



MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University
Masterarbeit

Abschlussarbeit für das Masterstudium klinische Psychologie und Psychotherapie

Titel:

Entwicklung und Prognose der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in
Deutschland auf der Grundlage von Angaben angehender Psychotherapeuten und
Psychotherapeutinnen

Vorgelegt von: Johan Falke
Matrikelnummer: 162601057
Johanfalke91@gmx.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell
Zweitgutachter: Dr. Rüdiger Nübling

Hamburg, den 23.08.2018

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Bearbeitung meiner Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Allen voran möchte ich mich bei meinem Zweitgutachter Herrn Dr. Rüdiger Nübling (LBtK Baden-Württemberg) für eine engagierte fachliche Unterstützung und stets zeitnahe Rückmeldung an kritischen Punkten bedanken.

Weiter gebührt mein Dank den 146 Studenten, die sich die Zeit genommen haben, meinen Fragebogen auszufüllen und durch ihr Engagement dazu beigetragen haben, eine Prognose der Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgungssituation abzubilden.

Ferner bedanken möchte ich mich bei:

- Herrn Dr. Johannes Klein-Heißling (BPtK) für diverse Literaturhinweise und Herstellung von Kontakten
- Frau Ellen Van der Staal (KBV) für die Aufbereitung von nicht veröffentlichten Daten zur Verteilung der Psychotherapeuten bezüglich des Fachkundenachweises
- Herrn Hannes Munz (KBV) ebenfalls für die Bereitstellung von Daten aus dem Bundesarztregister
- Herrn Ulrich Scherer (IMPP) für das Angebot, mir Daten über abgelegte Approbationsprüfungen zu übermitteln, die in der vorliegenden Arbeit aus zeitlichen Gründen jedoch leider nicht berücksichtigt werden konnten
- Herrn Prof Dr. Cord Benecke (Universität Kassel) für das Bereitstellen der Liste der psychologischen Fachschaften in Deutschland
- Meinem Vater Manfred Falke für anregende Diskussionen und fachliche Beratung
- Paula Falke, Jakob Falke und Anke Herzer-Falke für Korrekturlesen, kritische Einwände und aufmunternde Worte

Abstract

Hintergrund

Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte um die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland und ausgehend von der aktuellen Datenlage wird versucht, eine Prognose über die zukünftige Entwicklung der ambulanten Psychotherapie aufzustellen. Im Fokus der Betrachtung stehen dabei die Pläne und Bedürfnisse der angehenden Psychotherapeuten¹ und die Auswirkungen, die diese auf die therapeutische Versorgungssituation haben können.

Methodik

Es wurde eine Online-Umfrage an Studierende geschickt, die aktuell in Deutschland in einem Masterstudiengang immatrikuliert sind, der sie für die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befähigt. Für die Datenanalyse wurde vorwiegend deskriptive Statistik sowie an geeigneten Stellen Mittelwertvergleiche (t-Test für unabhängige Stichproben) angewandt.

Ergebnisse & Diskussion

Verfahrensvielfalt: Der Trend zur Monopolisierung der Verhaltenstherapie an den Universitäten und im psychotherapeutischen System schreitet voran. Die Wahl des Fachkundenachweises zeigt dabei eine Kohärenz zu den Lehrinhalten im Studium. Studenten von öffentlichen Universitäten, an denen die VT dominant ist, streben signifikant häufiger eine verhaltenstherapeutische Ausbildung an als Studierende der MSH Medical School Hamburg, an der alle Therapieschulen nahezu gleichwertig gelehrt werden. Der Fortbestand der analytischen Psychotherapie hingegen ist als gefährdet einzuschätzen. Diese wird, selbst wenn sie einen ähnlichen Anteil an der Lehre hat, nur von einem sehr geringen Anteil als Vertiefungsrichtung gewählt.

KV-Zulassung: Die hälftige KV-Zulassung stellt das Zukunftskonzept der ambulanten Psychotherapie dar. In der vorliegenden Stichprobe wird deutlich, dass die nächste Generation an Psychotherapeuten großen Wert auf Flexibilität in ihrer Lebensplanung legt und dass eine relativ große Unsicherheit bezüglich ihrer Berufswahl herrscht. Das Konzept der halben Zulassungen stellt dabei eine Möglichkeit dar, die dem Wunsch nach Flexibilität am ehesten gerecht werden kann und daher von vielen angestrebt wird. Hinzu kommt, dass die Behandlungskapazität durch einen Anstieg der hälftigen Zulassungen jährlich um ca. 2% erhöht werden kann.

¹ Ein Hinweis vorab: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen, außer an Stellen an denen eine explizite Trennung vorgenommen wird, gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Hintergrund.....	4
2.1 Aktuelle Debatte um die Versorgungssituation	4
2.2 An der Versorgung teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten	9
2.2.1 Geschlechter- und Altersverteilung.....	11
2.2.2 Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung	13
2.3 Verfahrensvielfalt	17
2.4 Arbeitszeiten	25
2.5 Kassensystem.....	31
3. Zielsetzung und Fragestellung.....	38
4. Methodik	40
4.1 Online-Fragebogen	40
4.2 Durchführung	41
4.3 Datenauswertung.....	42
5. Ergebnisse.....	43
5.1 Rücklauf / Repräsentativität	43
5.2 Beschreibung der Stichprobe	44
5.3 Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten	46
5.4 Therapieschulen.....	47
5.5 KV-Zulassung	50
5.6 Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung	51
5.7 Arbeitszeiten	53
5.8 Studieninhalte	56
5.8.1 Freitextantworten zur Lehre im Studium.....	60
5.9 Exkurs: Simulation der Versorgungssituation durch Anstieg der halben Sitze	62
6. Zusammenfassung und Diskussion	67
7. Fazit & Ausblick	78

8. Literaturverzeichnis.....	81
Anhang A: Faktenblatt Thema: Ambulante Versorgung – Bedarfsplanung 22.09.2017, Pressestelle GKV-Spitzenverband (Pressestelle GKV-Spitzenverband, 2017)	86
Anhang B: An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2015a, 2016a, 2017a)	93
Anhang C: Überschneidung der Therapieverfahren bei KV-Zulassung, volle oder 50%-Zulassung; Mehrfachantworten möglich; nges=1712, n=25 Mitglieder ohne Angabe; Schematische Darstellung. (Nübling et al., 2014b).....	95
Anhang D: Arbeitszeiten; Vergleich hinsichtlich Geschlecht, nur Psychotherapeuten mit 100%-KV-Zulassung (KVPT); $n_{max}=1452$; t-Test für unabhängige Stichproben (Nübling et al., 2014b)	96
Anhang E: Liste der Psychologiefachschaften in der BRD	97
Anhang F: Fragebogen.....	99
Anhang G: Antrag auf Ruhen der Zulassung gem. §26 Ärzte-ZV (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO), 2018)	103
Anhang H: Freitextantworten	106
Anhang I: Arbeitszeiten; Vergleich Psychotherapeuten (PTs) mit KV-Zulassung vs. Psycho-therapeuten in „freier“ Praxis (Nübling et al., 2014b)	124
Anhang J: Eigenständigkeitserklärung	125

Abkürzungsverzeichnis

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
PT	Psychotherapeut
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
PP	Psychologische Psychotherapeuten
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
AP	Analytische Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie
ST	Systemische Therapie
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
KE	Kostenerstattung
SGB	Sozialgesetzbuch
TSS	Terminservicestellen
DPTV	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PA	Psychotherapieausbildung
PIA	Psychotherapeuten in Ausbildung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anzahl bzw. Entwicklung psychologischer Psychotherapeuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2018a).....	10
Abbildung 2	Entwicklung des Durchschnittsalters der Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten und der weiteren Ärzteguppen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013, 2014, 2015b, 2016b, 2017b).....	12
Abbildung 3	Anteil weiblicher Psychotherapeutinnen bzw. männlicher Psychotherapeuten an der Gesamtanzahl der Kammermitglieder der Bundespsychotherapeutenkammer; nach Altersgruppen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017).....	13
Abbildung 4	Entwicklung der Anzahl an psychologischen Psychotherapeuten mit hälftigem und vollem Versorgungsauftrag (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013, 2014, 2015b, 2016b, 2017b)	16
Abbildung 5	Entwicklung der an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden psychologische Psychotherapeuten (PP + KJP) mit ihren Richtlinien-Verfahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2015a, 2016a, 2017a; Nübling et al., 2014b)	20
Abbildung 6	Verteilung der vornehmlichen Vertretung eines Therapieverfahrens in Abhängigkeit der Studienländer über Hochschularten hinweg	23
Abbildung 7	Basale Direktausbildung zum PP bzw. KJP	25
Abbildung 8	Durchschnittliche normalerweise geleistete Arbeitszeit vollzeitbeschäftigter Frauen und Männer nach Qualifikation in Deutschland 2001-2012, in Stunden pro Woche (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung, 2015).....	28
Abbildung 9	Geschlechterverteilung (n = 146).....	44
Abbildung 10	Altersverteilung (n = 146).....	44
Abbildung 11	Plan die PT-Ausbildung zu absolvieren (in %); n _{ges} =146	46
Abbildung 12	Zeitpunkt zum Start der PT-Ausbildung (in %); n _{PIA} =127	46
Abbildung 13	Gründe, keine PT-Ausbildung zu machen; n _{keine_PIA} =39	47
Abbildung 14	Fachrichtungen der geplanten PT-Ausbildung; n _{PIA} =127.....	48
Abbildung 15	Fachrichtungen der geplanten PT-Ausbildung nach Hochschulart; n _{PIA} =127	49
Abbildung 16	Plan eine eigene Praxis zu führen; n _{PIA} =127	50

Abbildung 17 Plan eine KV-Zulassung zu erwerben; n _{PIAs} =127.....	50
Abbildung 18 KV-Zulassung, voll oder hälftig; n _{Zulassung} =114	51
Abbildung 19 Gründe für eine 50%-Zulassung; n _{50%} =76	51
Abbildung 20 Interesse als Psychotherapeut in freier Praxis tätig zu sein; n _{PIAs} =12752	
Abbildung 21 Gründe für das Interesse als Psychotherapeut in freier Praxis tätig zu sein; n _{FPTs} =97	53
Abbildung 22 Durchschnittlich geplante Wochenarbeitszeit in Stunden; PIAs und nach Geschlechtergruppen; n _{PIAs} =127, n _{weiblich} =115, n _{männlich} =12	55
Abbildung 23 Durchschnittlich geplante Jahresarbeitszeit in Wochen; PIAs und nach Geschlechtergruppen; n _{PIAs} =127, n _{weiblich} =115, n _{männlich} =12	55
Abbildung 24 Am meisten behandelte Therapieschulen im Studium; n _{ges} =146	56
Abbildung 25 Am meisten behandelte Therapieschulen im Studium nach Hochschulart; n _{ges} =146.....	57
Abbildung 26 Im Studium vermittelte Modelle zur Erklärung psychischer Störungen; n _{ges} =146.....	58
Abbildung 27 Vermittelte Modelle zur Erklärung psychischer Störungen im Studium nach Hochschulart; n _{ges} =146	59
Abbildung 28 Entwicklung der jährlichen Behandlungskapazität; insgesamt und nach Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung	65
Abbildung 29 Entwicklung der Behandlungskapazität pro KV-Zulassung ² in Abhängigkeit der Anzahl an KV-Zulassungen nach Versorgungsauftrag	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Verhältniszahlen ausgewählter Berufsgruppen der fachärztlichen Versorgung und der hausärztlichen Versorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018)	5
Tabelle 2	Anzahl der an der Versorgung psychisch erkrankter Menschen teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2017b).....	9
Tabelle 3	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten & Psychotherapeutinnen nach Geschlecht (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013, 2014, 2015b, 2016b, 2017b).....	11
Tabelle 4	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Stand 31.12.2017)	14
Tabelle 5	Anzahl und Verteilung der Genehmigungen zu den Richtlinien-Verfahren zum Stichtag des 31. Dezember 2017 (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2017a)	19
Tabelle 6	Im Studium vermitteltes Wissen über Störungsmodelle	22
Tabelle 7	Wissensvermittlung zur Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren	22
Tabelle 8	Durchschnittliche Wochenarbeitszeiten verschiedener Berufsgruppen - differenziert nach Geschlechtergruppen	30
Tabelle 9	Fragestellungen / Hypothesen	38
Tabelle 10	Rubriken und Einzelvariablen des Online-Fragebogens	40
Tabelle 11	Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung.....	43
Tabelle 12	Zuordnung der Stichprobe zu den Universitäten und Studiengängen	45
Tabelle 13	Fachrichtung der geplanten PT-Ausbildung; Vergleich hinsichtlich Hochschulart, nur PIAs; $n_{PIAs}=127$; t-Test für unabhängige Stichproben.....	49
Tabelle 14	Arbeitszeiten; Vergleich hinsichtlich Geschlecht; $n_{PIAs}=127$; t-Test für unabhängige Stichproben.....	55
Tabelle 15	Am meisten behandelte Therapieschulen im Studium; Vergleich hinsichtlich Hochschulart; $n_{ges}=146$; t-Test für unabhängige Stichproben	57
Tabelle 16	Vermittelte Modelle zur Erklärung psychischer Störungen im Studium; Vergleich hinsichtlich Hochschulart; $n_{ges}=146$; t-Test für unabhängige Stichproben	59

Tabelle 17 Ausgewählte Freitextantworten auf die Frage „Was denkst über die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie in deinem Studium?“	60
Tabelle 18 Jährliche Behandlungskapazität & Therapiesitzungen pro Monat von Psychotherapeuten nach Teilnahmezustand an der vertragsärztlichen Versorgung; n=1696	63

1. Einleitung

„Lange Wartezeiten, fehlende Übernahme durch Krankenkassen: Bei der Behandlung psychisch Kranker gibt es weiter Probleme. Die FDP attackiert nun Gesundheitsminister Spahn – und spricht von einem "Skandal".“ So heißt es in einem Artikel des Spiegels vom 24. Juli (2018), der sich auf ein Interview der Passauer Neuen Presse (2018) mit dem Bundestagsabgeordneten Wieland Schinnenburg von der FDP beruft. In diesem kritisiert der Abgeordnete in aller Deutlichkeit die fehlende Aktivität des Gesundheitsministers, eine dringend notwendige Reform der ambulanten Psychotherapie in die Wege zu leiten. Die Diskussion um den Reformbedarf der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland nimmt zunehmend Einzug in politische und gesellschaftliche Debatten. Zwar wurde am 1. April 2017 eine neue Psychotherapierichtlinie verabschiedet, die das psychotherapeutische Leistungsangebot erweitert. Aus Sicht der Psychotherapeutenkammern ist das größte Problem in der ambulanten Psychotherapie, der Mangel an Praxen, aber nach wie vor ungelöst (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Die Wartezeiten auf eine Richtlinien-therapie von vier bis sieben Monaten sind nach wie vor deutlich zu lang. Dies stellt zum einen einen untragbaren Zustand für die betroffenen Patienten dar und zum anderen sind deutliche volkswirtschaftlichen Konsequenzen durch lange Krankschreibungen zu verzeichnen. Im Rahmen des Diskurses um eine grundlegende Reform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung fordert die BPtK neben 7.000 neuen KV-Zulassungen eine an den Bedarf orientierte Überarbeitung der Bedarfsplanung. Der aktuellen Bedarfsplanung, die noch auf das Psychotherapeutengesetz von 1999 zurückzuführen ist, werden sowohl falsche räumliche und zeitliche Bezüge als auch fehlerhafte Annahmen bezüglich der Prävalenz psychischer Erkrankungen vorgeworfen. Daran anknüpfend hat der Gesetzgeber den G-BA im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes mit einer Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung beauftragt. Deren Ergebnisse stehen jedoch bis heute aus. Um die Notwendigkeit einer neuen Bedarfsplanung zu verdeutlichen, hat das IGES Institut in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin) einen Studienbericht für die Bertelsmann Stiftung und die Bundespsychotherapeutenkammer verfasst, in dem verschiedene Konzepte für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeuten-sitze vorgestellt werden (2016).

In bisherigen Arbeiten wurden vor allem die bestehenden Versorgungsstrukturen ambulanter Psychotherapie in Deutschland analysiert und untersucht, ob diese die bestehende Nachfrage decken. Die vorliegende Arbeit richtet ihren Fokus auf die angehenden Psychotherapeuten, indem die Pläne und Vorstellungen von Psychologiestudenten für ihren beruflichen Werdegang erhoben wurden. Die vorliegende Arbeit versteht sich somit als ein weiterer Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung, der die Bedürfnisse und Pläne der nächsten Generation an Psychotherapeuten in den Mittelpunkt rückt und dabei gezielt die zu erwartenden Entwicklungen der nächsten Jahre aus ihrer Sicht betrachtet. Um diese Vorstellungen genauer zu eruieren, wurde ein Online-Fragebogen entwickelt und an Studenten geschickt, die in Deutschland in einem Masterstudiengang immatrikuliert sind, der sie zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befähigt. Inhalt der Befragung waren zum einen die Pläne und Vorstellungen (Vertiefungsverfahren in der psychotherapeutischen Ausbildung, Teilnahmestatus an der ambulanten Versorgung, Arbeitszeiten) der angehenden PTs und zum anderen, angelehnt an die Untersuchungen von Benecke (2015) & Plischke (2014), die inhaltlichen Schwerpunkte im Psychologiestudium.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich dabei grob in die Punkte theoretischer Hintergrund, Zielsetzung und Fragestellung, Methodik, Ergebnisse, Diskussion und Ausblick. Um in das Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung einzuleiten, wird zunächst die aktuelle Debatte dazu erläutert. Im Zuge dessen soll die aktuelle Verteilung der an der Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten hinsichtlich Geschlecht, Alter, Teilnahmestatus und Fachkundenachweis deskriptiv dargelegt werden. Darüber hinaus werden die Arbeitszeiten der Psychotherapeuten mit anderen Berufsgruppen verglichen sowie das kassenärztlichen System, in dem die Vertragspsychotherapeuten eingegliedert sind, dargestellt.

Anschließend werden, ausgehend von den Ergebnissen der Online-Befragung, die Pläne und Vorstellungen der teilnehmenden Studenten analysiert und in den Kontext des psychotherapeutischen Systems eingegliedert sowie diskutiert, welchen Einfluss diese auf die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung haben könnten. Bezug nehmend auf das Gutachten vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), wird zudem betrachtet, inwiefern bestehende Strukturen besser genutzt werden können. Diesbezüglich wird in der vorliegenden Arbeit auf Grundlage der erhobenen Daten

von Nübling et. al. (2014b) ermittelt, welche Behandlungskapazitäten eine hälftige Zulassung und eine volle Zulassung der KV aufbringen können. Die Schlussfolgerungen dazu werden mit den Plänen und Bedürfnissen der Studenten verknüpft. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und in den Kontext der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eingegliedert. Zudem soll ein Ausblick in die Zukunft der Versorgungssituation in Deutschland auf Basis der in der vorliegenden Arbeit vorgestellten sowie neu ermittelten Daten gegeben werden.

2. Hintergrund

In den folgenden Abschnitten soll ein Überblick über die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland gegeben und mit dem Bedarf an therapeutischer Behandlung verknüpft werden. Zunächst soll die aktuelle Debatte um die Versorgungssituation auf Basis der relevantesten und aktuellsten Untersuchung näher erläutert werden. Anschließend wird die Entwicklung und Struktur der vertragsärztlichen Versorgung in Bezug auf Richtlinien-Verfahren, Teilnahmestatus und Kassensystem sowie Arbeitszeiten, Geschlecht und Alter der Psychotherapeuten veranschaulicht. Die vorgestellten Daten bilden den Grundstein für die vorliegende Arbeit.

2.1 Aktuelle Debatte um die Versorgungssituation

Der Bedarf an der Versorgung psychischer Erkrankungen ist seit Jahren kontinuierlich gestiegen, was einen immer größer werdenden Bedarf an entsprechenden Strukturen nach sich zieht, der sowohl qualitativ als auch quantitativ gewährleistet werden muss. Der zunehmende Bedarf an entsprechender Behandlung wird schon lange nicht mehr infrage gestellt. Kontrovers diskutiert werden hingegen die für die Behandlung notwendigen Versorgungsstrukturen. Obwohl es ausreichende Belege bezüglich der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie gibt, werden nach wie vor die hohen Kosten und der Nutzen dieser Behandlungsform vor allem von den Leistungsträgern kritisiert (Nübling, Bär, Jeschke, Ochs, Sarubin, & Schmidt, 2014a). Untersuchungen zur Wirtschaftlichkeit von ambulanter Psychotherapie nach einem Jahr haben zum Beispiel gezeigt, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis zwischen 1 : 2,0 – 1 : 2,5 (pessimistische Schätzungen) und 1 : 3,9 – 1 : 4,5 (optimistische Schätzungen) variiert (Neumer & Margraf, 2009; Wittmann, Lutz, Steffanowski, Kriz, Glahn, Völkle, Böhnke, Köck, Bittermann, & Ruprecht, 2011; Wunsch, Kliem, & A. & Kröger, 2013).

Geht man von den epidemiologisch ermittelten Daten von ca. 15 Mio. psychisch Erkrankten aus, stellt sich ein sowohl ambulant als auch stationär gedeckter Versorgungsanteil von lediglich 8% dar (ca. 600.000 ambulant und 500.000 stationär (Nübling et al., 2014b)). Demzufolge fordert die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Studie bundesweit 7.000 zusätzliche Kassensitze für Psychotherapeuten, da der einzige Weg, zur Verkürzung der Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung, mehr psychotherapeutische Praxen pro Einwohner ist (Bundes-

psychotherapeutenkammer, 2018). Die Gruppe der Vertragspsychotherapeuten gehört in der Bedarfsplanung des G-BA der Gruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung an. Die aktuellen Verhältniszahlen der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich dabei wie folgt:

Tabelle 1 Verhältniszahlen ausgewählter Berufsgruppen der fachärztlichen Versorgung und der hausärztlichen Versorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018)

	Typ 1 (stark mit- versor- gend)	Typ 2 (mit- versorgt und mit- versor- gend)	Typ 3 (stark mitver- sorgt)	Typ 4 (mitver- sorgt)	Typ 5 (ei- genver- sorgt)	Typ 6 (poly- zentrischer Verflechtungs- raum)
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664	20.440
Psychotherapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953	5.435
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042	5.555
Hausärzte	1.671	1.671	1.671	1.671	1.671	1.671

Anmerkung: Die Verhältniszahlen der Frauenärzte beziehen sich auf die weibliche Bevölkerung

Der Tabelle 1 Verhältniszahlen ausgewählter Berufsgruppen der fachärztlichen Versorgung und der hausärztlichen Versorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018) ist zu entnehmen, dass sich die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung an den sogenannten Raumordnungsregionen bzw. den von einer KV umfassten Bereichen (Planungsbereiche) orientieren. Die Verhältniszahlen der Psychotherapeuten rangieren dabei zwischen 3.079 im Typ 1 und 9.103 im Typ 3. Die Thematik bzw. die Debatte der Raumordnungsregionen (Typ 1 – 5) und deren Verhältniszahlen (vgl. z.B. Czihal, von Stillfried, & Schallock, 2012; IGES-Institut & Jacobi, 2016) können in dieser Arbeit nicht weiter vertieft werden. Anzumerken ist hier noch, dass der Gruppe der Hausärzte, die in der Bedarfsplanung eine eigene Kategorie darstellt, eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl von 1671 zugeordnet wird, um eine homogene und stabile Versorgung sicherzustellen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018).

Die mangelhafte Versorgung wird von diversen Autoren immer wieder auf die Bedarfsplanung, die 1999 im Rahmen des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt wurde und seit dem Bestand hat, zurückgeführt. Kritisiert werden vor allem falsche Maßstäbe, falsche Bezüge und auch falsche Annahmen, die im Folgenden kurz erläutert werden.

- Zum einen werden die Verhältniszahlen, die der Bedarfsplanung zugrunde liegen und sich an dem historischen Stichtag (31.08.1999) ein halbes Jahr nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes orientieren, beanstandet (IGES-Institut & Jacobi, 2016). Da jedoch innerhalb eines halben Jahres nicht alle Psychotherapeuten, die vor 1999 ambulant psychotherapeutisch im Rahmen des Delegations- oder Kostenerstattungsverfahrens tätig waren, rechtskräftig zugelassen werden konnten, fanden ca. 5.000 Psychotherapeuten in den Verhältniszahlen der Bedarfsplanung keine Berücksichtigung (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013).
- Des Weiteren wurde bei den 1999 ermittelten Verhältniszahlen die Psychotherapeutensitze das gesamte Bundesgebiet als räumlicher Bezug herangezogen. Zu diesem Zeitpunkt war die ambulante psychotherapeutische Versorgung jedoch in Ostdeutschland gerade erst im Aufbau, sodass dutzende Sitze, die erst nach dem historischen Stichtag entstanden sind, nicht berücksichtigt wurden (IGES-Institut & Jacobi, 2016).
- Darüber hinaus wurde der Bedarfsplan nicht auf die Sozial- bzw. Morbiditätsstruktur der Gesellschaft abgestimmt. Es gibt mittlerweile einige sehr aussagekräftige Untersuchungen darüber, welche demographischen und sozialen Merkmale eher dazu beitragen, dass sich eine psychische Erkrankung ausbilden kann (Alter: Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nimmt mit dem Alter ab, Geschlecht: Frauen sind häufiger psychisch krank als Männer, Bildung: Menschen ohne Schulabschluss sind häufiger psychisch krank als Menschen mit Abitur, Arbeitslosigkeit: Arbeitslose leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen als Menschen, die berufstätig sind) (Bundespsychotherapeutenkammer, 2016).
- Zusätzlich beinhaltet die Bedarfsplanung immer noch Postulate, die weitestgehend falsifiziert werden konnten. So sieht der aktuelle Bedarfsplan eine mehr als fünfmal so hohe Dichte an Psychotherapeuten in Kernstädten im Vergleich zu ländlichen Kreisen vor, da davon ausgegangen wird, dass einerseits die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Kernstädten deutlich erhöht ist und andererseits Kernstädte umliegende Gebiete größtenteils mitversorgen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011). Wie sich jedoch zeigen konnte unterscheidet sich auf der einen Seite die Jahresprävalenz von psychischen Erkrankungen kaum zwischen Stadt (34,1%) und Land

(26,3%) und auf der anderen Seite existieren systematische Mitversorgungsbeziehungen zwischen Städten und Umland, diese sind aber längst nicht so stark, wie in der Bedarfsplanung von 1999 angenommen.

Unter anderem diese Aspekte der bereits fast zwanzig Jahre alten Planung führen „bis heute zu einer regional sehr ungleichen Verteilung. Aktuell sind Aktivitäten, auch von Seiten des Gesetzgebers, für eine Reform hin zu einer morbiditätsorientierten Bedarfsplanung im Gange“ (Wissenschaftsrat, 2018, p. 44).

Mit dem GKV-Verstärkungsgesetz, das am 23. Juli 2015 verabschiedet wurde, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie beauftragt. Die neue Richtlinie, die am 1. April 2017 in Kraft getreten ist, beinhaltet unter anderem Reformen zur therapeutischen Sprechstunde oder zur Akutbehandlung, die eine niedrigschwellige, flexible und gut erreichbare Versorgung gewährleisten und für eine Verkürzung der Wartezeiten sorgen (Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit, 2017).

Ein Jahr nach der Reform wurden die Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie von der Bundespsychotherapeutenkammer (2018) in ihrer Wartezeitenstudie untersucht. Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung werden hier kurz zusammengefasst.

- „Sprechstunde als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle angenommen.
- Wartezeiten auf Behandlung noch erheblich zu lang.
- Wartezeiten außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet besonders lang.
- Psychische Erkrankungen in der Stadt und auf dem Land fast gleich häufig
- Zahl der Psychotherapeuten je Einwohner außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet deutlich geringer als in Großstädten.
- Rund 7.000 psychotherapeutische Praxissitze zusätzlich erforderlich, um Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie insbesondere außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet zu verkürzen.
- In Zukunft: Weiter steigende Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung zu erwarten. Bisher fragen erst 20 Prozent der psychisch kranken Menschen professionelle Hilfe nach. Entstigmatisierung zunehmend erfolgreich.“

(Bundespsychotherapeutenkammer, 2018, S. 3)

Ebenfalls im Rahmen des GKV-Verstärkungsgesetzes wurde der G-BA vom Gesetzgeber damit beauftragt, die bestehende Bedarfsplanung zu überarbeiten. Obwohl die Frist für diese Reform auf den 1. Januar 2017 datiert war, gab der G-BA erst nach diesem Datum ein Gutachten in Auftrag, dessen Ergebnisse noch ausstehen. Die inzwischen genehmigte Fristverlängerung bei der Überarbeitung der Bedarfsplanung darf jedoch einer gemeinsamen Pressemitteilung des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) und der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 02. August 2018 zufolge jedoch „nicht zum Freibrief für weitere Verzögerungen einer dringend notwendigen Reform werden“ (2018, S.1)

Entgegen der Ergebnisse und Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer und des IGES-Instituts, stehen die Aussagen des GKV-Spitzenverbandes. In ihrem Faktenblatt zur ambulanten Versorgung und zur Bedarfsplanung (s. Anhang A: Faktenblatt Thema: Ambulante Versorgung – Bedarfsplanung 22.09.2017, Pressestelle GKV-Spitzenverband) legt der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen die aktuelle Versorgungssituation durch ambulant tätige Vertragsärzte und -psychotherapeuten dar (Pressestelle GKV-Spitzenverband, 2017). Die Stellungnahme inklusive der Aussage, dass 7.423 Psychotherapeuten zu viel zugelassen sind, bezieht sich jedoch ausschließlich auf die Verhältniszahlen, die noch aus der Bedarfsplanung im Zuge des Psychotherapeutengesetzes von 1999 existieren.

Jedoch haben bereits ein Jahr nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes u.a. Löcherbach und Weber (2000) festgestellt, dass in der Realität lediglich 50% der psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen im Rahmen der GKV zugelassenen Therapeuten psychotherapeutisch versorgt werden können, bei immensen regionalen Unterschieden.

Folgen dieser Entwicklung sind beispielsweise die Einbuße an Lebensqualität (bei Nicht-Behandlung), aber auch deutliche volkswirtschaftliche Konsequenzen, die sich aufgrund von Fehlzeiten oder Früh-Berentungen einstellen. Nicht zuletzt hat der DAK-Gesundheitsreport von 2018 aufgezeigt, dass die Fehltagelast aufgrund psychischer Probleme um 1,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr gestiegen sind. Die Zahl der Krankschreibungsfälle stieg ebenfalls von 6,5 Fällen im Jahr 2016 auf 7,0 Fälle je 100 Versichertenjahre im Jahr 2017 (Marschall, Hildebrandt, Zich,

Thorsten, Sörensen, & Nolting, 2018). Betrachtet man diese Entwicklung seit dem Jahr 1999 sind die Fehltage bezogen auf 100 Versichertenjahre sogar von 96,3 auf 249,9 angestiegen.

Unter anderem aufgrund dieser Entwicklungen wird der Ruf nach einer neuen, an den realen Bedarf angepassten, Versorgungsplanung immer größer. Hinzu kommt die Annahme, dass sich der Trend hinsichtlich steigender Zahlen an diagnostizierten psychischen Erkrankungen weiter fortsetzen wird, wodurch die ohnehin schon unzureichende Versorgung noch schlechter zu werden droht. Und nicht allein die weiterhin steigende absolute Zahl an diagnostizierten Krankheitsfällen, sondern auch eine zunehmende Entstigmatisierung, könnten dazu beitragen, dass in Zukunft noch mehr als bisher 20% eine Psychotherapie für sich in Anspruch nehmen wollen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

2.2 An der Versorgung teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland wird von verschiedenen Ärzte- bzw. Psychotherapeutengruppen gewährleistet, die sich in Bezug auf den Teilnahmeumfang teilweise stark unterscheiden (vgl. Tabelle 2). Der größte Teil der Versorgung psychisch erkrankter wird von der Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten geleistet, die sich zum einen aus psychologischen Psychotherapeuten und zum anderen aus Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zusammensetzen. Darüber hinaus wird ein Teil der Versorgung sowohl von ärztlichen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern als auch von der Gruppe der Nervenärzten / Neurologen und Psychiatern übernommen (Stand 31.12.2017, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2017b).

Tabelle 2 Anzahl der an der Versorgung psychisch erkrankter Menschen teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2017b)

Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Anzahl
Psychologische Psychotherapeuten	18.901
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	5.347
Summe Psychotherapeutengruppen ohne Ärztliche Psychoth. ¹	24.248
Ärztliche Psychotherapeuten	6.013

davon: Ärzte f. Psychosom. u. Psychoth.	2.532
Kinder- und Jugendpsychiater	1.018
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	5.174
Gesamtanzahl	38.985

Legende: ¹Ohne Partner-Psychotherapeuten, Psychotherapeuten in freier Praxis mit Leistungsbeschränkung und ermächtigte Psychotherapeuten

Da der Gegenstand der vorliegenden Arbeit um die ambulante psychotherapeutische Versorgung ist, werden im weiteren Verlauf nur die rein psychotherapeutisch tätigen Gruppen (Gruppe der Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten) berücksichtigt.

Die Anzahl beschäftigter psychologischer Psychotherapeuten hat über die letzten Jahre stark zugenommen. Wie man in Abbildung 1 erkennen kann, nahmen im Jahr 2009 bundesweit noch 15.732 psychologische Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nur fast zehn Jahre später sind es deutschlandweit bereits 24.248 psychologische Psychotherapeuten, was einen Zuwachs von etwas über 54% bedeutet.

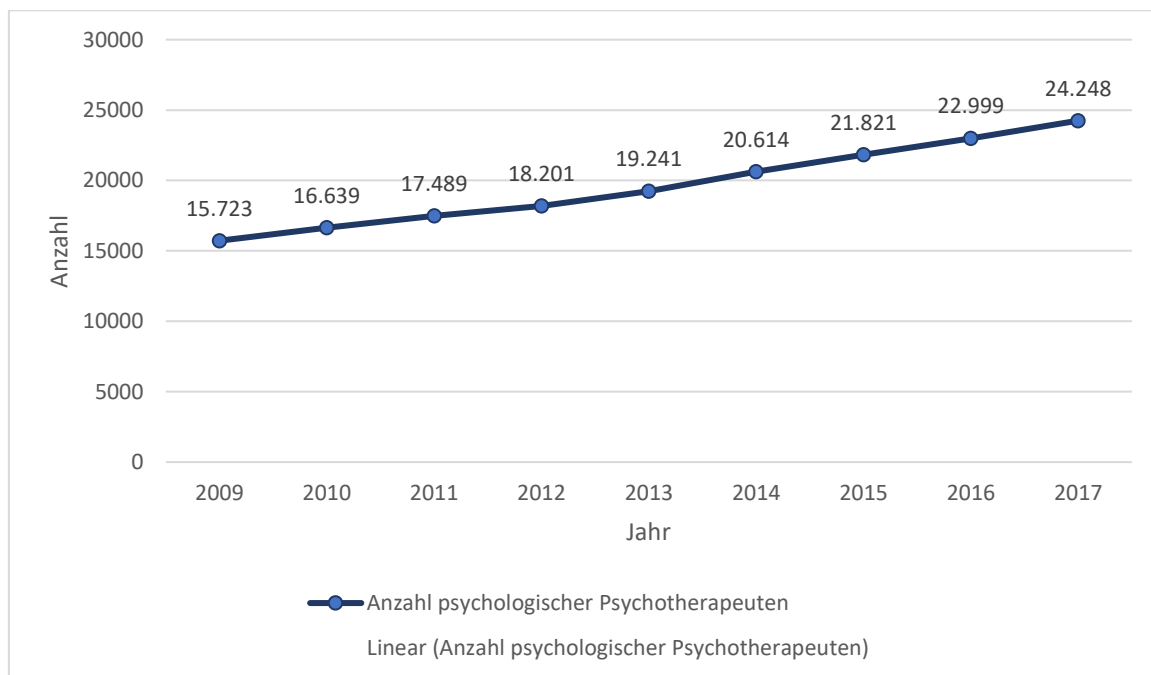


Abbildung 1 Anzahl bzw. Entwicklung psychologischer Psychotherapeuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2018a)

Vergleicht man diese Entwicklung mit anderen Ärztegruppen, ist festzustellen, dass einzig die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten einen solch großen Zuwachs zu verzeichnen hat. So ist im oben genannten Zeitraum die Gesamtanzahl aller an der Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten um 14,1% gestiegen. Lediglich die Gruppe der Radiologen (+28,4%) und die Gruppe der Orthopäden (+20,5%) sind hinsichtlich ihres Zuwachses noch hervorzuheben. Folge dieser Entwicklung ist u.a., dass die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten inzwischen mit großem Abstand die zweitgrößte Arztgruppe, nach der Gruppe der Hausärzte, darstellt.

2.2.1 Geschlechter- und Altersverteilung

Die Struktur der psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland hat sich in den letzten Jahren nicht nur in Bezug auf ihre Gesamtzahl stark verändert. Insbesondere auch hinsichtlich der Geschlechterverteilung und des Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung sind deutliche Veränderungen zu erkennen. Wie sich der Tabelle 3 entnehmen lässt, ist sowohl die Anzahl an Psychotherapeuten als auch an Psychotherapeutinnen gestiegen, jedoch ist der Anteil weiblicher Psychotherapeutinnen an der Gesamtanzahl über die letzten Jahre kontinuierlich größer geworden. Inzwischen gehören 74% aller Psychotherapeuten dem weiblichen Geschlecht an.

Tabelle 3 An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten & Psychotherapeutinnen nach Geschlecht (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013, 2014, 2015b, 2016b, 2017b)

Jahr	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten	Davon weibliche Psychotherapeutinnen	Davon männliche Psychotherapeuten	Anteil weiblicher Psychotherapeutinnen
2013	19.241	13.669	5.572	71%
2014	20.614	14.803	5.811	72%
2015	21.821	15.818	6.003	72,5%
2016	22.999	16.819	6.180	73%
2017	24.248	17.890	6.358	74%

Das durchschnittliche Alter der psychologischen Psychotherapeuten liegt im Jahr 2017 bei 53,3, was somit leicht unter dem Durchschnitt der weiteren Ärztegruppen (54,2) liegt (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2017b). Anzumerken ist hierbei, dass die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten die einzige

Gruppe darstellt, deren Durchschnittsalter über die letzten Jahre kontinuierlich gesunken (vgl. Abbildung 2).

