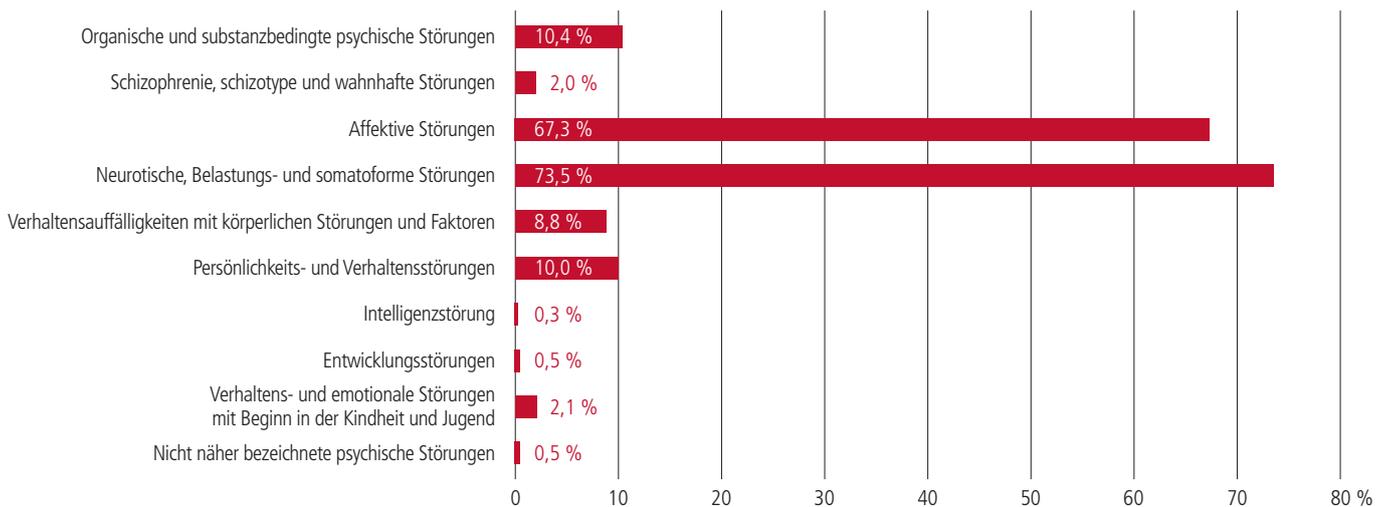


Abbildung 3: Anzahl unterschiedlicher gesicherter F-Diagnosen



<sup>3</sup> Multmeier J, Tenckhoff B: Psychotherapeutische Versorgung: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Deutsches Ärzteblatt PP 2014; 13: 110-112.

Abbildung 4: F-Diagnosen



Anmerkung: Anteil der Patientenkohorte in Prozent

### 3.3 Häufigkeiten der gesicherten Diagnosen

Die fünf häufigsten gesicherten Diagnosen der Patient\*innenkohorte waren Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, ICD-10 Kapitel F40- F48 (73,5 %), affektive Störungen, ICD-10 Kapitel F30-F39 (67,3 %), Organische und substanzbedingte psychische Störungen ICD-Kapitel F10-F19 (10,4 %), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, ICD-10 Kapitel F6 (10 %) und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, ICD-10 Kapitel F5 (8,8 %). Eine gesicherte Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10 Kapitel F2, wurde bei 2 % der Patient\*innen der Kohorte dokumentiert. (S. Abb. 4)

### 3.4. Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Sprechstunden und Probatorik

93 % (n=430.061) der Patient\*innen erhielten den Zugang zur PT über eine psychotherapeutische Sprechstunde. Die Patient\*innen erhielten vor Beginn einer Richtlinientherapie oder Akutbehandlung im Durchschnitt 5,97 Sprechstunden (25-Minuten-Einheiten) und/oder im Durchschnitt 3,1 probatorische Sitzungen (50-Minuten-Einheiten). Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen erstreckten sich jeweils über einen Zeitraum von durchschnittlich 1,3 Quartalen. 74,1 % der Patient\*innen nahmen diese Leistungen bei einem/einer Psychotherapeut\*in, 18,7 % bei 2 Psychotherapeut\*innen, 4,8 % bei 3 Psychotherapeut\*innen, 1,4 % bei 4 Psychotherapeut\*innen, 0,9 % bei 5 oder mehr Psychotherapeut\*innen in Anspruch.