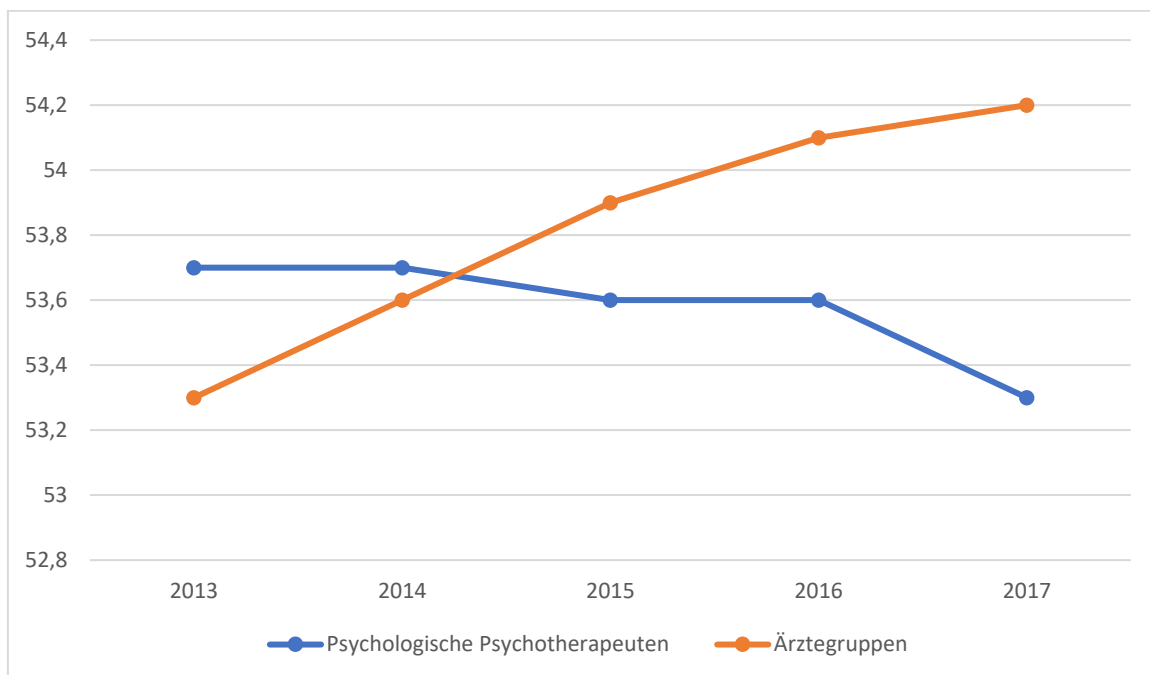


Abbildung 2 Entwicklung des Durchschnittsalters der Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten und der weiteren Ärztgruppen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013, 2014, 2015b, 2016b, 2017b)

Betrachtet man weiter die Geschlechterverteilung in den einzelnen Altersgruppen, so wird der Trend, dass es immer mehr psychologische Psychotherapeutinnen zu gibt, nochmals deutlich unterstützt. In Abbildung 3 sind die seit 2006 jährlich von der Bundespsychotherapeutenkammer zur Verfügung gestellten Daten zum Anteil psychologischer Psychotherapeutinnen bzw. psychologischer Psychotherapeuten an der Gesamtzahl der Kammermitglieder dargestellt². Zunächst ist festzustellen, dass über alle Altersgruppen hinweg der Anteil weiblicher Psychotherapeutinnen immer größer ist als der der männlichen Psychotherapeuten. Es ist jedoch klar zu erkennen, dass je jünger die Psychotherapeuten sind, desto größer stellt sich der Anteil an weiblichen Psychotherapeutinnen dar. Wohingegen im Alterssegment der über 65-jährigen die männlichen Psychotherapeuten noch mehr als ein Drittel der Gesamtanzahl ausmachen (38%), sind in der Gruppe der 25- bis unter 30-jährigen lediglich 3% zu verzeichnen. Diese Schere zwischen einem relativ ausgewogenen Verhältnis alter weiblicher Psychotherapeutinnen und männlicher

² Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in einer ambulanten Praxis tätig sind

Psychotherapeuten und einer aktuell enormen Differenz zwischen weiblichen und männlichen Psychotherapeuten, untermauert dabei den Trend einer zunehmenden Verweiblichung der Berufsgruppe. Diese Entwicklung wird auch nicht zuletzt von dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen als sehr kritisch angesehen, die in ihrer Pressemitteilung vom 26. April mehr Ausgewogenheit der Geschlechter im Berufsfeld der Psychotherapie fordern (2018).

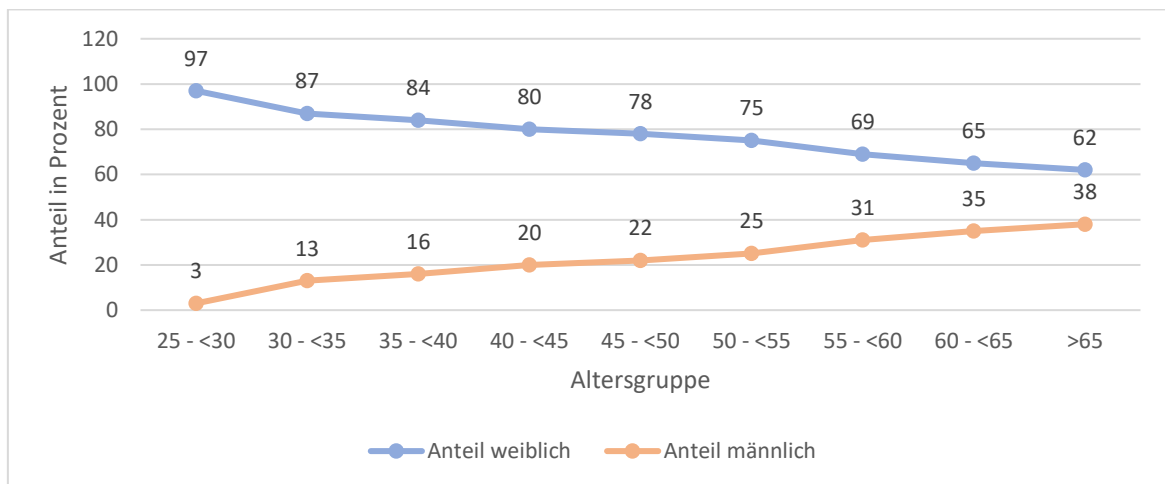


Abbildung 3 Anteil weiblicher Psychotherapeutinnen bzw. männlicher Psychotherapeuten an der Gesamtanzahl der Kammermitglieder der Bundespsychotherapeutenkammer; nach Altersgruppen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017)

Dabei sind jedoch auch die absoluten Zahlen der in den einzelnen Altersgruppen vorhandenen Mitglieder der Bundespsychotherapeutenkammer mit zu berücksichtigen. Während sich die meisten Psychotherapeuten ($n=5.131$) in der Gruppe 55 bis unter 60 befindet, weist die Gruppe der 25- bis unter 30-jährigen approbierten Mitglieder der Bundespsychotherapeutenkammer lediglich 119 Mitglieder vor.

2.2.2 Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung

Eine weitere Komponente, die es zu erfassen gilt, wenn man die ambulante psychotherapeutische Versorgung betrachtet, ist der Teilnahmestatus der Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung. Wie bereits beschrieben (vgl. Kapitel 2.2 An der Versorgung teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten) nehmen insgesamt 24.248 Psychotherapeuten teil. Kategorisiert man diese anhand ihres Teilnahmestatus, lassen sich nach der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zwei Hauptgruppen mit jeweils Untergruppierungen zusammenfassen (vgl. Tabelle 4). Da sich in der ersten Gruppe (Vertragspsychotherapeuten) ca. 95% der an der

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten befinden (n=23.040), ist das die Gruppe, die im Fokus der vorliegenden Arbeit steht.

Tabelle 4 An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Stand 31.12.2017)

	Vertragspsychotherapeuten Umfang des Versorgungsauftrags		Angestellte Psychotherapeuten in Einrichtungen und in freier Praxis Umfang der Anstellung pro Woche			
	Häftig	Voll	Bis 10h	>10 bis 20h	>20 bis 30h	>30h
	Insgesamt Anzahl	Insgesamt Anzahl	Insgesamt Anzahl	Insgesamt Anzahl	Insgesamt Anzahl	Insgesamt Anzahl
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	1.976	3.173	57	119	3	19
Psychologische Psychotherapeuten	7.701	10.190	299	572	51	88
Summe Psychotherapeutengruppe	9.677	13.363	356	691	54	107

Die mit Abstand größte Gruppe der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten ist demnach die der Vertragspsychotherapeuten, die weiter nach dem Umfang ihres Versorgungsauftrags unterschieden werden kann. Das Ausmaß der Teilnahme als zugelassener Vertragspsychotherapeut kann sich seit der Einführung des Vertragsarztänderungsgesetzes vom 22.12.2006 dabei gemäß §19a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) als voll (100%-Zulassung) oder als häftig (50%-Zulassung) darstellen. Ziele der Einführung des Konzepts der halben Sitze war einerseits die Flexibilisierung beruflicher Betätigungsmöglichkeiten und andererseits die Bewältigung von Unterversorgungssituationen (Deutscher Anwaltverein - Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht, 2017). Entsprechend ihres Umfangs der Versorgung werden Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag mit einem Anrechnungsfaktor von 1,0 an der Bedarfsplanung berücksichtigt und Psychotherapeuten, die einen häftigen Versorgungsauftrag haben, gemäß §21 Absatz 3 G-BA-Bedarfsplanungs-Richtlinie mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Die Ober- bzw. Untergrenzen des zu erbringenden Leistungsumfangs eines Vertragspsychotherapeuten sind dabei nicht eindeutig definiert. Die erbrachten Leistungen können erst dann einer Prüfung unterzogen werden, wenn das Zeitvolumen nicht mehr plausibel erscheint.

Eine sogenannte Plausibilitätsprüfung wird jedoch erst dann herangezogen, wenn das Zeitvolumen in Form von Quartalsarbeitszeiten oder Tagesarbeitszeiten deutlich überschritten wird (Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2018). Gemäß §106a Abs. 6 Satz 1 SGB V vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Richtlinie zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach §106a Abs. 2 SGB V sowie nach §106a Abs. 3 SGB V. §8 Abs. 4. Der Richtlinie entsprechend liegt die Obergrenze für die Quartalsarbeitszeiten dabei pro Praxissitz bei 780 Stunden. Die Tagesarbeitszeiten werden dann auf Plausibilität geprüft, wenn an drei Tagen pro Quartal mehr als 12 Stunden abgerechnet werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2018b). Ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrags des Therapeuten ist entsprechend anteilig zu berücksichtigen. So wird der des Leistungsumfangs eines Vertragspsychotherapeuten mit einem hälftigen Versorgungsauftrag erst dann auf Plausibilität geprüft, wenn er 390 Stunden pro Quartal überschreitet.

Eine normative Untergrenze des Leistungsumfangs ist hingegen nicht gesetzlich festgelegt und kann daher nicht genau definiert werden. Es gibt jedoch Vorgaben für den Umfang von Sprechstundenangeboten, sodass ein Psychotherapeut mit voller Zulassung 100 Minuten und ein Psychotherapeut mit halber Zulassung 50 Minuten pro Woche für die Sprechstunde zur Verfügung stellen muss. Darüber hinaus existieren Rechtsprechungen, die besagen, dass ein Arzt bzw. Psychotherapeut nicht in nennenswertem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, wenn er weniger als 10% des Fachgruppendurchschnitts an Patienten behandelt (Deutscher Anwaltverein - Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht, 2017).

Aufgrund der relativ großen Toleranz hinsichtlich des zu erbringenden Leistungsumfangs eines Vertragspsychotherapeuten mit vollem bzw. hälftigem Versorgungsauftrags können sich große Unterschiede bezüglich der realen Versorgung ergeben. So stellt beispielsweise die BPtK die These auf, dass zwei Vertragspsychotherapeuten mit hälftiger Zulassung mehr Behandlungsstunden aufbringen als eine Praxis mit vollem Versorgungsauftrag, auch wenn diese identisch in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018) (s. auch Kapitel 2.4 Arbeitszeiten).

Betrachtet man die Verteilung der Vertragspsychotherapeuten, ist kein großer Unterschied zwischen denjenigen mit vollem (ca. 58%) und denen mit hälftigem (ca. 42%) Versorgungsauftrag zu erkennen. Begutachtet man jedoch, wie sich diese

Verteilung über die letzten Jahre entwickelt hat, so ist auch hier ein klarer Trend zu erkennen. Wie in Abbildung 4 zu sehen ist, lag 2013 der Anteil an Psychotherapeuten (n=15052) mit einem vollen Versorgungsauftrag noch bei ca. 80% und der Anteil derer mit hälftiger Teilnahme an der Versorgung bei 20%. Seitdem hat sich die Anzahl der Gruppen zueinander über die Jahre kontinuierlich angeglichen und hat 2017 ein Verhältnis von 1 Psychotherapeut mit hälftigem Versorgungsauftrag zu 1,4 Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag erreicht. Da sich der Zuwachs von Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag (+167%) im Verhältnis höher darstellt als der Rückgang von Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag (-11,2%) ist auch die Gesamtanzahl an Vertragspsychotherapeuten über die Jahre gestiegen (vgl. Abbildung 1). Die absolute Anzahl an KV-Zulassungen hat zwischen den Jahren 2013 und 2017 deutlich zugenommen und ist von 18683 auf 23040 um 4357 (18,91%) gestiegen. Berücksichtigt man jedoch die Art der Zulassung, insofern dass zwei halbe Zulassungen einer vollen Zulassung entsprechen, ist hier lediglich ein Anstieg von 7,33% (1.334) zu verzeichnen (vgl. Abbildung 4).

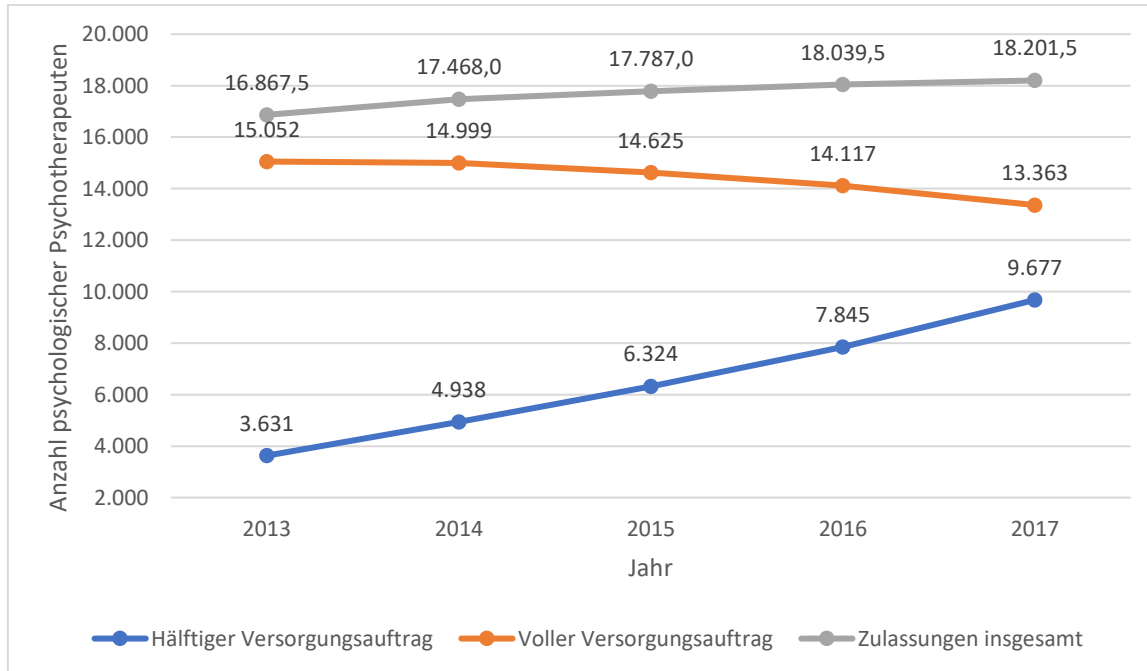


Abbildung 4 Entwicklung der Anzahl an psychologischen Psychotherapeuten mit hälftigem und vollem Versorgungsauftrag (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013, 2014, 2015b, 2016b, 2017b)

Anmerkungen: Zulassungen insgesamt = Anzahl voller Versorgungsauftrag + 0,5 x Anzahl hälftiger Versorgungsauftrag

Vergleicht man die Gruppe der Psychotherapeuten mit der Gruppe der Vertragsärzte, so ist auch hier im gleichen Zeitraum (2013 – 2017) ein ähnlicher Trend zu beobachten. So hatten 2013 noch 4.533 Vertragsärzte einen hälftigen (4%) und 106.032 einen vollen Versorgungsauftrag (96%). Im Jahr 2017 verfügen bereits 8% der Vertragsärzte über einen hälftigen Versorgungsauftrag. Auch die Gesamtzahl der Vertragsärzte hat sich in diesem Zeitraum um 4.631 verringert, sodass sich das Verhältnis von 1 Vertragsarzt mit hälftigem zu 23,4 Vertragsärzten mit vollem Versorgungsauftrag (2013) zu 1 Vertragsarzt mit hälftigem zu 11,8 Vertragsärzten mit vollem Versorgungsauftrag gewandelt hat (2017). Die Wachstumsrate beträgt somit auf der einen Seite +120% für die Vertragsärzte mit halber und auf der anderen Seite -8% für die Vertragsärzte mit voller Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013, 2014, 2015b, 2016b, 2017b).

2.3 Verfahrensvielfalt

Die Debatte um die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland orientiert sich zum einen an den quantitativen Aspekten der Versorgungssituation, im Sinne von der Anzahl psychotherapeutischer Praxen pro Einwohner. Zum anderen rücken die qualitativen Aspekte, beispielsweise die Verfahrensvielfalt, zunehmend in den Fokus der Debatte. Derzeit gibt es drei Psychotherapieverfahren, die den gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen (Verhaltenstherapie und die zwei psychodynamischen Verfahren, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) und vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden (2011). Darüber hinaus sind noch zwei weitere Psychotherapieverfahren wissenschaftlich anerkannt (systemisch Therapie und Gesprächspsychotherapie), jedoch werden die Kosten einer Therapie (noch) nicht von den Krankenversicherungen übernommen. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die 3 oben genannten Therapieschulen, da zu diesen alle Versicherten Zugang haben.

Über die aktuelle Verteilung der psychologischen Psychotherapeuten mit ihren jeweiligen Richtlinien-Verfahren, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, lassen sich nur schwer genaue Daten ermitteln. Die Daten aus dem Bundesarztregister, die von der Kassenärztlichen Vereinigung des Bundes zur Verfügung ge-

stellt werden, geben Auskunft über die an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren, diese werden aber zum einen nicht nach ihrem genauen Teilnahmestatus differenziert und zum anderen ist nicht eindeutig zu erkennen, wie viele Psychotherapeuten einen einfachen, einen doppelten oder einen dreifachen Fachkundenachweis in den jeweiligen Richtlinien-Verfahren haben. Die erst auf Nachfrage zur Verfügung gestellten Daten der KBV (vgl. Anhang B: An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2015a, 2016a, 2017a)) können jedoch einen guten Überblick über die aktuelle Situation und die Entwicklung der Verteilung der an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren geben. Differenziert werden hier die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten (PP), der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und der ärztlichen Psychotherapeuten. Diese werden dann jeweils zu den Richtlinien-Verfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), analytische Psychotherapie (AP) und Verhaltenstherapie (VT) zugeordnet. Darüber hinaus gibt es noch eine Zuordnung zu der Kategorie TP+AP, wenn ein Psychotherapeut eine Approbation sowohl in tiefenpsychologisch fundierter als auch in analytischer Psychotherapie besitzt. Da darüber hinaus ein einzelner Psychotherapeut die Genehmigung zur Anwendung mehrerer Richtlinien-Verfahren haben kann, ergeben die Anteile eine Summe von mehr als 100%. Am Stichtag 31.12.2017 gab es 19.752 psychologische Psychotherapeuten, die zusammen 23.120 Genehmigungen zu Richtlinien-Verfahren haben, sowie 5.541 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die insgesamt 7.392 Genehmigungen zu Richtlinien-Verfahren besitzen (vgl. Tabelle 5). Das bedeutet, dass ein Teil der Psychotherapeuten eine Approbation in zwei (oder vielleicht einige sogar mehr als zwei) Richtlinien-Verfahren haben. Anders als im vorangegangenen Kapitel 2.2 An der Versorgung teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten sind hier auch die Partner-Psychotherapeuten, Psychotherapeuten in freier Praxis mit Leistungsbeschränkung und ermächtigte Psychotherapeuten inbegriffen.

Tabelle 5 Anzahl und Verteilung der Genehmigungen zu den Richtlinien-Verfahren zum Stichtag des 31. Dezember 2017 (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2017a)

	TP		AP		TP + AP		VT	
PP	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	7.059	35,7%	2.432	12,3%	1.065	5,4%	12.564	63,6%
KJP	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	2.672	48,2%	1.306	23,6%	791	14,3%	2.623	47,3%
Summe PP	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	9.731	38,5%	3.738	14,7%	1.856	7,3%	15.187	60%
Ärztl. Psychotherapeuten	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	5.329	87,1%	1.345	22,0%	406	6,6%	1.221	20,0%

Summiert man die Genehmigungen zur Anwendung von Richtlinien-Verfahren der Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten (psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), so erhält man eine Gesamtzahl von 30.512, die sich auf eine Gesamtzahl von 25.300 psychologischen Psychotherapeuten verteilen. Abseits der Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten wird die Versorgung durch die Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten (n=6.121) übernommen, die zum Stichtag 31.12. 2017 insgesamt über 8.301 Genehmigungen zur Anwendung von Richtlinien-Verfahren verfügen.

Offen bleibt an dieser Stelle bei allen Berufsgruppen, wie viele an der Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten eine bzw. zwei oder sogar drei Genehmigungen für die Therapieverfahren besitzen. Während ein Genehmigung in allen Richtlinien-Verfahren i.d.R. relativ selten ist (ca.0,5%), ist eine Fachkundenachweis in zwei Therapieverfahren deutlich häufiger zu finden (ca. 26,5%), Den mit Abstand am häufigsten doppelten Fachkundenachweis stellt mit ca. 92,4% die Kombination der psychodynamischen Verfahren dar (TP + AP) (Nübling et al., 2014b) (s. dazu Anhang C: Überschneidung der Therapieverfahren bei KV-Zulassung, volle oder 50%-Zulassung; Mehrfachantworten möglich; nges=1712, n=25 Mitglieder ohne Angabe; Schematische Darstellung. (Nübling et al., 2014b)). Die in Tabelle 5 zu erkennenden Anteile der Approbationen in den Richtlinien-Verfahren können je-

doch näherungsweise Aufschluss darüber geben, wie sich die aktuelle Verteilung der einzelnen Therapieschulen darstellt.

Da sowohl Daten aus den Jahren 2015, 2016 und 2017 als auch teilweise aus dem Jahr 2011 vorliegen, lassen sich zusätzlich Erkenntnisse darüber gewinnen, wie sich die Anteile der Genehmigungen für die Richtlinien-Verfahren verändert haben. In Abbildung 5 ist die Entwicklung der Anteile an Genehmigungen für die Richtlinien-Verfahren TP, AP, TP+AP und VT dargestellt, wie sie von der KBV zur Verfügung gestellt wurden (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2017a). Darüber hinaus lässt sich der Anteil des Richtlinien-Verfahrens VT aus dem Ergebnisbericht zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Nübling und Kollegen (2014b) entnehmen, die ebenfalls aus dem Bundesarztregister von der KBV für das Jahr 2011 zur Verfügung gestellt wurde.

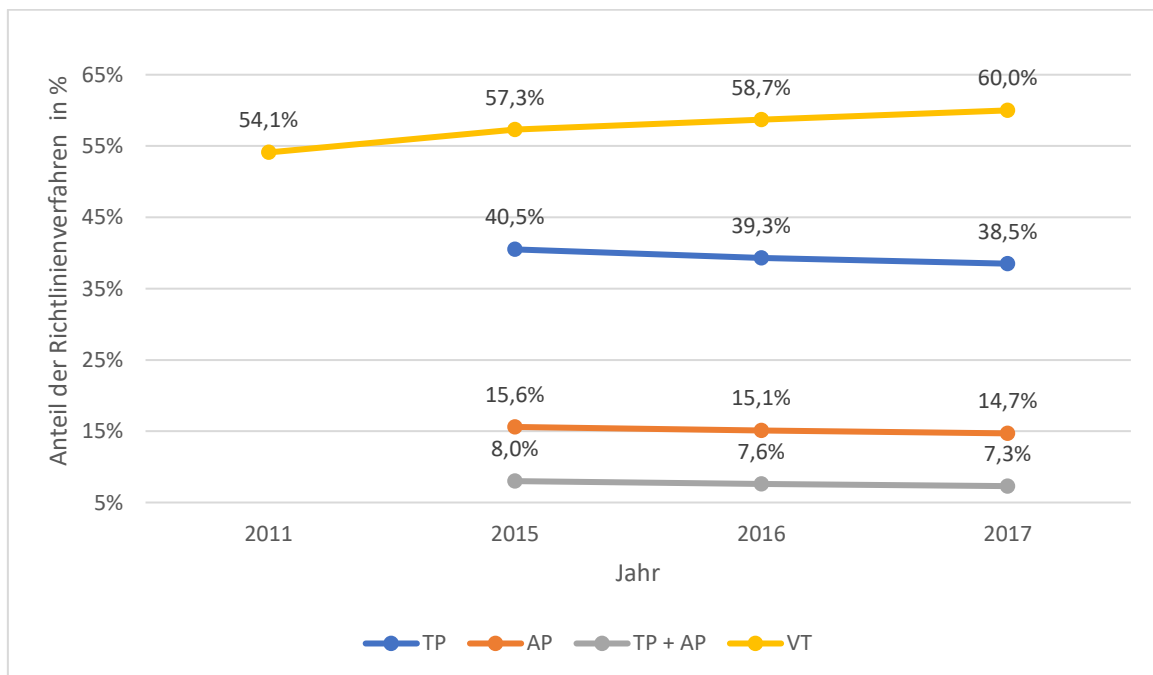


Abbildung 5 Entwicklung der an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden psychologische Psychotherapeuten (PP + KJP) mit ihren Richtlinien-Verfahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2015a, 2016a, 2017a; Nübling et al., 2014b)

Zunächst lässt sich feststellen, dass die Anteile an Genehmigungen zu den einzelnen Richtlinien-Verfahren stark differieren. So stellen zum Stichtag am 31.12.2017 60% der erteilten Genehmigungen VT, gefolgt von 38,5% TP, 14,7% AP und 7,3% TP+AP dar.

Betrachtet man weiter die Entwicklung der Richtlinien-Verfahren genauer, so sind auch hier bemerkenswerte Unterschiede zu beobachten. Auf Grundlage der vorliegenden Daten lässt sich ein klarer Entwicklungstrend zwischen den Jahren

2015 und 2017 beobachten. Während die Anteile an Genehmigungen für psychodynamische Verfahren (TP, AP, TP + AP) über den genannten Zeitraum ausnahmslos weniger geworden sind, ist der Anteil für die VT kontinuierlich gestiegen. Diese Beobachtung wird zusätzlich durch die Daten über die Verteilung der VT aus dem Jahr 2011 untermauert. Seit 2015 ist sowohl der Anteil der TP um 2%, von 40,5% auf 38,5, als auch der Anteil der AP um 0,9%, von 15,6% auf 14,7%, sowie der Anteil der TP + AP um 0,7%, von 8% auf 7,3%, gesunken. Gegenläufig stellt sich dabei der Anteil der VT dar, der von 2011 – 2017 um 5,9%, von 54,1% auf 60%, gestiegen ist. Betrachtet man nur den Zeitraum von 2015 – 2017, der für die psychodynamischen Verfahren angelegt wird, ist der Anteil der VT um 2,7%, von 57,3% auf 60%, um 2,7% gestiegen (vgl. Abbildung 5).

Als Hintergründe bzw. Ursachen für diese Entwicklung werden immer wieder die Lehrinhalte im Psychologie Studium aufgeführt. So ergeben mittlerweile einige Untersuchungen, dass sich die vermittelten Inhalte im Studium überwiegend auf die Fachrichtung der Verhaltenstherapie konzentrieren. Zu nennen sind hierbei vor allem die Untersuchungen von Benecke und Eschstruth (2015) sowie die von Plischke (2014), die jeweils Online-Befragungen zur Verfahrensvielfalt an deutschen Universitäten durchgeführt haben. Beide Untersuchungen haben dabei aufzeigen können, dass verhaltenstherapeutische Inhalte an deutschen Hochschulen deutlich überrepräsentiert sind. Zudem hat das Forschungsgutachten zur Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen von Strauß und Kollegen zeigen können, dass die Präferenz der Studierenden erwartungsgemäß von der Verfahrensorientierung des Lehrstuhls für klinische Psychologie bzw. des Lehrangebotes abhängig ist (Strauß, Barnow, Brähler, Fegert, Fliegel, Freyberger, Goldbeck, Leuzinger-Bohleber, & Willutzki, 2009). Und da die Lehrstühle der klinischen Psychologie in Deutschland mit ca. 87% überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind, ist eine Überrepräsentation des Fachkundenachweises in VT nicht verwunderlich.

Beneckes & Eschstruths Untersuchung (2015), die sich auf die Bereiche Wissens- und Kompetenzvermittlung im Psychologiestudium an deutschen öffentlichen Hochschulen fokussiert, konnte hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich der vermittelten Inhalte von kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Störungsmodellen sowie Therapieverfahren aufzeigen. Sie stellen fest, dass die „klinische Lehre in den psychologischen Studiengängen an den öffentlichen Universitäten

eine sehr stark kognitiv-behaviorale Ausrichtung hat. Sowohl in Bezug auf die Vermittlung von Störungsmodellen als auch von Psychotherapieverfahren spielen andere Ansätze nur eine untergeordnete Rolle und werden als nicht sonderlich wissenschaftlich fundiert dargestellt“ (Benecke & Eschstruth, 2015, S. 6). Die Tabelle 6 und Tabelle 7 stellen die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung dar. Anhand dieser ist deutlich zu erkennen, wie enorm die Differenz der einzelnen Verfahren hinsichtlich der wahrgenommenen Wissens- und Kompetenzvermittlung im Masterstudiengang klinische Psychologie an deutschen öffentlichen Hochschulen ist.

Tabelle 6 Im Studium vermitteltes Wissen über Störungsmodelle

Frage	Auswahl	M	SE	CL	p
Die Lehre in meinem gesamten Psychologiestudium vermittelte mir Wissen über die folgenden Modelle zur Erklärung psychischer Störungen:	kognitiv-behaviorale Modelle	3.44	0.06	3.33-3.55	.019
	psychoanalytische/psychodynamische Modelle	1.15	0.10	0.94-1.35	.002
	humanistische Modelle	1.17	0.08	1.01-1.34	.005
	systemische Modelle	1.14	0.09	0.96-1.33	.003
	biologische Modelle	2.54	0.08	2.38-2.70	.022

Legende: M = Mittelwert, SE = Standardfehler, CI = 95%-Konfidenzintervall, p = p-Wert für Signifikanztest der Mittelwertsunterschiede zwischen den Instituten. Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr ausführlich.

Tabelle 7 Wissensvermittlung zur Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren

Frage	Auswahl	M	SE	CL	P
In meinem Studium wurde mir insgesamt vermittelt, dass ...	kognitiv-behaviorale Modelle	3.79	0.04	3.71-3.86	.667
	psychoanalytische/psychodynamische Modelle	0.99	0.08	0.82-1.16	.010
	humanistische Modelle	1.51	0.08	1.35-1.68	.030
	systemische Modelle	2.03	0.07	1.88-2.18	.088
	biologische Modelle	2.04	0.07	1.90-2.19	.169

Legende: M = Mittelwert, SE = Standardfehler, CI = 95%-Konfidenzintervall, p = p-Wert für Signifikanztest der Mittelwertsunterschiede zwischen den Instituten. Skala von 0 = nicht wissenschaftlich fundiert ist bis 4 = sehr wissenschaftlich fundiert ist.

Die Untersuchung von Plischke (2014) konzentriert sich ebenfalls auf die Repräsentation der Therapieverfahren im klinisch-psychologischen Studium. Während sich Beneckes Online-Umfrage auf Studierende des Masterstudiengangs klinische Psychologie an öffentlichen deutschen Universitäten beschränkt (n=430), bezieht Plischke sowohl Studierende von privaten Hochschulen als auch Studierende aus dem Bachelorstudiengang Psychologie ein. Zudem wird der Untersuchungsraum bei dieser Studie zusätzlich auf die Schweiz und Österreich ausgeweitet (n=859). In Abbildung 6 werden die aussagekräftigsten Ergebnisse aus Plischkes Online-Befragung dargestellt. Es konnte zum einen festgestellt werden, dass an deutschen Hochschulen ein großes Ungleichgewicht innerhalb der Vertretung der einzelnen Therapieverfahren herrscht und zum anderen, dass sich in Österreich der Anteil psychodynamischer Therapieverfahren und verhaltenstherapeutischer Verfahren nahezu diametral zu dem in Deutschland darstellt. Eine weitere bemerkenswerte Erkenntnis aus der Befragung ist, dass es nicht nur zwischen den Ländern, sondern auch zwischen öffentlichen und privaten Hochschulen deutliche Diskrepanzen gibt, dergestalt, dass an öffentlichen Hochschulen die Verhaltenstherapie als die dominante Therapierichtung wahrgenommen wurde, an privaten hingegen waren keine großen Unterschiede zu erkennen.

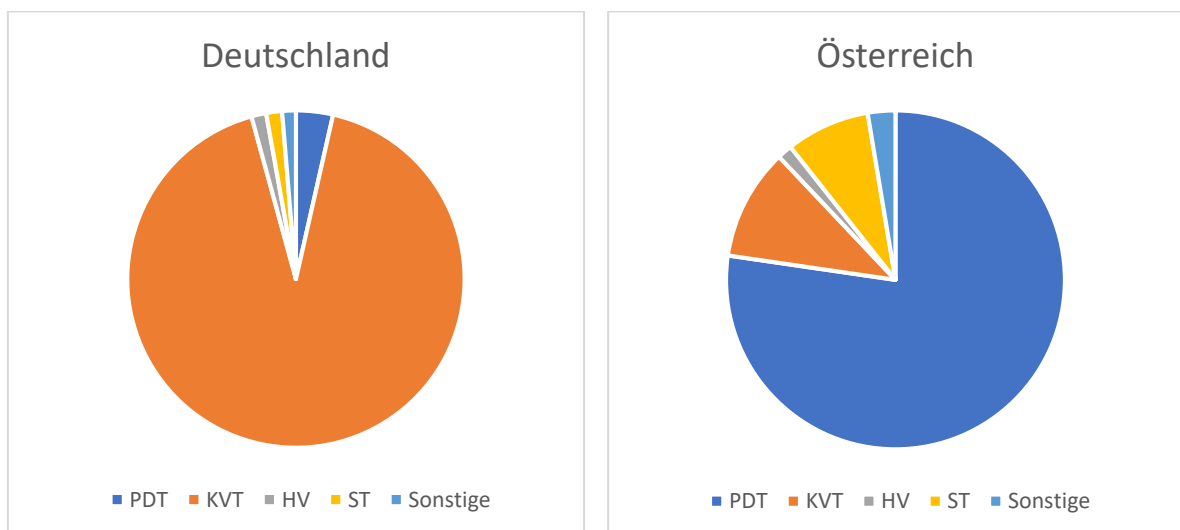


Abbildung 6 Verteilung der vornehmlichen Vertretung eines Therapieverfahrens in Abhängigkeit der Studienländer über Hochschularten hinweg

Legende: PDT = psychodynamische Therapieverfahren, KVT = kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren, HV = humanistische Verfahren, ST = systemische Verfahren

Der drohende Verlust der Verfahrensvielfalt in Deutschland wird mittlerweile in der Fachliteratur sehr viel diskutiert. Deutlich zu vernehmen ist ein großer Wunsch des Erhalts der verschiedenen Therapieschulen, da anderenfalls auch die unterschiedlichen Herangehensweisen an eine psychische Störung verloren gehen würden. Beispielsweise gehen „psychodynamisch orientierte Verfahren bekanntlich weniger von einer störungsspezifischen, sondern von einer persönlichkeits- und kulturspezifischen Betrachtung seelischen Leidens aus“ (Strauß et al., 2009).

Hinsichtlich der Forderung nach dem Erhalt der Verfahrensvielfalt muss bedacht werden, dass das bisherige Studium der Psychologie nicht der Auflage unterlegen ist, alle Therapieverfahren gleichwertig zu behandeln. Vielmehr ist das Studium darauf bedacht, sich im Wesentlichen an der Befundlage der Wissenschaft zu orientieren. Da überwiegend empirische Belege zu kognitiv-behavioralen Störungsmodellen bzw. kognitiv-behavioraler Psychotherapie vorliegen, sind die Ergebnisse der aufgeführten Untersuchungen gleichzeitig auch ein Abbild der Versäumnisse anderer Therapieschulen, die sich weitaus weniger darum bemüht haben, ihre klinischen Konzepte empirisch zu überprüfen (Benecke & Eschstruth, 2015).

Trotz besserer empirischer Befunde und Belege kognitiv-behavioraler Konzepte spiegeln beide Untersuchungen aber auch wider, dass die Studierenden sehr wohl großes Interesse daran haben, ein breiter gefächertes Angebot an Therapieverfahren in ihrer Ausbildung dargelegt zu bekommen. Darüber hinaus würde eine Vielfalt der Therapieverfahren die Qualität der Behandlung sicherstellen und auch dem Wunsch vieler Patienten entsprechen, da unterschiedliche Herangehensweisen an psychische Störungen bzw. deren Erklärung der Vielfältigkeit der Menschen eher gerecht werden würde.

Der Forderung nach Erhalt der Verfahrensvielfalt entsprechend, wird inzwischen zunehmend die Direktausbildung als Konzept der Ausbildung zum PP bzw. KJP diskutiert (vgl. dazu Lubisch, 2012; Ströhm, Schweiger, & Tripp, 2013; Tripp & Ströhm, 2014). Wie eine solche Direktausbildung aussehen könnte, ist in der Abbildung 7 dargestellt.

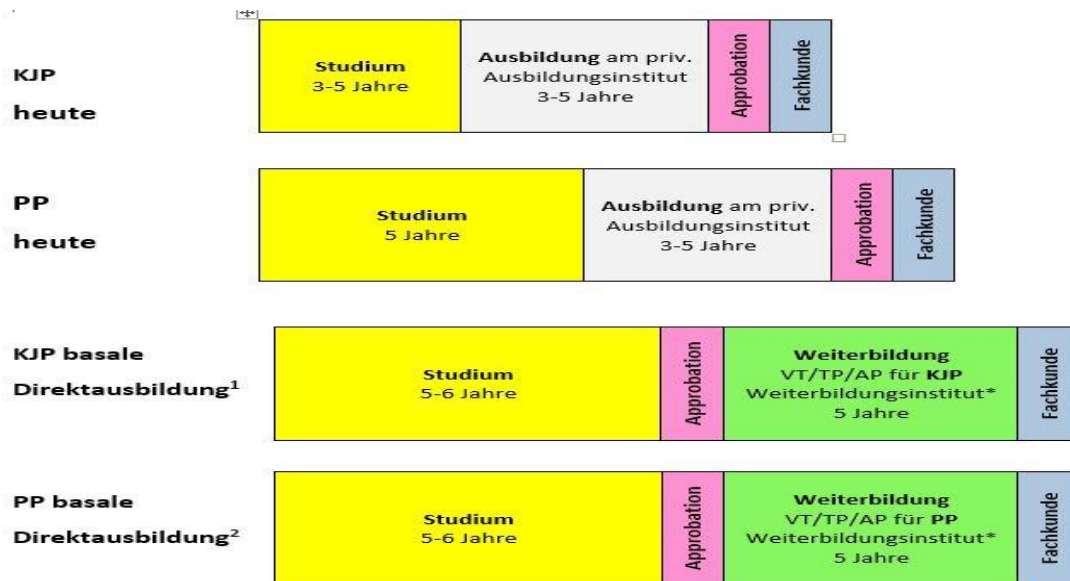


Abbildung 7 Basale Direktausbildung zum PP bzw. KJP

Das Studium im Rahmen einer Direktausbildung muss zu einer verfahrensunabhängigen Approbation führen. Dies erfordert eine hochschulübergreifende Verankerung sämtlicher wissenschaftlich anerkannter Verfahren im Lehrplan und somit der Verfahrensvielfalt im psychotherapeutischen System. Dafür ist es wichtig, dass die unterschiedlichen Verfahren von Personen gelehrt werden, die selbst über eine Fachkunde in dem entsprechenden Verfahren verfügen. In der Approbationsordnung muss diese Verfahrensvielfalt vorgeschrieben werden (Psychologiefachschaften-Konferenz, 2014).

2.4 Arbeitszeiten

Wendet man sich dem Thema der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu, ist es unumgänglich auch die Arbeitszeiten der an der Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten in den Blick zu nehmen. Wie im vorangegangenen Kapitel (2.2.2 Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung) erwähnt, wird eine 100%-Zulassung mit einem Anrechnungsfaktor von 1,0 und eine 50%-Zulassung mit einem Faktor von 0,5 in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Folglich ist zu vermuten, dass ein Psychotherapeut mit voller Kassenzulassung den gleichen Anteil an der Versorgung aufbringt wie zwei Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag. Da aber zum einen die Untergrenze des zu erbringenden Leistungsumfangs nicht genau festgelegt ist und zum anderen die Obergrenze uner-

reichbar scheint, können sich die tatsächlich erbrachten Leistungsumfänge von Kassensitzen stark unterscheiden. Die Frage, ob im Bedarfsplan zwei halbe Zulassungen mit dem gleichen Anrechnungsfaktor wie eine volle Zulassung berücksichtigt werden und somit eine ähnliche Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung darstellen, greift die BPtK in ihrer Wartezeitenstudie auf (2018). In ihrem Bericht legen sie dar, dass Psychotherapeuten mit einer vollen Zulassung durchschnittlich 20 – 30 Behandlungsstunden pro Woche anbieten, was einen zeitlichen Arbeitsaufwand von ca. 45 Stunden pro Woche bedeutet. Weiterhin postuliert die BPtK, dass eine Praxis mit halber Zulassung ebenfalls bis zu 20 Behandlungsstunden wöchentlich erbringt. Folgt man dieser Annahme, würde das eine quantitative Verbesserung der gesamten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nach sich ziehen.

Neben dem Faktor der quantitativen psychotherapeutischen Versorgung stellt auch die Variable des Geschlechts der Therapeuten einen wichtigen zu betrachtenden Faktor da, vor allem vor dem Hintergrund des enormen Zuwachses von weiblichen Psychotherapeutinnen in der ambulanten Versorgung. Die hier zu stellende Frage ist, was ein immer weiter zunehmender Anteil von Psychotherapeutinnen (vgl. 2.2.1 Geschlechter- und Altersverteilung) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu bedeuten hat.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich dabei auf die quantitativen Aspekte der Versorgung im Sinne von tatsächlich geleisteten Arbeits- bzw. Behandlungsstunden und die Auswirkungen, die das Geschlecht des Therapeuten darauf hat.

Nicht nur beim Gehalt, sondern auch hinsichtlich der Arbeitszeiten geht die Schere zwischen Männern und Frauen immer weiter auseinander. Dieser Thematik widmet sich die 2015 erschiene Untersuchung „Gender News: Große Unterschiede in den Arbeitszeiten von Frauen und Männern“ des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung (2015). Der betrachtete Zeitraum dieser Untersuchung belief sich dabei auf die Jahre zwischen 1991 und 2013. Die Kernaussage aus diesem viel zitierten Bericht ist, dass sich die aktuellen wöchentlichen Arbeitszeiten von Männern und Frauen um fast neun Stunden unterscheiden. Dieser sogenannte „Gender Time Gap“ ist besonders zwischen 1991 und 2001 kontinuierlich angestiegen und stagniert seitdem mehr oder weniger auf einem ähnlichen Niveau von 23%. Weitere, für die vorliegende Arbeit relevante Erkenntnisse lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen:

- In beiden Geschlechtergruppen hat die durchschnittliche Wochenarbeitszeit abgenommen. Die Wochenarbeitsstunden der Gruppe der Männer reduzierten sich zwischen den Jahren 1991 und 2013 um 4%, von 41,2% auf 39,6%. In der Gruppe der Frauen war ein Abfall der Wochenarbeitsstunden um 12%, von 34,4% auf 30,3% zu verzeichnen.
- Der „Gender Time Gap“ lag 1991 noch bei 6,8 Arbeitsstunden pro Woche und ist in etwas mehr als 20 Jahren auf 9,3 Stunden angestiegen.
- In der Gruppe der Selbstständigen weisen die Männer eine durchschnittliche Arbeitszeit von 42,8 Stunden pro Woche auf. Im Vergleich dazu arbeiten die Selbstständigen in der Gruppe der Frauen durchschnittlich 31,3 Wochenstunden. Sowohl in der Gruppe der Frauen als auch in der Gruppe der Männer ist das die durchschnittlich längste Wochenarbeitszeit aller beruflichen Statusgruppen. Der „Gender Time Gap“ dabei mit wöchentlich 11,5 Stunden für diese berufliche Statusgruppe noch etwas über dem allgemeinen Durchschnitt.

Bei der Interpretation der ermittelten Daten weist das WSI aber auch darauf hin, dass der drastische Rückgang der durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden nicht allein durch die allgemeine Kürzung der Arbeitszeiten zu erklären ist. Vielmehr ist bei der Interpretation zu berücksichtigen, dass der Rückgang auch durch die Zunahme der Erwerbstätigen insgesamt und durch den starken Anstieg der Teilzeitquote zu erklären ist.

Ferner hängt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beider Geschlechtergruppen auch stark von der beruflichen Qualifikation ab. Wie die Abbildung 8 zeigt, ist der „Gender Time Gap“ im Jahr 2012 unter den Kriterien einer hohen beruflichen Qualifikation und einer Vollzeitbeschäftigung noch merklich sichtbar, jedoch längst nicht so eindeutig wie zwischen den allgemeinen Arbeitszeiten zwischen Männern und Frauen.

- So ist zwischen den Gruppen der Männer (42,6 durchschnittliche Wochenarbeitsstunden) und der Frauen (40,8 durchschnittliche Wochenarbeitsstunden) lediglich ein Unterschied von 1,8 Stunden zu verzeichnen.

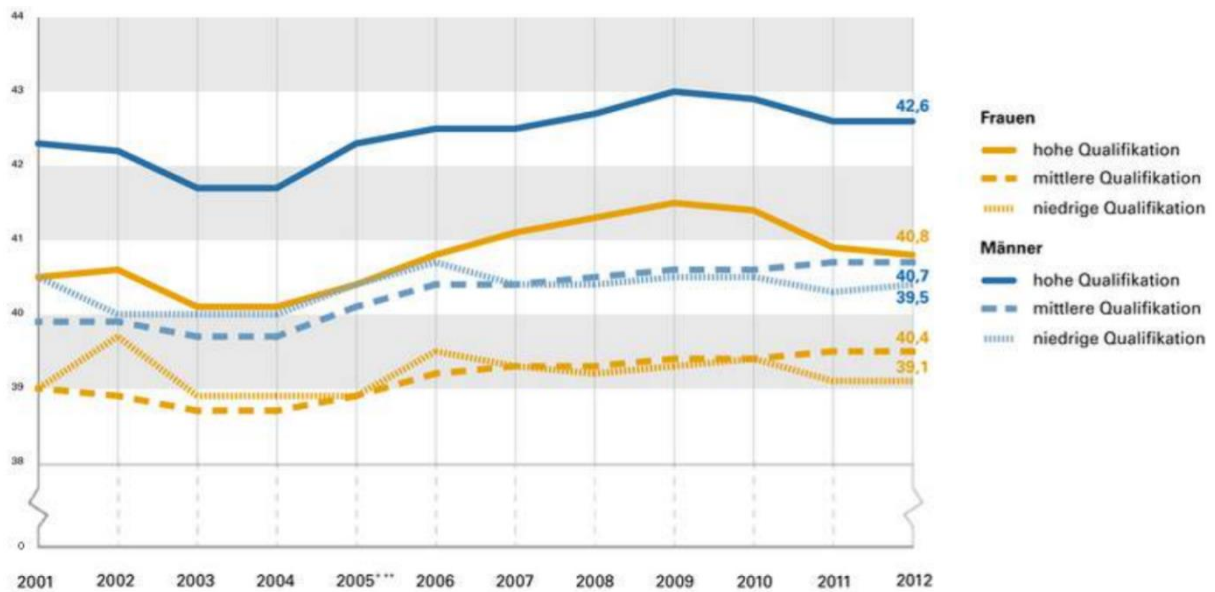


Abbildung 8 Durchschnittliche normalerweise geleistete Arbeitszeit vollzeitbeschäftigter Frauen und Männer nach Qualifikation in Deutschland 2001-2012, in Stunden pro Woche (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung, 2015)

Es lässt sich zudem feststellen, dass ein Unterschied hinsichtlich der Entwicklungsverläufe der Berufsgruppen mit hoher Qualifikation zwischen Männern und Frauen zu erkennen ist. So ist der „Gender Time Gap“ mit 1,8 durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden hier zwar nicht sehr prägnant, es ist dennoch ein Trend zu erkennen, dass sich die Schere in den kommenden Jahren tendenziell vergrößern wird.

Geht man noch einen Schritt weiter und betrachtet lediglich die durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten der Psychotherapeuten, lässt sich eine weitere Verteilung erkennen.

Die jährliche Untersuchung „Zi-Praxis-Panel“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland hat in ihrem 2017 erschienenen Bericht für das Jahr 2015 unter anderem ermittelt, dass:

- Praxisinhaber, die im psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich arbeiten, eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 45 Stunden aufweisen (2017). Wobei dabei nicht differenziert betrachtet wird, welcher Anteil der Versorgung durch Frauen bzw. Männer geleistet wird.
- Psychotherapeutisch bzw. psychosomatisch orientierte Praxisinhaber durchschnittlich 37% ihrer Arbeitszeit ohne Patientenkontakt aufwenden (Fortbildungen, Praxismanagement etc.), was den höchsten Wert im Vergleich mit anderen Ärzteguppen darstellt

Eine weitere, seit 2012 alle zwei Jahre durchgeführte Untersuchung, die sich u.a. mit den durchschnittlichen Arbeitszeiten von Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschäftigt, stellt der Ärztemonitor dar, der von der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) in Auftrag gegeben wird (2016a).

Das Ergebnis der Befragung von 2016 besagt, dass Psychotherapeuten durchschnittlich 40,9 Stunden pro Woche arbeiten.

Da es sich beim Ärztemonitor um eine alle zwei Jahre stattfindende Befragung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten handelt, lässt sich auch hier eine Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitszeiten ableiten.

Gemäß den Umfragen zwischen 2012, 2014 und 2016 ist ein Rückgang der durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden der Psychotherapeuten um 1,5 Stunden, von 42,4 (2012) auf 40,9 (2016), zu erkennen.

Weitere für die vorliegende Arbeit relevante Ergebnisse des Ärztemonitors lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Niedergelassene Ärzte arbeiten im Durchschnitt mit 52,5 Wochenstunden 11,6 Stunden mehr als niedergelassene Psychotherapeuten. Gleichwohl ist auch bei den niedergelassenen Ärzten ein ähnlicher Rückgang der Arbeitszeiten zu verzeichnen.
- Männliche Psychotherapeuten arbeiten durchschnittlich 43,8 und weibliche Psychotherapeutinnen 39,8 Stunden in der Woche (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund), 2016c)

Betrachtet man den signifikanten Unterschied zwischen der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von niedergelassenen Ärzten und niedergelassenen Psychotherapeuten, gibt es bei der Bewertung einige Aspekte zu beachten. So muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass „Psychotherapeuten im Gegensatz zu Ärzten bei Krankheit oder Urlaub keine Vertreter beschäftigen können und kaum Leistungen delegieren können“ (Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP), 2012). Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass niedergelassenen Therapeuten mit einem Anteil von ca. 38% (Stand 2016) überdurchschnittlich häufig über eine Teilzulassung verfügen. Im Vergleich besitzt der Durchschnitt der Ärzte nur in 7% aller Fälle über eine Teilzulassung. Auch diese

Aspekte tragen dazu bei, dass die Arbeitszeit der Psychotherapeuten im Durchschnitt geringer ausfällt.

Die durchschnittlichen Arbeitszeiten von Psychotherapeuten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und zu Berufstätigen mit einem ähnlichen Bildungsgrad sind in Tabelle 8 zusammengefasst. Zudem wird hier dargestellt, wie ausgeprägt der „Gender Time Gap“ in den genannten Gruppen ist.

Betrachtet man weiter die durchschnittlichen Arbeitszeiten von Psychotherapeuten, ist zudem der zeitliche Aufwand, der außerhalb des direkten Patientenkontakts anfällt, herauszustellen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hat in ihrem Jahresbericht von 2017 z.B. herausgefunden, dass Psychotherapeuten, im Vergleich zu anderen Ärzteguppen, überdurchschnittlich viel Zeit außerhalb des direkten Patientenkontakts aufwenden. So wenden sie im Mittel 28% ihrer Arbeitszeit für Verwaltungsaufgaben, Praxismanagement und Fortbildungen auf (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2017). Betrachtet man jedoch lediglich den reinen Zeitaufwand für die Behandlungsstunden (inklusive probatorischer Sitzungen), ist festzustellen, dass Psychotherapeuten durchschnittlich 75% ihrer Arbeitszeit mit der tatsächlichen Behandlung verbringen. (Nübling et al., 2014b).

Tabelle 8 Durchschnittliche Wochenarbeitszeiten verschiedener Berufsgruppen - differenziert nach Geschlechtergruppen

	Ø Wochenarbeitszeit in Stunden	Ø Wochenarbeitszeit der Frauen in Stunden	Ø Wochenarbeitszeit der Männer in Stunden	Gender Time Gap in Stunden
Allgemeinbevölkerung ¹	34,95	30,3	39,6	9,3
Selbstständig tätige Personen ²	37,05	31,3	42,8	11,5
Personen mit hoher beruflicher Qualifikation und einer Vollzeitbeschäftigung ³	41,7	40,8	42,6	1,8
Psychotherapeuten ⁴	45	---	---	---
Ärzte (ohne psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung) ⁵	51	---	---	---
Ambulant tätige Psychotherapeuten in Vollzeit ⁶	40,9	39,8	43,8	2,9
Ambulant tätige Haus- und Fachärzte ⁷	52,2	55,2	48	7,2

Ambulant tätige Psychotherapeuten mit 100%-Zulassung ⁸	38,6	36,0	43,7	7,7
Ambulant tätige Psychotherapeuten in Praxis ⁹	35,4	---	---	---

Anmerkungen: ¹²³(Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung, 2015)

⁴⁵(Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2017)

⁶(Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund), 2016c)

⁷(Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund), 2016b)

⁸⁹(Nübling et al., 2014b)

Auch die BPTK geht von einer Behandlungskapazität von 20 – 30 Stunden pro Woche aus. (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018) (vgl. auch Kapitel 2.2.2 Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung).

Bezieht man, neben der regulären Wochenarbeitszeit eines vollen KV-Sitzes, die Tage in Abwesenheit (aufgrund von Urlaub, Krankheit etc.) in die Berechnung der jährlichen Arbeitszeit ein, so ergibt sich ein jährlicher Gesamtarbeitsaufwand von 1.670 Stunden inklusive einer jährlichen Behandlungskapazität von ca. 1.260 Stunden (inklusive probatorischer Sitzungen) (Nübling et al., 2014b). Differenziert man hier zusätzlich zwischen den Geschlechtern, so ergibt sich eine jährliche Stundenbelastung von 1.911 Stunden für Männer und 1.545 Stunden für Frauen (ebd.). Das bedeutet, dass bei einer 100%-KV-Zulassung Männer einen jährlichen Beitrag von 1.481 und Frauen von 1.145 Behandlungsstunden (inklusive probatorischer Sitzungen) zur Vertragsärztlichen Versorgung leisten (s. Anhang D: Arbeitszeiten; Vergleich hinsichtlich Geschlecht, nur Psychotherapeuten mit 100%-KV-Zulassung (KVPT); $n_{\max}=1452$; t-Test für unabhängige Stichproben (Nübling et al., 2014b).

2.5 Kassensystem

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Anzahl, Verteilung und der Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung beschrieben wurde, sollen im kommenden Abschnitt die Möglichkeiten der Niederlassung innerhalb des kassenärztlichen Systems und die dazugehörigen Besonderheiten der Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten dargelegt werden.

Grundlegende Voraussetzungen für die Zulassung zu einem KV-Sitz ist die Eintragung in das Arztregister nach §95 Abs. 2 SGB V. Der Eintrag ins Arztregister

wird genehmigt, wenn zum einen die Approbation nach §2 oder §12 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und zum anderen der nötige Fachkundenachweis in einem der drei Richtlinien-Verfahren (TP, AP, VT) vorliegen (Psychotherapeutenkammer Berlin, 2010).

Sollten in einem Planungsbereich keine arztgruppenbezogenen Zulassungsbeschränkungen bestehen, gibt es für einen psychologischen Psychotherapeuten verschiedene Möglichkeiten, sich beim jeweiligen Zulassungsausschuss um einen KV-Sitz zu bewerben. Bestehen hingegen Zulassungsbeschränkungen in einer Region, gibt es Alternativen ambulant psychotherapeutisch tätig zu werden (Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2018).

Voll- oder Teilzulassung

- Die Zulassung zu einer eigenen Praxis kann sich dabei als voll (Anrechnungsfaktor 1,0) oder hälftig (Anrechnungsfaktor 0,5) darstellen. Bei voller Zulassung ist der Psychotherapeut verpflichtet, eine telefonische Sprechzeit im Umfang von 200 Minuten anzumelden, bei hälftiger entsprechend 100 Minuten. Das Angebot psychotherapeutischer Sprechstunden muss darüber hinaus bei einer 100%-Zulassung 100 Minuten und bei einer 50%-Zulassung 50 Minuten betragen.

Job-Sharing

- In gesperrten Planungsbereichen besteht, unter Berücksichtigung des maximalen Leistungsvolumens, die Möglichkeit einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem neu zugelassenen Kollegen des gleichen Fachgebiets. Die Zulassung des neuen Kollegen ist dabei an die Zulassung des bereits zugelassenen Psychotherapeuten geknüpft. Die Höhe der Leistung orientiert sich dabei an dem Quartals-Fachgruppendurchschnitt zuzüglich 25%.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- In einem MVZ können zugelassene Psychotherapeuten unter psychotherapeutischer oder ärztlicher Leitung als Leistungserbringer tätig werden. Die Zulassung zur Gründung bzw. zum Tätig werden in einem MVZ muss dabei vom Zulassungsausschuss genehmigt werden.

Anstellung in Praxen

- Bei der Anstellung in psychologischen Praxen ist grundsätzlich zu beachten, ob in einem Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen bestehen. Im Falle einer zulassungsbeschränkten Region ist eine Anstellung analog (bis auf minimale Abweichungen) zum Konzept des Job-Sharings möglich. Sollten in einem Bereich keine Beschränkungen der Zulassungen existieren, kann eine Anstellung sowohl in Voll- als auch in Teilzeit erfolgen, wobei der zeitliche Aufwand durch den in der Bedarfsplanung zu berücksichtigenden Faktor bestimmt wird.

Neben den Möglichkeiten zur Niederlassung bzw. den Möglichkeiten zur Teilnahme an der kassenärztlichen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, sind zudem die Regelungen zum Pausieren einer Kassenzulassung und die Vertretung zur Abwesenheit von Interesse für die vorliegende Arbeit.

Vertretung durch Abwesenheit

- Die Vertretung durch einen Assistenten oder einen Kollegen stellt sich bei der Berufsgruppe der Psychotherapeuten als schwierig dar. Da die psychotherapeutische Behandlung (inklusive Probatorik) auf einem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Behandler und Patient beruht, kann diese nicht ohne Weiteres durch einen Vertreter übernommen bzw. weitergeführt werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2018c). Im Gegensatz zur Ärzteguppe ist daher die „Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen nach §14 Abs. 3 BMV-Ä grundsätzlich unzulässig.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung & GKV-Spitzenverband, 2018, S.24). Es muss an dieser Stelle also zwischen genehmigungspflichtigen und genehmigungsfreien Leistungen sowie zwischen kurzzeitiger Abwesenheit und längerfristiger Abwesenheit unterschieden werden. Bei genehmigungsfreien Leistungen (z.B. Testverfahren, aber auch Sprechstunden- oder Akutbehandlungen, nicht aber Probatorik) ist die die Vertretung generell immer möglich. Die Vertretung aufgrund einer kurzen Abwesenheit (z.B. wegen Urlaub oder Krankheit) ist im Regelfall nicht möglich. Bei längerfristiger Abwesenheit (z.B. aufgrund von Kindererziehung, Pflege naher Angehöriger etc.) hingegen ist nur dann die Übernahme eines Vertreters möglich, wenn eine Therapie, im Rahmen der bewilligten Stundenzahl, von dem vertretenden Psy-

chotherapeuten voraussichtlich von Anfang bis Ende durchgeführt werden kann. Ein Therapeutenwechsel kann nur in Sonderfällen in Betracht gezogen werden und bedarf in jedem Fall der Zustimmung des Patienten (Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2018).

Ruhen der Zulassung

- Das Ruhen einer Zulassung kann nach Genehmigung des zuständigen Zulassungsausschusses erfolgen, wenn die Wiederaufnahme der Versorgungspflicht in absehbarer Zeit und angemessener Frist erfolgen kann. Für das Ruhen einer Zulassung müssen triftige Gründe vorliegen.(Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2018). Der Antrag an den zuständigen Ausschuss kann dabei sowohl die vollständige als auch die hälftige Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung betreffen. Als standardmäßige Gründe, mit der Bitte eines entsprechenden Nachweises, für das zeitlich begrenzte Ruhen einer Zulassung werden Krankheit, Mutterschutz/Elternzeit und Weiterbildung genannt. Sollten andere Gründe ausschlaggebend sein, sollten diese ausführlich erklärt werden (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO), 2018, s. auch Anhang F).) Gemäß §26 der Ärzte-VZ hat der Zulassungsausschuss „das vollständige oder hälftige Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des §95 Abs. 5 (SGB V) erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass innerhalb des kassenärztlichen Systems Möglichkeiten bestehen, sich durch einen Kollegen vertreten oder die Zulassung ruhen zu lassen. Die Vertretung oder das Ruhen muss jedoch gut begründet sein und vorab vom zuständigen Zulassungsausschuss genehmigt werden. Darüber hinaus wird der Berufsgruppe der Psychotherapeuten, aufgrund der besonderen Vertrauensbeziehung zu ihren Patienten, eine besondere Rolle zuteil. Diese Rolle als „Vertrauter“ erschwert zusätzlich das kurz- oder längerfristige Aussetzen der vertraglichen Teilnahme an der Versorgung sowie auch einen kurzfristigen Therapeutenwechsel (anders als z.B. beim Hausarzt).

Davon abgesehen besteht die Möglichkeit außerhalb der kassenärztlichen Versorgung als „freier“ Therapeut ambulant psychotherapeutisch in einer Privatpraxis tätig zu sein. Das Konzept bietet den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit ohne eine Zulassung der KV Psychotherapien durchzuführen. Die „freien“ Therapeuten finanzieren sich entweder über die private Zahlung der Patienten oder die Kostenerstattung (KE) der Behandlung.

Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung

- Die psychotherapeutische Behandlung bei einem freien Therapeuten, der im Rahmen der KE für außervertragliche Psychotherapien arbeitet, steht einem Patienten nach §13 SGB V Abs. 3 SGB V (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018a) zu, wenn diese notwendig und unaufschiebbar ist und die jeweilige Krankenkasse die Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann.
- Einer Untersuchung von Nübling und Kollegen (2015) zur PT im Rahmen der KE hat ergeben, dass vor allem die Unabhängigkeit von der Kassenärztlichen Vereinigung dabei als Vorteil dieses Konzeptes angesehen wird. Die Vorteile der Unabhängigkeit werden vor allem in Bezug auf die Urlaubs- und Vertretungsregelungen, die Deckelung der Leistungserbringung, aber auch die Mindestversorgung, die geleistet werden muss, deutlich. Des Weiteren kann sich laut Nübling die Arbeit im KE-Verfahren besser an die aktuelle Lebenssituation der Therapeuten (z.B. Erziehung, Auszeit, Selbstverwirklichung etc.) anpassen.

Als negative Faktoren im System der PT im Rahmen der KE werden oft die Unsicherheit der Zukunft der KE, der hohe bürokratische Aufwand und das Gefühl als „Psychotherapeut zweiter Klasse“ tätig zu sein, genannt was in der Form auch von einigen Kassen vermittelt wird.

Ein weiteres Problem, das dem Konzept der PT im Rahmen der KE gegenübersteht, ist die mangelnde Pflicht zur Qualitätssicherung in Form von Fort- und Weiterbildungen. Im Gegensatz zu KV-zugelassenen PTs, die aufgrund des PsychThG zu Fortbildungen verpflichtet sind, ist der Bereich der KE im Rahmen der KE, weniger qualitätsgesichert.

- Dem Konzept der KE werden, mehreren Autoren zufolge, dabei immer größeren Hürden entgegengestellt. Die größte Barriere stellt dabei die gesetz-

lichen Krankenkassen dar, die immer weniger Anträge auf Übernahme der Therapiekosten bewilligen. Einer Umfrage von Nübling und Jeschke zufolge hat besonders zwischen den Jahren 2016 und 2017 eine deutliche Abnahme der bewilligten Anträge stattgefunden (2018, persönlicher Vorabdruck (in Vorb.)). Dieser Umfrage und einem Bericht der Ärztezeitung (2017) zufolge wird von den Krankenkassen seit der Einführung der Psychotherapierichtlinie (April 2017) immer wieder von den Krankenkassen auf die neu eingeführten Terminservicestellen verwiesen und somit die Ablehnung der Finanzierung einer Psychotherapie begründet. Weiter erhebt die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) den Vorwurf, dass die gesetzlichen Krankenkassen genau wissen, dass durch die TSS zwar der Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten erleichtert wird, sich die Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie aber nicht verkürzt (2018). In Anlehnung an §13 SGB V Abs. 3 SGB V schreiben Nübling und Jeschke, dass eine „pauschale Restriktion bei der Kostenerstattung von psychotherapeutischen Leistungen nicht hinnehmbar sei. Sie missachte das Recht der betroffenen Patientinnen und Patienten auf eine zeitnahe Behandlung ihrer psychischen Erkrankung und ist letztlich gesetzeswidrig. Das derzeitige restriktive Verhalten der Krankenkassen muss somit als klare Diskriminierung gerade psychisch kranker Menschen bewertet werden“ (2018; persönlicher Vorabdruck (in Vorb.)). Die PT im Rahmen der KE hat in den letzten Jahren maßgeblich dazu beigetragen, dass bestehende Versorgungsmängel aufgefangen werden konnten. Laut einer Umfrage der DPtV hat sich seit dem Inkrafttreten die Anzahl der eingereichten Anträge auf PT im Rahmen der KE bei den Krankenkassen nicht verändert (M=2,2 Anträge pro Monat). Die von der Krankenkasse genehmigten Anträge auf KE hingegen sind seit dem 1.04.2017 von durchschnittlich 2,2 pro Monat 0,6 zurückgegangen (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV), 2017).

Das Konzept des „freien“ Therapeuten bzw. des KE-Verfahrens kann also die Möglichkeit bieten, auch ohne eine KV-Zulassung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilzunehmen. Die relativ strengen Regularien des kasernenärztlichen Systems, die einem Vertragspsychotherapeuten auferlegt werden, können so größtenteils umgegangen werden. Besonders im Hinblick auf die Urlaubs- und Vertretungsregelungen und den zu erbringenden Leistungsumfang

kommt die PT im Rahmen der KE vielen Psychotherapeuten entgegen, indem der Arbeitsumfang an die aktuelle Lebenssituation angepasst werden kann. Hinzu kommt, dass die oftmals sehr hohen Kosten, die mit dem Kauf eines KV-Sitzes verbunden sind, durch die freie Tätigkeit eingespart werden können. Es bestehen aber auch „hohe bürokratische Hürden, die einen erhöhten Arbeitsaufwand bzgl. der Beantragung der Psychotherapie zur Folge hätten“ (Nübling et al., 2015. S. 344). Zusätzlich nehmen Widerspruchsverfahren bei Ablehnung einer Therapie sehr viel Zeit in Anspruch und Erstgespräche werden häufig nicht bezahlt. Darüber hinaus erleben Psychotherapeuten eine Art Konkurrenzdruck und erfahren oft nicht die gleiche Wertschätzung wie ein Therapeut mit KV-Zulassung. Durch die neu eingeführte Psychotherapierichtlinie werden, mit dem Verweis auf die TSS und die psychotherapeutische Sprechstunde, immer weniger Anträge auf KE für eine PT bewilligt. Diskutiert wird daher zum einen die Rechtmäßigkeit der Ablehnung einer PT im Rahmen der KE nach §13 SGB V Abs. 3 SGB V und zum anderen wird der generelle Fortbestand der PT im Rahmen der KE aufgrund der PT-Richtlinie infrage gestellt.

3. Zielsetzung und Fragestellung

Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand und bisher durchgeführten Untersuchungen (v.a. Benecke & Eschstruth, 2015; Nübling et al., 2014b; Plischke, 2014) wurden Fragestellungen und Hypothesen ausgearbeitet. Als übergeordnete Fragestellung ist die Frage nach der Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aufgrund der Pläne und Vorstellungen der angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Folgende weitere Fragestellungen bzw. Hypothesen, die der übergeordneten Fragestellung thematisch untergeordnet sind, werden in der vorliegenden Arbeit bearbeitet:

Tabelle 9 Fragestellungen / Hypothesen

Kategorie	Fragestellung / Hypothese
<i>Geschlechterverteilung</i>	Bleibt der Trend erhalten, dass deutlich mehr Frauen Psychotherapeut werden möchten als Männer?
<i>Therapieschulen</i>	Hält die Entwicklung der letzten Jahre an, dass mehr PT-Ausbildungen in Verhaltenstherapie gemacht werden als in den psychodynamischen Verfahren? H ₀ : Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Wahl der Richtlinien-Verfahren zwischen den öffentlichen Universitäten und der MSH Medical School Hamburg. H ₁ : An der MSH Medical School Hamburg wollen signifikant mehr Studenten die Ausbildung in einem psychodynamischen Verfahren und signifikant weniger in Verhaltenstherapie machen, als an den öffentlichen Universitäten.
<i>KV-Zulassung</i>	Hält der Trend weiter an, dass immer mehr psychologische Psychotherapeuten eine 50%-Zulassung haben wollen? H ₀ : Da zwei halbe Kassenzulassungen im Bedarfsplan genauso gewichtet werden, wie eine volle Kassenzulassung, bleibt, trotz der Zunahme der halben Sitze, die kassenärztliche Versorgung gleich. H ₁ : Die Entwicklung der Zunahme von halben Kassenzulassung trägt zu einer quantitativ besseren vertragspsychotherapeutischen Versorgung bei Warum wollen immer mehr approbierte psychologische Psychotherapeuten eine halbe Kassenzulassung?
<i>Kostenerstattung</i>	Da das Konzept der Kostenerstattung, v.a. aufgrund der Psychotherapie-richtlinie, im Begriff ist zu verschwinden, wollen immer weniger Psychotherapeuten als freier Therapeut praktizieren. Ist das Konzept der Kostenerstattung dennoch interessant für manche angehenden Psychotherapeuten?
<i>Arbeitszeiten</i>	H ₀ : Weibliche Psychotherapeutinnen arbeiten genauso viel wie männliche Psychotherapeuten und haben daher dieselbe Behandlungskapazi-

tät.

H₁: Weibliche Psychotherapeutinnen arbeiten weniger als männliche Psychotherapeuten und haben daher eine signifikant geringere Behandlungskapazität und tragen zu einer Verschlechterung der vertragsärztlichen Versorgung bei.

H₀: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der geplanten bzw. realen Arbeitszeit der angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und den aktuell praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

H₁: Die geplante Arbeitszeit der angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist signifikant niedriger als die durchschnittliche Arbeitszeit der aktuell praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Studieninhalte

Werden an den Hochschulen alle Verfahren und Modelle zur Erklärung psychischer Störungen gleichwertig thematisiert?

H₁: Es gibt keine Unterschiede zwischen öffentlichen Universitäten und der MSH Hamburg hinsichtlich der im Studium behandelten Richtlinien-Verfahren.

H₀: An der MSH Hamburg nehmen die psychodynamischen Richtlinien-Verfahren signifikant mehr Platz im Studium ein, als an den öffentlichen Universitäten.

H₀: Die Modelle zur Erklärung psychischer Störungen (kognitiv-behavioral, psychodynamisch, systemisch, humanistisch) werden im Studium an beiden Hochschularten zu gleichen Teilen behandelt.

H₁: An der MSH Hamburg nehmen die psychodynamischen, die systemischen und die humanistischen Modelle zur Erklärung psychischer Störung signifikant mehr Platz ein als an öffentlichen Universitäten.

4. Methodik

Um der übergeordneten Fragestellung der vorliegenden Arbeit nach der Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland auf Grundlage der Pläne und Vorstellungen der Psychologiestudenten und somit angehenden Psychotherapeuten nachzugehen, wurde ein Fragebogen zu dieser Thematik konzipiert und an Studierende ausgeteilt.

Die gesammelten Daten wurden infolge, mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 23.0, aufbereiten und verschiedenen Analysen unterzogen. Darüber hinaus wurde ein erhobener Datensatz von Nübling, Jeschke, Ochs und Schmidt (2014b) dieser Arbeit zur Verfügung gestellt, der ebenfalls einer Analyse mittels SPSS unterzogen wurde.

4.1 Online-Fragebogen

Ausgehend von den aufgestellten Fragestellungen und den daraus resultierenden Hypothesen sowie den aktuellen Forschungslagen und bisher durchgeführten Untersuchungen (insbes. Benecke & Eschstruth, 2015; Nübling et al., 2014b; Plischke, 2014) wurde im Rahmen der Masterarbeit ein Online-Fragebogen (vgl. Tabelle 10 & Anhang F: Fragebogen) entwickelt. Dieser richtet sich an Studenten, die aktuell in der Bundesrepublik Deutschland in einem Masterstudiengang Klinische Psychologie (und Psychotherapie) immatrikuliert sind, der sie für eine Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten nach §5 PsychThG befähigt. Eingeschlossen wurden dabei Präsenzstudiengänge an staatlichen und privaten Universitäten.

Der Fragebogen umfasst 22 Fragen, die teilweise an eine Auswahl gebunden sind oder offen formuliert wurden. Neben allgemeinen Fragen zur Soziodemographie wurden Fragen zur psychotherapeutischen Ausbildung, zum Thema Kassenzulassung, zum geplanten beruflichen Arbeitsaufwand und zu den im Studium behandelten psychotherapeutischen Konzepten bzw. Verfahren gestellt.

Tabelle 10 Rubriken und Einzelvariablen des Online-Fragebogens

Rubrik	Einzelvariable
Soziodemographie (SD)	<ul style="list-style-type: none">• Geschlecht,• Alter
Studium (ST)	<ul style="list-style-type: none">• Universität, an der man aktuell immatrikuliert ist

	<ul style="list-style-type: none"> • Studiengang • Aktuelles Semester • Dauer bis zum Abschluss
Psychotherapeutische Ausbildung (PA)	<ul style="list-style-type: none"> • Wille zur psychotherapeutischen Ausbildung • Geplanter Zeitpunkt der psychotherapeutischen Ausbildung • Gründe, falls psychotherapeutische Ausbildung nicht angestrebt wird • Therapieschule, in der die psychotherapeutische Ausbildung absolviert werden soll
Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (TV)	<ul style="list-style-type: none"> • Wille eine eigene Praxis zu eröffnen • Wille eine KV-Zulassung zu erwerben • Art der Zulassung (voll / hälftig) • Gründe für eine eventuelle hälftige Zulassung • Wille eine eigene Praxis ohne KV-Zulassung zu eröffnen • Gründe für eine eventuelle Praxis ohne KV-Zulassung
Arbeitsaufwand (AA)	<ul style="list-style-type: none"> • Geplanter Arbeitsaufwand pro Woche • Geplante Urlaubswochen pro Jahr
Berufswahl (BW)	<ul style="list-style-type: none"> • Einflussfaktoren auf die berufliche Tätigkeitswahl
Studieninhalte (SS)	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Schwerpunkte im Studium • Allgemeine Bewertung des aktuellen Studiums

4.2 Durchführung

Der Fragebogen wurde mit der Online-Software „SoSciSurvey“ erstellt und an 52 Psychologie-Fachschaften in der Bundesrepublik Deutschland geschickt. Eine Liste der Fachschaften inklusive deren E-Mail-Adressen wurde von Herrn Prof. Dr. Cord Benecke von der Universität Kassel zur Verfügung gestellt, der 2015 ebenfalls eine Befragung von Psychologiestudenten durchgeführt hat (vgl. Benecke & Eschstruth, 2015). Die Liste wurde im Anschluss durch einige fehlende Fachschaften und deren E-Mail-Adressen ergänzt (vgl. Anhang E: Liste der Psychologie-fachschaften in der BRD). Anschließend wurden die Fachschaften via E-Mail kontaktiert und darum gebeten, den Fragebogen an die Studenten weiterzuleiten, die die oben genannten Kriterien für die Untersuchung erfüllen.

Der Fragebogen wurde am 16.04.2018 online gestellt und stand den Studenten neun Wochen bis zu 18.06.2018 für die Bearbeitung zur Verfügung.

4.3 Datenauswertung

Die Analyse der Daten umfasst vorwiegend deskriptive Statistik. In den Bereichen, in denen eine Gruppenbildung innerhalb des Datensatzes als sinnvoll erachtet wird (z.B. Geschlecht, Art der Universität), wurden zusätzlich Mittelwertvergleiche (T-Test bei unabhängigen Stichproben und T-Test bei einer Stichprobe) vorgenommen. Außerdem wurde der von Nübling und Kollegen zur Verfügung gestellte Datensatz (Nübling et al., 2014b) ebenfalls neben einer deskriptiven Auswertung einer inferenzstatistischen Analyse (T-Test bei unabhängigen Stichproben) unterzogen.

5. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Umfrage dargestellt. Nachdem die Rücklaufquote, die Beteiligung aufgeführt und die Stichprobe beschrieben wird, werden die statistischen Ergebnisse der Online-Befragung und der Befragung von Nübling et al. (2014b) dargestellt.

5.1 Rücklauf / Repräsentativität

Der Rücklauf bzw. die Beteiligung an der Online-Umfrage ist an dieser Stelle nur schwer abzuschätzen, da nicht genau festgestellt werden kann, wie viele Fachschaften den Fragebogen tatsächlich an ihre Studenten weitergeleitet haben. Darüber hinaus werden zwar Daten über die Anzahl an Studenten, die in einen psychologischen Master immatrikuliert sind, vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt (vgl. dazu Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017), die Masterstudiengänge werden jedoch nicht nach Vertiefungsschwerpunkt unterschieden. Eine genaue Rücklaufquote ist demnach nicht zu ermitteln.

Die Repräsentativität der Stichprobe kann lediglich nach den Merkmalen Alter und Geschlecht annähernd bewertet werden (vgl. Tabelle 11). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung liegen als Vergleichswerte die des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIIB) (2016), des statistischen Bundesamtes (DESTASIS) (2017), der Universität Bremen (2011) und Daten aus den Stichproben von Benecke (2015) und Plischke (2014) vor. Bezüglich der Repräsentativität des Altersdurchschnitts lassen sich die Daten von der Universität Bremen und die Stichproben von Plischke und Benecke heranziehen.