### 3.5 Fachgruppen und Verfahren der Behandelnden

Insgesamt waren 33.220 Psychotherapeut\*innen an den Behandlungen beteiligt. 71,1 % der Behandelnden waren Psychologische Psychotherapeut\*innen, 12,7 % Ärztliche Psychotherapeut\*innen, 7,4 % Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 8,8 % gehörten weiteren Fachgruppen an. Patient\*innen können im Lauf der Behandlung mehrere Fachgruppen in Anspruch nehmen.

31,8 % der Behandelnden erbrachten Leistungen einer Akutbehandlung, 55,4 % erbrachten Leistungen eine Verhaltenstherapie (VT), 45,6 % einer Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), 13,5 % einer Analytische Psychotherapie (AP) und 40,2 % erbrachten Leistungen mehrerer Verfahren, wie z.B. TP und AP oder Akutbehandlung in Kombination mit einem Verfahren.

### 3.6 Zuordnung der Patient\*innen zu den Verfahren

In der Kohorte wurde bei 10 % der Patient\*innen ausschließlich eine Akutbehandlung erbracht (n=46.177), 53,3 % erhielten Leistungen einer VT (n=246.789), 31,7 % erhielten Leistungen einer TP (n=146.657), und 2,9 % Leistungen einer AP (n=13.368). 2,1 % der Patient\*innen erhielten Sitzungen aus TP und VT oder aus AP und VT (n=9.644).

### 3.7 Therapielängen

Bei der Betrachtung der Gesamtbehandlungsdauer wurden bei Patient\*innen, die zunächst eine Akutbehandlung erhielten und dann eine RLPT, die Sitzungen der Akutbehandlung dem nachfolgenden Verfahren zugeordnet. Zwei Einheiten Akutbehandlung (eine Einheit beträgt 25 Minuten) wurden dabei analog der Dauer einer genehmigungspflichtigen Einzelsitzung zusammengefasst zu einer Behandlungseinheit von 50 Minuten. Außerdem wurden bei Patient\*innen, bei denen zunächst eine TP und im Anschluss eine AP erbracht wurde, alle Sitzungen der AP zugeordnet, die Gesamttherapie wurde also als AP definiert.

Im Folgenden werden ausschließlich die im Beobachtungszeitraum beendeten Psychotherapien betrachtet, das sind 82,1 % der Patient\*innen (n=379.704). Per Definition sind das die Verläufe solcher Patient\*innen, die im dritten und vierten Quartal 2021 keine Akutbehandlung/RLPT mehr in Anspruch genommen haben.

Die beendeten Therapien umfassten bei ausschließlicher Akutbehandlung 42.932 Patient\*innen. 93 % dieser Behandlungsform wurde innerhalb des Beobachtungszeitraums beendet, mit im Schnitt 6,4 Einheiten von 50 Minuten innerhalb von 2,5 Quartalen.

Bei der VT umfassten die beendeten Therapien 206.135 Patient\*innen (83,5 % aller VT-Therapien). Bei der TP wurden 119.838 Therapien (81,7 % aller TP-Therapien) und bei der AP wurden 6.885 Therapien (51,5 % aller AP-Therapien) beendet.