Tabelle 11 Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung

Quelle	Geschlechterverteilung	Altersdurchschnitt	Hochschulart
Bundesinstituts für Berufsbildung (BIIB) (2016) (n=75448) ¹	75% weiblich	---	---
statistischen Bundesamtes (DESTASIS) (2017) (n=13997) ²	81% weiblich	---	---
Universität Bremen (2011) (n=101) ³	91% weiblich	26,65	---
Plischke (2014) (n=859) ⁴	82,2% weiblich	24,4	---

Benecke (2015) (n=430) ⁵	85,8 % weiblich	26,4	---
Stichprobe (n=146) ⁶	89,7 % weiblich	25,22	15,1% privat

Anmerkungen:

¹Alle Hochschularten, alle Abschlüsse, alle Fachrichtungen

²Alle Hochschularten, Masterstudenten, alle Fachrichtungen

³Masterstudenten, Fachrichtung klinische Psychologie

⁴Alle Hochschularten, alle Abschlüsse, Fachrichtung klinische Psychologie, zzgl. Österreich & Schweiz

⁵Alle Hochschularten, Masterstudenten, Fachrichtung klinische Psychologie

⁶Alle Hochschularten, Masterstudenten, Fachrichtung klinische Psychologie

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasst n=146 Studenten, die sich aktuell in einem Masterstudiengang klinische Psychologie oder äquivalenten Studiengang in der BRD befinden. Voraussetzung für die Teilnahme an der online durchgeführten Befragung war lediglich, sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem deutschen Masterstudiengang zu befinden, der zum Antritt der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten qualifiziert.

Das Durchschnittsalter der befragten Studenten liegt bei 25,22 (SD=3,22) und der Anteil weiblicher Studierender liegt bei fast 90 Prozent (Abbildung 9 & Abbildung 10). Durchschnittlich befinden sich die Studenten im vierten Fachsemester (M = 3,32, SD = 1,5) und stehen 11 Monate vor ihrem Abschluss (M = 11,92, SD = 7,9). Der Stichprobe zufolge benötigen die Studenten zur Absolvierung des Masterstudiengangs klinische Psychologie 5,3 Semester.

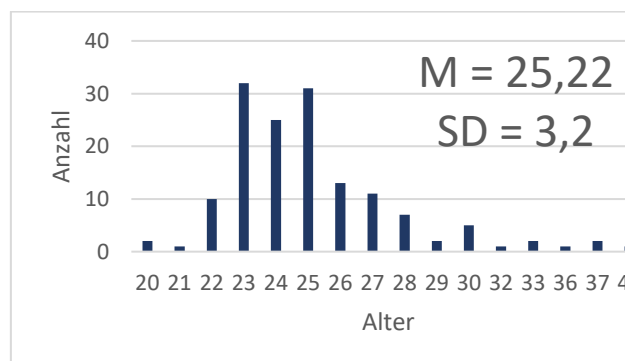


Abbildung 9 Geschlechterverteilung (n = 146)

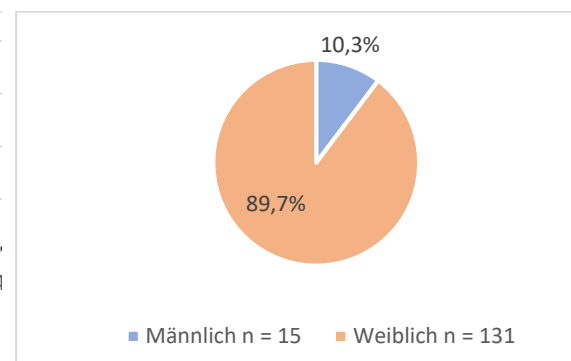


Abbildung 10 Altersverteilung (n = 146)

Die Studenten, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind an 26 verschiedenen Hochschulen eingeschrieben (vgl. Tabelle 12). 25 der 26 Universitäten sind dabei als öffentliche Hochschulen zu betrachten. Die einzige Ausnahme der Liste stellt als private Universität die MSH Medical School Hamburg dar. Festzuhalten

ist jedoch, dass alle 26 Universitäten gleichermaßen zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten qualifizieren, auch wenn die genauen Bezeichnungen der Studiengänge teilweise differieren.

Tabelle 12 Zuordnung der Stichprobe zu den Universitäten und Studiengängen

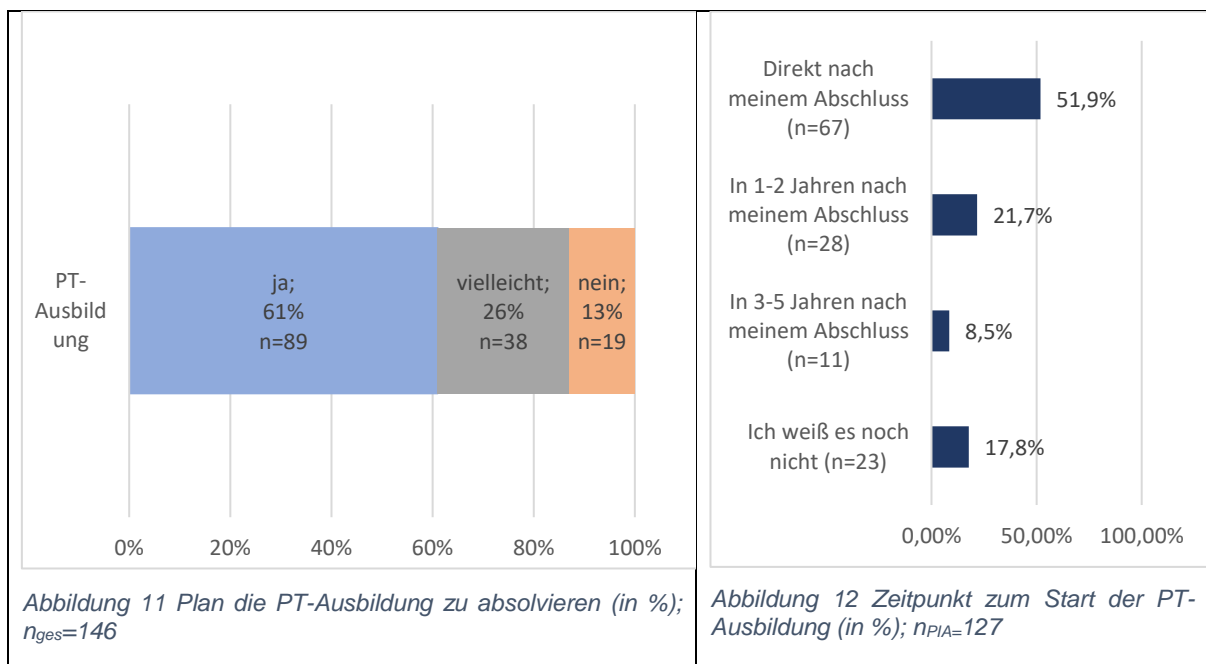
Universität	n	%	Studiengang
Bergische Universität Wuppertal	2	1,4	Psychologie (M.Sc.)
Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg	1	,7	Neurocognitive Psychology (M.Sc.)
Eberhard-Karls-Universität Tübingen	1	,7	Psychologie (M.Sc.)
Friedrich-Schiller-Universität Jena	6	4,1	Klinische Psychologie (M.Sc.)
Humboldt-Universität zu Berlin	1	,7	Psychologie (M.Sc.)
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz	7	4,8	Psychologie (M.Sc.)
Julius-Maximilians-Universität Würzburg	5	3,4	Psychologie (M.Sc.)
MSH Medical School Hamburg ¹	22	15,1	Klinische Psychologie und Psychotherapie (M.Sc.)
Otto-Friedrich-Universität Bamberg	4	2,7	Psychologie (M.Sc.)
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	7	4,8	Psychologie (M.Sc.)
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn	16	11	Psychologie (M.Sc.)
TU Chemnitz	4	2,7	Psychologie (M.Sc.)
Universität Bielefeld	2	1,4	Psychologie (M.Sc.)
Universität Bremen	6	4,1	Klinische Psychologie (M.Sc.)
Universität Freiburg	1	,7	Klinische Psychologie, Neuro- und Rehabilitationswissenschaften (M.Sc.)
Universität Hamburg	3	2,1	Psychologie (M.Sc.)
Universität Hildesheim	4	2,7	Psychologie (M.Sc.)
Universität Köln	1	,7	Psychologie (anwendungsorientiert) (M.Sc.)
Universität Lübeck	14	9,6	Psychologie (M.Sc.)
Universität Mannheim	11	7,5	Klinisch-kognitive Psychologie (M.Sc.)
Universität Osnabrück	8	5,5	Klinische Psychologie (M.Sc.)
Universität Potsdam	1	,7	Psychologie (M.Sc.)
Universität Regensburg	7	4,8	Psychologie (M.Sc.)
Universität Trier	6	3,1	Psychologie (M.Sc.)
Universität Ulm	5	3,4	Psychologie (M.Sc.)
Westfälische Wilhelms-Universität Münster	1	,7	Klinische Psychologie (M.Sc.)
Gesamt	146	100	

Anmerkungen: ¹Private Universität

Den größten Anteil an der Stichprobe macht mit 15,1% die private Universität MSH Medical School Hamburg aus, gefolgt von der Universität Lübeck mit 9,6% und der Universität Mannheim mit 7,5%. Da mit Ausnahme der MSH Medical School Hamburg, alle gelisteten Universitäten staatliche Universitäten sind, ist eine Verteilung auf 84,9% öffentliche und 15,1% private Hochschule zu verzeichnen

5.3 Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten

Von den 146 Studenten des Masters klinische Psychologie sind sich knapp 2/3 (61%) sicher, dass sie im Anschluss an ihr Studium die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten absolvieren wollen. 26% sind sich unsicher, ob sie die Ausbildung machen möchten und die restlichen 13% haben die Frage mit nein beantwortet (vgl. Abbildung 11). Die Studenten, die die psychotherapeutische Ausbildung definitiv (n=89) oder vielleicht (n=38) machen möchten, werden in den folgenden Abschnitten zu der Gruppe der „PIAs“ zugeordnet (n=127). Der Gruppe der „Nicht_PIAs“ (n=57) werden die Studenten zugeordnet, die keine PT-Ausbildung machen möchten (n=19) sowie diejenigen, die noch unentschieden (n=38) sind. In der Gruppe der PIAs geben über die Hälfte (51,9%) an, dass sie ihre Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten direkt nach ihrem Studium beginnen möchten. Weitere 21,7% möchten noch 1-2 Jahre und 8,5% noch 3-5 Jahre warten. Zudem sind sich 17,8% noch unsicher, wann sie ihre Ausbildung starten wollen (vgl. Abbildung 12).



In der Gruppe der Nicht_PIAs wurde mehrheitlich angegeben, dass eine Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten aufgrund der hohen Kosten und der langen Dauer nicht in Frage käme oder man sich noch nicht sicher sei (47,4%). Zudem betrachten 17,4% die Ausbildung nicht als notwendig für ihre be-

ruflichen Ziele (vgl. Abbildung 13). Darüber hinaus wurde die Unsicherheit, ob die PT-Ausbildung der richtige Weg für einen selbst sei und die mangelnde zeitliche und finanzielle Flexibilität, die die Ausbildung mit sich bringe, als häufige Gründe angegeben (s. Anhang H: Freitextantworten).

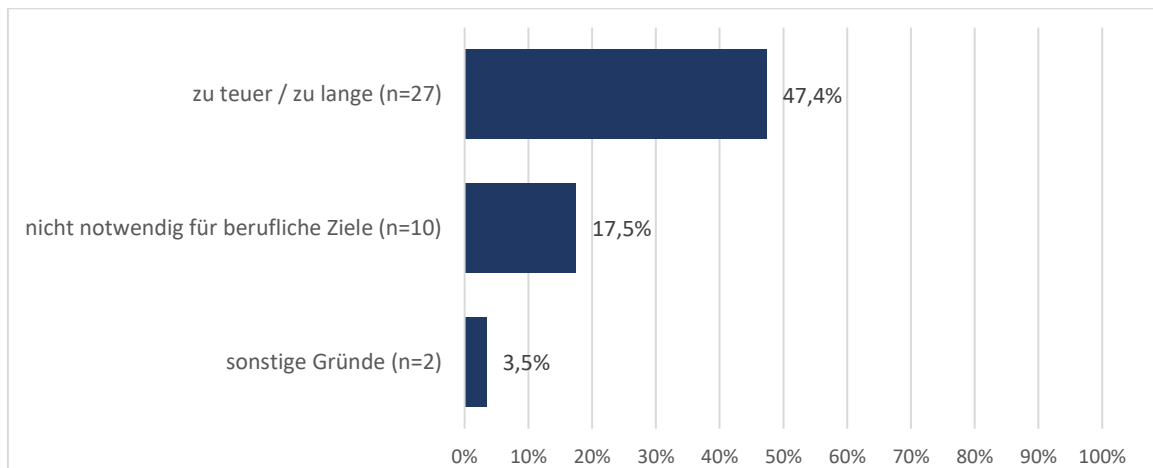


Abbildung 13 Gründe, keine PT-Ausbildung zu machen; $n_{\text{keine_PIAs}}=39$

5.4 Therapieschulen

Anschließend an die Frage, ob die Ausbildung zum Psychotherapeuten angestrebt wird, wurde nach der Fachrichtung der Ausbildung gefragt. Als Auswahlmöglichkeiten standen hier neben den drei Richtlinien-Verfahren (VT, TP, AP) noch die KJP, die systemische Therapie und eine Kategorie „sonstige“ zur Auswahl. Bei der Auswertung wurde nur die Gruppe der PIAs berücksichtigt. Da die Möglichkeit bestand, mehrere Therapieschulen auszuwählen, können die kumulierten Anteile der Antworten mehr als 100% betragen. Den mit Abstand größten Teil der Fachrichtungen nimmt die VT ein (62,2%), gefolgt von der TP (35,4%) und der ST (16,5%). Die analytische Psychotherapie, als drittes Richtlinien-Verfahren, nimmt mit 7,1% den kleinsten Teil ein (vgl. Abbildung 14).

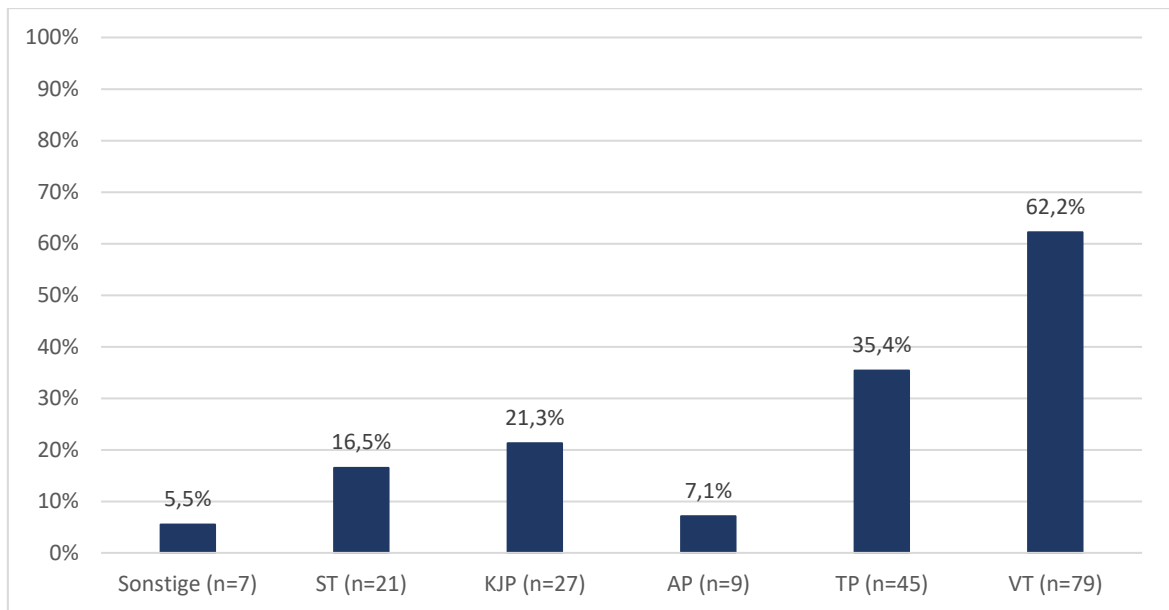


Abbildung 14 Fachrichtungen der geplanten PT-Ausbildung; $n_{PIAs}=127$

Betrachtet man diese Verteilung vor dem Hintergrund der Hochschulart (öffentlich oder privat), ergibt sich ein gegensätzliches Bild. Die Abbildung 15 zeigt wie sich die Anteile der einzelnen Fachrichtungen darstellen, wenn man die PIAs in die Gruppen „öffentliche Universitäten“ und „MSH Medical School Hamburg“ aufteilt. Während die Reihenfolge der Anteile (wie oben genannt) bei den öffentlichen Universitäten bestehen bleibt, weist die Gruppe der MSH eine deutliche Verschiebung der Plätze 1 und 2 auf. So ist die TP mit 55,6%, deutlich vor der VT mit 32,1%, der am häufigste gewählte Ausbildungszweig. Diese Verteilung ist ein weiteres Indiz für die Auffassung von Strauß und Kollegen (2009), dass die Wahl des Therapieverfahrens stark von der Ausrichtung des Lehrstuhls für Klinische Psychologie bzw. des Lehrangebotes abhängig ist (vgl. Kapitel 2.3 Verfahrensvielfalt).

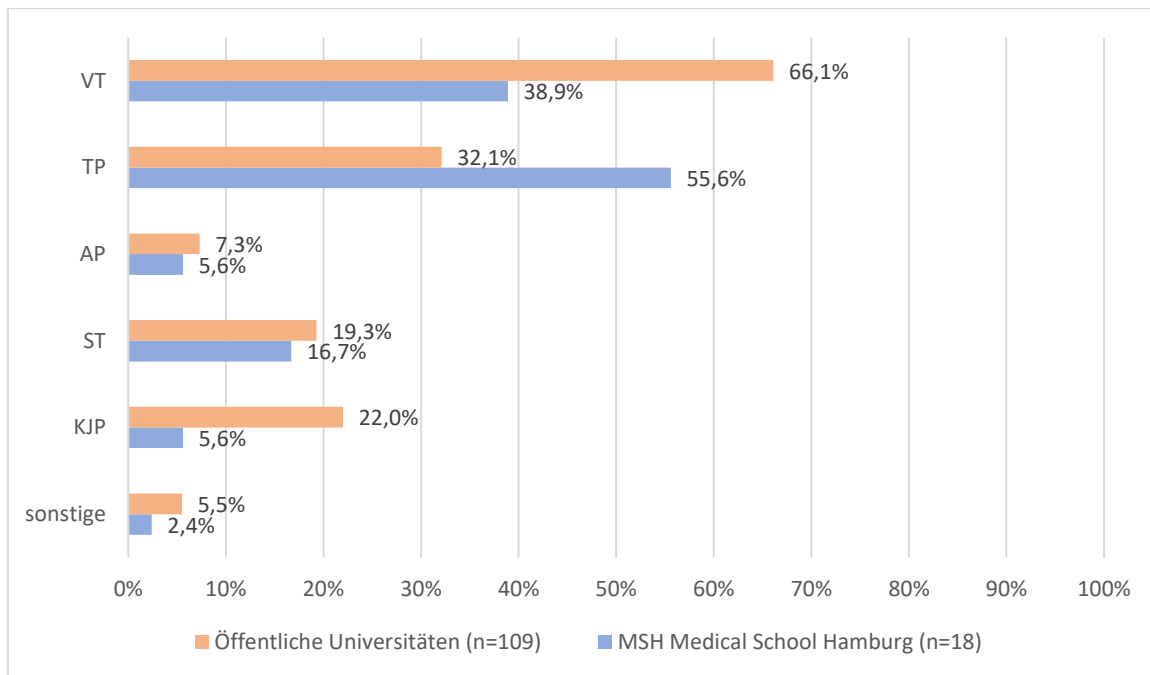


Abbildung 15 Fachrichtungen der geplanten PT-Ausbildung nach Hochschulart; $n_{PIAs}=127$

Damit lässt sich feststellen, dass sich die Gruppe der PIAs an öffentlichen Universitäten von den PIAs an der MSH Medical School Hamburg hinsichtlich der Wahl ihrer Fachrichtung deutlich unterscheidet. In Tabelle 13 sind die Unterschiede der Wahl eines der drei Richtlinien-Verfahren aufgeführt. Die Mittelwertvergleiche mittels t-Test für unabhängige Stichproben zeigen, dass Studenten an öffentlichen Universitäten ($M=1,66$, $SD=,476$) signifikant häufiger die VT als Fachrichtung wählen ($t(125)=2,23$, $p<.005$) als an der MSH ($M=1,39$, $SD=,502$). Die TP wurde deutlich häufiger von Studenten an der MSH ausgewählt ($M=1,56$, $SD=,511$) als an öffentlichen Universitäten ($M=1,32$, $SD=,469$), ein signifikanter Unterschied ist jedoch nicht zu verzeichnen. Hinsichtlich der Wahl der AP sind keine Unterschiede zwischen den Gruppen zu erkennen.

Tabelle 13 Fachrichtung der geplanten PT-Ausbildung; Vergleich hinsichtlich Hochschulart, nur PIAs; $n_{PIAs}=127$; t-Test für unabhängige Stichproben

Therapieschule	Öffentliche Universitäten n=109	MSH Medical School Hamburg n=18	Gesamt n=127	T/p
VT	1,66 (,476)	1,39 (,502)	1,62 (,487)	2,23/.028
TP	1,32 (,469)	1,56 (,511)	1,35 (,480)	-1,94/.055
AP	1,07 (,262)	1,06 (,236)	1,07 (,258)	,27/.787

Legende: T=Prüfgröße des t-Tests, p=Signifikanzniveau

5.5 KV-Zulassung

Von den 127 Studenten, die eine PT-Ausbildung machen wollen, geben die Hälfte (49,6%) an, dass sie später eine eigene Praxis haben möchten. Weitere 44,1% geben an, dass sie noch unentschieden sind und lediglich 6,3% sind sich sicher, keine eigene Praxis führen zu wollen (vgl. Abbildung 16). Anzumerken ist, dass an dieser Stelle nicht nach der Art der Praxis (KV-Zulassung / freie Praxis) gefragt wurde.

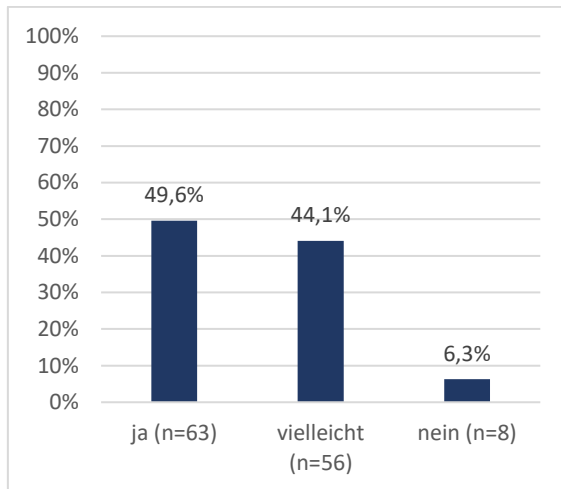


Abbildung 16 Plan eine eigene Praxis zu führen; $n_{PIAs}=127$

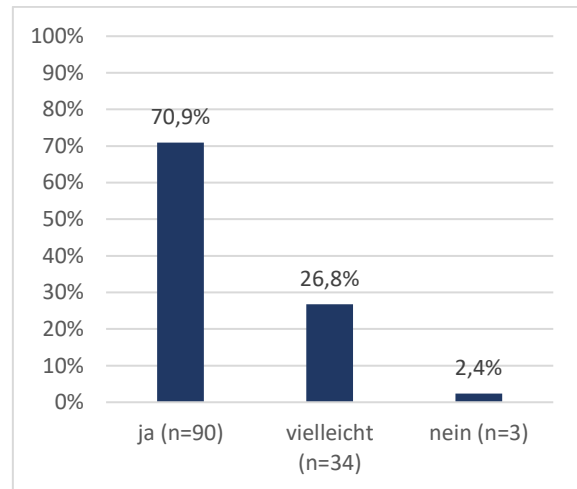


Abbildung 17 Plan eine KV-Zulassung zu erwerben; $n_{PIAs}=127$

In Abbildung 17 ist aufgeführt welcher Anteil der Gruppe der PIAs eine KV-Zulassung anstrebt. Während 70,9% der Befragten bereits sicher sind eine Zulassung der KV haben zu wollen, sind sich 26,8% noch unsicher und nur 2,4% wissen bereits, dass sie keine Zulassung haben möchten.

Ferner wurden diejenigen Studenten, die eine KV-Zulassung anstreben, darum gebeten, anzugeben, ob sie einen vollen oder einen hälftigen Sitz anstreben (vgl. Abbildung 18). Von den 114 Studenten ($n_{Zulassung}$) geben 2/3 (66,7%) an eine halbe und 1/3 eine volle Zulassung haben zu wollen.

Die angegebenen Gründe für eine halbe Zulassung lassen sich dabei im Wesentlichen auf drei Aspekte zurückführen (vgl. Abbildung 19). 80,3% der Befragten geben an, dass man mit einem halben Sitz flexibler bezüglich der Familien- / Lebensplanung ist. Deutlich mehr als die Hälfte (60,5%) wollen mehr als nur in einem Bereich tätig sein und entscheiden sich deswegen für eine hälftige Zulassung. Zusätzliche 14,5% geben als Grund an, dass sie weniger arbeiten möchten.

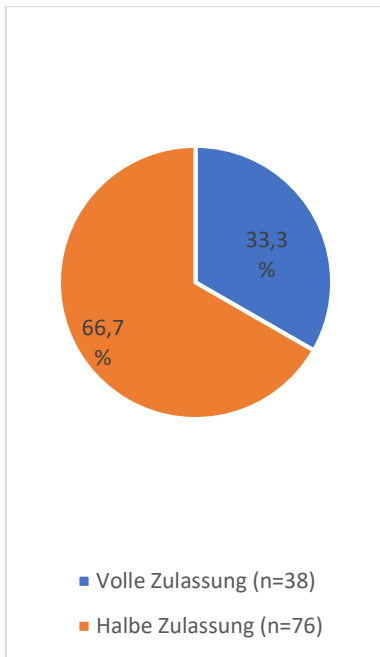


Abbildung 18 KV-Zulassung, voll oder hälftig; $n_{Zulassung}=114$

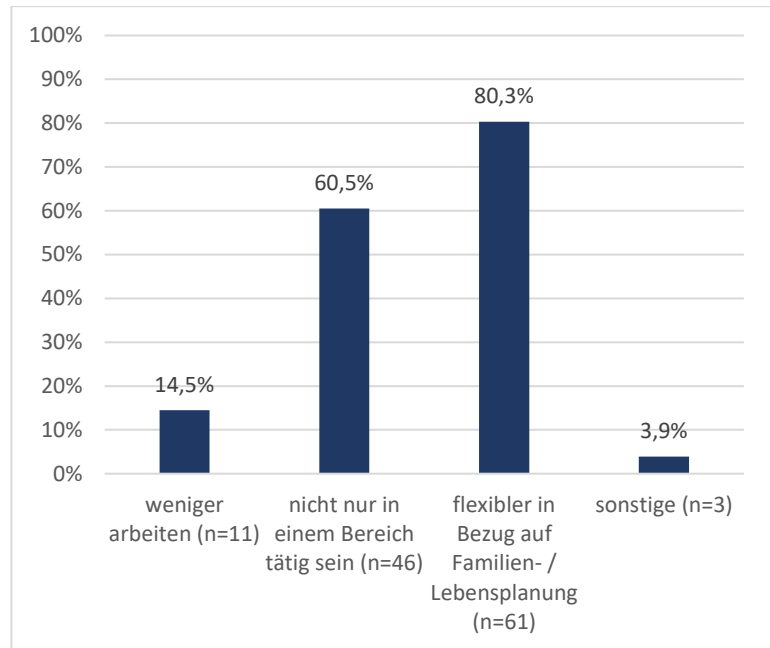


Abbildung 19 Gründe für eine 50%-Zulassung; $n_{50\%}=76$

5.6 Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung

Darüber hinaus wurden die Studenten danach gefragt, ob sie sich auch vorstellen könnten als freier Therapeut in einer Privatpraxis tätig zu sein und somit primär Privatzahler oder Patienten im Rahmen der KE nach §13 Abs. 3 SGB V zu behandeln. Auch an dieser Stelle wurde wieder nur die Gruppe der PIAs einbezogen. Die Auswertung ergab dabei, dass sich knapp 1/4 der Studenten (23,8%) nicht vorstellen können als freier Therapeut tätig zu sein, während sie zu annähernd gleichen Teilen die Frage eindeutig bejahen (38,6%) und sich unschlüssig zeigen (37,8%) (vgl. Abbildung 20). Die Gruppe der Studenten, die die Frage mit „ja“ oder „vielleicht“ beantwortet hat, wird im Folgenden als Gruppe der FPTs bezeichnet ($n_{FPTs}=97$).

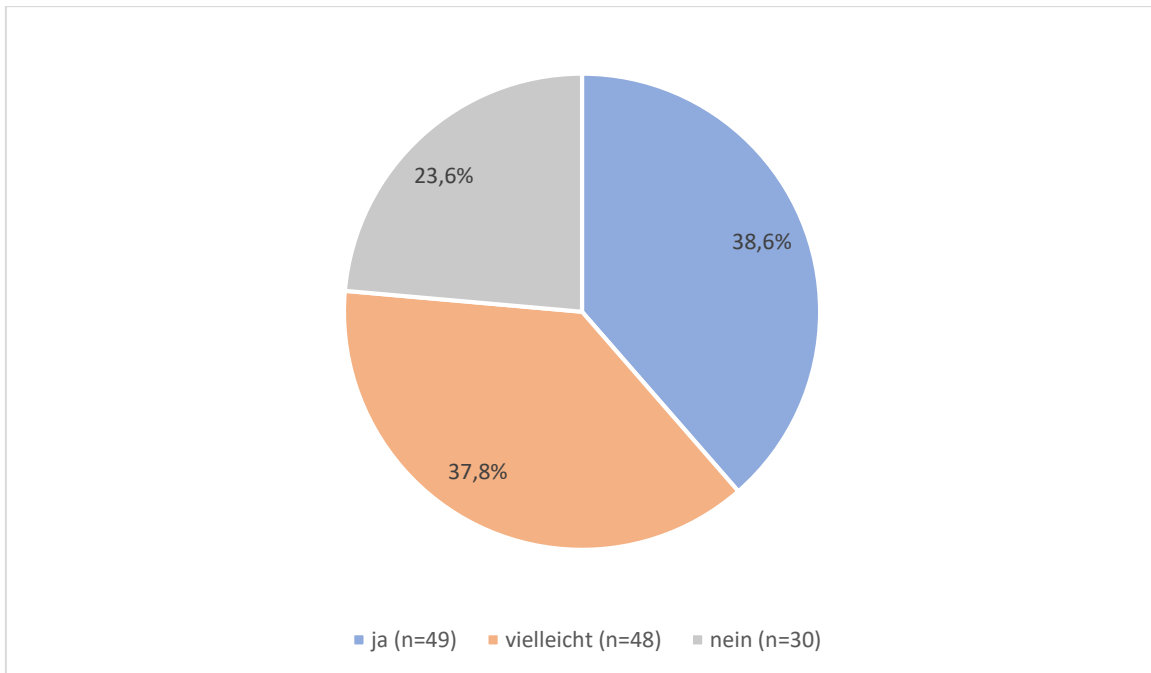


Abbildung 20 Interesse als Psychotherapeut in freier Praxis tätig zu sein; $n_{PIAS}=127$

Das große Interesse an dem Konzept des „freien“ Therapeuten ist der Stichprobe zufolge auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen (vgl. Abbildung 21). Der häufigste Grund, der von 3/4 (75,3%) der Befragten angegeben wurde, ist der, im Gegensatz zum Kauf einer KV-Zulassung, verhältnismäßig geringe finanzielle Aufwand, was ebenfalls durch die Untersuchung von Nübling und Jeschke bestätigt werden konnte (2018, persönlicher Vorabdruck (in Vorb.)) . Als weitere Faktoren werden die Unabhängigkeit von der KV (54,8%), die Möglichkeit neben einer Angestelltentätigkeit in einer eigenen Praxis Patienten zu behandeln (49,5%) und die Flexibilität in Bezug auf die Lebens- und Familienplanung (44,3%) genannt.

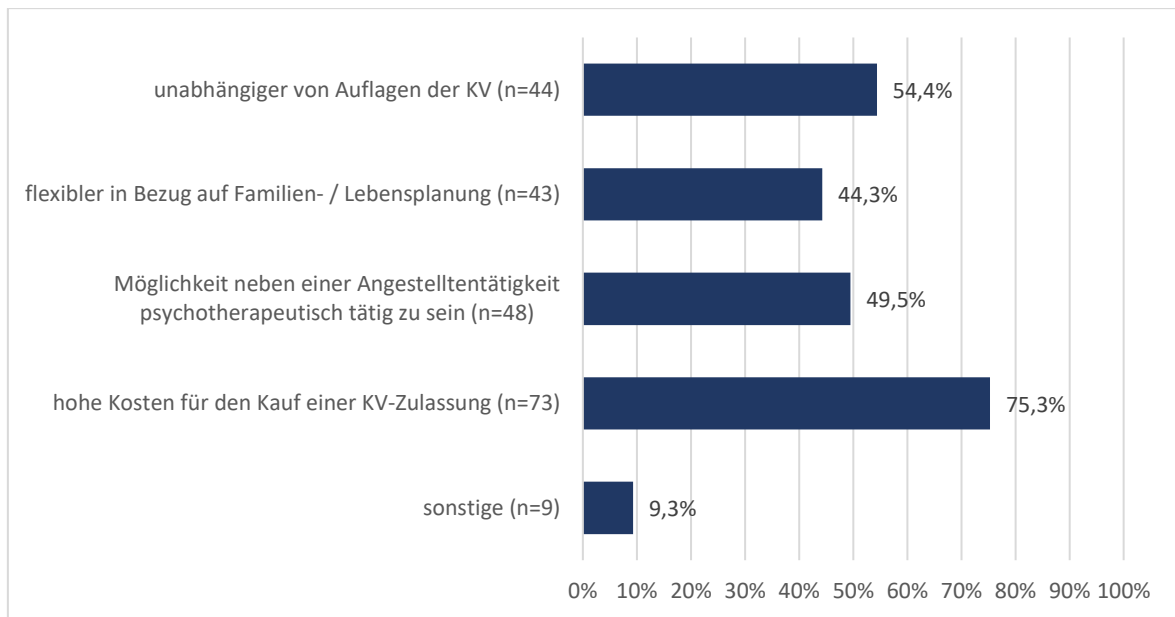


Abbildung 21 Gründe für das Interesse als Psychotherapeut in freier Praxis tätig zu sein; $n_{FPTS}=97$

In den Freitextantworten bot sich den Studenten die Möglichkeit weitere Gründe für das Praktizieren als freier Therapeut aufzuführen. Die am häufigsten genannte Antwort war hier, dass es schlichtweg keine KV-Zulassungen gäbe bzw. man sehr lange Wartezeiten einplanen müsse, um einen Sitz der zu erhalten.

5.7 Arbeitszeiten

Im folgenden Abschnitt sollen die geplanten bzw. gewünschten Arbeitszeiten der angehenden Psychotherapeuten ($n_{PIAs}=127$) dargestellt werden. Die Arbeitszeiten teilen sich dabei zum einen in die wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und zu anderen in die jährliche Arbeitszeit in Wochen auf. Die jährliche Arbeitszeit wurde dabei so berechnet, dass die von den Studenten angegebene Anzahl an geplanten Urlaubswochen von der Gesamtwochenzahl pro Jahr (~52) abgezogen wurde. Zur Berechnung der jährlichen Stundenbelastung insgesamt wurde die Wochenarbeitszeit in Stunden mit der Jahresarbeitszeit in Wochen multipliziert. Zur Berechnung der Behandlungsstunden und der aufgewandten Zeit für probatorische Sitzungen, der Abfassung für Berichte / Anträge und für sonstige Verwaltungsaufgaben dienen die von Nübling et al. (2014b) ermittelten Daten als Grundlage. Die Angaben zu den wöchentlichen Arbeitsstunden und den jährlichen Urlaubswochen der erhobenen Stichprobe wurden mit den jeweils reellen, von Nübling und Kollegen ermittelten, zeitlichen Anteilen für die verschiedenen Aufgabenbereiche ver-

rechnet, um so eine jährliche Behandlungskapazität der angehenden Psychotherapeuten zu prognostizieren (vgl. Tabelle 14). Da in der vorliegenden Stichprobe nicht nach Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung unterschieden werden kann, werden als Berechnungsgrundlage die gesamten Psychotherapeuten in Praxis aus der Untersuchung von Nübling et al. (2014b) herangezogen (s. Anhang I: Arbeitszeiten; Vergleich Psychotherapeuten (PTs) mit KV-Zulassung vs. Psychotherapeuten in „freier“ Praxis (Nübling et al., 2014b)). So wurden die wöchentlichen Arbeitszeiten mit dem Faktor 0,686 multipliziert, um die wöchentlichen Behandlungsstunden zu erhalten, mit dem Faktor 0,068 multipliziert, um den Zeitaufwand für die probatorischen Sitzungen zu errechnen, mit dem Faktor 0,082 verrechnet, um den Zeitaufwand für die Abfassung von Berichten / Anträgen zu bekommen und mit dem Faktor 0,158 mal genommen, um die wöchentliche Stundenbelastung für sonstige Verwaltungsaufgaben zu erhalten. Die jährliche Behandlungskapazität (inklusive probatorischer Sitzungen) ergibt sich aus dem Anteil an Behandlungsstunden (0,686) und dem Anteil an probatorischen Sitzungen (0,068) an der jährlichen Gesamtarbeitszeit und hat somit einen Anteil von ca. 75% an der Arbeitszeit.

Die befragten Studenten, die eine psychotherapeutische Ausbildung anstreben ($n_{PIAs}=127$), geben an, im Durchschnitt 34,87 (SD=6,22) Stunden wöchentlich und 45,514 (SD=3,58) Wochen pro Jahr arbeiten zu wollen. Unterscheidet man hier zwischen den Geschlechtern, zeigt sich, dass Frauen ($n_{weiblich}=115$; $M=35,12$, $SD=5,87$) durchschnittlich 2,6 Stunden mehr in der Woche als Männer ($n_{männlich}=12$; $M=32,5$, $SD=8,92$) arbeiten möchten. Zudem liegt die anvisierte Jahresarbeit des weiblichen Geschlechts ($M=45,55$, $SD=3,52$) mit durchschnittlich 0,41 Wochen ebenfalls höher als die der Männer ($M=45,14$, $SD=4,31$) (vgl. Abbildung 22 & Abbildung 23).