In dieser Teilkohorte der beendeten Therapien lag die Behandlungsdauer in der antragspflichtigen Richtlinien­therapie ohne vorherige psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik bei den verschiedenen Therapieformen im Schnitt zwischen 5,6 Quartalen (VT und TP) und 6,4 Quartalen (AP). Es zeigten sich hier keine großen Unterschiede in der Therapielänge. Beendete Therapien umfassten im Schnitt bei VT 24 Sitzungen und bei TP 26,5 Sitzungen. Bei der AP lag der Schnitt mit 73 Sitzungen deutlich höher. Anzumerken ist, dass es für den Einbezug eines Quartals reicht, wenn nur eine Leistung darin abgerechnet wurde – die Länge der Behandlung muss also nicht das gesamte einbezogene Quartal umfassen.

### 3.8 Ausschöpfung der Kontingente

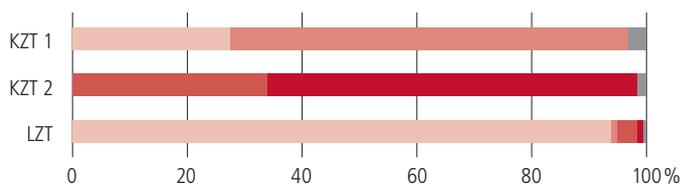
Betrachtet man die Ausschöpfung der Kontingente bei den beendeten Therapien, dann ergibt sich folgendes Bild: In der VT und TP wurden bei jeweils 27 % aller Patient\*innen die Therapie vor dem Maximum des Kontingents der KZT 1 beendet, bei der AP war das bei 21 % der Patient\*innen der Fall. Wurde die Therapie in eine KZT 2 überführt, dann beendeten bei diesen Patient\*innen in der VT 34 %, in der TP 30 % und in der AP 24 % die Therapie unterhalb des Maximums des Kontingents. Bei den darüber hinausgehenden Langzeittherapien LZT endete die überwiegende Mehrzahl unterhalb des Maximums des ersten Kontingents der LZT (VT 94 %, TP 68 %, AP 79 %). Die Anzahl der Therapien, die über das erste Kontingent der LZT hinausgingen, war insbesondere in der VT gering. (S. Abb. 5-7)

Bei der VT benötigten 21,7 % der Patient\*innen eine Langzeittherapie, bei der TP waren es 21,9 % und bei der AP 58 %.

Über alle Verfahren betrachtet kann festgestellt werden, dass in der Teilkohorte der beendeten Therapien 30 % bis zur 12. Sitzung abgeschlossen wurden (hierbei sind auch ausschließliche Akutbehandlungen inbegriffen) und 47 % bis zur 24. Sitzung. 23 % der Patient\*innen benötigten eine LZT.

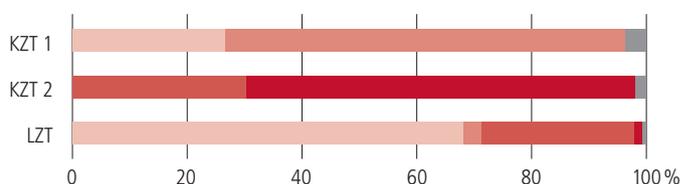
Es ist zu beachten, dass der Beobachtungszeitraum maximal 16 Quartale umfasst und je nach Verfahren ein unterschiedlich hoher Anteil der Therapien am Ende des Beobachtungszeitraums noch nicht abgeschlossen war. Bei der VT und TP waren etwa 20 %, bei der AP 48,5 % aller Therapien noch nicht abgeschlossen. Als abgeschlossen gelten Therapien, bei denen in zwei Quartalen in Folge keine Leistungen mehr in Anspruch genommen wurden. Außerdem ist zu beachten, dass die Rezidivprophylaxe bei Ausschöpfung der Kontingente nicht mitgezählt wurde.<sup>4</sup>