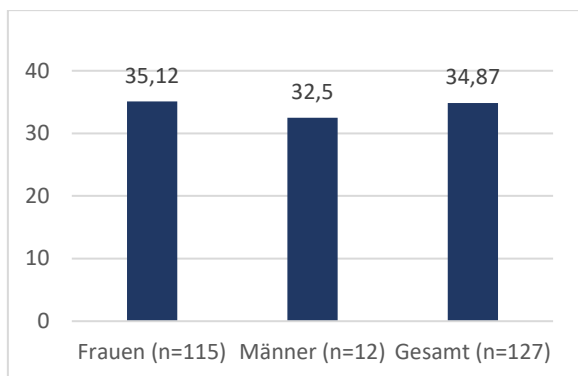


Abbildung 22 Durchschnittlich geplante Wochenarbeitszeit in Stunden; PIAs und nach Geschlechtergruppen; $n_{PIAs}=127$, $n_{weiblich}=115$, $n_{männlich}=12$

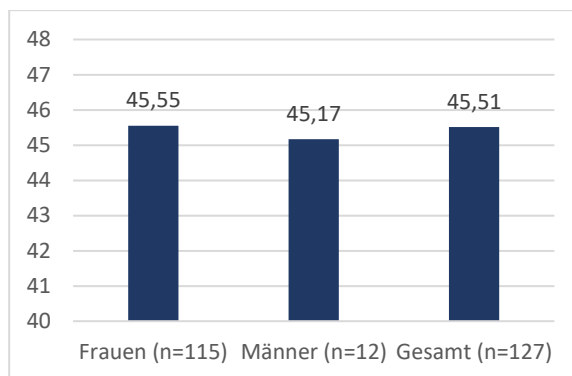


Abbildung 23 Durchschnittlich geplante Jahresarbeitszeit in Wochen; PIAs und nach Geschlechtergruppen; $n_{PIAs}=127$, $n_{weiblich}=115$, $n_{männlich}=12$

Die inferenzstatistische Datenanalyse ergab dabei sowohl hinsichtlich der Wochenarbeitszeit ($t(12,01)=,996$, $p>.005$), der Jahresarbeitszeit ($t(125)=,379$, $p>.005$), der jährlichen Stundenbelastung ($t(12,11)=,965$, $p>.005$) als auch der jährlichen Behandlungskapazität (inklusive probatorischer Sitzungen ($t(12,11)=,965$, $p>.005$)) keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen (vgl. Tabelle 14). Vergleicht man die ermittelte jährliche Behandlungskapazität der Stichprobe ($n_{PIAs}=127$) mit den von Nübling et al. (2014b) ermittelten realen Kapazitäten (s. Anhang I: Arbeitszeiten; Vergleich Psychotherapeuten (PTs) mit KV-Zulassung vs. Psychotherapeuten in „freier“ Praxis (Nübling et al., 2014b)), lassen sich hier keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Tabelle 14 Arbeitszeiten; Vergleich hinsichtlich Geschlecht; $n_{PIAs}=127$; t-Test für unabhängige Stichproben

	Frauen n=115	Männer n=12	Gesamt n=127	T/p
Jahresarbeitszeit (in Wochen) ¹	45,55 (3,52)	45,14 (4,31)	45,514 (3,58)	,379/.706
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon ¹				
Behandlungsstunden ¹	35,12 (5,87)	32,50 (8,92)	34,87 (6,22)	,996/.339
Probatorische Sitzungen ¹	24,09 (4,02)	22,29 (20,58)	23,92 (24,01)	,996/.339
Abfassung Berichte/Anträge ¹	2,38 (,4)	2,2 (,61)	2,36 (,42)	,996/.339
sonstige Verwaltungsaufgaben ¹	2,88 (,48)	2,66 (,73)	2,86 (,51)	,996/.339
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	5,55 (,93)	5,14 (1,41)	5,51 (,98)	,996/.339
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ¹	1209,87 (238,68)	1100,82 (847,09)	1200,51 (250,81)	1,305/.194
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ¹	1606,94 (317,02)	1475,38 (461)	1594,51 (333,13)	1,305/.194

Legende: T=Prüfgröße des t-Tests, p=Signifikanzniveau; ¹zur Berechnung vgl. Kapitel 5.7 Arbeitszeiten

5.8 Studieninhalte

Der kommende Abschnitt beschäftigt sich mit den Ergebnissen aus der Umfrage, die sich hinsichtlich der Wissensvermittlung im Masterstudiengang klinische Psychologie ergeben haben. Die Wissensvermittlung bezog sich dabei auf der einen Seite auf die Vermittlung verschiedener Therapieverfahren und auf der anderen Seite auf die Lehre unterschiedlicher Erklärungsmodelle für psychische Störungen.

Die Ergebnisse der Umfrage werden zunächst deskriptiv dargestellt werden. Im Anschluss werden Mittelwertsvergleiche (t-Tests für unabhängige Stichproben) zwischen der Gruppe der öffentlichen Universitäten ($n_{\text{öff}}=124$) und der Gruppe der MSH Medical School Hamburg ($n_{\text{MSH}}=22$) durchgeführt. Da es an dieser Stelle erneut mehrere Antwortmöglichkeiten gab, können die kumulierten Anteile mehr als 100% ergeben.

Die zur Auswahl stehenden Antworten auf die Frage nach den im Studium vermittelten Therapieschulen, erstreckten sich von der VT über die TP, die AP, die ST bis zur GP. Die Verteilung stellt sich dabei ähnlich wie im Kapitel 5.4 Therapieschulen dar. Die mit Abstand am häufigsten gewählte Antwort ist mit 96,6% die VT, gefolgt von der TP (17,8%), der ST (10,3%), der AP (8,2%) und der GP mit 6,2% (vgl. Abbildung 24).

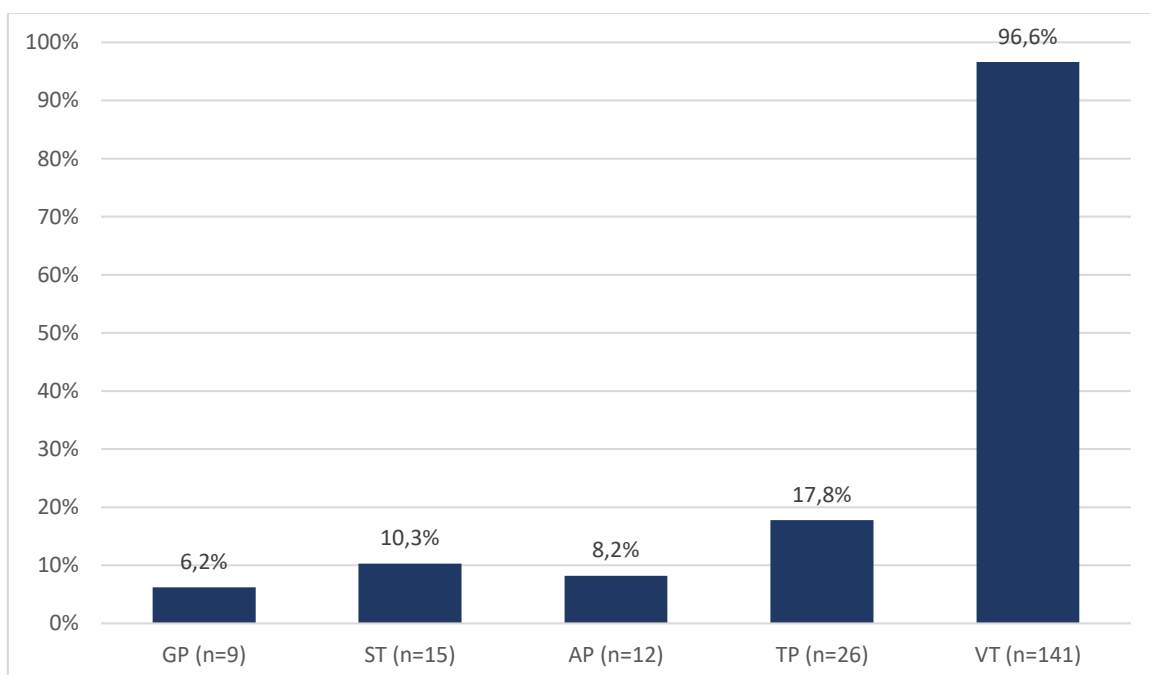


Abbildung 24 Am meisten behandelte Therapieschulen im Studium; $n_{\text{ges}}=146$

Differenziert man jedoch nach der Hochschulart stellt sich, wie im Kapitel 5.4 Therapieschulen, eine divergierende Verteilung dar (vgl. Abbildung 25). In beiden Gruppen bleibt die VT mit 96,8% (öffentliche Universitäten) bzw. 95,5% (MSH), die mit Abstand am meisten gewählte Antwort und es ist kein bedeutender Unterschied zwischen den Hochschularten feststellbar, jedoch werden die psychodynamischen Therapieschulen (TP & AP) an der MSH mit 86,4% (TP) und 40,9% (AP) signifikant häufiger (TP: $t(24,34)=-10,39$, $p=.000$; AP $t(21,71)=-3,56$, $p<.005$) (vgl. Tabelle 15) ausgewählt als an den öffentlichen Universitäten (TP: 5,6%; AP: 2,4%).

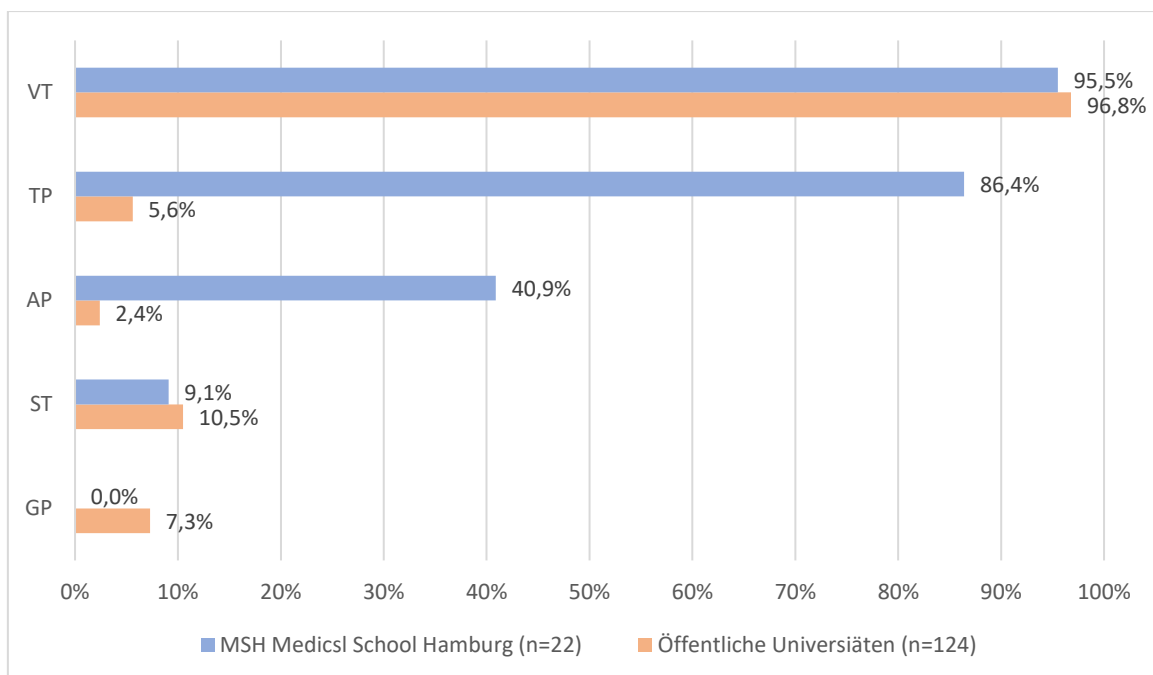


Abbildung 25 Am meisten behandelte Therapieschulen im Studium nach Hochschulart; $n_{ges}=146$

Tabelle 15 Am meisten behandelte Therapieschulen im Studium; Vergleich hinsichtlich Hochschulart; $n_{ges}=146$; t-Test für unabhängige Stichproben

Therapeutische Schwerpunkte im Studium	Öffentliche Universitäten n=122	MSH Medical School Hamburg n=22	Gesamt n=146	T/p
VT	1,97 (.177)	1,95 (.213)	1,97 (.182)	,312 / .756
TP	1,06 (.232)	1,86 (.351)	1,18 (.384)	-10,39 / .000
AP	1,02 (.154)	1,41 (.503)	1,08 (.276)	-3,56 / .002

Legende: T=Prüfgröße des t-Tests, p=Signifikanzniveau

Des Weiteren wurde nach den vermittelten Modellen zur Erklärung psychischer Störungen gefragt. Dabei standen neben kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Modellen auch humanistische und systemische Modelle sowie eine Kate-

gorie mit sonstigen Modellen zur Auswahl. Über die gesamte Stichprobe ergab sich, dass in der Wahrnehmung der Studenten die kognitiv-behavioralen Modelle mit 97,9% den deutlich größten Anteil im Studium einnehmen. Während etwas mehr als die Hälfte (51,4%) psychodynamische Modelle angegeben haben, antworten 43,2%, dass systemische Modelle im Studium vermittelt wurden. Darüber hinaus nennen 37% humanistische und 11% sonstige Modelle (vgl. Abbildung 26). Aufgrund der Möglichkeit mehrere Antworten auszuwählen, beträgt die Summe der Prozente bei dieser Fragestellung ebenfalls mehr als 100%.

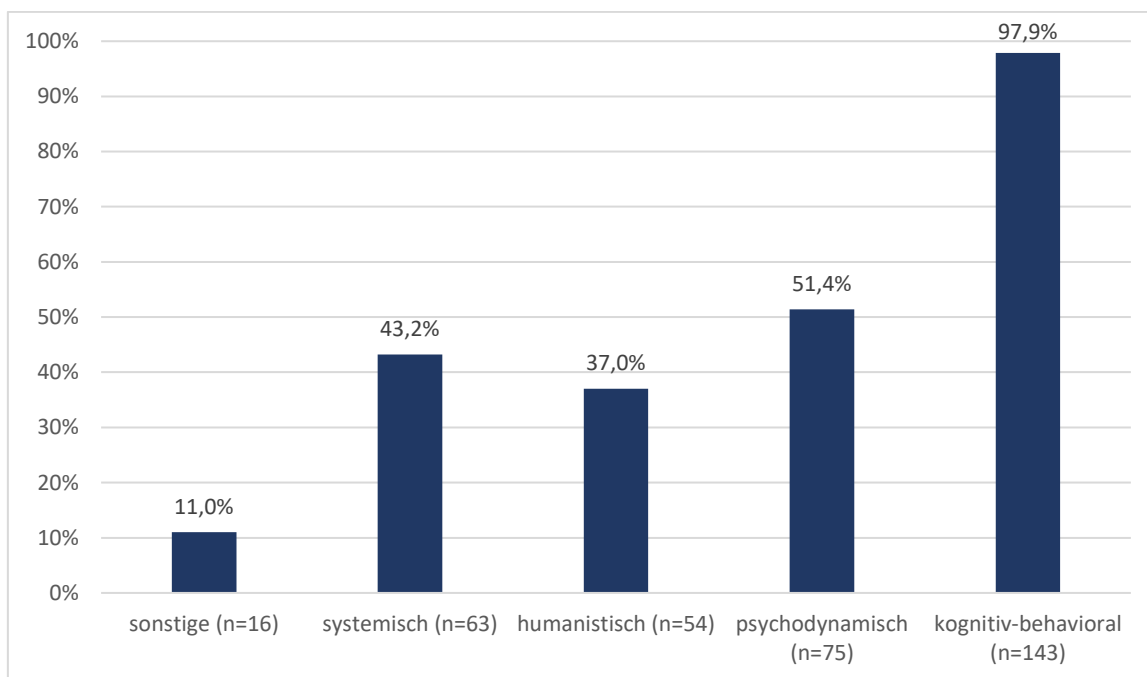


Abbildung 26 Im Studium vermittelte Modelle zur Erklärung psychischer Störungen; $n_{ges}=146$

Äquivalent zum Vorgehen zu den behandelten Therapieschulen im Studium, wurde auch bei diesem Punkt nach Hochschulart unterschieden. Dabei ergab sich, dass die Studenten der MSH Medical School Hamburg ($n_{MSH}=22$) die Vermittlung aller aufgeführten Modelle als qualitativ/quantitativ besser/höher wertig wahrnehmen/einschätzen als die Studenten der öffentlichen Universitäten ($n_{öff}=124$) (vgl. Abbildung 27). Während sowohl die kognitiv-behavioralen als auch die psychodynamischen Modelle von der Gruppe der MSH-Studenten jeweils zu 100% als vermittelt angesehen werden, teilen diese Auffassung 97,6% der Studenten an öffentlichen Hochschulen in Bezug auf kognitiv-behaviorale Modelle und nur 42,7% in Bezug auf psychodynamische Modelle. Ferner geben noch 90,9% der MSH-Studenten systemische Modelle, 68,2% humanistische Modelle und 31,8% sonstige Modelle als Bestandteile der Lehre im Studium an. Im Vergleich dazu erachten

lediglich 34,7% der Studenten an nicht-privaten Universitäten systemische Modelle, 31,5% humanistische Modelle und 7,3% sonstige Modelle als im Studium vermittelt.

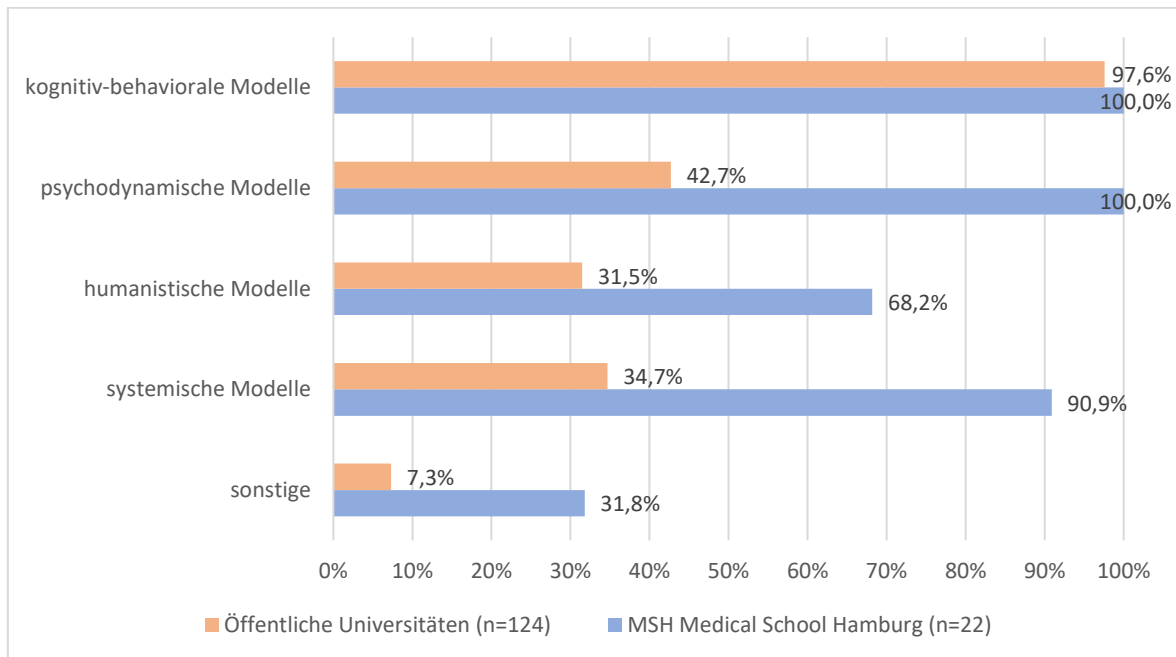


Abbildung 27 Vermittelte Modelle zur Erklärung psychischer Störungen im Studium nach Hochschulart; $n_{ges}=146$

Abgesehen von den kognitiv-behavioralen Modellen ergab die inferenzstatistische Analyse hinsichtlich jedes vermittelten Störungsmodells signifikante Unterschiede zwischen der MSH und den öffentlichen Universitäten (vgl. Tabelle 16). Die deutlichsten Unterschiede sind an dieser Stelle bezüglich der psychodynamischen ($t(123)=-12,836$, $p=.000$) und der systemischen Modellen ($t(43,62)=-7,89$ $p=.000$) zu erkennen. Aber auch im Hinblick auf die wahrgenommene Vermittlung humanistischer ($t(144)=-3,39$, $p<.005$) und weiterer Modelle ($t(23,27)=-2,36$, $p<.005$) zeigen sich signifikante Unterschiede. Lediglich die Vermittlung von kognitiv-behavioralen Modellen wurde von beiden Gruppen ähnlich wahrgenommen ($t(144)=-,73$, $p=.464$).

Tabelle 16 Vermittelte Modelle zur Erklärung psychischer Störungen im Studium; Vergleich hinsichtlich Hochschulart; $n_{ges}=146$; t-Test für unabhängige Stichproben

	Öffentliche Uni- versitäten n=124	MSH Medical School Hamburg n=22	Gesamt n=146	T/p
Kognitiv-behavioral	1,98 (.154)	2 (0)	1,98 (.142)	-,733 / .464
psychodynamisch	1,43 (.497)	2 (0)	1,51 (.502)	-12,836 / .000
humanistisch	1,31 (.466)	1,68 (.477)	1,37 (.484)	-3,394 / .001
systemisch	1,35 (.478)	1,91 (.294)	1,43 (.497)	-7,398 / .000
andere	1,07 (.260)	1,32 (.477)	1,11 (.313)	-2,355 / .027

Legende: T=Prüfgröße des t-Tests, p=Signifikanzniveau

5.8.1 Freitextantworten zur Lehre im Studium

In diesem Abschnitt sollen einige ausgewählte Freitextantworten auf die Frage „Was denkst über die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie in deinem Studium?“ (vgl. Anhang H: Freitextantworten) deskriptiv dargestellt werden. Unterschieden wird dabei zwischen exemplarischen Antworten von Studenten an öffentlichen Universitäten und Studenten an der MSH Medical School Hamburg, da vorab signifikante Unterschiede zwischen diesen Gruppen in Bezug auf bestimmte Studieninhalte (Verfahrensvielfalt & Modelle zur Erklärung psychischer Störungen) festgestellt werden konnten (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17 Ausgewählte Freitextantworten auf die Frage „Was denkst über die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie in deinem Studium?“

Öffentliche Universitäten	MSH Medical School Hamburg
Kommen eigentlich nur negative Assoziationen hoch. Einzige klinische Prüfung im Master besteht nur aus Eigenvorbereitung (Wittchen & Hoyer, ICD 10 und Margraf und Schneider?). Bis auf letzteres alles auswendig für eine mündliche Prüfung zu der es keine Vorlesung und auch kein Seminar gibt), da hätte auch ein Fernstudium gereicht, was aber natürlich nicht so anerkannt wird.	Die Lehre ist sehr gut und ausgeglichen gewesen. Mir fehlte nur der Schwerpunkt auf einzelner Fallanalyse und Psychopharmakologie als Pflichtfach.
Schlechte Lehre, nur KVT, schlechter Professor, einseitig und eingeschränkt.	Gutes fundiertes Basiswissen was uns zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befähigt.
Sie ist der KVT-lastig, leider oftmals wenig Praxisbezug -ein Blockseminar für therapeutische Übungen war praxisnah, aber eben nur einmalig- Störungsbilder wurden ausführlich behandelt, was sehr gut ist.	Ich finde die Lehre den Themen angemessen, sie könnte jedoch praxisnaher sein.
Absolut eindimensional, uns wird vermittelt, dass VT der einzige und einzig richtige und effektive	Dass es sehr umfangreich ist und einen ersten theoretischen Input gab jedoch noch viel zu lernen

Weg ist psychisch kranken Menschen zu helfen. Humanistische Therapieformen, Kreativtherapie, Hypnosetherapie oder sowas werden nicht mal angesprochen.

ist. Ich hätte mir therapeutisch auch etwas für KJP im verhaltenstherapeutischen Bereich gewünscht.

Ausschließlich KVT. Umfassender Überblick wäre schön. Mehr Praxisbezug und insgesamt größerer Anteil klinischer Themen (auch schon im Bachelor) wäre schön.

Hervorragende Vorbereitung.

Da ich auch anstrebe eine Ausbildung in VT zu machen, hat es mich wenig gestört. Generell fände ich es besser, wenn auch andere Therapiemodelle und -formen mehr gelehrt würden. So könnte man einen besseren Einblick in die möglichen Ansätze bekommen.

Sehr gute Umsetzung. Praxisnah. Breit aufgestellt. Über wirklich viele Therapieformen Wissen vermittelt bekommen (sogar über die drei Klassiker mit KV Zulassung hinaus).

Bei der Auswertung der Freitextantworten ist auffällig, dass die Studenten an öffentlichen Universitäten vor allem die fehlende Praxisbezogenheit im Studium und die Eindimensionalität der Lehre hinsichtlich der Therapieverfahren bemängeln. Die Rückmeldung der Studenten an der MSH zu der Lehre in ihrem Studium hingegen stellt sich als überwiegend positiv dar. An vielen Stellen werden die Vielseitigkeit der Lehre und die gute Vorbereitung auf die spätere praktische Tätigkeit hervorgehoben. Die an einigen Stellen geäußerte Kritik bezieht sich auf die zu geringe Praxisorientierung.

Insgesamt lässt sich dem Feedback zur Lehre im Studium entnehmen, dass die Studenten an der MSH zufriedener mit den Inhalten erscheinen als die Studenten an öffentlichen Hochschulen. Die negative Kritik, die von beiden Seiten geäußert wird, bezieht sich bei den MSH-Studenten eher auf konkrete und detaillierte Bereiche der Lehre (z.B. Wunsch nach Psychopharmakologie als Pflichtfach, mehr VT im KJP Bereich), während die Studenten an öffentlichen Universitäten in der Regel grundlegende Lehrplaninhalte bemängeln (z.B. Einseitigkeit der Verfahren, zu theoretische Lehre, schlechte Vorbereitung auf die Praxis). Hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit im Studium wurden leider keine expliziten Fragen gestellt.

5.9 Exkurs: Simulation der Versorgungssituation durch Anstieg der halben Sitze

An dieser Stelle soll in der vorliegenden Arbeit ein Anstieg der halben Sitze KV-zugelassener Psychotherapeuten simuliert werden. Als Grundlage dafür dient die Untersuchung von Nübling und Kollegen (2014) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die u.a. Daten von Vertragspsychotherapeuten mit voller und hälftiger KV-Zulassung umfasst. Nübling und Kollegen (2014b) haben in ihrer Untersuchung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung u.a. Daten von Vertragspsychotherapeuten mit voller und hälftiger KV-Zulassung erfasst. Das Ziel der durchgeführten Simulation ist es, herauszufinden, in welchem Maße zwei hälftige Zulassungen im Vergleich zu einer vollen Zulassung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beitragen können und ob auf diese Weise die Behandlungskapazität bei gleichbleibender Anzahl der Kassensitze vergrößert werden kann. Wie in Kapitel 2.2.2 Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung beschrieben, werden zwei halbe Kassensitze in der Bedarfsplanung mit dem gleichen Anrechnungsfaktor ($2 \times 0,5$) berücksichtigt wie ein voller Sitz (1,0).

Für die Berechnung der Behandlungskapazitäten sind zum einen die Angaben über die Wochenarbeitsstunden und zum anderen die Therapiesitzungen pro Monat mit Erwachsenen und mit Kindern von Bedeutung. Da in der Befragung von Nübling et al. (2014) nicht explizit untersucht wurde, wie viele Arbeitsstunden im Rahmen der KV-Zulassung geleistet werden, der Anteil der Arbeitszeit in der eigenen Praxis jedoch erfasst wurde, wurden die Arbeitsstunden pro Woche mit dem Anteil der Arbeitszeit in der eigenen Praxis multipliziert. Als Ergebnis erhält man die faktisch, im Rahmen der KV-Zulassung geleisteten Wochenarbeitsstunden in der eigenen Praxis, die für die Simulation von Interesse sind. Der Anteil der Wochenarbeitszeit in der eigenen Praxis lag bei Psychotherapeuten mit voller Zulassung ($n_{\text{voll}}=1524$) bei 78,78% ($SD=39,14$) und bei Psychotherapeuten mit halber Zulassung ($n_{\text{halb}}=208$) bei 62,94% ($SD=43,98$). Multipliziert man die jeweiligen Anteile mit den angegebenen Arbeitsstunden pro Woche ergeben sich für die Psychotherapeuten mit voller Zulassung durchschnittlich 27,52 Stunden ($SD=8,59$) und für die Psychotherapeuten mit halber Zulassung 17,03 Stunden ($SD=6,69$) an wöchentlichem Zeitaufwand für den KV-Sitz (vgl. Tabelle 18). Analog zur Berechnung der Arbeitszeiten in Kapitel 5.7 Arbeitszeiten ergibt sich für voll zugelas-

nen PTs eine jährliche Gesamtarbeitszeit von 1550,69 (SD=513,19) Stunden und für halb zugelassenen PTs eine jährliche Stundenbelastung von 1173,62 (SD=478,15). Legt man erneut den Faktor 0,75 an, so erhält man für beide Gruppen eine jährliche Behandlungskapazität (inklusive probatorischer Sitzungen, die bei voller Zulassung 1163 (SD=384,89) Stunden und bei halber Zulassung 880,22 (SD=358,61) beträgt. Ferner gaben PTs mit ganzem Praxissitz an, im Monat durchschnittlich 71,49 (SD=41,96) Therapiesitzungen für Erwachsene und 27,4 (SD=40,82) für Kinder und Jugendliche anzubieten. PTs mit halbem Sitz führen dabei durchschnittlich 48,72 (SD=30,12) Therapiesitzungen mit Erwachsenen und 15,06 (SD=26,35) mit Kindern und Jugendlichen durch.

Tabelle 18 Jährliche Behandlungskapazität & Therapiesitzungen pro Monat von Psychotherapeuten nach Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung; n=1696

	Volle Zulassung (n=1493)	Halbe Zulassung (n=203)	Gesamt (n=1696)	Halbe Zulassung angepasst (n=203) ⁴	T/p
Jeweils M/SD					
Wochenarbeitsstunden, davon	35,8 (11,17)	27,05 (10,61)	34,75 (11,46)	54,1 (21,23)	-12,060/.000
In eigener Praxis ³	27,52 (8,59)	17,03 (6,69)	26,72 (8,81)	34,05 (13,36)	-6,775/.000
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	43,11 (4,59)	43,16 (3,84)	43,12 (4,5)	43,16 (3,84)	-,166/.868
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	1163 (384,89)	880,22 (358,61)	1129,32 (392,6)	1760 (717,23)	-11,58/.000
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ²	1550,69 (513,19)	1173,62 (478,15)	1505,76 (523,46)	2347,14 (956,3)	-18,115/.000
Therapiesitzungen pro Monat, davon					
Erwachsene	71,49 (41,96)	48,72 (30,12)	68,62 (41,35)	97,44 (60,24)	-5,589/.000
Kinder / Jugendliche	27,4 (40,82)	15,06 (26,35)	26,08 (39,7)	30,12 (52,71)	-,619/.536

Legende T=Prüfgröße des t-Tests, p=Signifikanzniveau; ¹ entspricht (Behandlungsstunden + probatorische Sitzungen) x Jahresarbeitszeit; ² entspricht Wochenarbeitszeit x Jahresarbeitszeit; zur Berechnung vgl. 5.7 Arbeitszeiten; ⁴simulative Werte (zur Berechnung vgl. Kapitel 5.7 Arbeitszeiten); geringfügige Abweichungen durch Missing-Data-Korrekturen

Um ein vergleichbares Szenario zu schaffen, in dem zwei halbe Zulassungen mit einem vollen KV-Sitz in Verhältnis gesetzt werden können, wurden die Werte der halben Zulassungen aus Tabelle 18 verdoppelt (halbe Zulassung angepasst). Lediglich der Wert der Jahresarbeitszeit in Wochen bleibt bestehen. Da in der Be-

darfsplanung die Gruppe der voll zugelassenen PTs (1,0) mit dem gleichen Anrechnungsfaktor berücksichtigt wird wie die Gruppe der angepassten halben Zulassungen (2x0,5), kann ermittelt werden, ob eine volle oder zwei halbe Zulassungen eine bessere Deckung der vertragsärztlichen Versorgung anbieten.

Die Simulation (vgl. Tabelle 18) zeigt, dass in fast allen Bereichen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zwei halbe KV-Zulassungen einen bzgl. Kapazität höheren Beitrag leisten als eine volle Zulassung. Sowohl hinsichtlich der Wochenarbeitsstunden ($t(217,48)=-12,06$, $p=0.000$) als auch im Hinblick auf den Anteil in der eigenen Praxis ($t(225,22)=-6,775$, $p=0.000$), ergeben sich signifikante Erhöhungen in der Gruppe der angepassten halben Zulassungen ($M=54,1$, $SD=21,23$; $M=34,05$, $SD=13,36$) gegenüber der Gruppe der voll zugelassenen PTs ($M=35,8$, $SD=11,17$; $M=27,52$, $SD=8,59$). Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass die simulativen Werte bezüglich der jährlichen Stundenbelastung insgesamt ($2347,14$, $SD=956,3$) und der daraus resultierenden Behandlungskapazität ($M=1760$, $SD=717,23$) bei den PTs mit halber Zulassung bedeutend höher ($t(214,76)=-18,115$, $p=0.000$; $t(214,76)=-11,58$, $p=0.000$) als bei den PTs mit voller Zulassung ($M=1550,69$, $SD=513,19$; $M=1163$, $SD=384,89$) sind. Betrachtet man die durchschnittlich pro Monat durchgeführten Therapiesitzungen mit Erwachsenen, so konnte ebenso eine signifikante Erhöhung der angepassten halben Zulassungen festgestellt werden ($t(204,76)=-5,589$, $p=0.000$). Während die voll zugelassenen PTs im Durchschnitt $71,49$ ($SD=41,96$) Therapiesitzungen im Monat anbieten, kann die simulierte Gruppe durchschnittlich 28 Sitzungen im Monat mehr durchführen ($M=97,44$, $SD=60,24$). Lediglich hinsichtlich der monatlich durchgeführten Therapiesitzungen mit Kindern und Jugendlichen und der zu erwartenden Jahresarbeitszeit konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Trotz dessen verzeichnet die reale Behandlungskapazität insgesamt eine Zunahme. Zwischen den Jahren 2013 und 2017 ist ein großer Zuwachs an PTs mit halber Zulassung bei einem gleichzeitigen Rückgang voll zugelassener PTs zu erkennen, sodass die Behandlungskapazität im Ganzen angestiegen ist.

Insgesamt betrachtet hat sich die Behandlungskapazität im genannten Zeitraum um $2.257.503$ Stunden erhöht, was einen Zuwachs von ca. 14% bedeutet (vgl. Abbildung 28).

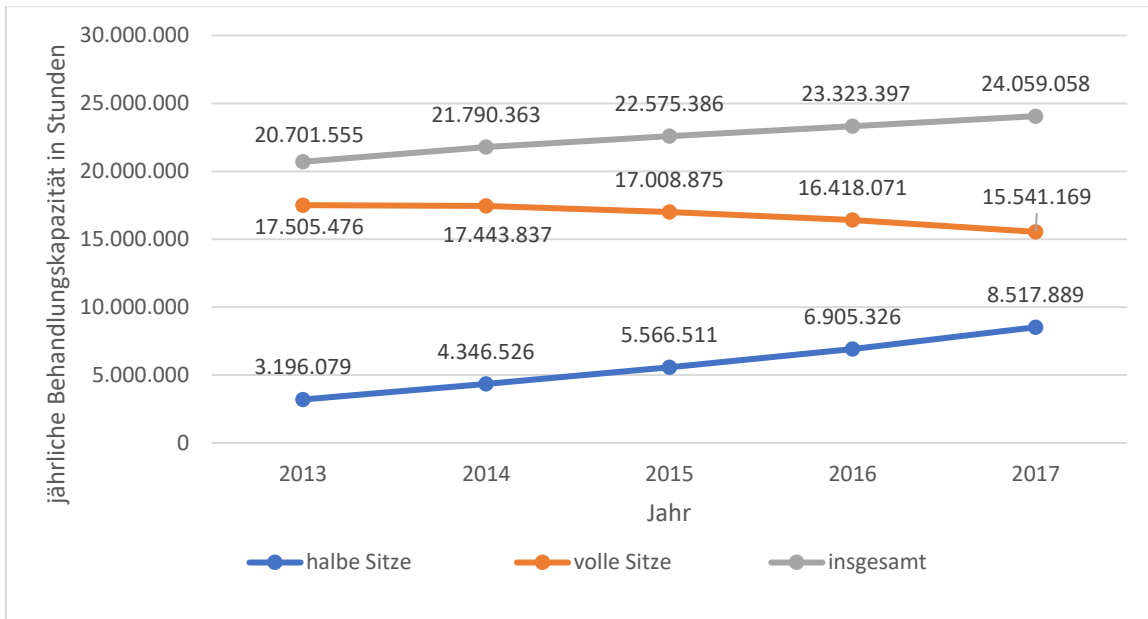


Abbildung 28 Entwicklung der jährlichen Behandlungskapazität; insgesamt und nach Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung

Berücksichtigt man darüber hinaus den absoluten Anstieg an KV-Zulassungen für diesen Zeitraum (7,33%, vgl. Abbildung 4), ist ein Anstieg der jährlichen Behandlungskapazität pro KV-Zulassung³ um 7,15 %, von 1.227,3 (2013) auf 1.321,85 Stunden (2017), zu erkennen.

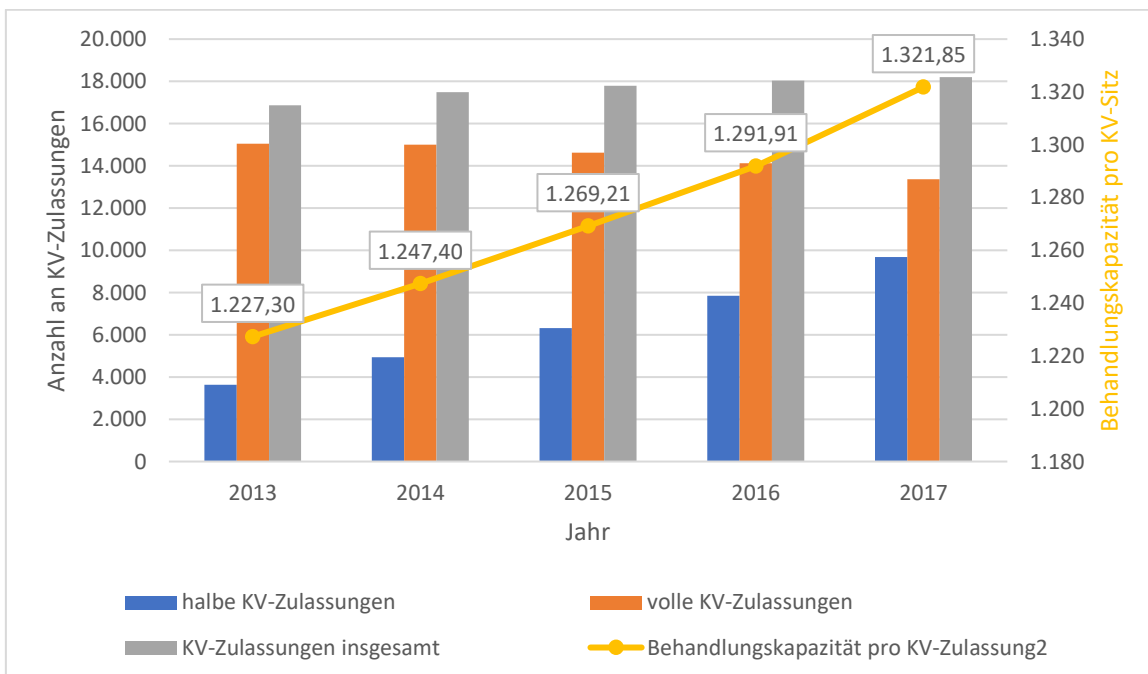


Abbildung 29 Entwicklung der Behandlungskapazität pro KV-Zulassung² in Abhängigkeit der Anzahl an KV-Zulassungen nach Versorgungsauftrag

³ Pro in der Bedarfsplanung mit dem Faktor 1,0 angerechneter KV-Zulassung (entweder Behandlungskapazität einer 100%-Zulassung oder Behandlungskapazität einer 50%-Zulassung multipliziert mit dem Faktor 2)

Die Abbildung 29 zeigt, dass zusätzlich zu dem Anstieg der KV-Zulassungen insgesamt, die jährliche Behandlungskapazität pro KV-Zulassung um mehr als 7% in den letzten fünf Jahren gesteigert werden konnte. Diese Steigerung ist auf das sich verändernde Verhältnis zwischen halben und vollen Zulassungen zurückzuführen. Demzufolge lässt sich bei einem ähnlich bleibenden Anstieg an halben Zulassungen und einer ähnlich bleibenden Abnahme an vollen Zulassungen eine jährliche Wachstumsrate der Behandlungskapazität von 1,6%-2,2% prognostizieren.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es zum einen, einen möglichst umfangreichen Überblick über die aktuelle Debatte der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation zu geben und zum anderen möglichst aussagekräftige Informationen über zu erwartende Entwicklungen der psychotherapeutischen Versorgung zu liefern.

Aktuelle Debatte um die ambulante psychotherapeutische Versorgung: Aus Sicht der BPtK und vielen anderen Berufsverbänden ist eine grundlegende Reformierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die auf einer Überarbeitung der Bedarfsplanung und Anpassung der Verhältniszahlen basiert, dringend erforderlich. Allen voran ist der Bericht des IGES-Instituts der Bertelsmannstiftung zu nennen (2016), der verschiedene Szenarien simuliert wie eine an den Bedarf ausgerichtete Anpassung der Kassensitze für Psychotherapeuten aussehen könnte. Da die aktuelle Bedarfsplanung, die immer noch auf das PsychThG von 1999 zurückgeht, auf fehlerhaften Annahmen und Maßstäben fußt und sich der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung über die letzten knapp zwanzig Jahre verändert hat, wurde der G-BA mit einer Reformierung der psychotherapeutischen Versorgung beauftragt. Die Ergebnisse dazu stehen jedoch noch aus.

Mit dem GKV-Verstärkungsgesetz, das am 23. Juli 2015 verabschiedet wurde, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie beauftragt. Die neue Richtlinie, die am 1. April 2017 in Kraft getreten ist, beinhaltet unter anderem Reformen zur therapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung, die eine niedrighschwellige, flexible und gut erreichbare Versorgung gewährleisten und für eine Verkürzung der Wartezeiten sorgen sollten.

Gemäß der Wartezeitenstudie der BPtK (2018) konnten durch die Richtlinie die Wartezeiten auf ein Erstgespräch verkürzt und die neue Sprechstunde als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle angenommen werden. Die Wartezeiten auf eine Richtlinien-therapie gestalten sich aber weiterhin als erheblich zu lang.

Ein weiterer Aspekt ist, dass alle Maßnahmen zur Ausweitung der Terminservicestellen (TSS) bei den Psychotherapeuten nur durch ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot greifen können ((Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) et al., 2018). Aufgrund dessen werden von der BPtK 7.000 neue KV-Zulassungen gefordert.

Methodisches Vorgehen: In Anlehnung an bereits durchgeführte Untersuchungen (insbes. Benecke & Eschstruth, 2015; Plischke, 2014) wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, der 22 Fragen umfasst. Dieser wurde deutschlandweit an die Psychologiefachschaften, mit der Bitte, den Link des Fragebogens an die Studenten des Masterstudiengangs klinische Psychologie weiterzuleiten, geschickt. Neben Angaben zur Soziodemographie beinhaltet der Fragebogen Fragen zur PT-Ausbildung, zur Kassenzulassung und Arbeitszeit sowie zu Inhalten des Studiums. An dieser Stelle muss darauf verwiesen werden, dass es sich bei den Angaben zum einen um Einschätzungen der Studenten handelt, die subjektiven Verzerrungen unterliegen sein können. Zum anderen beziehen sich die Angaben nicht auf reale Zustände, sondern um Pläne, die die angehenden klinischen Psychologen für ihren beruflichen Werdegang haben. Dabei ist herauszustellen, dass subjektive Einschätzungen bzw. Pläne für die Zukunft nicht als „objektive“ Daten angesehen und diese auch nicht ersetzen können. Dennoch kann eine solche Erhebung einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung leisten. Die vorliegende Untersuchung soll demnach als ein Abbild der Bedürfnisse und Pläne der nächsten Generation von PTs verstanden werden. Zudem soll sie einen möglichen Anknüpfungspunkt für die zukünftige ambulante psychotherapeutische Versorgung bieten.

Stichprobe & Repräsentativität: Die Stichprobe der hier durchgeführten Untersuchung beläuft sich auf 146 Studenten, die in einen klinischen Master in Psychologie eingeschrieben sind. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen (v.a. Benecke & Eschstruth, 2015; Plischke, 2014; aber auch Strauß et al., 2009) ist die Anzahl der Befragten als relativ gering anzusehen. Hinzu kommt, dass die Stichprobe hinsichtlich ihrer Repräsentativität zusätzlich dadurch eingeschränkt ist, dass 15% der Probanden an der privaten Universität MSH Medical School Hamburg ($n_{\text{privat}}=22$) immatrikuliert sind. Des Weiteren wird die gesamte Stichprobe nicht bei allen Ergebnissen berücksichtigt, da für einige Fragen Aus- bzw. Einschlusskriterien festgesetzt werden mussten. So wurden bei den Kategorien Therapieschulen (s. Kapitel), KV-Zulassung (s. Kapitel 5.5 KV-Zulassung), KE (s. Kapitel 5.6 Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung) und Arbeitszeiten (s. Kapitel 5.7 Arbeitszeiten) nur diejenigen berücksichtigt, die es nicht ablehnen die PT-Ausbildung anzutreten ($n_{\text{PIAs}}=127$). Bewertet man die Repräsentativität hinsichtlich

der Merkmale Geschlecht und Alter lassen sich nur geringe Unterschiede im Vergleich zu anderen Untersuchungen bzw. zu realen Verhältnissen feststellen (vgl. Kapitel 5.1 Rücklauf / Repräsentativität). Diesbezüglich kann die Stichprobe folglich als annähernd repräsentativ bezeichnet werden.

Um realistische Rückschlüsse auf die Pläne der Studenten ziehen zu können, ist es an manchen Stellen sinnvoll die Studenten der MSH auszuschließen. Von Interesse ist der Einschluss der MSH Studenten vor allem, um einen Vergleich mit der Gruppe der Studenten an öffentlichen Universitäten ($n_{\text{öffentlich}}=124$) zu ziehen. Dabei muss jedoch, auch hinsichtlich der inferenzstatistischen Analysen, darauf geachtet werden, dass die Gruppen zahlenmäßig stark differieren. Ferner kann die ausschließliche Betrachtung der MSH Studenten auf der einen Seite als eine Art Evaluation der Lehre und auf der anderen Seite als Abbild der beruflichen Pläne der Studenten der MSH angesehen werden. Dieser Aspekt gilt ebenso für die ausschließliche Betrachtung der Studenten an öffentlichen Hochschulen, diese sind jedoch aufgrund ihrer zahlenmäßigen Dominanz eher als repräsentativ für die Situation in Deutschland anzusehen. An dieser Stelle ist noch anzumerken, dass bei Auswahlfragen häufig die Antwortmöglichkeit „vielleicht“ bzw. „ich weiß es noch nicht“ gewählt wurde (zwischen 15% und 40%), was für eine aktuell vorherrschende Unsicherheit vieler Studenten in Bezug auf ihre berufliche Zukunft spricht.

Interessant wäre es, in drei bis fünf Jahren eine ähnliche Befragung mit der vorliegenden Stichprobe durchzuführen, um zu überprüfen, inwiefern die aktuellen beruflichen Pläne der Studierenden, die kurz vor ihrem Abschluss stehen, tatsächlich realisiert wurden. Das hätte generell den Effekt, dass die Güte äquivalenter Untersuchungen in Zukunft besser abgeschätzt werden könnte. Zusätzlich könnte dadurch noch besser evaluiert werden, wie stark die Schwerpunktsetzung im Studium einen Einfluss auf den erlangten Fachkundenachweis hat.

Approbation: Die Ergebnisse der Untersuchung sprechen dafür, dass ein Großteil der Studenten im Anschluss an ihren Abschluss eine Ausbildung zum Psychotherapeuten antreten wollen. Während 61% definitiv die Ausbildung absolvieren möchten, geben 13% an, sich bereits sicher zu sein, keine Approbation erlangen zu wollen. Zudem sind sich ca. 1/4 bezüglich der PT-Ausbildung nicht sicher. Dass bei mehr als einem Viertel der Studenten, selbst bei dem Masterstudiengang klini-

sche Psychologie, der als einziges Studium zur Ausbildung zum PP qualifiziert, Unsicherheit herrscht, sticht in der Untersuchung hervor. Hinsichtlich der basalen Direktausbildung zum PP bzw. KJP muss an dieser Stelle zumindest infrage gestellt werden, ob sich Studenten bereits vor Beginn ihres Grundstudiums (Bachelor) für den Beruf des PP entscheiden können.

Entsprechend interessant wären weitere Untersuchungen von Studienanfängern, die vor ihrem Bachelor den Plan haben die PT-Ausbildung zu absolvieren und ob sie tatsächlich die Ausbildung nach ihrem Master in klinischer Psychologie antreten. Im Zuge der Diskussion um die basale Direktausbildung könnte so besser abgeschätzt werden, ob Studienanfänger mit durchschnittlich 21,6 Jahren bereits in der Lage sind, sich fest für den Beruf des PT zu entscheiden oder ob eine Direktausbildung eine Erhöhung der Abbruchquote zur Folge hätte. Viele Studenten geben an, dass ihnen unter den aktuell vorherrschenden Rahmenbedingungen eine Ausbildung zu teuer sei und sie sich aufgrund dessen dagegen entschieden hätten oder unsicher seien. Im Zuge der Direktausbildung würde jedoch während der psychotherapeutischen Fachweiterbildung eine Vergütung analog der Assistenzärzte in Weiterbildung erfolgen, sodass sich, bei entsprechender Vergütung in der Ausbildung, in der vorliegenden Arbeit eventuell mehr für eine PT-Ausbildung entschieden hätten.

Verfahrensvielfalt: Betrachtet man die Wahl der Vertiefungsrichtung in der PT-Ausbildung, so ist in der vorliegenden Studie zu erkennen, dass 62% eine VT-Ausbildung, 35% eine Ausbildung in TP, 17% in ST und nur 7% in AP anstreben. Vergleicht man diese Verteilung mit der aktuellen Verteilung der von der KV erteilten Genehmigungen, so lässt sich feststellen, dass der Anteil der VT in der vorliegenden Stichprobe leicht erhöht ist, während sich die TP etwas niedriger darstellt und die AP relativ deutlich unter dem Anteil an aktuell erteilten Genehmigungen liegt. Um eine höhere Repräsentativität der Wahl des Therapieverfahrens zu generieren, bietet es sich an dieser Stelle an, die Studenten an öffentlichen Universitäten separat zu betrachten. Begutachtet man demnach nur die Studenten der öffentlichen Universitäten, die den Durchschnitt an deutschen Hochschulen aussagekräftiger abbilden können, ergibt sich eine noch drastischere Verteilung. Bei dieser Betrachtung wollen mehr als 2/3 eine verhaltenstherapeutische und weniger als 1/3 eine tiefenpsychologisch-fundierte Ausbildung antreten. Der Trend,

dass immer mehr PTs als Vertiefungsrichtung die VT und immer weniger ein psychodynamisches Verfahren wählen, lässt sich hier eindeutig bestätigen.

Die separierte Betrachtung der MSH-Studenten hingegen ergibt eine Verschiebung der Präferenzen an den vorderen Plätzen. Über die Hälfte (55,6%), und somit deutlich mehr als die Studenten an öffentlichen Universitäten, wählt eine Ausbildung in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie. Die Verhaltenstherapie andererseits wollen mit 38,9% deutlich weniger Studierende als Vertiefungsrichtung wählen. Die Hypothese, dass an der MSH Medical School Hamburg signifikant mehr Studenten die Ausbildung in einem psychodynamischen Verfahren und signifikant weniger in Verhaltenstherapie anstreben als an den öffentlichen Universitäten, konnte folglich teilweise bestätigt werden.

Nach den Gründen für die Wahl des angestrebten Fachkundenachweises wurde in dieser Untersuchung nicht explizit gefragt. Eine nähere Ausführung würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen. Jedoch ist zu vermuten, dass die Lehrinhalte an den jeweiligen Universitäten einen entscheidenden Einfluss auf die Auswahl der Vertiefungsrichtung haben (vgl. dazu Strauß et al., 2009). Wünschenswert für folgende Erhebungen wäre es, die genauen Gründe für die Wahl eines Therapieverfahrens zu erfragen. Die Anteile der Therapieschulen bzw. der dazugehörigen Erklärungsmodelle für psychische Störungen im Studium werden in dem folgenden Abschnitt genauer dargestellt.

Darüber hinaus ist bemerkenswert, dass deutlich mehr Studenten eine Ausbildung in systemischer Therapie als in AP planen, obwohl die Kosten für eine ST (noch) nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Auch im Zuge der Freitextantworten wurde deutlich, dass sich vermehrt Studenten mit der ST identifizieren und sich wünschen, dass diese als ein Richtlinien-Verfahren anerkannt wird. Das Fortbestehen der AP hingegen scheint ernsthaft bedroht zu sein, da diese, zumindest in der Stichprobe, kaum als ernsthafte Option für eine fachliche Vertiefung in Betracht gezogen wird.

Im Hinblick auf die Debatte um den Erhalt der Verfahrensvielfalt bestätigt die vorliegende Untersuchung demnach, in ähnlichem Maße wie die vorangegangenen Untersuchungen von Benecke (2015) und Plischke (2014), den in Kapitel. 2.3 Verfahrensvielfalt beschriebenen Trend hin zu einem Verlust der Verfahrensvielfalt.

Studieninhalte: Die Frage nach den inhaltlichen Anteilen der Therapieschulen im Studium ergab in der vorliegenden Untersuchung ein eindeutiges Bild. Nahezu 100% der Befragten gaben an, dass die VT schwerpunktmäßig behandelt wurde und die TP nur von ca. 18%. Die AP wurde von ca. 8% aufgeführt und liegt auch an dieser Stelle relativ deutlich hinter den beiden anderen Richtlinien-Verfahren. Vergleicht man die Anteile der Therapieschulen im Studium und die vorher beschriebenen Anteile der Vertiefungsrichtungen in der PT-Ausbildung, liegt die Vermutung eines kausalen Zusammenhangs nahe. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen die Auffassung von Strauß et. al (2009), dass mit Blick auf die universitäre Grundausbildung zu bedenken ist, dass insbesondere in der Psychologie ein Monopol der VT als Ausrichtung klinisch-psychologischer Lehrstühle besteht und damit die Studierenden entsprechend sozialisiert werden und die erwähnten Präferenzen entstehen können. Zusätzlich unterstützt wird diese Annahme durch die isolierte Betrachtung der MSH-Studenten und den Vergleich mit Studenten an öffentlichen Hochschulen. Die Anteile der Therapieschulen sind (v.a. hinsichtlich der Richtlinien-Verfahren) als deutlich ausgewogener an der MSH zu erachten. Auch wenn die VT mit 95% den größten Anteil ausmacht, nennen 86% die TP als ein schwerpunktmäßiges Studienfach und ca. 41% die AP. Die Hypothese, dass psychodynamische Verfahren an der MSH signifikant häufiger gelehrt werden als an öffentlichen Universitäten, kann folglich bestätigt werden.

Bezüglich der Studieninhalte ist der Fortbestand der analytischen Psychotherapie ebenfalls ernsthaft bedroht. Über die gesamte Stichprobe hinweg geben lediglich 8% an, dass die AP eines der Schwerpunktfächer im Studium ist, was auch an dieser Stelle unter dem Wert der ST (10%) liegt. Schließt man die Studenten der MSH aus, so ist sogar nur ein Anteil von 2,4% zu verzeichnen. Interessant wäre es zu evaluieren, warum die analytische Psychotherapie in solch einem geringen Umfang Einzug in die Lehre an den deutschen Universitäten findet.

Darüber hinaus wurden die Studenten darum gebeten anzugeben, welche Modelle zur Erklärung psychischer Störungen im gesamten Psychologiestudium vermittelt wurden. Die Verteilung entspricht dabei in etwa der der vermittelten Therapieschulen. Während kognitiv-behaviorale Modelle von fast allen (98,8%) angegeben wurden, gaben über die Hälfte (51,4%) an, dass psychodynamische Erklärungsmodelle in die Lehre integriert wurden. Systemische (43,2%) und humanistische (37%) Modelle wurden ebenso von vielen Studenten als Bestandteil des Studiums ange-

sehen. Die Reihenfolge der vermittelten Störungsmodelle entspricht dabei der Reihenfolge aus Beneckes Untersuchung (2015) und der Untersuchung von Plischke (2014). Da in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht nach der Qualität der Wissensvermittlung bzw. den Anteilen der Störungsmodelle an der Lehre gefragt wurde, lassen sich keine weiteren Vergleiche mit den erwähnten Untersuchungen ziehen. Betrachtet man an dieser Stelle erneut die MSH-Studenten und die Studenten an öffentlichen Hochschulen getrennt voneinander, so lassen sich auch hier signifikante Unterschiede feststellen. Während in beiden Gruppen die kognitiv-behavioralen Modelle von nahezu allen Befragten (MSH=100%, öffentliche Hochschulen=97,6%) als Bestandteile des Studiums angesehen werden, sind eindeutige Unterschiede hinsichtlich der anderen Erklärungsmodelle für psychische Störungen zu erkennen. Ebenfalls 100% der Studenten an der MSH geben an, dass psychodynamische Modelle vermittelt wurden sowie über 90%, dass sich systemische Modelle im Lehrplan befinden und 68,2% haben humanistische Modelle ausgewählt. Damit wurden sowohl die psychodynamischen und die systemischen als auch die humanistischen Modelle zur Erklärung psychischer Erkrankung von den MSH-Studenten signifikant häufiger als vermittelt angesehen als von den Studenten der öffentlichen Universitäten (psychodynamische Modelle=42,7%, systemische Modelle=34,7%, humanistische Modelle=32,5%).

Festzustellen ist an dieser Stelle, dass an der MSH eine relativ ausgeprägte Ausgewogenheit der Lehre herrscht. Es ist zwar eine leichte Priorisierung hinsichtlich der Richtlinien-Verfahren (kognitiv-behaviorale & psychodynamische Modelle) zu erkennen, jedoch werden auch die weiteren wissenschaftlich anerkannten Therapieschulen (systemische & humanistische Modelle) in die Lehre integriert. Die Lehrpläne der öffentlichen Universitäten haben, hinsichtlich der Ausgewogenheit der Lehre, eindeutig Nachholbedarf. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass kognitiv-behaviorale Modelle durchschnittlich dreimal so häufig als vermittelt angegeben werden als die weiteren Modelle.

Auch an dieser Stelle kann auf den Diskurs um die Direktausbildung verwiesen werden. So könnte eine basale Direktausbildung dazu führen, dass sämtliche wissenschaftlich anerkannte Verfahren Einzug in die Lehrpläne der Universitäten halten und somit, gemäß der Einschätzung von Strauß und auch der vorliegenden Arbeit, die Verfahrensvielfalt im psychotherapeutischen System sichergestellt wird. Zusätzlich ist anzuführen, dass eine große Unzufriedenheit über die Einseitigkeit

der Lehre herrscht. Es wurde in der Untersuchung zwar kein metrisches Maß für die Studienzufriedenheit erhoben, jedoch lassen die Freitextantworten den Unmut erkennen. Den vorab dargestellten Ergebnissen bezüglich der Verfahrensvielfalt entsprechend, ist die Unzufriedenheit fast ausschließlich bei den Studenten der öffentlichen Universitäten zu verzeichnen, während sich die MSH-Studenten fast durchgehend positiv über die Ausgewogenheit der Lehre äußern.

Die Annahme, dass an der MSH Hamburg die psychodynamischen, die systemischen und die humanistischen Modelle zur Erklärung psychischer Störung signifikant mehr Platz im Studium einnehmen als an öffentlichen Universitäten, kann folglich eindeutig bestätigt werden.

Geschlecht & Arbeitszeiten: Wie zu Beginn der vorliegenden Arbeit aufgeführt, lässt sich eindeutig eine Verweiblichung des Psychotherapeutenberufes erkennen. Der stetige Anstieg von weiblichen Studiumsabsolventeninnen führt zu einem Führt zu einem deutlichen Missverhältnis. Die Therapeutenlandschaft besteht zum Großteil aus alten männlichen und jungen weiblichen Psychotherapeuten. Die durchgeführte Untersuchung bestätigt diesen Trend, indem sich die Stichprobe aus fast 90% Studentinnen der klinischen Psychologie zusammensetzt. Die daraus folgenden Auswirkungen auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung müssen dabei hinsichtlich quantitativer (Arbeitszeiten bzw. Behandlungskapazität) sowie qualitativer Aspekte betrachtet werden. Die qualitativen Aspekte, z.B. ob der Behandlungserfolg unterschiedlicher Störungsbilder oder soziodemographischer Gruppen von dem Geschlecht des Behandelnden abhängt, sind nicht Bestandteil dieser Arbeit und müssen an anderer Stelle erörtert werden.

Bezüglich der quantitativen Aspekte hat die Untersuchung ergeben, dass kein signifikanter Unterschied der Arbeitszeiten zwischen den Geschlechtern besteht. Die Hypothese, dass weibliche Psychotherapeutinnen durchschnittlich weniger arbeiten und somit einen geringeren Beitrag zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung leisten, kann in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Es lassen sich sowohl hinsichtlich der Wochenarbeitsstunden, der Jahresarbeitszeit als auch der daraus folgenden Behandlungskapazität keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen erkennen. Wie in Kapitel 5.7 Arbeitszeiten beschrieben lässt sich sogar eine leicht erhöhte jährliche Behandlungskapazität der Frauen (1209,87) im Vergleich zu den Männern (1100,82) ver-

zeichnen. Die Annahme, dass die geplante Arbeitszeit der angehenden Psychotherapeuten bedeutend geringer ist als die tatsächliche Arbeitszeit der aktuell praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, konnte ebenfalls nicht verifiziert werden.

An dieser Stelle lässt sich demzufolge festhalten, dass aufgrund der zunehmenden Verweiblichung der ambulanten Psychotherapie keine Verschlechterung der quantitativen Versorgung zu erwarten ist. Darüber hinaus wäre es interessant zu evaluieren, aus welchen Gründen das Psychologiestudium und infolge der Beruf des Psychotherapeuten fast ausschließlich vom weiblichen Geschlecht aufgenommen wird, um gegebenenfalls mehr Anreize zu schaffen und zu einem ausgewogeneren Geschlechterverhältnis beizutragen.

Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung: Der Erwerb einer Zulassung der kassenärztlichen Vereinigung scheint nach wie vor attraktiv für viele angehende Psychotherapeuten zu sein. Lediglich 2,4% der befragten Stichprobe wollen definitiv keine Zulassung haben, während über 70% bereits sicher sind, eine Zulassung erwerben zu wollen. Auf der anderen Seite geben aber auch 38,6% an, dass sie es sich durchaus auch vorstellen könnten PT im Rahmen der KE anzubieten und somit keine KV-Zulassung zu erwerben. Weitere 37,8% können sich die PT im Rahmen der KE vielleicht vorstellen. Die Angaben zum Erwerb einer KV-Zulassung und zur PT im Rahmen der KE unterstützen zusätzlich die Vermutung, dass, bezogen auf die Berufswahl, noch eine relativ große Unsicherheit bei den Studenten vorherrscht. Die Unsicherheit ist dabei vermutlich auf den Versuch einen bestmöglichen Spagat zwischen finanzieller Sicherheit und persönlicher Flexibilität bzw. Unabhängigkeit zu vollziehen.

Der in Kapitel 2.2.2 Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung beschriebene Trend, dass immer mehr PTs eine halbe anstatt eine volle Zulassung möchten, scheint sich weiter fortzusetzen. So ergibt die Online-Umfrage der Studenten, dass 2/3 sich eher auf einen halben als auf einen ganzen Sitz bewerben wollen. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass sich das Verhältnis zwischen halben und ganzen Praxissitzen weiterhin angleichen und sich in naher Zukunft eine quantitative Überlegenheit der hälftigen Zulassungen einstellen wird.

Als Gründe für die Entscheidung zugunsten einer hälftigen Zulassung werden allem voran die Flexibilität in Bezug auf Familien- und Lebensplanung sowie die

Möglichkeit zur Diversifizierung der beruflichen Tätigkeit genannt (vgl. Kapitel 5.5 KV-Zulassung). Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung würde diese Entwicklung eine eindeutige Verbesserung bedeuten. Wie durch die von Nübling et. al. 2012 erhobenen Daten festgestellt werden konnte, können zwei hälftige Zulassungen einen signifikant höheren Beitrag zur Versorgung als eine volle Zulassung leisten. Bei einem ähnlich bleibenden Zuwachs an halben KV-Sitzen und einer ähnlich bleibenden Abnahme von vollen KV-Sitzen würde die beschriebene Entwicklung eine Steigerung der jährlichen Behandlungskapazität von 1,6% – 2,2% bedeuten. Die Hypothese, dass die Entwicklung zur Zunahme von halben Kassenzulassungen zu einer quantitativ besseren vertragspsychotherapeutischen Versorgung beiträgt, kann demzufolge bestätigt werden.

Neben dem Erwerb einer Zulassung der kassenärztlichen Vereinigung können sich knapp 80% der derzeit Studierenden vorstellen, als „freie“ Psychotherapeuten tätig zu sein und Psychotherapie im Rahmen der KE abzurechnen. Als primäres Motiv dafür geben 3/4 der Befragten die hohen Kosten für den Kauf einer KV-Zulassung an. Darüber hinaus werden jeweils von ca. der Hälfte die Unabhängigkeit von der KV (54,4%), die Möglichkeit neben einer Angestelltentätigkeit psychotherapeutisch tätig zu sein (49,5%) und die Flexibilität in Bezug auf Familien- und Lebensplanung (44,3%) als Faktoren, die in die Überlegung als „freier“ Therapeut zu praktizieren einbezogen werden, genannt.

Kassensystem & Pläne der angehenden Psychotherapeuten: An dieser Stelle lässt sich feststellen, dass die Pläne und Vorstellungen der noch Studierenden durchaus kompatibel mit den Vorgaben der KV sein können. So bietet insbesondere die hälftige Zulassung die Möglichkeit, sowohl an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen als auch parallel einer anderen Tätigkeit nachzugehen oder seine berufliche Tätigkeit flexibler in die Familien- bzw. Lebensplanung zu integrieren. Sollte der Wunsch bestehen die KV-Zulassung zu pausieren, muss dieser gegenüber dem zuständigen Zulassungsausschuss gut begründet werden. Klassische Gründe wie Krankheit, Mutterschutz/Elternzeit oder Weiterbildung stellen i.d.R. keine Hindernisse für das vollständige oder hälftige Ruhen einer Zulassung dar, während andere Gründe im Normalfall sehr gut begründet sein müssen. Für das Bewilligen des Ruhenlassens einer KV-Zulassung gibt es jedoch keine eindeutigen Regelungen und es wird zumeist im Einzelfall entschieden. Generell be-

steht die Möglichkeit, sich durch einen Kollegen bei langzeitiger Abwesenheit in den eigenen Praxisräumlichkeiten vertreten zu lassen. Das Aussetzen stellt sich aber aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Psychotherapeut und Patient im Vergleich zu anderen Berufsgruppen als relativ schwierig dar. Da angefangene Psychotherapien nicht ohne Weiteres an Kollegen delegiert werden können, müssen Auszeiten daher sehr gut begründet und auch geplant sein. Der hohe Kaufpreis für eine KV-Zulassung stellt aus Sicht der befragten Studenten einen eindeutig negativen Aspekt des Kassensystems dar. Dieser wird in den Freitextantworten sehr häufig bemängelt. Besonders aufgrund der vorab schon sehr kostenintensiven PT-Ausbildung kritisieren viele Studenten den zusätzlichen hohen finanziellen Aufwand, der mit dem Erwerb eines Praxissitzes einhergeht.

7. Fazit & Ausblick

Vor dem Hintergrund der Vielzahl an Untersuchungen zu der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Notwendigkeit einer Reform nicht zu leugnen ist. Die Bedarfsplanung, die seit 1999 Bestand hat und zum Teil auf falschen Annahmen und Rückschlüssen basiert, muss an den veränderten Bedarf und die realen Bedingungen angepasst werden. Die Psychotherapierichtlinie vom 1. April 2017 hat hinsichtlich des Erstkontakts zwischen Therapeut und Patient zu leichten Verbesserungen geführt, die Wartezeiten auf eine Richtlinientherapie bleiben aber nach wie vor deutlich zu lang. Als Reaktion auf die langen Wartezeiten teilte die KBV am 9. August dieses Jahres mit, dass die TSS ab Oktober 2018 probatorische Sitzungen vermitteln sollen (2018). Kreuzen demnach die PTs nach der Sprechstunde auf dem Formular PTV 11 an – dass eine ambulante Psychotherapie „zeitnah erforderlich“ sei –, so haben die Patienten Anspruch darauf, von den Terminservicestellen der KVen innerhalb von vier Wochen einen Termin für eine probatorische Sitzung vermittelt zu bekommen. Bei dem aktuellen Stand der Datenlage ist es aber mehr als fraglich, ob und in welcher Form dieses Vorhaben erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden kann. Hinzu kommt, dass aufgrund der neu eingeführten TSS mit der Psychotherapie im Rahmen der KE ein Konzept, das bisher maßgeblich dazu beitragen konnte, bestehende Versorgungsmängel aufzufangen, nahezu verschwinden könnte. Insbesondere die PT im Rahmen der KE stellt jedoch ein attraktives Konzept für viele künftige Psychotherapeuten dar, da die hohen Kosten für eine KV-Zulassung nicht aufgewendet werden müssen und sowohl eine hohe Flexibilität bezüglich der Lebensplanung als auch eine Unabhängigkeit von den Auflagen der KV gewährleistet sind. Hinsichtlich des Erwerbes einer Kassenzulassung wird die Wichtigkeit der Flexibilität ebenfalls deutlich. So geben 2/3 der derzeit Studierenden, mit der primären Begründung einer erhöhten Flexibilität, an, eine halbe Zulassung erwerben zu wollen. Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung ist diese Entwicklung als äußerst positiv zu bewerten, da zwei halbe Kassensitze durchschnittlich mehr Behandlungskapazität aufbringen können als eine volle Zulassung.

Ein weiterer Aspekt, der in der vorliegenden Arbeit deutlich geworden ist, ist die Gefährdung der Verfahrensvielfalt. Der Trend zur Monopolisierung der Verhaltens-

therapie im psychotherapeutischen System, der bereits in anderen Untersuchungen prognostiziert wird, bestätigt sich durch die vorab vorgestellten Ergebnisse. Hervorzuheben sind an dieser Stelle die Angaben der MSH-Studenten, die der MSH Medical School Hamburg eine gute Ausgewogenheit der Lehre attestieren. Im Gegensatz dazu wird aus den Antworten der Studenten der öffentlichen Hochschulen deutlich, dass an diesen wenig Wert auf eine ausgewogene Verteilung der einzelnen Therapieverfahren im Studium gelegt wird. Es wäre wünschenswert, wenn die MSH Medical School Hamburg diesbezüglich als ein Vorbild fungieren könnte und andere Hochschulen ebenso die einzelnen Therapieschulen gleichwertiger in ihren Lehrplan integrieren würden. Im Zusammenhang mit dem Erhalt der Verfahrensvielfalt stellt auch die basale Direktausbildung ein ernsthaft in Erwägung zu ziehendes Konzept dar. Eine Direktausbildung zum PP kann dazu beitragen die Vielfalt der Therapieverfahren zu erhalten sowie dafür sorgen, dass die Kosten für eine psychotherapeutische Ausbildung eher von den angehenden Therapeuten geleistet werden können, was eindeutig den Wünschen der Studenten entspricht.

Des Weiteren ist die zunehmende Verweiblichung des Psychotherapeutenberufes ein viel diskutiertes Thema. Der vorliegenden Untersuchung zufolge stellt diese jedoch zumindest kein quantitatives Problem dar. In der Stichprobe konnte die Hypothese widerlegt werden, dass Frauen weniger als Männer arbeiten wollen. Demzufolge sind keine Einbußen der Behandlungskapazität zu erwarten. Die Auswirkungen auf die qualitativen Aspekte der Versorgung vor dem Hintergrund der zunehmenden Verweiblichung wurden in der vorliegenden Masterarbeit nicht thematisiert.

Die genaue Berufswahl und in welcher Form sich die befragten Studenten in das psychotherapeutische System eingliedern wollen, stellt für viele einen Unsicherheitsfaktor dar. Das wird vor allem daran deutlich, dass häufig die Antwortmöglichkeiten „vielleicht“ oder „noch nicht sicher“ ausgewählt wurden. Darüber hinaus kann sich eine große Mehrheit der angehenden Psychotherapeuten vorstellen, sowohl eine KV-Zulassung zu erwerben als auch als „freier“ PT zu praktizieren. Angesichts der Tatsache, dass für den Großteil der Befragten die Flexibilität in Bezug auf die Lebensplanung eine entscheidende Rolle bei der Berufswahl spielt, ist der Erwerb einer hälftigen Zulassung mutmaßlich als Konzept der Zukunft anzusehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das bestehende Kassensystem der KV in der Lage ist, den Bedürfnissen der angehenden Psychotherapeuten vor allem nach Flexibilität und beruflicher Diversität gerecht zu werden. Die Zunahme der halben Sitze ist sowohl für die angehenden Psychotherapeuten als auch für die ambulante psychotherapeutische Versorgung als äußerst positiv zu bewerten. Auf der einen Seite finden so die Bedürfnisse der PTs Berücksichtigung im Kassensystem und auf der anderen Seite können bestehende Versorgungsstrukturen effizienter genutzt werden.

Ausblick: Anknüpfend an die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind folgende weitergehende Fragestellungen, die für die Zukunft der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Relevanz sind, von Interesse:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausgewogenheit der Lehre und der Zufriedenheit im Studium?
- Wie groß ist der Zusammenhang zwischen der Wahl des Therapieverfahrens für die PA im Studium und dem tatsächlich gewählten Vertiefungsverfahren?
- Aus welchen Gründen wird ein Therapieverfahren für die PA gewählt?
- Warum gibt es einen solch großen Frauenüberschuss in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bzw. im Psychologiestudium?
- Führt der zunehmende Anteil an Psychotherapeutinnen zu Problemen in der qualitativen psychotherapeutischen Versorgung? Hängt der Behandlungserfolg bestimmter Störungsbilder bzw. soziodemographischer Gruppen vom Geschlecht des Behandlers ab?
- Wissen die Studenten derzeit schon vor dem Bachelorstudium, dass sie die PA absolvieren möchten oder würde eine basale Direktausbildung zu einer erhöhten Abbruchquote im Studium führen?
- Würden sich mehr Studenten für die PA entscheiden, wenn eine entsprechend Vergütung während der psychotherapeutischen Fachweiterbildung analog der Assistenzärzte in Weiterbildung erfolgen würde?
- Würde im Zuge der basalen Direktausbildung die Ausgewogenheit der Lehre hinsichtlich der Therapieverfahren und folglich die Zufriedenheit der Studenten zunehmen?

8. Literaturverzeichnis

- Ärztezeitung. (2017). *Knausern Kassen bei Kostenerstattung?* Abzurufen unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/?sid=946657
- Cord Benecke & Rhea Eschstruth. (2015). Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium—Eine Online-Umfrage unter Studierenden. *Psychotherapeutenjournal*, 14(1), 23-29.
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit. (2017). *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz*. Abzurufen unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). (2016). *Frauen und Männer an Hochschulen in Deutschland*.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK*. Abzurufen unter https://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2013). *BPtK-Spezial: Bedarfsplanung 2013 – ein Überblick*. Abzurufen unter https://www.bptk.de/uploads/media/201303_BPtK_Spezial_Bedarfsplanung_01.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2016). *BPtK-Spezial - Kurswechsel in der Bedarfsplanung* [Presse Mitteilung]. Abzurufen unter https://www.bptk.de/uploads/media/BPtK-Spezial_Kurswechsel_in_der_Bedarfsplanung.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie Wartezeiten 2018*. Abzurufen unter https://www.bptk.de/uploads/media/20180101_Ein_Jahr_nach_der_Reform_der_Psychotherapie_Richtlinie_Wartezeiten_2018.pdf
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) & Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP). (2018). *TSVG: Psychotherapeuten-Verbände sehen positive Ansätze Vorgaben zur Stärkung der sprechenden und zwendungsorientierten Fächer präzisieren* [Presse Mitteilung]. Abzurufen unter file:///C:/Users/johan/Downloads/Gemeinsame%20PM%20DPtV%20bvvp%20VAK_JP%20TSVG%2002082018.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018). *PRAXISNACHRICHTEN - Terminservicestellen vermitteln ab Oktober probatorische Sitzungen*. Abzurufen unter http://www.kbv.de/html/1150_36376.php
- T Czial, D von Stillfried & M Schallock. (2012). *Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Dokument im versorgungsatlas*. de: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/Mitversorgung_Bericht_upload20130304.pdf [Abruf am 30.09.2016]. *sundheit in Regionen—Blickpunkt Psyche*, S, 63-71.
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). (2017). *DPtV-Umfrage „Kostenerstattung“ 2017/2018 - Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse*. Abzurufen unter <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=du>

[mpFile&t=f&f=6733&token=b35cb86eb958e21743254658e81c039e67782a82](https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/nc/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/?tx_ttnews%5BpS%5D=1532764440&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1103&tx_ttnews%5Btt_news%5D=3003)

- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). (2018). Kassen blockieren Behandlung [Presse Mitteilung]. Abzurufen unter https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/nc/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/?tx_ttnews%5BpS%5D=1532764440&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1103&tx_ttnews%5Btt_news%5D=3003
- Deutscher Anwaltverein - Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht. (2017). 17. Frühjahrstagung - Der hälftige Versorgungsauftrag im Vertragsarztrecht - Obergrenzen, Untergrenzen, keine Grenzen? Abzurufen unter <https://arbeitsgemeinschaft-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2017/05/03-dr-willaschek-17-01.pdf>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). Verfahren der Psychotherapie in der GKV.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.* Abzurufen unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1624/BPL-RL_2018-02-15_iK-2018-05-12.pdf.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2017). Beschäftigte Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_2&OPINDEX=35&HANDLER=XWD_CUBE.SETPGS&DATAcube=XWD_30&D.002=1000002&D.003=1000004&D.991=23746
- IGES-Institut & Prof. Dr. Frank Jacobi. (2016). *Bedarfsplanung Psychotherapeuten - Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze.* Abzurufen unter Berlin:
- Kassenärztliche Bundesvereinigung & Pressestelle GKV-Spitzenverband. (2018). *Bundesmantelvertrag – Ärzte.* Abzurufen unter Berlin: https://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2013). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt: Stand: 31.12. 2013.* Abzurufen unter <http://www.kbv.de/html/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2014). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt: Stand: 31.12. 2014.* Abzurufen unter <http://www.kbv.de/html/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2015a). *An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren - Bundesarztregister zum Stichtag des 31. Dezember 2015.* Abzurufen unter
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2015b). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt: Stand: 31.12. 2015.* Abzurufen unter <http://www.kbv.de/html/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2016a). *An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren - Bundesarztregister zum Stichtag des 31. Dezember 2016.* Abzurufen unter

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2016b). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt: Stand: 31.12. 2016.* Abzurufen unter <http://www.kbv.de/html/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2017a). *An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren - Bundesarztregister zum Stichtag des 31. Dezember 2017* Abzurufen unter
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2017b). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt: Stand: 31.12. 2017.* Abzurufen unter <http://www.kbv.de/html/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2018a). *Gesundheitsdaten der vertragsärztlichen Versorgung.* Abzurufen unter <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2018b). *Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien).* Abzurufen unter http://www.kbv.de/media/sp/Richtlinien_106d_SGB_V_Plausibilitaetspruefung.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2018c). *Urlaubsvertretung.* Abzurufen unter <http://www.kbv.de/html/25156.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund). (2016a). *Ärztemonitor 2016.* Abzurufen unter http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_20_Aerztemonitor_infas_Praesentation.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund). (2016b). *Ärztemonitor 2016 - Ergebnisse für Haus- und Fachärzte.* Abzurufen unter http://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor2016_Haus_u_Fachaerzte.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund). (2016c). *Ärztemonitor 2016 - Ergebnisse für Psychotherapeuten.* Abzurufen unter http://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor2016_Psychotherapeuten.PDF
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern. (2018). *Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen.* Abzurufen unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/AbrechnungHonorar/KVB-Broschuere-Wegweiser-Psychotherapeutische-Versorgung.pdf>
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO). (2018). *Antrag auf Ruhen der Zulassung gem. § 26 Ärzte-ZV.* Abzurufen unter https://www.kvno.de/downloads/niederlassung/ruzu_ko.pdf
- Peter Löcherbach & Ingbert Weber. (2000). *Versorgungspolitische Auswirkungen- Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben.* *Journal für Psychologie*, 8(4), 27-40.
- Barbara Lubisch. (2012). *Könnte so die Direktausbildung aussehen? Psychotherapie Aktuell*, 3.

- Jörg Marschall, Susanne Hildebrandt, Karsten Zich, Tisch Thorsten, Jelena Sörensen & Hans-Dieter Nolting. (2018). *DAK Gesundheitsreport 2018*. Hamburg: DAK-Gesundheit (Andreas Storm).
- Simon-Peter Neumer & Jürgen Margraf. (2009). Kosten-Effektivitäts-und Kosten-Nutzen-Analyse. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 985-994): Springer.
- Rüdiger Nübling, Thomas Bär, Karin Jeschke, Matthias Ochs, Nina Sarubin & Jürgen Schmidt. (2014a). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychother J*, 4, 389-397.
- Rüdiger Nübling & Karin Jeschke. (2018). *Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisbericht (Stand: 03.08.2018)*. Stuttgart / Berlin.
- Rüdiger Nübling, Karin Jeschke, Ulrike Böker, Brigitte Kemper-Bürger, Martin Klett, Michael Krenz, Beate Lämmel, Jens Lückert, Dietrich Munz & Doreen Röseler. (2015). Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 337 - 346.
- Rüdiger Nübling, Karin Jeschke, Matthias Ochs & Jürgen Schmidt. (2014b). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. *Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht.* Stuttgart, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.
- Annekathrin Plischke. (2014). *Das Fach (Klinische) Psychologie an deutschsprachigen Hochschulen*
– eine Onlinestudie unter Psychologiestudierenden
zu den Themen Studienzufriedenheit, Repräsentation der Therapieverfahren,
Wissenschaftsverständnis und Veränderungswünsche (Diplom), Universität
Konstanz Konstanz.
- Passauer Neue Presse. (2018). Behandlung psychisch Kranker: FDP rügt Spahn.
Pressestelle GKV-Spitzenverband. (2017). *Faktenblatt Ambulante Versorgung -
Bedarfsplanung.* Abzurufen unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/Faktenblatt_Bedarfsplanung_2017-09-22.pdf
- Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen. (2018). Männermangel in der Psychologie! [Presse Mitteilung]. Abzurufen unter https://bdp-verband.de/bdp/presse/2018/03_maennermangel.html
- Psychologie-Fachschaften-Konferenz. (2014). *Protokoll Plenum 19.01.2014.* Abzurufen unter <https://psyfako.org/wp-content/uploads/2017/09/PsyFaKo-18-Dokumentationsband-Stendal-.pdf>
- Psychotherapeutenkammer Berlin. (2010). *MERKBLATT KV-Zulassung, Arztregister, Approbation & Fachkundenachweis.* Abzurufen unter http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/220610_merkblatt_arztregister_approbation_fachkundenaachweis.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung* Abzurufen unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
- Spiegel Online. (2018). Behandlung psychisch Kranker - FDP wirft Spahn Tatenlosigkeit vor.

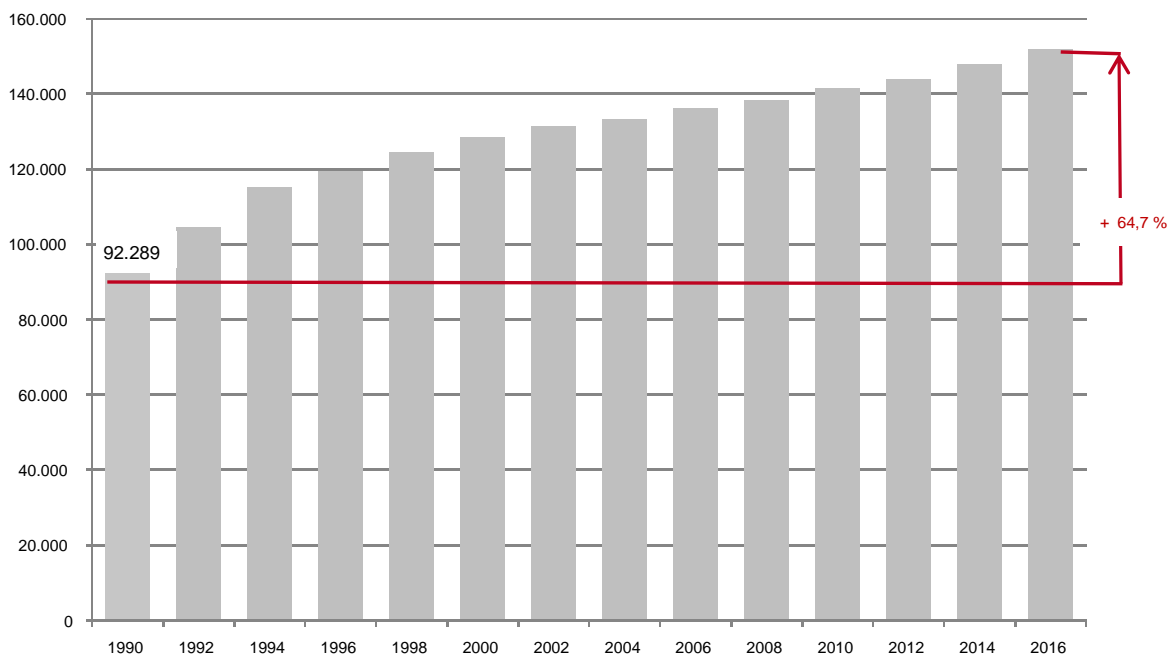
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017). Bildung und Kultur Studierende an Hochschulen.
- Bernhard Strauß, Sven Barnow, Elmar Brähler, Jörg Fegert, Steffen Fliegel, Harald J. Freyberger, Lutz Goldbeck, Marianne Leuzinger-Bohleber & Ulrike Willutzki. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*, . Abzurufen unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf
- Walter Ströhm, Ulrich Schweiger & Jürgen Tripp. (2013). Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 3.
- Jürgen Tripp & Walter Ströhm. (2014). Approbation direkt nach dem Studium? Überlegungen zu einer Vorverlegung der Approbation im Zuge einer Ausbildungsreform. *Psychotherapie Aktuell*, 1.
- Universität Bremen. (2011). Statistik der Studienfälle nach Durchschnittsalter
- Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP). (2012). *Psychotherapeuten sind Vielarbeiter*. Abzurufen unter https://www.vpp.org/meldungen/12/120511_vielarbeiter.html
- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung. (2015). *Gender News: Große Unterschiede in den Arbeitszeiten von Frauen und Männern*. Abzurufen unter www.wsi.de/genderdatenportal
- Wissenschaftsrat. (2018). *Perspektiven der Psychologie in Deutschland*. Abzurufen unter http://www.bptk.de/uploads/media/20180201_Wissenschaftsrat_Perspektiven_der_Psychologie_in_Deutschland.pdf
- W.W. Wittmann, W. Lutz, A. Steffanowski, D. Kriz, E.M. Glahn, M.C. Völkle, J.R. Böhnke, K. Köck, A. Bittermann & T. Ruprecht. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- E.-M. Wunsch, S. Kliem, Grochowski & C. A. & Kröger. (2013). Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland. *Psychologische Rundschau*, 64(2), 75 - 93.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2017). *Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2015*. Abzurufen unter Berlin: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf

Anhang A: Faktenblatt Thema: Ambulante Versorgung – Bedarfsplanung 22.09.2017, Pressestelle GKV-Spitzenverband (Pressestelle GKV-Spitzenverband, 2017)

Herausforderungen in der ärztlichen Bedarfsplanung

Deutschland verfügt über ein sehr gut ausgebautes System der ambulanten Versorgung mit einer insgesamt hohen Arztdichte und einer im internationalen Vergleich beispiellosen Dichte an ambulant tätigen Fachärzten und Psychotherapeuten. Der demografische Wandel stellt unser ambulantes Versorgungssystem jedoch zukünftig vor große Herausforderungen, denn Versorgungsengpässe, die bereits heute in einigen ländlichen Regionen bestehen, werden sich tendenziell verstärken. In den städtischen Regionen bestehen oftmals jedoch erhebliche Überkapazitäten. Angesichts dieser Versorgungslücken muss die ärztliche Versorgung effizienter gestaltet und noch besser strukturiert werden.

Arztzahlentwicklung in der ambulanten Versorgung



Quelle: Bundesärztekammer, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Sicherstellung der Versorgung

- Die Sicherstellung der Versorgung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. §75 SGB V). Sie haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten,

zu verbessern oder zu fördern (vgl. §105 Abs. 1 SGB V). Dazu gehört insbesondere die Vermeidung und Beseitigung von Unterversorgung (vgl. §100 SGB V).

- Unterversorgung gibt es in Deutschland tatsächlich nur in wenigen Ausnahmefällen. Am ehesten sind hiervon periphere, ländliche Regionen betroffen, die für Ärzte als Niederlassungsort aus verschiedenen Gründen weniger attraktiv sind. Dem gegenüber gibt es vor allem in den Städten zum Teil eine erhebliche Überversorgung. Da diese Überversorgung finanzielle Ressourcen und ärztliche Kapazitäten bindet, die an anderer Stelle dringend gebraucht würden, ist der Abbau von Überversorgung ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung von Unterversorgung.

Vertragsärztliche Bedarfsplanung

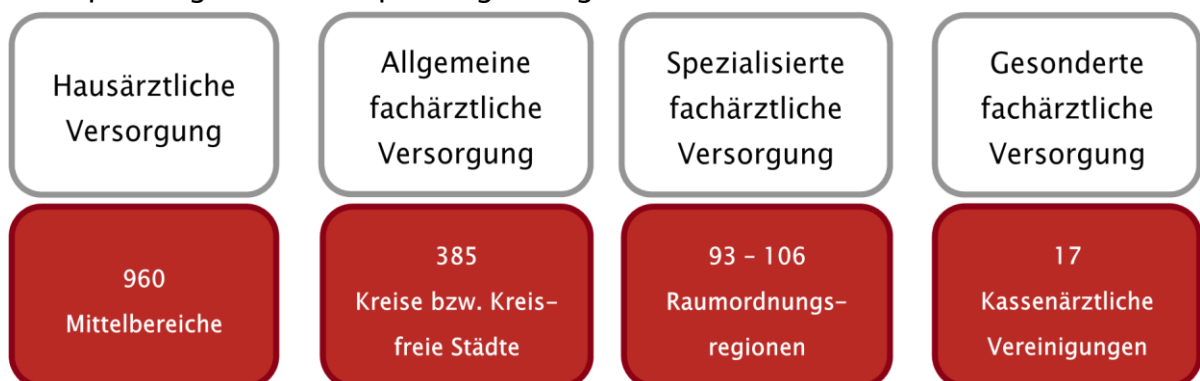
- Zu den zentralen gesundheitspolitischen Zielen gehört es, allen Versicherten ungeachtet ihres Wohnortes und ihrer Lebens- und Vermögensverhältnisse flächendeckend eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen und diese bei begrenzten finanziellen Mitteln dauerhaft zu gewährleisten.
- Hierfür bedarf es einer aktiven Steuerung des Leistungsangebotes. Einerseits sollen genügend Leistungen angeboten werden, um allen Versicherten im Krankheitsfall eine angemessene Versorgung zu gewährleisten; andererseits soll das Angebot aber auch nicht zu groß sein, so dass Anbieter ihre Kapazitäten dadurch auslasten, dass sie Leistungen erbringen, die medizinisch nicht notwendig sind und denen kein adäquater Nutzen gegenübersteht (angebotsinduzierte Nachfrage).
- In der ambulanten Versorgung erfolgt die Steuerung des ärztlichen Angebotes in erster Linie über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht. Beide wurden in ihrer heutigen Form



mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahr 1992 eingeführt. Die Bedarfsplanung wird seitdem regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt.

Grundlage der Bedarfsplanung sind die allgemeinen Verhältniszahlen je Arztgruppe, die das Verhältnis zwischen der Zahl der Einwohner zur Zahl der zugelassenen Vertragsärzte je Arztgruppe in einem Planungsbereich zur bedarfsgerechten Versorgung ausdrücken.

- Für jede Arztgruppe in einem Planungsbereich ergibt sich aus der Bedarfsplanung eine geplante Zahl an Ärzten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung als angemessen angesehen wird (Sollzahl).
- Deutschland wird dabei in sogenannte Planungsbereiche eingeteilt, die raumordnungsspezifischen Kategorien des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung entsprechen.
- Bis Ende 2012 erfolgte die Planung mit ca. 372 Kreisen (i. d. R. Landkreise und kreisfreie Städte).
- Mit der Reform der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen differenziert. Hierbei wurde der Grad der Spezialisierung der ärztlichen Leistungen herangezogen und war Grundlage für die Größe der Planungsbereiche.
- Bei Hausärzten und Psychotherapeuten wurden die Verhältniszahlen in ländlichen Bereichen abgesenkt, so dass dort eine höhere Anzahl an Zulassungen entstand.
- Die gesonderte fachärztliche Versorgung, die bspw. Humangenetiker und Pathologen umfasst, wird demgegenüber auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen geplant, da diese Arztgruppen normalerweise nicht regelmäßig in Anspruch genommen werden.
- Für die Landesebene wurden Abweichungsmöglichkeiten geschaffen, die eine Anpassung der Bedarfsplanung an regionale Besonderheiten erlaubt.



Ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Versorgungssituation in einem Planungsbereich ist der Versorgungsgrad. Dieser setzt die Zahl der Ärzte, die nach den Vorgaben der Bedarfsplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, zu der tatsächlichen Arztzahl ins Verhältnis.

$$\frac{\text{allgemeine Verhältniszahl} * \text{aktuelle Arztzahl} * 100}{\text{Aktuelle Einwohnerzahl}} = \text{Versorgungsgrad}$$

- Eine Unterversorgung ist dabei zu vermuten, wenn in einem Planungskreis der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad einer Facharztgruppe unter 50 Prozent bzw. bei Hausärzten unter 75 Prozent sinkt.
- Eine Überversorgung ist dagegen anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad 110 Prozent übersteigt (§101 Abs. 1 SGB V).

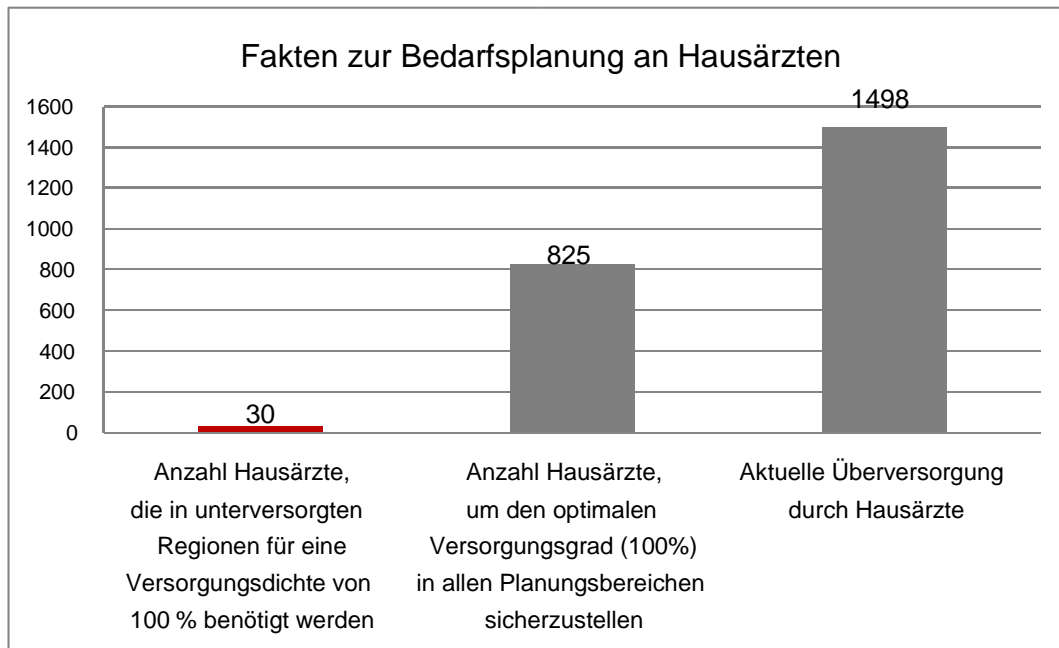
Aktuelle Situation in der Bedarfsplanung

- Es besteht fast flächendeckend eine Überversorgung und damit eine deutlich höhere Arztdichte als nach den Maßstäben der Bedarfsplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt wird.
- Aufgrund der Überversorgung sind die meisten Planungsbereiche für weitere Niederlassungen gesperrt. Niederlassungsmöglichkeiten bestehen vor allem in ländlichen Regionen und in der hausärztlichen Versorgung. Hier gibt es vereinzelt auch unterversorgte Regionen, in denen die Arztdichte zu gering ist.

Hausärztliche Versorgung

- Hausärzte werden auf der Ebene von Mittelbereichen geplant. In der Bedarfsplanung 2016 wurde vermehrt von den regionalen Abweichungsmöglichkeiten nach §2 der Bedarfsplanung-Richtlinie Gebrauch gemacht. Insgesamt wurden 960 Mittelbereiche verwendet.
- Im gesamten Bundesgebiet ist sind weniger als ein Prozent der Planungsbereiche (6) unterversorgt. Rund 62 Prozent der Planungsbereiche weisen einen Versorgungsgrad zwischen 75 und 110 Prozent auf und sind somit normal versorgt. Rund 37 Prozent der Planungsbereiche liegen mit einem Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent im Bereich der Überversorgung.

- Es fehlen etwa 30 Ärzte, um in den heute unterversorgten Regionen die angestrebte Versorgungsdichte von 100 Prozent zu erreichen.
- Um in allen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 100 Prozent den Zielwert der Bedarfsplanung zu realisieren, werden bundesweit 852 Hausärzte benötigt. Gleichzeitig sind in den überversorgten Regionen jedoch 1498 Hausärzte zu viel zugelassen.



Allgemeine fachärztliche Versorgung

- Die Fachärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene werden auf der regionalen Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten geplant. Grundlage der Planung waren im Jahr 2013 insgesamt 385 Kreise, Landkreise und kreisfreie Städte. Für die Planung der Psychotherapeuten wurden 391 Planungsbereiche verwendet.
- Für Chirurgen, Kinderärzte, Orthopäden, Nervenärzte und Urologen besteht bundesweit keinerlei Unterversorgung. Stattdessen sind für diese Arztgruppen etwa 95 Prozent aller Planungsbereiche überversorgt.
- Für Gynäkologen und HNO-Ärzte liegt ebenfalls keine Unterversorgung vor. 92 Prozent der Planungsbereiche bei Gynäkologen und 86 Prozent bei HNO-Ärzten sind überversorgt.
- Bei Augenärzten ist ein Planungsbereich, bei den Hautärzten sind 2 Planungsbereiche in ganz Deutschland unterversorgt. Ca. 84 bis 86 Prozent der Planungsbereiche sind überversorgt.

- Bei den allgemeinen Fachärzten könnten noch etwa 249 Ärzte zugelassen werden, bis auch der letzte Planungsbereich gesperrt würde. Gleichzeitig sind über die Marke von 110 Prozent hinaus 7.803 Ärzte zu viel zugelassen.
- Im Bereich der Psychotherapie ist kein Planungsbereich unterversorgt. 95 Prozent der Planungsbereiche sind überversorgt, lediglich 5 Prozent normalversorgt.
- Auffällig ist eine starke regionale Konzentration von Psychotherapeuten in der Nähe von Ausbildungseinrichtungen und Universitäten. In Tübingen beträgt der Versorgungsgrad z. B. fast 600 Prozent.
- Es gibt seit der Jahrtausendwende einen stetigen Anstieg von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten; mit der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 sind u.a. 1.350 neue Niederlassungsmöglichkeiten hinzugekommen. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbands haben sich durch die gesetzlichen Änderungen zur Quotenregelung nach §101 Abs. 4 SGB V bis zu weitere 750 Niederlassungsmöglichkeiten ergeben. Hier gab es bis zum 31.12.2015 einen Versorgungsanteil von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie 25 Prozent für ärztliche Psychotherapeuten vor, nach Wegfall der Quote wurden diese Niederlassungen größtenteils von psychologischen Psychotherapeuten belegt.
- Die Ausnahmeregelung nach §101 Abs.4 SGB V sieht vor, dass die Zulassung in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen für angestellte Ärzte unter bestimmten Bedingungen möglich sein soll. Der Arzt muss hierfür die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder derselben Facharztbezeichnung ausüben. Eine weitere Bedingung stellt die Verpflichtung zu einer Leistungsbegrenzung, indem der bisherige Praxisumfang nicht wesentlich überschritten wird. Dies gilt sowohl für die Anstellung eines Arztes in kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens nach §311 Abs. 2 Satz 1 und medizinische Versorgungszentren. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der angestellte Arzt nicht mitzurechnen.
- Insgesamt sucht die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland weltweit Ihrsgleichen. Psychotherapeuten stellen nach Hausärzten und Internisten inzwischen die drittgrößte Leistungserbringergruppe. So wird die ambulante Versorgung z. B. in Berlin durch 2.372 Hausärzte und 2.175 Psychotherapeuten sichergestellt.
- Es gibt nur noch zwei Planungsregionen (Hohenlohekreis, Hildburghausen), die keine Versorgung von 100 Prozent aufweisen. In beiden fehlt lediglich ein

Psychotherapeut. Bundesweit sind 7.423 Psychotherapeuten zu viel zugelassen. Allein in Berlin sind 933 Psychotherapeuten über Bedarf zugelassen, mit denen eine weitere Großstadt mit 2,8 Millionen Einwohner bedarfsgerecht versorgt werden könnte.

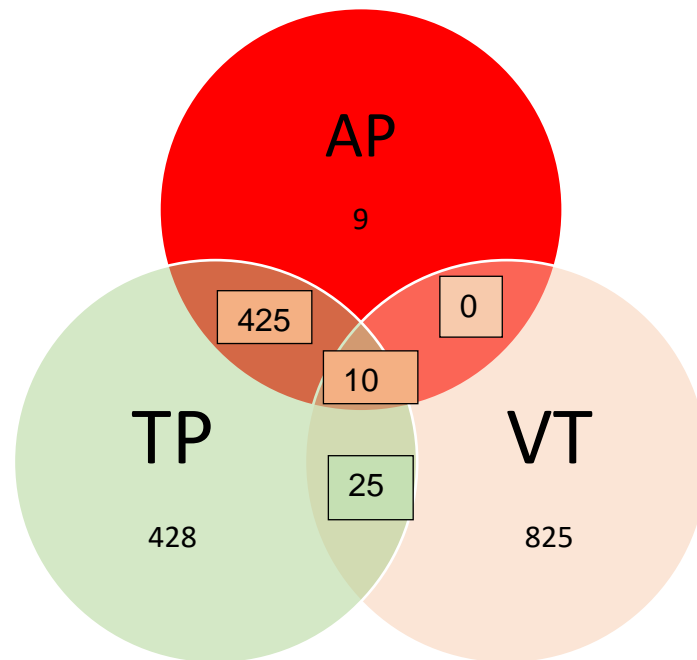
Anhang B: An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2015a, 2016a, 2017a)

An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren		
Bundesarztregister zum Stichtag des 31. Dezember 2017		
Psychologische Psychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	7.059	35,7
Analytische Psychotherapie	2.432	12,3
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	1.065	5,4
Verhaltenstherapie	12.564	63,6
	23.120	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	2.672	48,2
Analytische Psychotherapie	1.306	23,6
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	791	14,3
Verhaltenstherapie	2.623	47,3
Ärztliche Psychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5.329	87,1
Analytische Psychotherapie	1.345	22,0
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	406	6,6
Verhaltenstherapie	1.221	20,0
Anmerkung:		
Da ein einzelner Psychotherapeut die Genehmigung zur Anwendung mehrerer Richtlinien-Verfahren haben kann, ergeben die Anteile eine Summe von mehr als 100 Prozent		

An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren		
Bundesarztregister zum Stichtag des 31. Dezember 2016		
Psychologische Psychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	6.785	36,5
Analytische Psychotherapie	2.321	12,5
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	1.017	5,5
Verhaltenstherapie	11.653	62,7
	21.776	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	2.509	48,1
Analytische Psychotherapie	1.228	23,5
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	743	14,2
Verhaltenstherapie	2.412	46,2
	6.892	
Ärztliche Psychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5.242	86,8
Analytische Psychotherapie	1.317	21,8
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	432	7,1
Verhaltenstherapie	1.202	19,9
Anmerkung:		
Da ein einzelner Psychotherapeut die Genehmigung zur Anwendung mehrerer Richtlinien-Verfahren haben kann, ergeben die Anteile eine Summe von mehr als 100 Prozent		

An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren		
Bundesarztregister zum Stichtag des 31. Dezember 2015		
Psychologische Psychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	6643	37,7
Analytische Psychotherapie	2255	12,8
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	1024	5,8
Verhaltenstherapie	10789	61,3
	20710	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	2434	49,3
Analytische Psychotherapie	1198	24,3
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	746	15,1
Verhaltenstherapie	2214	44,8
	6592	
Ärztliche Psychotherapeuten		
Richtlinien-Verfahren	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5342	87,8
Analytische Psychotherapie	1304	21,4
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	447	7,3
Verhaltenstherapie	1190	19,6
Anmerkung:		
Da ein einzelner Psychotherapeut die Genehmigung zur Anwendung mehrerer Richtlinien-Verfahren haben kann, ergeben die Anteile eine Summe von mehr als 100 Prozent		

Anhang C: Überschneidung der Therapieverfahren bei KV-Zulassung, volle oder 50%-Zulassung; Mehrfachantworten möglich; nges=1712, n=25 Mitglieder ohne Angabe; Schematische Darstellung. (Nübling et al., 2014b)



Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

Anhang D: Arbeitszeiten; Vergleich hinsichtlich Geschlecht, nur Psychotherapeuten mit 100%-KV-Zulassung (KVPT); $n_{\max}=1452$; t-Test für unabhängige Stichproben (Nübling et al., 2014b)

	jeweils M/sd	Männer n=515	Frauen n=1010	Gesamt n=1525	T/p
Jahresarbeitszeit (in Wochen)		43,7/3,2	42,8/5,1	43,1/4,6	3,85/.001
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon		43,7/11,4	36,0/11,1	38,6/11,8	12,47/.000
Behandlungsstunden		30,6/10,5	24,1/9,9	26,3/10,6	11,77/.000
Probatorische Sitzungen		3,1/2,3	2,5/1,9	2,7/2,1	5,13/.000
Abfassung Berichte/Anträge		3,4/2,2	3,2/2,0	3,2/2,1	1,74/.082
sonstige Verwaltungsaufgaben		6,4/4,0	6,1/3,7	6,2/3,8	1,44/.150
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden)		1480,9 501,3	1144,6 460,3	1259,8/ 500,9	12,48/.000
Jährliche Stundenbelastung insgesamt		1911,0/ 519,2	1544,7/ 516,1	1670,0/ 545,4	12,82/.000

Anhang E: Liste der Psychologiefachschaften in der BRD⁴

E-Mail-Adressen der Psychologie-Fachschaften	Stadt
fsphil@rwth-aachen.de	Aachen
fachschaft.huwi@uni-bamberg.de	Bamberg
fsipsy@zedat.fu-berlin.de	Berlin (FU)
psy-fs-intern@lists.hu-berlin.de	Berlin (HU)
fspsychologie@uni-bielefeld.de	Bielefeld
fs-psychologie@rub.de	Bochum
info@fs-psychologie-bonn.de	Bonn
fachgruppe-psychologie-tubs@gmx.de	Braunschweig
fspsycho-intern@mailman.zfn.uni-bremen.de	Bremen
fsr-hsw@tu-chemnitz.de	Chemnitz
fachschaft-psychologie@lists.tu-darmstadt.de	Darmstadt
fsr@psychologie.tu-dresden.de	Dresden
fspsy@hhu.de	Düsseldorf
fs-psychologie.fk12@tu-dortmund.de	Dortmund
fs-psychologie@ku-eichstaett.de	Eichstätt
fspsychologie@uni-erfurt.de	Erfurt
fsi-psychologie@fau.de	Erlangen-Nürnberg
fs@psych.uni-frankfurt.de	Frankfurt am Main
fachschaft@psychologie.uni-freiburg.de	Freiburg
fs-psy@psychol.uni-giessen.de	Gießen
fgpsychologie@gwdg.de	Göttingen
fsrpsych@uni-greifswald.de	Greifswald
fachschaft@psych.uni-halle.de	Halle
fsr-psychologie@uni-hamburg.de	Uni Hamburg
Fachschaft@psychologie.uni-heidelberg.de	Heidelberg
fspaepsy@info.uni-hildesheim.de	Hildesheim
fsr.psychologie@uni-jena.de	Jena
fsr.psychologie.ks@gmail.com	Kassel
fachschaft@psychologie.uni-kiel.de	Kiel
fs-psycho@uni-koeln.de	Köln
fachschaft.psychologie@uni-konstanz.de	Konstanz
fachschaftsrat@psycho-landau.de	Landau
fsrpsy@rz.uni-leipzig.de	Leipzig
info@fsmint.uni-luebeck.de	Lübeck
fsrwp@uni.leuphana.de	Lüneburg
fachs04@students.uni-marburg.de	Marburg
farafnw@ovgu.de	Magdeburg
fs-psycho@uni-mainz.de	Mainz
fspsycho@staff.mail.uni-mannheim.de	Mannheim
psychologie@fs.lmu.de	München
fspsych@uni-muenster.de	Münster
fs.psy@mail.uni-oldenburg.de	Oldenburg

⁴ Keine Garantie auf Vollständigkeit

fs-psych@uos.de	Osnabrück
fara-psych@uni-potsdam.de	Potsdam
fs_psychologie@yahoogroups.com	Regensburg
psycho.fsr.saarbruecken@gmail.com	Saarbrücken/Saarland
fasra@ahw.hs-magdeburg.de	Stendal
psycho@uni-trier.de	Trier
info@fs-psycho.uni-tuebingen.de	Tübingen
fs-psy@uni-ulm.de	Ulm
psychologie-FS-News@gmx.de	Wuppertal
fips@psychologie.uni-wuerzburg.de	Würzburg

Anhang F: Fragebogen

Rubrik SD: Soziodemographie

Geschlecht (Auswahl)	
1. Welches Geschlecht hast du?	<ul style="list-style-type: none"> • Männlich • weiblich
Alter (Texteingabe)	
2. Wie alt bist du?	

Rubrik ST: Studium

Semester (Texteingabe)	
3. "In welchem Semester des Masterstudien- ganges befindest du dich?"	
Studiengang (Texteingabe)	
4. "In welchem Studiengang bist du einge- schrieben?"	
Universität (Texteingabe)	
5. "An welcher Universität bist du eingeschrie- ben?"	
Abschluss (Texteingabe)	
6. „In wie vielen Monaten wirst du voraussicht- lich deinen Master in klinischer Psychologie oder einem äquivalenten Masterstudiengang fertiggestellt haben?“	

Rubrik PA: Psychotherapeutische Ausbildung

Psychotherapeutische Ausbildung (Auswahl)	
7. „Möchtest du die Ausbildung zum psycholo- gischen Psychotherapeuten machen?“	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Vielleicht
Zeitpunkt der psychotherapeutischen Ausbil- dung (Auswahl)	
8. „Wenn du die Ausbildung zum psychologi- schen Psychotherapeuten machen möchtest, wann möchtest du diese beginnen? (ignorieren, wenn du die Ausbildung NICHT anstrebst)“	<ul style="list-style-type: none"> • Direkt nach meinem Abschluss • In 1-2 Jahren nach meinem Abschluss • in 3-5 Jahren nach meinem Abschluss • Ich weiß es noch nicht
Keine Ausbildung zum Psychotherapeuten (Mehrfachauswahl)	
9. „Wenn du die Ausbildung zum psychologi- schen Psychotherapeuten NICHT anstrebst, warum möchtest du diese nicht machen? (Ignorieren, wenn du die Ausbildung an- strebst)“	<ul style="list-style-type: none"> • Zu teuer / zu lange • Nicht notwendig für meine beruflichen Ziele • Sonstige Gründe (Feld zu Freitexteinga- be vorhanden)
Therapieschulen (Mehrfachauswahl)	

<p>10. „Wenn du die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten machen möchtest, in welcher Fachrichtung möchtest du diese absolvieren?</p> <p>(Ignorieren, wenn du die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten NICHT machen möchtest)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapie • Tiefenpsychologie • Psychoanalyse • Systemische Therapie • Kinder- und Jugendpsychotherapie • Sonstige (Feld zu Freitexteingabe vorhanden)
---	--

Rubrik TV: Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Eigene Praxis (Auswahl)	
<p>11. „Planst du, im Zuge deines beruflichen Werdegangs, selbstständig in einer eigenen Praxis für Psychotherapie zu arbeiten?</p> <p>(Ignorieren, wenn du die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten NICHT anstrebst)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Vielleicht
Zulassung (Auswahl)	
<p>12. „Wenn du planst in einer eigenen Praxis zu arbeiten, strebst du an, eine KV-Zulassung zu erwerben?</p> <p>(Ignorieren, wenn du die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten NICHT anstrebst)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Vielleicht
Voll- oder Teilzulassung (Auswahl)	
<p>13. „Wenn du für einen KV-Sitz interessierst, streben du eine 100%-Zulassung oder eine 50%-Zulassung an?</p> <p>(Ignorieren, wenn du die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten NICHT anstrebst oder dich NICHT für einen KV-Sitz interessierst)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100%-Zulassung • 50%-Zulassung
50%-Zulassung (Mehrfachauswahl)	
<p>14. „Wenn du eine 50%-Zulassung anstrebst, welche Gründe führen dazu?</p> <p>(Ignorieren, wenn du die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten NICHT anstrebst, wenn du dich NICHT für eine KV-Zulassung interessierst oder wenn du eine 100%-Zulassung haben möchtest)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ich möchte weniger arbeiten • Ich möchte nicht nur in einem Bereich arbeiten (sondern z.B. auch in Kliniken, psychologischen Beratungsstellen, Ambulanzen etc.) • Flexibler in Bezug auf Familien- bzw. Lebensplanung • Sonstige (Feld zu Freitexteingabe vorhanden)
Kostenerstattung (Auswahl)	
<p>15. „Könntest du dir vorstellen als „freier“ Therapeut ohne KV-Zulassung tätig zu sein? (z.B. im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens, Selbstzahler etc.)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Vielleicht

Kostenerstattung 2 (Mehrfachauswahl)	
16. „Wenn du dir vorstellen könntest als „freier“ Therapeut tätig zu sein, welche Gründe hat das? Ignorieren, wenn du dir nicht vorstellen kannst ohne KV-Zulassung als „freier“ Therapeut tätig zu sein!“	<ul style="list-style-type: none"> • Man ist unabhängiger von Auflagen der KV (z.B. Mindestanzahl an Patienten bei einer 100%- bzw. 50%-Zulassung) • Flexibler in Bezug auf Familien- bzw. Lebensplanung • Möglichkeit, neben einer Angestellten-tätigkeit (zum Beispiel Beratungsstelle oder Klinik) ergänzend in kleinem Umfang in einer eigenen Praxis arbeiten zu können • hohe Kosten für den Kauf einer KV-Zulassung • Sonstige Gründe (Feld zu Freitexteingabe vorhanden)

Rubrik AA: Arbeitsaufwand

Wochenarbeitszeit (offene Texteingabe)	
17. „Wie viele Stunden möchtest du pro Woche für deine berufliche Tätigkeit aufwenden?“	
Jahresurlaub (offene Texteingabe)	
18. „Wie viele Wochen im Jahr möchtest du Urlaub haben?“	

Rubrik BW: Berufswahl

Berufswahl (offene Texteingabe)	
19. „Gibt es sonst noch etwas, dass du für die Wahl deiner beruflichen Tätigkeit berücksichtigst oder dass dich bezogen auf deine beruflichen Pläne beeinflusst?“	

Rubrik SS: Schwerpunkte im Studium

Therapieschulen im Studium (Mehrfachauswahl)	
20. „Welche Therapieschule wurde in deinem Studium am meisten vermittelt?“	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie • Analytische Psychotherapie • Psychodynamische (tiefenpsychologisch fundierte) Psychotherapie • Gesprächspsychotherapie • Systemische Therapie
Psychologische Modelle zur Erklärung von psychischen Störungen im Studium (Mehrfachauswahl)	
21. „Die Lehre in meinem gesamten Psychologiestudium vermittelte mir Wissen über die	<ul style="list-style-type: none"> • kognitiv-behaviorale Modelle • psychoanalytische/ psychodynamische

folgenden Modelle zur Erklärung psychischer Störungen:“	<p>Modelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • humanistische Modelle • systemische Modelle • Andere
Lehre im Studium (offene Texteingabe)	
22. „Was denkst über die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie in deinem Studium?“	

Anhang G: Antrag auf Ruhen der Zulassung gem. §26 Ärzte-ZV (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO), 2018)

Bezirksstelle Köln	Ansprechpartner / Ansprechpartnerin:		
Geschäftsstelle	Frau Susanne Jahn	 0221 7763 - 6516	<input type="checkbox"/> 0221 7763 - 6500
Zulassungsausschuss	Frau Justine Konrad	 0221 7763 - 6543	<input type="checkbox"/> 0221 7763 - 6500
	Frau Johanna Erpelding	 0221 7763 - 6518	<input type="checkbox"/> 0221 7763 - 6500
50668 Köln	Frau Raffaella Bamberg	 0221 7763 - 6512	<input type="checkbox"/> 0221 7763 - 6500
Sedanstr. 10 - 16	Frau Clara Dollnick	 0221 7763 - 6535	<input type="checkbox"/> 0221 7763 - 6500

Antrag auf Ruhen der Zulassung gem. §26 Ärzte-ZV

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Fachgruppe: _____

BSNR: _____

Ich beantrage:

- das vollständige Ruhen meiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
- das hälftige Ruhen meiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

Zeitraum des Ruhens:

Vom _____ Bis _____

Begründung des Antrages

(Bitte Nachweise beifügen: z. B. ärztliches Attest, aus dem sich die Dauer der Krankheit ergibt; Geburtsurkunde des Kindes; Mutterpass; Bestätigung der Weiterbildungsstätte etc.)

- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit

Weiterbildung

sonstiger Grund (bitte ausführliche Begründung beifügen)

Stand 19.01.2018
te 1 von 2

Sei-

Sprechzeiten (Nur bei häftigem Ruhen der Zulassung erforderlich)

Während des Zeitraums des häftigen Ruhens werde ich wie folgt vertragsärztlich tätig sein:

Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:
Samstag	von:	bis:	von:	bis:
Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche:				

Hinweis:

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

Jede Statusänderung bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann - wie auch jede sonstige Genehmigung - nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

Für diesen Antrag wird gem. §46 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von 120 Euro erhoben. Nach Abschluss des Verfahrens werden wir die Gebühr von Ihrem Honorarkonto einbehalten.

Datum

Unterschrift

Name (bitte in Druckbuchstaben
oder Vertragsarztstempel)

Stand 19.01.2018

Seite 2 von 2

Anhang H: Freitextantworten

Keine Ausbildung zum PT, warum?

- interessantere alternative: systemische
- Ich mache bereits eine Weiterbildung zur systemischen Therapeutin und bin unsicher, ob ich eine Approbation benötige. Kann auch sein, dass ich auch nur mit Selbstzahlern über die Runden komme. Das werde ich dann je nach Arbeitsplatzlage entscheiden
- Erstmal sehen, was ohne geht...
- Mir geht es dafür nicht gut genug
- Ich beginne im Oktober dieses Jahrs die KJP-Ausbildung. Ich habe dennoch oben mal "Ja" angeklickt.
- Unsicherheit, ob es das richtige für mich ist, aber auch Bedingungen der Ausbildung (teuer, Stress, insgesamt oft negatives gehört)
- Einstieg in die eigene Berufslaufbahn mit hohen Schulden
- Tätigkeit Vergleich. Mit Assistenzarzt, trotzdem eig. Kein Lohn - wenn fertig, dann 30, hieße Familienplanung ade
- Fühle mich direkt nach dem Studium nicht bereit, 1. direkt weiter in Ausbildung zu bleiben und 2. würde ich, falls ich es doch irgendwann erwäge, erst Lebenserfahrung sammeln. Außerdem ist mir das ganze Abrechnungssystem sehr zuwider, in dem Patienten tlw. Klinikaufenthalte von 3-4 Wochen haben, einmal pro Woche dann Therapie und davon am besten noch ein Anamnesegespräch. Heißt: ich könnte den Menschen nicht so helfen, wie ich es wollte. Und ich will dieses System nicht unterstützen.
- Ich werde in einer stationären Suchttherapie arbeiten und darum (zunächst) die Ausbildung zur Suchttherapeutin machen. Diese ist kürzer und günstiger und gibt mir unmittelbar notwendiges Wissen und notwendige Tools an die Hand.
- Interessiert mich nicht sonderlich
- Passt nicht zusammen mit meiner Lebens-/Familienplanung. Ich bin kein Karrieremensch. Ich will meine Arbeit lieben, aber sie soll nicht Prio 1 haben und mir andere für mich wichtige Dinge verbauen (Reisen, Ehe, Familie)

- Gibt andere berufliche Alternativen, die ich mir genauso gut vorstellen kann und bei denen ich direkt nach dem Studium arbeiten kann (Beispiel Suchtberatung)
- Möchte nicht therapieren, sondern in Beratung und Begutachtung
- Ich plane, in die Forschung oder Wirtschaft zu gehen.
- passt mit aktueller familiärer Situation nicht zusammen (TZ-Erwerbsarbeit, Kinderversorgung, sonst. Familienarbeit... einfach kein Platz)

Therapieschulen, sonstige?

- Unklar
- Kombination VT+TP
- Eventuell Körperpsychotherapie
- bin noch nicht entschlossen
- Am liebsten eine Kombination
- Meridian Energietechnik

50%-Zulassung, sonstige Gründe?

- Überlegung parallel auch noch an der Universität tätig zu sein.
- Forschung + Praxis
- Die 50lge kostet in Großstädten schon 20.000 Euro. Das Geld muss man auch erstmal haben... würde danach versuchen zu erweitern

Freier Therapeut, sonstige Gründe?

- ehrlich gesagt, bin ich über diese Möglichkeit noch gar nicht wirklich informiert, um hier eine fundierte Aussage zu machen
- Es ist schwierig überhaupt einen Kassensitz zu bekommen, man muss lange darauf warten und bekommt oft nur einen Kassensitz in ländlichen Gebieten
- Mir gefällt das System mit der begrenzten Zeit pro Sitzung und der festgelegten Anzahl an Sitzungen nicht. Das ist in meinen Augen tendenziell ungünstig für die Erwartungshaltung der Klienten, bzw. für deren Veränderungsmotivation vor absehbarem Ende der bewilligten Sitzungen.

- Dass man evtl. keinen KV-Sitz bekommt (oder nicht sofort)
- lange Wartezeiten
- falls es in der Nähe meines Wunschwohnortes keinen freien KV-Sitz gibt
- Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem - Ablehnen jedem der Hilfe braucht eine psychische Krankheit diagnostizieren zu müssen
- Habe ich mir noch keine Gedanken zu gemacht
- Hoher bürokratischer Aufwand
- lange Wartezeit auf einen Kassensitz, vor allem, wenn man örtlich gebunden ist
- Erklärung der angekreuzten: Ich befürchte, Probleme meiner Klienten/Patienten zu sehr zu internalisieren, wenn ich das hauptberuflich machen würde. Außerdem möchte ich mich in anderen Bereichen stärker fordern. Aber ich kann mir vorstellen, ehrenamtlich Menschen durch Aufklärungsarbeit zu helfen, für Probleme zu sensibilisieren und vielleicht unverbindlich Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten.
- mit Familie ist es am besten, für viele Kompromisse offen zu sein

Gibt es sonst noch etwas, dass du für die Wahl deiner beruflichen Tätigkeit berücksichtigst oder dass dich bezogen auf deine beruflichen Pläne beeinflusst?

- Mein Partner wird Neurologe, eventuelle wollen wir eine Gemeinschaftspraxis eröffnen
- Familienplanung
- meine Familie, Gründung einer eigenen Familie
- Vereinbarkeit mit Forschungstätigkeit/Doktorandenprogramm
- Ich möchte neben Therapien auch als Gutachter für die gesetzlichen Krankenkassen tätig werden sowie als Dozent an Ausbildungsinstituten
- -Flexibilität - Bezahlung - Sicherheit
- Die Hohen Kosten für Ausbildung und KV-Sitz veranlassen mich dazu, dass ich noch nicht genau sagen kann, wie meine Vorstellungen bzgl. meiner beruflichen Zukunft sind, da ich dies davon abhängig machen muss, ob ich die finanziellen Mittel aufbringen kann.
- Die Stadt in der ich einen Platz für die Ausbildung bekomme.

- Verlagerung des Standpunkts ins Ausland, internationale psychologische Arbeit
- Absolut Finanzen - ich MUSS die Ausbildung direkt nach dem Studium machen, da mein Stipendium sonst wegfällt - ich kann keine Promotion parallel zur Ausbildung machen, da mein Stipendium sonst wegfällt, ohne Stipendium, würde ich mir den ganzen Spaß sowieso nicht leisten können - Frustration - im Vergleich zum Medizinstudium/PJ-/Assistenzarzt-Zeit ist es einfach eine untragbare Zumutung die PIA Ausbildung so zu gestalten wie es in Deutschland der Fall ist
- Urlaubs- und Krankheitsvertretung, Gewerkschaft, Entlohnung nach Tarif
- Verhältnis von Ausbildungskosten und Ausbildungsvergütung.
- Ein Institut für die Ausbildung zu finden ist nicht so schwierig, aber eine PIA Stelle zu finden schon. Das lässt mich gerade an der Ausbildung zweifeln
- Die horrenden Ausbildungskosten für die PPT-Ausbildung beeinflussen natürlich die eigenen beruflichen Pläne, insofern, dass sie eine massive finanzielle, sowie psychische Belastung darstellen.
- Zeitpunkt der Familiengründung (Kinder bekommen), Berufskonzept des Partners
- Ich habe gelernt mich stark daran zu orientieren von welchen Personen ich mich in meinem Umfeld abhängig machen muss um meinen Job ausüben zu können und kann mir daher nicht mehr vorstellen unter/mit Personen zu arbeiten, die entweder meine Arbeit verhindern/negieren oder das Arbeitsklima zu stark vergiften. Das gilt sowohl für Supervisoren bei einer potenziellen KVT-Ausbildung als auch für Chefs in Kliniken/Praxen/Beratungsstellen/etc.
- Die Revision des Psychotherapeutengesetzes. Betrifft mich zwar eigentlich nicht, aber wer weiß, wie lange es nach Durchsetzung die aktuellen Ausbildungen noch geben wird.
- Ich befinde mich bereits in der Ausbildung zur systemischen Therapeutin.
- Wenn ich als klinische Neuropsychologin auch ambulant abrechnen könnte ohne die Psychotherapieausbildung absolviert zu haben würde ich die Ausbildung weniger in Betracht ziehen.

- Fokus mehr auf Freizeit als auf Geld. Schließlich kommt man im Studium (einigermaßen) mit wenig Geld zu recht. Freizeit hingegen ist begrenzt.
- Ich finde die Bedingungen für die Psychotherapeuten-Ausbildung zwar extrem schlecht und würde das System eigentlich ungern unterstützen. Aber es ist nun mal mein Traumberuf und um den ausüben zu können muss ich mich beugen.
- Eine Klinik finden, bei der ich als PIA auch etwas verdiene
- die Arbeit in meiner Arbeitsgruppe macht sehr viel Spaß, vielleicht bleibe ich da, sofern ich das Angebot bekomme. Hobby/Freizeit (ich habe ein Pferd, das ist zeitaufwändig)
- Gehalt
- Nähe zum Wohnort
- Anerkennung der systemischen Therapie
- Ich kann den emotionalen Aufwand therapeutischer Arbeit noch schlecht einschätzen, denke aber, dass viel Ausgleich notwendig sein wird - weshalb ich auch gerne in mehreren Berufsfeldern arbeiten möchte. Eine Vollzeitstelle als Therapeutin stelle ich mir sozial und psychisch sehr ermüdend/erschöpfend vor. Ich möchte auf keinen Fall, dass mein Sozial- und Familienleben darunter leidet.
- schwere Überschaubarkeit der Ausbildungsinstitute, oft ausbeuterische Strukturen der Ausbildungsinstitute, schlechte Bezahlung während der Ausbildung
- Die Kosten, um die Ausbildung überhaupt erstmal zu absolvieren
- Ja denn alles hängt davon ab ob ich wieder gesund werde
- allgemeine Zufriedenheit und Erfüllung
- Die Überlegungen der Anerkennung der systemischen Therapie durch die Krankenkassen.
- Familienplanung
- Gesellschaftliche Vorstellungen, Familienplanung, finanzielle Überlegungen, auch für die Ausbildung
- Die unglaublich ungerechte Situation in der sich Pias befinden und wie unterirdisch sie bezahlt werden hält mich womöglich davon ab Therapeutin zu werden, obwohl ich mir das sehr gut vorstellen könnte! Da ist es nicht mehr

eine Frage der Eignung für den Beruf, sondern ob man genügend finanzielle Ressourcen hat um diese Jahre zu überstehen. Das geht gar nicht.

- Möchte einen sinnvollen Beitrag zur Gesellschaft leisten können und etwas zum Glück der Menschen beitragen. Bezahlung ist mir dabei weniger wichtig. Gute Vereinbarkeit mit meinem privaten Leben, da Familie angedacht, wobei ich auch gern zur Arbeit gehen möchte.
- Familienplanung, Finanzen
- Die Aufnahme der PT-Ausbildung erscheint bei einem Blick auf den derzeitigen Stellenmarkt für Psychologen als beinahe unumgänglich. Die meisten Ausschreibungen (klinischer und/oder pädagogischer Bereich) wünschen/verlangen eine Weiterbildung (systemischer Berater oder PT), was nach mindestens 5 Jahren Psychologiestudium ernüchternd wirkt. Die Ausbildung strebe ich letztlich an, um notwendiges Handwerkszeug im Umgang mit Patienten/Klienten zu erlernen, aber auch um bessere Berufschancen zu haben. Und dafür ist der zeitliche wie auch finanzielle Aufwand eigentlich eine Zumutung.
- Örtlichkeit
- Meine Familie
- Partner, Familienplanung
- Die hohen Kosten sind sehr belastend. Dies ist vor allem für den Werdegang nach dem Studium entscheidend, da man bereits mit Schulden aus dem Studium kommt. Man möchte gern die Ausbildung zum Psychotherapeuten machen, jedoch möchte man auch seine Schulden abbauen und nicht noch mehr anhäufen.
- Aus eigener Erfahrung lassen Krankenkassen eine Behandlung im Kosten-erstattungsverfahren so gut wie nicht mehr zu. Aus diesem Grund habe ich große Bedenken mich selbstständig zu machen aufgrund der Zwickmühle zwischen Schwierigkeiten einen Kassensitz zu erhalten und existenziellen Gründen in einer Privatpraxis. Ich möchte nicht nur Patienten behandeln, die als Selbstzahler kommen können.
- Partnerschaft
- Finanzierung und Zulassung für Therapeut da nicht alle Institute einen Bachelor einer FH akzeptieren. Ich möchte erstmal Berufserfahrung sammeln

um als Therapeutin mehr Erfahrung zu haben und ernst genommen zu werden. Auch Familienplanung muss integrierbar sein

- Familienplanung, zweites Kind
- Ich möchte mich eigentlich schneller spezialisieren und mit Randgruppen arbeiten und mich nicht durch eine 5-8 Jahre lange Ausbildung aufhalten. Zudem ist mir Familie sehr wichtig.
- Remote Work, also die Möglichkeit später vom PC aus arbeiten zu können von überall auf der Welt
- Kosten der Ausbildung
- Wohnortnahe Arbeitsplatz
- Familiengründung
- Ich rechne grundsätzlich nicht damit, einen Beruf auszuüben für den ich bezahlt werde. Ich kann gut mit wenig Geld haushalten. Die einzige Anforderung die ich an eine berufliche Tätigkeit stelle ist, dass mir die Arbeit Freude bereitet und weiterbringt. Der Rest findet sich irgendwie.
- Flexibilität, insbesondere für Vereinbarkeit mit Familie, Selbstständigkeit
- teils Wiederholung aber ich schreibe es trotzdem - würde gern Analyse machen aber das ist ja noch teurer - würde auf dem Land die Pia Ausbildung machen weil man da bezahlt wird.
- Ob sich die investierte Zeit lohnt, bzw. der Therapeutenberuf wirklich erfüllend ist (was auch abhängig von den Arbeitsbedingungen ist). Der Ort - wenn man nur in Kliniken im Nirgendwo während der Ausbildung angemessen verdient, man aber eigentlich sein soziales Netz in der momentanen Wahlheimat nicht gerne verlässt, ist das schon schwer zu vereinbaren. Das Gefühl von Kompetenz - der Traum, therapeutisch tätig zu werden ist zwar da, allerdings auch manchmal das Gefühl, dass die Inhalte im Studium sich nicht unbedingt mit dem decken, was mir das Gefühl von therapeutischer Kompetenz vermitteln würde
- Gehalt, weshalb ich Plane in die Schweiz zu gehen. Ein Einstiegsgehalt von 2800 brutto für einen Psychotherapeuten in Deutschland nach über 10 Jahren Ausbildung ist ein absoluter Witz.
- Ich möchte in meinem Beruf intellektuell gefordert werden und auch ein bisschen Wettbewerb in meinem Beruf haben, also Dinge selbst entwickeln

und verkaufen/vertreten/..., und nicht "nur" Menschen helfen oder das, was andere geschaffen haben, anwenden. Ich sehe diese Möglichkeit nicht in einer reinen Tätigkeit als Psychotherapeut, sondern eher in der Forschung oder freien Wirtschaft. Ich sehe außerdem das Risiko, die Probleme meiner Klienten/Patienten zu sehr zu internalisieren oder für die Tragweite von ihnen desensibilisiert zu werden.

- Nein
- der Ort, an dem ich wohne (und schon wieder die Familie: von dem ich nicht so ohne weiteres umziehen kann) - der alles andere als ideal für psychologische Tätigkeiten ist (insb. ohne Therapeutenausbildung)

Was denkst du über die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie in deinem Studium?

- Man muss niemals selbst denken. Es geht nur darum, tausende Infos auswendig zu lernen und in der Prüfung genauso wiederzugeben, wie der Dozent es hören möchte. Es wäre schön, sich mal kritisch mit Themen auseinanderzusetzen und zum Beispiel auch ganz offen Vor- und Nachteile verschiedener Schulen zu diskutieren
- genug vom Ersteren, bitte mehr vom Letzteren
- Ok. Etwas zu stark auf Verhaltenstherapie ausgerichtet
- Sehr einseitig, da ausschließlich Verhaltenstherapie gelehrt wird. Paradoxerweise dafür, dass es ein Anwendungsfach ist, nur sehr wenig anwendungsbezogen, dafür viel Forschungsbezug (was man ja ohnehin die ganze Zeit im Studium hat). Gesamteinschätzung: Man muss schon ziemlich Lust auf diesen Beruf haben, um das langweilige Studium durchzuziehen
- In unserer Universität hatten wir einen starken Fokus auf die spätere Arbeit in der Wissenschaft - klinisch wurde uns nicht viel an die Hand gegeben, was ich sehr schade finde.
- zu wenig und zu wenig Vorlesungen die eine Übersicht übers Thema geben, Seminare immer mit sehr spezifischen Themen
- sehr einseitig (KVT), sehr forschungsbasiert, sehr qualitativ hochwertig und hilfreich

- Teilweise nur sehr oberflächlich behandelt worden, auf die Praxis ist man definitiv nicht vorbereitet
- Viel zu einseitig, zu behavioral, bereitet mehr schlecht als recht auf die Berufstätigkeit vor
- Zu wenig Vielfalt
- tiefgehend aber teils recht einseitig (viel KVT da Kooperation mit KVT-Institut)
- Die Universität Trier besitzt seit vorletztem Jahr eine zweite Professur in der klinischen Psychologie für den Bereich KJP. Die Lehre in der Klinischen ist breit aufgestellt, setzt aber wie an so vielen Universitäten einen Schwerpunkt in der KVT
- kommen eigentlich nur negative Assoziationen hoch - einzige klinische Prüfung im Master besteht nur aus Eigenvorbereitung (Wittchen & Hoyer, ICD 10 und Margraf und Schneider, bis auf letzteres alles auswendig für eine mündliche Prüfung zu der es keine Vorlesung und auch kein Seminar gibt), da hätte auch ein Fernstudium gereicht, was aber natürlich nicht so anerkannt wird
- Kam allgemein viel zu kurz. Wenig Lehrangebot. Keine VL zur Prüfung.
- Zu viel Forschung, zu wenig Anwendung und Patienten Kontakt, zu viel Fokus auf vt und weniger Infos über andere Verfahren. Sollte dem Medizin Studium mehr angepasst werden.
- sehr einseitig - sehr theoretisch
- Müsste viel anwendungsbezogener sein.
- Während meines Bachelors hatte ich einige sehr inspirierende Seminare, die mein Interesse für die klinische Psychologie verstärkt haben. Leider konnte dies an meiner jetzigen Universität nicht fortgeführt werden und ich bin sehr enttäuscht darüber. Generell könnten die klinischen Anteile etwas höher sein und die Vielfalt an Therapierichtungen stärker vertreten. So habe ich stets das Gefühl, als käme es darauf an, an welcher Uni man studiert hat und welchen Weg man dann geht.
- Zu forschungslastig, demnach haben wir nicht wertfrei und neutral alles Therapieschulen kennengelernt, sondern hauptsächlich uns mit VT beschäftigt

- Sehr einseitig, nur auf VT ausgerichtet...wenig Praxis...insgesamt enttäuschend
- sehr Verhaltenstherapie lastig
- Sie ist der KVT-lastig - leider oftmals wenig Praxisbezug -ein Blockseminar für therapeutische Übungen war praxisnah, aber eben nur einmalig - Störungsbilder wurden ausführlich behandelt, was sehr gut ist
- Ist okay, vor allem durch Kooperation mit lokalen Kliniken ganz gut, aber noch deutlicher Verbesserungsbedarf
- sehr VT-lastig
- Stark auf (kognitive) VT ausgerichtet.
- Sehr VT-lastig, sehr viel Statistik (auf Forschung ausgerichtet). Der Master ist schon praxisnäher geworden (wurde vor kurzem geändert), könnte aber noch viel mehr Praxis enthalten
- sehr VT lastig
- Könnte praxisnaher sein!
- Der Master wiederholt fast nur noch das, was auch im Bachelor gemacht wurde. Kann man meiner Meinung nach auch in einem Semester machen, bzw. ich fände es sinnvoller einen Praxismaster anzubieten, der in die Ausbildung eingegliedert ist.
- Zu sehr verhaltenstherapeutisch orientiert. Es wird ständig betont, es gäbe nur für diese Richtung Evidenz, dabei kann man für alle Richtungen Evidenz finden. Es wäre schöner, wenn wir alle Seiten neutral kennenlernen würden, um uns dann selbst ein Urteil zu bilden. Aktuell ist es so, dass bereits ein fertiges Urteil (Pro Verhaltenstherapie, Contra alles andere) gelehrt wird und es nur sehr, sehr wenige hinterfragen!
- Insgesamt finde ich die theoretische Lehre im Fach Klinischer Psychologie nicht gut. Es wird viel auf aktuelle Forschung der Dozenten eingegangen, die oftmals nicht zwingend Relevanz für die praktische Arbeit hat. Da die Dozenten meisten KVT präferieren ist es schwierig Informationen über andere Therapieschulen zu erhalten. Ich fände eine Differenzierung in der Lehre der klinischen Psychologie sinnvoll. Zwischen praktische Tätigkeit und Forschung.

- Zwar mit Patienteninterviews aber der Vorlesungsteil könnte noch deutlich praxisrelevanter gestaltet werden.
- Von zentraler Wichtigkeit.
- War an meinen Unis (LMU München und Uni Lübeck) schon extrem VT lastig. Andere Gebiete waren nur in einigen wenigen Vorlesungen Thema. Für mich hat es aber an sich gereicht um mir bezüglich des Vertiefungsgebiets in der PT-Ausbildung sicher zu sein. Super wäre gewesen v.a. die Systemische Therapie genauer kennen zu lernen. Mehr Psychoanalyse wäre zwar auch interessant gewesen, hätte mich aber nicht wirklich beruflich weitergebracht.
- Insgesamt ist der Unterricht von hoher Qualität. Die Praxisanteile (Patientengespräche) sind sehr hilfreich und insgesamt ist der Unterricht spannend. Mir hat allerdings Input zu psychodynamischen und systemischen Ansätzen gefehlt!
- Sehr praxisnah und umfangreich (wir sehen regelmäßig Patienten und haben 5h Seminar über eine Störungsgruppe, geleitet von einem Experten in dem Störungsbereich).
- Die Inhalte wiederholen sich sehr oft, im Bachelor, im Master. Manchmal sogar doppelt oder dreifach im Master in verschiedenen Modulen. Dann werden sie in der Therapie Ausbildung nochmal wiederholt
- Unsere Lehre war sehr praxisnah, wir haben alle schon mindestens ein Patientengespräch selber geführt und jedes Semester regelmäßig Patienten gesehen. Das ist super. Unsere Lehre ist sehr auf Verhaltenstherapie festgefahren. Das hat mich jetzt nicht gestört, weil ich das auch machen will, aber es stört andere.
- Da ich auch anstrebe eine Ausbildung in VT zu machen, Hat es mich wenig gestört. Generell fände ich es besser, wenn auch andere Therapiemodelle und -formen mehr gelehrt würden. So könnte man einen besseren Einblick in die möglichen Ansätze bekommen.
- Sehr gut und praxisorientiert
- zu starker Fokus auf die KVT
- absolut eindimensional - uns wird vermittelt, dass VT der einzige und einzig richtige und effektive Weg ist psychisch kranken Menschen zu helfen - hu-

manistische Therapieformen, Kreativtherapie, Hypnosetherapie oder sowas werden nicht mal angesprochen

- Abgesehen davon, dass der Schwerpunkt deutlich auf Verhaltenstherapie lag, war ich sehr zufrieden. Ich fühle mich gut genug vorbereitet, um die Ausbildung zu beginnen.
- Sehr gut fundiert, aber -wie jeder Fachbereich immer- zu eingeschränkt auf wenige Spezialgebiete
- müsste dringend reformiert werden, sowohl strukturell als auch inhaltlich, bereitet nur etwas auf die Tätigkeit als Psychologin vor- da wäre mehr möglich.
- Schlecht: wenig über den Tellerrand gucken können - kein Platz für Diskussionen / selber denken - kaum bis keine Praxisnähe - wenig Praxiserfahrung der Dozierenden - keine Möglichkeiten, die eigenen Interessen zu entdecken, fördern, ihnen nachzugehen etc.
- Ich bin der Meinung, dass wie zu wenig zu den unterschiedlichen Therapierichtungen lernen und zu wenig Praxisbezug und Selbstreflektion haben
- Kombination von allen Therapierichtungen wäre wünschenswert gewesen. Schwerpunkt lag auf VT und Neuro
- Ich bin soweit zufrieden mit der Lehre, denke jedoch auch, dass es die Verantwortung und Aufgabe jedes Studierenden ist, sich selbstständig ein erweitertes Wissen anzueignen, das über die (Forschungs- und Lehr-)Schwerpunkte der eigenen Universität hinaus geht. Ich sehe es nicht als mein "Anrecht", dass mir die Universität einen tiefgehenden Einblick in alle psychotherapeutischen Schulen ermöglicht. Vielmehr sollten Studierende selbstständig und frühzeitig verschiedene Blickwinkel und Arbeitsweisen kennen lernen - etwa durch Praktika in Kliniken und Praxen mit unterschiedlicher Ausrichtung. Das Studium gibt mir einen Einblick in den aktuellen Forschungsstand im Bereich Klinische Psychologie - und diese Forschung ist (bisher) nun einmal stark auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien fokussiert. Umso mehr Möglichkeiten haben wir in unserer beruflichen Zukunft, diese Forschung voranzutreiben und zu erweitern!
- Momentan sehr forschungslastig, was für einen Master of Science nicht wunderbar ist, jedoch im Hinblick auf eine Therapeutenausbildung und die

praktische Arbeit als Psychologin nicht sehr vorbereitend auf das Arbeitswesen. Wünschenswert wäre ein größerer Bezug zur Praxis und der Arbeit mit dem Klienten.

- Die Lehre ist insgesamt zu einseitig und zu wenig praxisnah. Es wird ausschließlich Verhaltenstherapie gelehrt, viele Störungsbilder werden doppelt und dreifach gelehrt, andere hingegen gar nicht.
- Leider sehr einseitig auf VT bezogen.
- Ausschließlich KVT. Umfassender Überblick wäre schön
Mehr Praxisbezug und insgesamt größerer Anteil klinischer Themen (auch schon im Bachelor) wäre schön
- Ich finde es gut, dass wir stark darauf eingehen was evidenzbasiert ist. Leider gibt es keine Inhalte oder Veranstaltungen zum Kinder- und Jugendbereich, sondern nur zum Erwachsenenalter oder höheren Erwachsenenalter.
- Zu KVT-lastig, keine Einblicke in andere Schulen, einseitig
- Leider wurden andere Therapierichtungen außer die VT nahezu nie beleuchtet und als schlecht abgetan
- schlechte Lehre, nur KVT, schlechter Professor, einseitig und eingeschränkt
- nicht sehr praxisbezogen bisher und nicht sehr interessant gestaltet (Studierende halten Referate über ein Störungsbild, fertig) nicht sehr strukturiert aufgebaut, bisher fühle ich mich nicht umfassend auf eine klinische Tätigkeit vorbereitet
- sehr theoretisch, in Praktika sehr anders stundenlanges Auswendiglernen, statt praktische Bezüge -> Bulimie lernen
- sehr großer Anteil an Eigenstudium, etwas zu wenig Vermittlung des Wissens durch qualifiziertes Personal. Vermittlung von breitem und umfangreichem Wissen über verschiedene Bereiche/Störungsbilder/Therapieschulen
- Viele interessante Inhalte, aber habe gelernt, das wissenschaftliche System an der Uni kritisch zu sehen und dass sich am Ende dich alles nur darum dreht, wer mit seinen Studien aktuelle Trends unterstützt, wer wen bei den Journalen kennt und was sich am Ende am meisten rentiert. Und ich kann jetzt gut auswendig lernen ;) Mehr Anwendung wäre schön, und mehr Einblicke in verschiedene Berufsfelder.

- An der Uni Bonn leider nicht so stark. Immerhin hatten wir im Bachelor überwiegend Infos zur (K)VT, im Master wurde hingegen eine eher psychodynamisch geprägte Perspektive vermittelt. Aber ich musste mir selbst viel Wissen aneignen, was ich für notwendig erachtet habe um anschließend meinen angestrebten Beruf auszuführen.
- An der Uni Bonn leider sehr schwach. Die Dozenten geben sich Mühe, aber das System ist unbefriedigend.
- Geht nicht über das Lesen eines Lehrbuchs hinaus. Demotivierend, da langweilig / nach Schema F ablaufend (Lehrbuchkapitel werden in Referaten vorgetragen). Könnte besser strukturiert / ausgewogener (z.B. was den Anteil verschiedener Therapieschulen am Lehrplan angeht) sein.
- Die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Landau (Bachelor), hat mir einen guten ersten Einblick in Störungsbilder, Facetten klinisch psychologischer Prävention und Intervention und Behandlungsmethoden geben können. Praktische Teile (z.B. Gruppenleitung und Gesprächsführung) sind leider deutlich zu knapp ausgefallen. Die Lehre dieser Fachrichtung an der Universität Bonn (Master) ist enttäuschend. Letztlich bleibt es über alle Module hinweg eine rein theoretische Ausbildung, basierend auf der Analyse von klinischen Studien und am Rande werden (auch nur auf dem Papier) Behandlungsmethoden aufgezeigt. Fazit: Man ist kaum schlauer als nach dem Bachelor, fühlt sich null in der Lage irgendetwas von der Theorie im realen Umfeld anzuwenden und ist zusätzlich noch frustriert über so wenig Engagement von Seiten des Lehrstuhls.
- Leider ist die Lehre wenig praxisorientiert, oft werden in den Seminaren nur Referate von Studierenden gehalten, die meist sehr theoretisch sind. Ich würde mir wünschen, dass die Dozenten, die oft eine therapeutische Ausbildung haben, mehr aus ihrem beruflichen Alltag einbringen würden, da man so ein viel besseres Bild von dem Beruf und auch von den verschiedenen Störungsbildern bekäme.
- Kam viel zu kurz. Gerade Techniken wurden kaum angesprochen, sondern fast nur Theorien, die zwar als Basis unumgänglich sind, jedoch in der x. Wiederholung absolut sinnfrei sind. An der Universität Bonn ist die Profes-

sorin am Lehrstuhl für klinische Psychologie zudem die unfähigste Dozentin, die ich in meinem gesamten Studium an insgesamt 2 Universitäten erlebt habe. Besonders schade, da ich wie viele andere extra für die klinische zum Master von Aachen nach Bonn gewechselt habe.

- Es könnte anwendungsorientierter sein. Und mehr aus den verschiedenen therapeutischen Schulen, nicht nur die KVT
- nicht praktisch genug, zu große Kurse
- Schade, dass die klinische Psychologie so wenig Platz in meinem Studium eingenommen hat. Erst nach meinem Studium kann ich mich in der Ausbildung mit dem befassen, was mich wirklich interessiert. Auch schade, dass ausgenommen der VT, so wenig für andere therapeutische verfahren raum war.
- Sollte noch praxisorientierter sein.
- sehr starker Fokus auf Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse werden meist belächelt und als antiquiert abgetan, im gesamten Studium (Bachelor und Master) 1 Seminar (4 CP) zu psychodynamischer Therapie; insgesamt wenig Praxisbezug
- Mir ist das Studium zu forschungsorientiert. Ich würde mir mehr klinische Aspekte wünschen. Auch in Zusammenhang mit praktischen Tätigkeiten.
- Ich bin wahnsinnig enttäuscht. Im Bachelor wurde mir nur Theorie vermittelt sowie nur engstirnig KVT. Es ist kein Wort über psychodynamische Verfahren verloren wurden. All mein Handy Wissen dazu kommt lediglich aus Praktika. Ich fühle mich sehr schlecht auf die Ausbildung zum Psychotherapeuten vorbereitet und empfinde die letzten 4 Jahre meines Studiums sogar als Zeitverschwendung. In dieser Zeit hätte man aus mir schon eine kompetente angehende Therapeutin machen können. Stattdessen kann ich nur Statistiken lesen.
- Viel zu Theorielastig, zu einseitig (vor allem Verhaltenstherapeutisch angehaucht), zu wenig praktische Seminare
- Generell gut, zu wenig Vielfalt im Hinblick auf die Therapieschulen, mehr Tiefenpsychologie wäre wünschenswert, damit die Wahl zwischen den Schulen für die Ausbildung leichter fallen würde (da man mehr Wissen hätte um die Entscheidung zu treffen).

- Sie ist sehr gut, aber auch sehr einseitig. Man wird eigentlich zu 95% nur über Verhaltenstherapie informiert. Es ist ja ein zulässiger Standpunkt, VT am besten zu finden, aber wie soll man sich als Studierender eine Meinung bilden (die ja vielleicht sogar im Sinne der Dozenten wäre), wenn man Informationen nur zu VT bekommt, nicht aber zu anderen Therapieschulen?!
- zu einseitige Ausrichtung an der KVT
- Sehr kompetent und gut!
- Da es sehr umfangreich ist und einen ersten theoretischen Input gab jedoch noch viel zu lernen ist. Ich hätte mir therapeutisch auch etwas für KJP im verhaltenstherapeutischen Bereich gewünscht
- Die Lehre ist sehr gut und ausgeglichen gewesen. Mir fehlte nur der Schwerpunkt auf einzelner Fallanalyse und Psychopharmakologie als Pflichtfach.
- Wurde breitgefächert dargestellt
- Sehr gute Professoren
- Interessant aber nicht immer praxisnah
- vielseitig, schulen übergreifend
- Die Lehre an der MSH ist umfangreich und bietet viel praktischen Bezug. Zudem verhelfen Seminare und intensive Wahlmodule dazu, sich selbst in verschiedenen Übungen und Themen auszuprobieren.
- Es ist anspruchsvoll, aber oberflächlich.
- Manche Lehrenden sind sehr von sich eingenommen und vermitteln ungerne andere Sichtweisen
- Top! Allerdings wenig zur Humanistischen
- gutes fundiertes Basiswissen was uns zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befähigt
- Hervorragende Vorbereitung
- Sehr gute Umsetzung. Praxisnah. Breit aufgestellt. Über wirklich viele Therapieformen Wissen vermittelt bekommen (sogar über die drei Klassiker mit KV Zulassung hinaus)
- Ich finde die Lehre den Themen angemessen, sie könnte jedoch praxisnaher sein.

- Sie ist sehr grundlagenbezogen und umfangreich. Leider ist sie auch sehr theoretisch. Ich wünsche mir ein Studium, das mich nicht nur in Wissen zu Krankheiten und deren Entstehung informiert, sondern mir auch Kompetenzen im Patientenkontakt beibringt, bspw. durch Kommunikationstrainings oder Schauspielpatienten.
- Kommt meiner Meinung nach zu kurz und die Lehrenden sind sehr unmotiviert
- Es wäre schön, wenn es praxisbezogener wäre. Mehr in die Psychotherapierichtung als nur klinische Psychologie. Gerne mehr zu anderen Fachrichtungen auch.
- Ich hätte mir mehr Details über die verschiedenen Therapieschulen gewünscht, das wurde bei uns alles recht wenig behandelt. Viele meiner Kommilitonen wünschen sich mehr praktischen Bezug, was ich gut verstehen kann, ich würde dafür aber sehr ungern weniger theoretische Ausbildung in Kauf nehmen.
- Ich hatte im Bachelor gar keine klinische und im Master kommen die Module erst noch, daher kann ich dazu leider nichts sagen.
- Zu scheuklappenmäßig. Stark abhängig von der Kompetenz des Dozenten
- Klinische und therapeutische Anteile sollten von Beginn an einen größeren Stellenwert zugeschrieben bekommen. Das Studium war bisher sehr forschungsorientiert ausgerichtet, mit wenig Möglichkeit den Forschungsanteil wahlpflichtmäßig zu reduzieren.
- Ist total einseitig und scheiße. es wird regelmäßig gesagt Freud sei überholt und ein Spinner. Das hat nichts mit Wissenschaft zu tun. Dass es zig Studien zur Wirksamkeit der Analyse und TP gibt wird ignoriert. Keiner entscheidet sich für die PT Ausbildung, weil einfach niemand weiß, was sich heute dahinter verbirgt. Dass es um moderne Neuropsychoanalyse und Bindungsforschung und dass es nicht nur um infantile Sexualität geht. ich finde das unmöglich und macht mich sauer. das ist purer Lobbyismus.
- Sehr methodisch ausgelegt, ich vermisse Offenheit anderen Therapieschulen gegenüber. Vor allem auf die Wahl der Ausbildungsrichtung nach dem Master fühle ich mich nicht gut vorbereitet, da man ja eigentlich sich nur was unter CBT vorstellen kann. Auf dem basierend, kann man aber noch

nicht mal begründet zu der Entscheidung gegen andere Therapierichtungen kommen, sondern muss sich entweder ins kalte Wasser einer so gut wie fremden Therapieausrichtung werfen oder brav die Meinung der Dozenten wiederkauen und in die VT-Richtung gehen.

- Sollte praxisnäher gestaltet werden
- Ich begrüße die Grundidee der anstehenden Reformation hinsichtlich der Kombination von Studium und Ausbildungspraxis. Die Lehre in der klinischen Psychologie bereitet nicht angemessen auf die spätere Ausübung des Berufes vor! Ohne Ausbildung ist meiner Meinung nach keine professionelle und adäquate Behandlung von Patienten möglich.
- Hatte ich noch nicht
- ganz gut
- Könnte ausgewogener sein. Außerdem ging es hauptsächlich darum Diagnosen auswendig zu lernen
- Einfach super!
- hat gepasst

Anhang I: Arbeitszeiten; Vergleich Psychotherapeuten (PTs) mit KV-Zulassung vs. Psycho-therapeuten in „freier“ Praxis (Nübling et al., 2014b)

Arbeitszeiten; Vergleich Psychotherapeuten (PTs) mit KV-Zulassung vs. Psycho-therapeuten in „freier“ Praxis; $n_{\max}=2133$

	KVPT n=1707	KVPT mit 100% Zulas- sungen n=1525	FPT n=426	Gesamt PTs in Praxis n=2133
	jeweils M/sd			
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	43,1/4,5	43,1/4,6	41,4/7,4	42,7/5,2
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	38,4/12,1	38,6/11,8	26,0/15,5	35,4/13,6
• Behandlungsstunden	25,6/10,7	26,3/10,6	18,9/13,6	24,3/11,6
• Probatorische Sitzungen	2,6/2,0	2,7/2,1	1,2/1,5	2,4/2,0
• Abfassung Berich- te/Anträge	3,2/2,1	3,2/2,0	1,7/2,1	2,9/2,2
• sonstige Verwaltungsauf- gaben	6,0/3,8	6,1/3,7	3,9/3,5	5,6/3,8
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	1222,5/ 506,2	1259,8/ 500,9	882,2/ 623,7	1160,0/ 545,7
Jährliche Stundenbelastung insge- samt ²	1623,6/ 556,7	1670,0/ 545,4	1131,5/ 712,9	1533,1/ 618,4

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis; ¹ entspricht (Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen) x Jahresarbeitszeit; ² entspricht Wochenarbeitszeit x Jahresarbeitszeit; geringfügige Abweichungen durch Missing-Data-Korrekturen

Anhang J: Eigenständigkeitserklärung

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: **Falke, Johan** _____
Matrikelnummer: **162601057** _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit/Masterarbeit in der Bibliothek der MSH den Nutzern zur Verfügung steht.

ja nein

Ort, Datum _____ Hamburg, 23.08.2018 _____

Unterschrift _____