Abbildung 5: Ausschöpfung der Kontingente VT



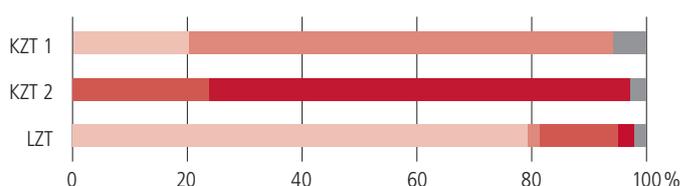
n=206.082	KZT 1	KZT 2	LZT
1. Kontingent (unterhalb des Maximums)	27,5 %	0,0 %	93,8 %
Maximum des 1. Kontingents	69,4 %	0,0 %	1,0 %
2. Kontingent (unterhalb des Maximums)	0,0 %	34,0 %	3,6 %
Maximum des 2. Kontingents	0,0 %	64,5 %	1,1 %
weitere Sitzungen	3,2 %	1,5 %	0,4 %

Abbildung 6: Ausschöpfung der Kontingente TP



n=119.784	KZT 1	KZT 2	LZT
1. Kontingent (unterhalb des Maximums)	26,7 %	0,0 %	68,0 %
Maximum des 1. Kontingents	69,7 %	0,0 %	3,2 %
2. Kontingent (unterhalb des Maximums)	0,0 %	30,2 %	26,7 %
Maximum des 2. Kontingents	0,0 %	67,9 %	1,4 %
weitere Sitzungen	3,6 %	1,9 %	0,6 %

Abbildung 7: Ausschöpfung der Kontingente AP



n=6.884	KZT 1	KZT 2	LZT
1. Kontingent (unterhalb des Maximums)	21,2 %	0,0 %	79,4 %
Maximum des 1. Kontingents	73,0 %	0,0 %	2,1 %
2. Kontingent (unterhalb des Maximums)	0,0 %	23,7 %	13,7 %
Maximum des 2. Kontingents	0,0 %	73,5 %	2,8 %
weitere Sitzungen	5,8 %	2,8 %	2,0 %

<sup>4</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung: Psychotherapie für Erwachsene: Kontingente und Bewilligungsschritte. [https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie\\_Uebersicht\\_Erwachsene.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Erwachsene.pdf) (last accessed on 2. Januar 2022)

### 3.9 Gesamttherapielängen

Folgende Schaubilder stellen die Gesamttherapielängen bei den beendeten Therapien in den unterschiedlichen Verfahren dar. Hier zeigt sich nochmals sehr deutlich, dass die wenigsten Therapien über das Kontingent einer KZT 1 und KZT 2 von insgesamt 24 Sitzungen hinausgehen. (S. Abb. 8-10)

Abbildung 8: VT – Gesamttherapielänge

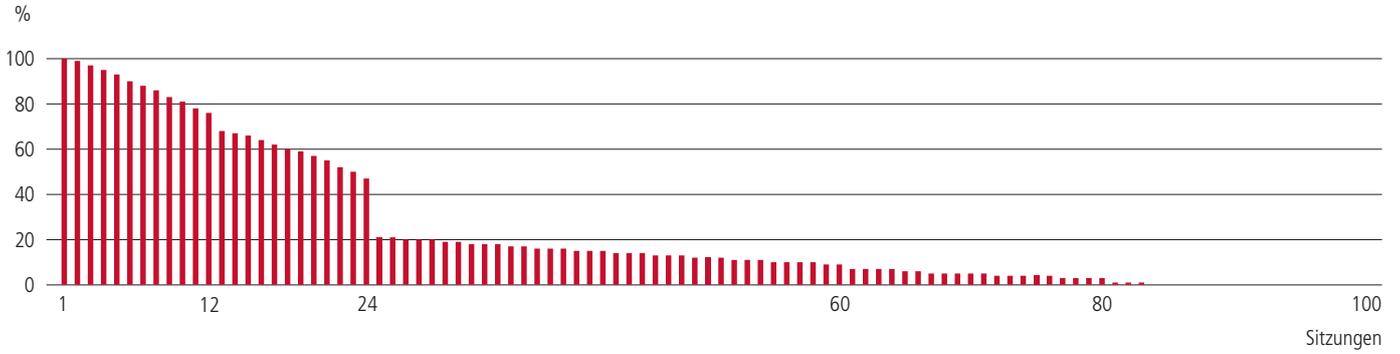


Abbildung 9: TP – Gesamttherapielänge

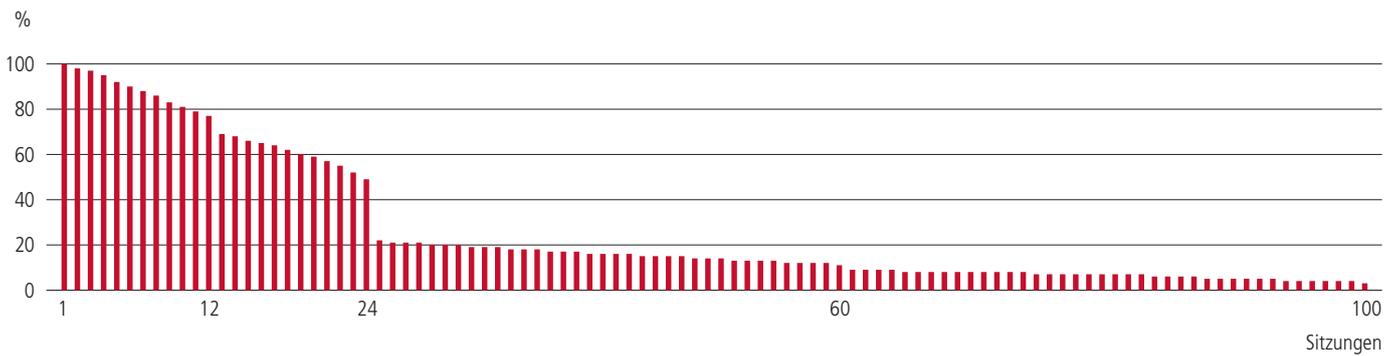
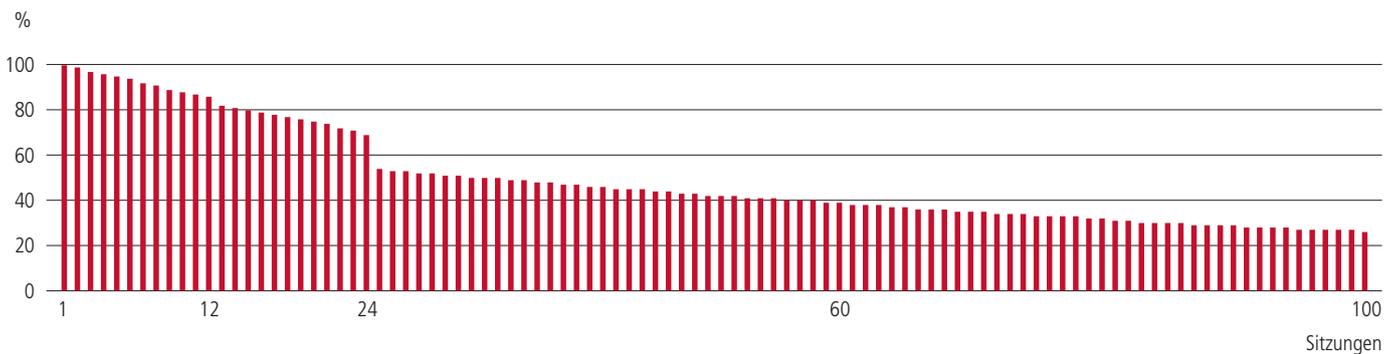


Abbildung 10: AP – Gesamttherapielänge



### 3.10 Kosten

In 2018 beträgt die Vergütung für eine genehmigungspflichtige Einzelsitzung 89,60 Euro, 2022 waren es 103,87 Euro. Zwei Einheiten Akutbehandlung oder zwei Einheiten psychotherapeutische Sprechstunde erbringen dasselbe Honorar. Hinzu kommen je nach Auslastung der Praxis die anteiligen Strukturzuschläge.

## 4. Diskussion und Zusammenfassung

- Die Krankheitslast der Patient\*innen in Psychotherapie ist hoch. Bei 49 % der Patient\*innen sind vier und mehr gesicherte Diagnosen aus dem F-Kapitel dokumentiert, bei 37 % sind es zwei oder drei Diagnosen. Komorbidität ist also die Regel.
- Patient\*innen nehmen zu 74 % nur eine\*n Psychotherapeuten\*in in Anspruch, der/die dann auch die nachfolgende Behandlung durchführt. Damit ist in den allermeisten Fällen bereits mit Beginn der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Kontinuität des Behandelnden und der Behandlung auf Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung gegeben.
- Die psychotherapeutische Sprechstunde wird bei anschließender Psychotherapie mit im Schnitt sechsmal 25 Minuten eingesetzt. Diese werden in der Regel in 50-Minuten-Einheiten angeboten. Vor Beginn einer Behandlung findet also eine umfangreich diagnostische Abklärung und Indikationsstellung statt.
- Vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie folgen im Durchschnitt drei probatorische Sitzungen.
- 30 % der zum Zeitpunkt der Auswertung beendeten Therapien enden innerhalb des Kontingents der KZT 1 oder als Akutbehandlung. Weitere 47 % der Therapien enden innerhalb des Kontingents der KZT 2. Damit wird der überwiegende Teil der Behandlungen (77 %) in Form einer Kurzzeittherapie von maximal 24 Sitzungen erbracht. Der Vorwurf, dass zu lange behandelt wird, ist hier eindeutig widerlegt.
- Es gibt keine regelhafte Ausschöpfung der Kontingente, genehmigte Behandlungsstunden werden individuell eingesetzt. Psychotherapeut\*innen indizieren differenziert und behandeln nur so lange, wie dies notwendig ist.
- Die Zerteilung der Kurzzeittherapie in jeweils zwölf Einheiten bewirkt eine gewisse Fokussierung. Ein nicht unerheblicher Teil der Therapien wird innerhalb des ersten Kontingents abgeschlossen.
- Die Ergebnisse bestätigen die Vorgänger-Studie von Multmeier et al. Damals wie heute werden die Therapielängen differenziert und bedarfsgerecht indiziert, und es findet keine regelhafte Ausschöpfung der Kontingente statt. Auch bei Multmeier wurde der überwiegende Anteil der Therapie innerhalb der bis 2017 geltenden, 25 Sitzungen umfassenden KZT abgeschlossen (VT 70 % und TP 71 %).
- Analytische Therapie wird damals wie heute nur bei einem sehr geringen Teil der Patient\*innen indiziert und durchgeführt (2,9 %). Auch hier wird also passgenau und sorgfältig mit den begrenzten Ressourcen umgegangen.
- 82,1 % der Behandlungen waren im Beobachtungszeitraum abgeschlossen worden. Um verlässliche Aussagen über sämtliche einbezogene Therapien treffen zu können, bedarf es einer weiteren Analyse in ein bis zwei Jahren.

Wir danken der KBV für die Bereitstellung der für die Studie notwendigen Zahlen und Auswertungen.

---

### Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Bundesvorsitzender der DPTV, Stellvertretender Vorsitzender der DPTV Westfalen-Lippe. Mitglied der Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe und der KBV, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Westfalen-Lippe und der KBV, Stellvertretendes Mitglied des Bewertungsausschusses, Delegierter der Kammerversammlung NRW und Delegierter des Deutschen Psychotherapeutentages.

### Ulrike Böker

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Reutlingen. Kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp, Stellvertretende Vorsitzende des bvvp-Baden-Württemberg. Mitglied der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg und der KBV, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Baden-Württemberg und der KBV, Stellvertretendes Mitglied des Bewertungsausschusses, Mitglied der Kammerversammlung Baden-Württemberg und Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages.