

Psychotherapeutische Versorgung in Einrichtungen – ist das Psychotherapeutengesetz in den Kliniken angekommen?

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Landespsychologenkongferenz

Bad Waldsee, 08.06.2011

Übersicht

- Psychische Störungen/Erkrankungen
 - Häufigkeit, volkswirtschaftliche Bedeutung
- Behandlungsmöglichkeiten
 - Arten/institutioneller Rahmen, Bedarf/Inanspruchnahme
- Effektivität und Effizienz von Psychotherapie
 - Outcome, Kosten-Nutzen-Schätzungen
- Beispiel 1: PTs in der Psychiatrie
 - PsychPV, rechtliche Stellung PTs, PiAs in der Psychiatrie
- Beispiel 2: PTs in der Rehabilitation
 - Psychische Komorbidität primär körperlicher Erkrankungen, Behandlungskonzept, KTL, Stellenpläne, Strukturstandards
- Zusammenfassung → Konsequenzen

Psychische Störungen/Erkrankungen

**Häufigkeit und
volkswirtschaftliche Bedeutung**

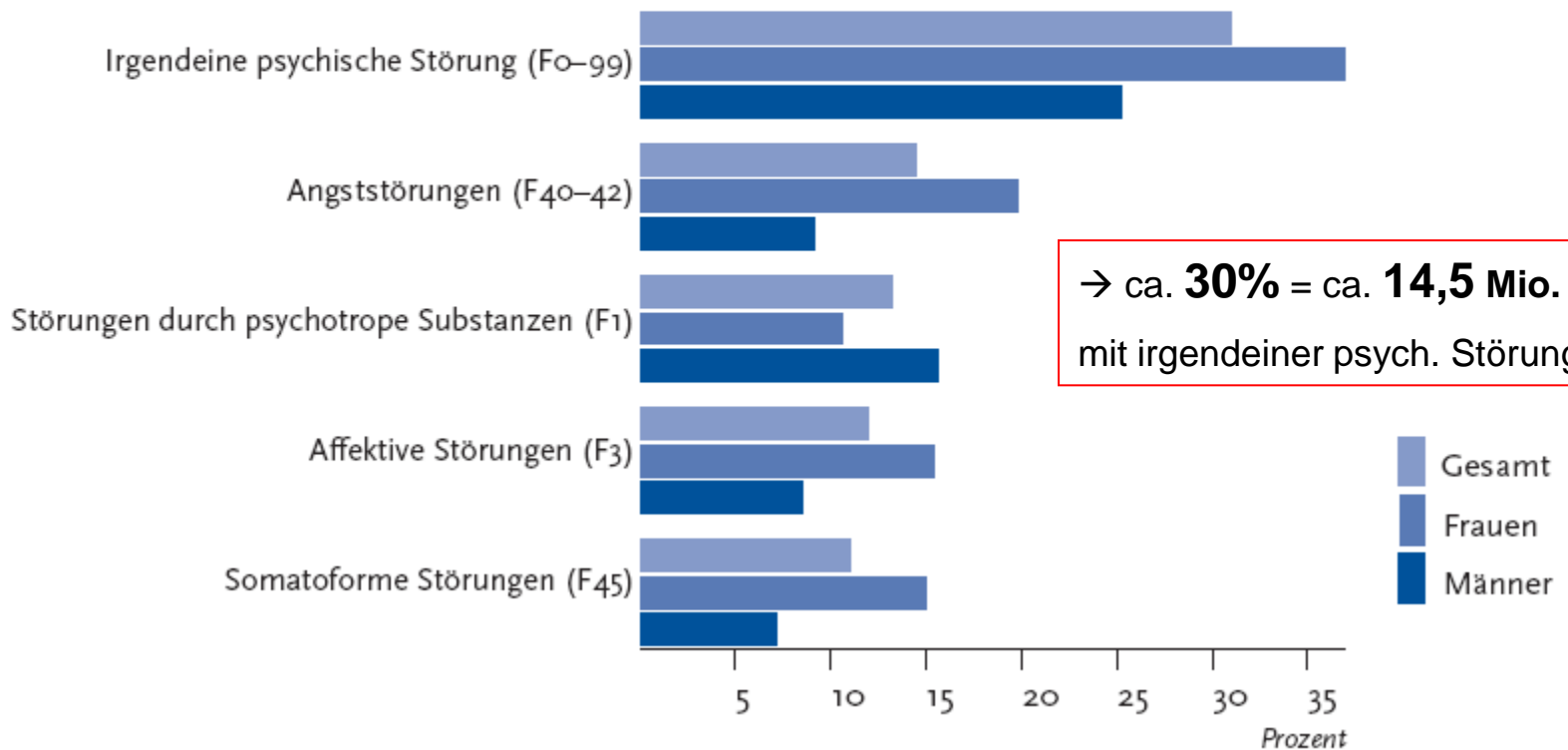
Häufigkeit Psychischer Störungen in Deutschland

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Schulz et al. (2008)

Abbildung 1

Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren (eigene Analysen anhand des Zusatzmoduls »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998) [9]

Aufgeführt sind die vier häufigsten Diagnosegruppen gemäß ICD-10 (Mehrfachnennungen)



Kosten Psychischer Erkrankungen in Deutschland und Europa – Stand 2002/2003

Jacobi & Wittchen (2005), Wittchen & Jacobi (2006)

Psychische Erkrankungen: schwerwiegende Folgen nicht nur für Betroffene, sondern auch für die Volkswirtschaft

- Krankschreibungen und Frühberentungen erhöht
- Kosten deutschlandweit: **22,4 Mrd. €** (direkte Behandlungskosten = ca. 10% der Gesamtausgaben für Gesundheit; Stat. Bundesamt)
- Kosten europaweit: ca. **300 Mrd. €**, davon
 - ca. **130 Mrd. € direkte Behandlungskosten**
 - ca. **170 Mrd. € indirekte Folgekosten** (durch Produktivitätsausfälle, Frühberentungen etc)

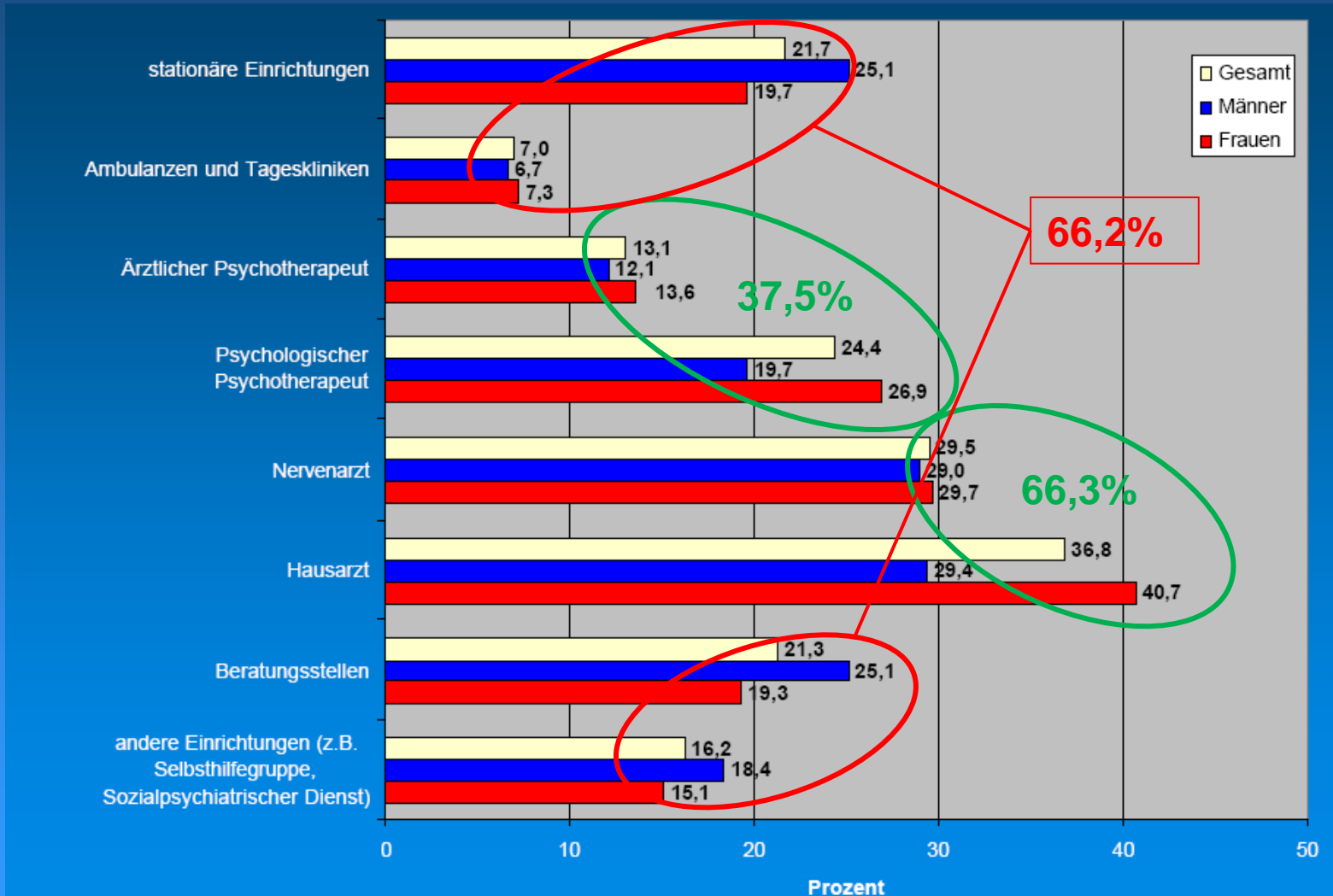
nicht eingerechnet

- **intangibile Kosten** (z.B. Verlust von Lebensqualität)
- **Opportunitätskosten**, d.h. Kosten von Nicht- oder Fehlbehandlung („Überweisungskarussell“)

Angebot und Inanspruchnahme

**Psychotherapeutische
Versorgung**

Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen



Verteilung von 680 behandelten Erwachsenen (mind. einmaliges Aufsuchen professioneller Hilfsangebote aufgrund psychischer Probleme) mit diagnostizierten psychischen Störungen (Lebenszeit-Prävalenz) auf verschiedene professionelle Behandlungsangebote - **Mehrfachnennungen** (Quelle: Bundesgesundheitsurvey 1998, Zusatzmodul „Psychische Störungen“)

Stationäre Psychotherapeutische Versorgungskapazität

Nübling (2009)

Bereich	Betten	Beh' dauer (Tage)	Pat./ Jahr
Krankenhaus			
Psychiatrie	52.923	24.2	(730.920)
davon ca. 33% psychother. (Mit-)Beh.			241.204
Psychosomatische Medizin	5.494	39.2	46.576
Konsiliar-/Liaisondienst	??	--	??
Rehabilitation Psychische Erkrankungen			
Bereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	13.371	40,0	ca. 93.000
Bereich Psychiatrie und Psychotherapie	12.477	62.8	ca. 65.000
Gesamt			445.780

Kapazität PT in
Institutionen stationär
(Erwachsene)

ca. 445.000

Ambulante Psychotherapeutische Versorgungskapazität Nübling (2009)

Bereich	Anzahl	Fälle/ Jahr
Niedergelassene Psychotherapeuten		
Erwachsenenpsychotherapie		
Psychologische Psychotherapeuten	12.389	283.764
Ärztliche Psychotherapeuten Gebietsärzte	3.734	
Ambulanzen		
Psychiatrische Institutsambulanzen		175.000
Hochschulambulanzen	25	6.980
Ausbildungsinstitute	171	??
Beratungsstellen		
	12.145	
davon Ehe-, Familien-, Partner-, Lebensberatung	5.105	(3.200.000)
davon PT ca. 5%		160.000
Tageskliniken		
Psychiatrische Tageskliniken	9.500	(91.000)
davon psychotherapeutisch (mit-)behandelt 33%		30.000
Psychosomatische Tageskliniken	324	6.800
Gesamt		662.554

Ambulante Versorgung
in Institutionen:

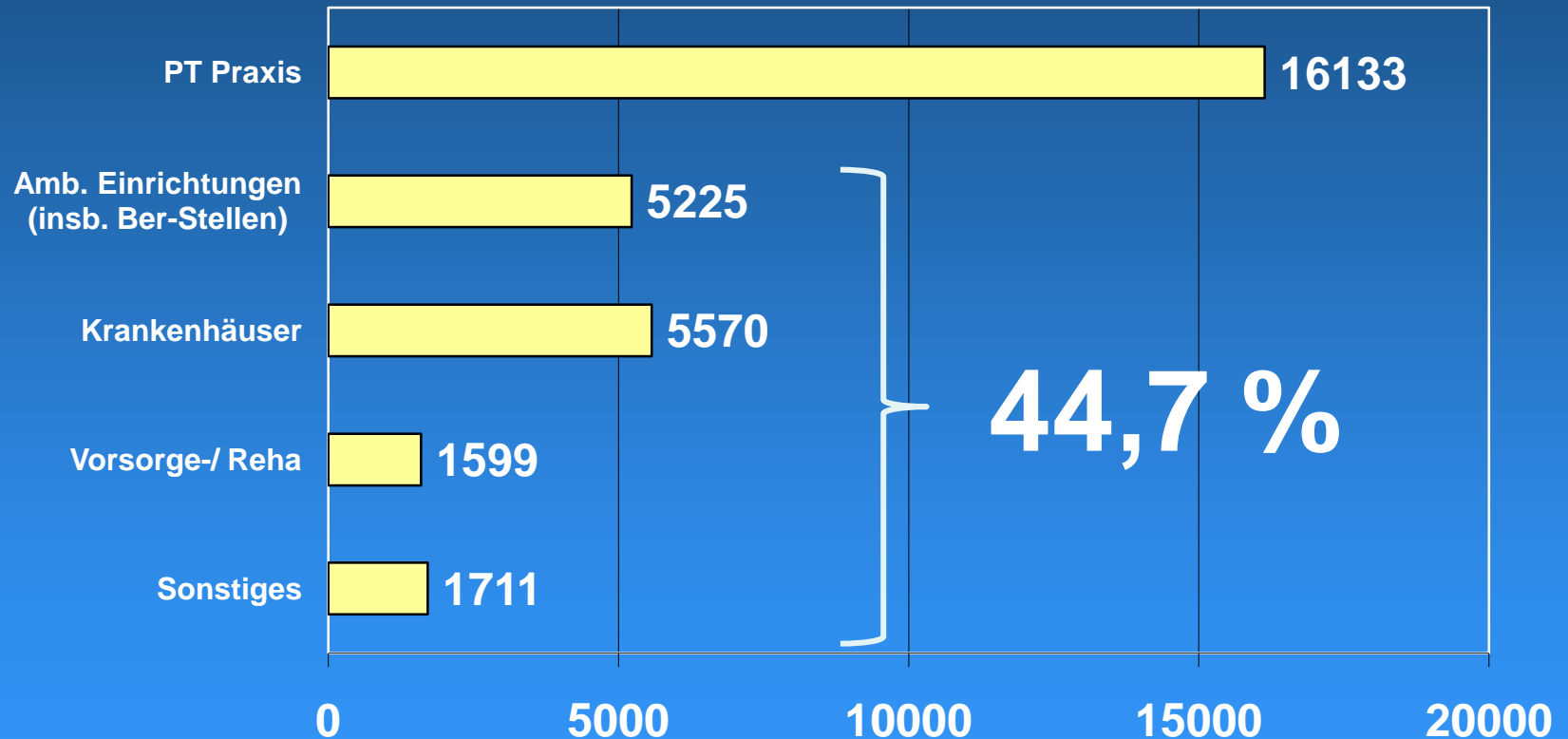
ca. 379.000

PT in Institutionen stationär + ambulant

ca. 824.000 (ca. 74% der Gesamtkapazität)

PP und KJP nach Art der Einrichtung

(Stand: 31.12.2007)



Schulz et al. (2008)

Gesundheitsökonomische Bedeutung von Psychotherapie

**Kosten-Nutzen-Verhältnis
Return of Investment (ROI)**

Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich Effektstärken nach Cohen (1992)

Margraf (2009), Leichsenring & Rabung (2009)

Maßnahme	Effektstärke des Erfolges
Psychotherapie Allgemein	0,88
Kognitive Verhaltenstherapie	1,23
Psychodynamische Langzeitpsychotherapie	1,03/1,25
Bypass-Op bei Angina Pectoris	0,70
Medikamentöse Therapie Arthritis	0,61
Antikoagulanzen (Blutverdünnung)	0,30
Chemotherapie Brustkrebs	0,11
Aspirin zur Herzinfarktprävention	0,07

Kosten-Nutzen-Analyse

Ambulante Psychotherapie – Return on Investment ROI

Schätzung des Nettonutzens einer Psychotherapie für einen „durchschnittlichen“ Patienten nach Wittmann, Nübling & Schmidt (2002):

$$U = T \cdot ES \cdot SD_{prod} - K$$

1 Jahr 1,06 20.000 6.350

Nutzen 21.200 - Kosten 6.350

Die Effektgröße von 1,06 entspricht einem

Nutzen-Kosten-Verhältnis von

1 : 3,34

bzw. einem **Nettonutzen** von
2,34 € pro investiertem €!

Modellannahmen

T	Anhalten des Effektes in Jahren	1 Jahr
ES	Prä-Post-Effektgröße (TK-Studie 2011)	1,06
SD _{prod}	Standardabweichung der Produktivität (entspricht 40-70% des Jahreseinkommens nach Schmidt & Hunter, 1982)	40.000€ x 50% = 20.000€
K	Direkte Behandlungskosten	6.350€ bei 78 Sitzungen

Kosten-Nutzen-Verhältnis Psychotherapie Unterschiedliche Settings

Indikation	Pessimistische Schätzung	Optimistische Schätzung
Ambulante Psychotherapie I ¹⁾	1 : 2,0	1 : 3,9
Ambulante Psychotherapie II ²⁾	1 : 2,5	1 : 4,5
Psychosomatische Reha ³⁾	1 : 2,0	1 : 4,0
Sucht-Reha ⁴⁾	1 : 1,5	1 : 2,5

Quellen:

- 1) Margraf (2009)
- 2) Steffanowski et al. (2011 a, b)
- 3) vgl. u.a. Zielke (2004), Steffanowski et al. (2005)
- 4) Schätzung RN

Ergebnis:
keine einzige Schätzung ergab
ein ausgeglichenes oder gar
negatives Verhältnis !

Kosten-Nutzen-Analyse (ROI)

Stationäre Psychosomatische Rehabilitation

Hochrechnung auf bundesweit durchgeführte Maßnahmen/Jahr

Nutzen-Kosten-Verhältnis 1 : 3 (ROI=3,0)
Zeitraum Jahr 1-3 nach Reha

Modellrechnung

ca. 115.000 Pat. der F-Diagnosen F30-F69 x ca. 39,2 Behandlungstage
x 115€ Tagessatz

→ **Gesamtkosten: ca. 520 Mio. €**

→ **Gesamtnutzen: ca. 520 Mio. € x 3 = ca. 1,5 Mrd. €**

→ **Bilanz: + 1,0 Mrd. €**

Psychotherapie im Krankenhaus

§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. (...) Die **Krankenhausbehandlung umfasst** (...) alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, **insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1)**, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung

Landeskrankenhausgesetze (LKHG)

- **Gleichstellung Ärzte und PP/KJP** bislang nur in **Rheinland-Pfalz** und in **Bremen (2011)**
 - Baden-Württemberg: **letzte Novellierung 2007** → PP/KJP trotz massiver Intervention der LPK BW nicht einbezogen (Unterstützung: SPD/Grüne, **von Regierung abgelehnt**)
 - **Begründung:** Regelung für PTs bringe Notwendigkeit mit sich, auch die Stellung anderer Berufsgruppen (z.B. Physio-, Ergotherapeuten) im Gesetz zu verankern
- **Ignoranz** verantwortlicher landespolitischer Stellen gegenüber **PsychThG**

Psychiatrie Personalverordnung

Personalbemessung/Minutenwerte pro Woche und Patient

§ 5 Minutenwerte

(1) Der Personalbemessung für die nachstehenden Berufsgruppen sind je Patient und Woche folgende Minutenwerte zugrunde zu legen

	Ärzte	DP (PPs)	% vs Ärzte
A Allgemeine Psychiatrie			
A1 Regelbehandlung	207	29	14,0
A2 Intensivbehandlung	257	12	4,7
A3 Rehabilitative Behandlung	82	110	134,1
A4 Langdauernde Beh. Schwer- und Mehrfachkranker	132	57	43,2
A5 Psychotherapie	154	107	69,5
A6 Tagesklinische Behandlung	114	63	72,8
S Abhängigkeitskranke			
S1 Regelbehandlung	226	43	19,0
S2 Intensivbehandlung	256	55	21,5
S3 Rehabilitative Behandlung	82	110	134,1
S4 Langdauernde Beh. Schwer- und Mehrfachkranker	106	80	75,5
S5 Psychotherapie	131	100	76,3
S6 Tagesklinische Behandlung	115	81	70,4
G Gerontopsychiatrie			
G1 Regelbehandlung	183	26	14,2
G2 Intensivbehandlung	211	0	0,0
G3 Rehabilitative Behandlung	84	66	78,6
G4 Langdauernde Beh. Schwer- und Mehrfachkranker	100	43	43,0
G5 Psychotherapie	119	81	68,1
G6 Tagesklinische Behandlung	115	63	72,2

PPs in der Psychiatrie

„Um dem formalistischen Anspruch der ärztlichen Behandlungsleitung zu genügen, führt in einer Tagesklinik eine approbierte Psychotherapeutin mit 12-jähriger Berufserfahrung eine Gruppentherapie durch, zu deren Ende nun regelmäßig eine Oberärztin (mit deutlich weniger Berufserfahrung und sicherlich geringeren psychotherapeutischen Kenntnissen) am Schluss der Gruppensitzung hinzukommt, damit sie in der anschließenden von der Psychotherapeutin durchgeführten Dokumentation auch verantwortlich gegenzeichnet.“

Hermes, 2004. So kann man nicht arbeiten. Psychotherapie in der Psychiatrie, PTJ 1/2004

PiAs in der Psychiatrie

„Die (...) dargestellte (...) Beschreibung der Strukturen im Psychiatrischen Krankenhaus macht deutlich, wie unterschiedlich der Arbeits- und Ausbildungsplatz für den PiA (...) sein kann (...) Und da es nun auch keine verbindlichen Vorgaben gibt (...) bleibt es den medizinischen Entscheidungsträgern im Krankenhaus – das sind in der Regel Leitende Ärzte (...) – überlassen, wo und wie sie den jeweiligen PiA einsetzen. So kann es vorkommen, dass jemand das ganze Jahr hindurch überwiegend in diagnostischen Projekten für chronisch Suchtkranke arbeitet, nur Tests (...) macht, in der Gerontopsychiatrie Diagnostik und Gedächtnisprogramme (...) durchführt (...).“

Psychotherapie in der Rehabilitation

SGB IX, § 26 Leistungen der medizinischen Rehabilitation

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. **Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden**

Prävalenz psychischer Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen (in %)

Studien	AB	ORT	HT	KHK	KV	Asthma
NIMH ECA (6 Monate)	18	25	22	35		
NIMH ECA (Lebenszeit)	33	50	34	50		
Härter et al. (Lebenszeit)		63			53	
Baumeister et al. (Lebenszeit)						37

AB: Allgemeinbevölkerung,
ORT: Orthopädische Erkrankungen
HT: Hypertonie
KHK: Koronare Herzerkrankungen
KV: Kardiovaskuläre Erkrankungen

Psychische Komorbidität bei chronisch körperlichen Erkrankungen – Umsetzung der Ergebnisse der Reha-Forschung??

- von den Ärzten oft nicht erkannt
- keine Konsequenzen für die Behandlungskonzepte der Kliniken oder ihre Stellenpläne – etwa eine Erweiterung des Stellenschlüssels für Psychologen
- statt dessen wird von einer seit über 25 Jahren gleichen Stellensituation berichtet (Küch u.a., 2008).
- Nur eine DRV hat Veränderungen initiiert („Speyrer Empfehlungen“; Herdt & Kulick, 2007).
- Inzwischen auch Projektförderung zu psychodiagnostischem Stufenplan → Implementierung in die Einrichtungen droht an Ressourcen zu scheitern

Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL), Version 5/2007

Kategorie F: Klinische Psychologie, Neuropsychologie

Kategorie G: Psychotherapie

- Psychotherapeutische Leistungen, die in Kapitel F aufgeführt werden, **unterliegen dem Psychotherapeutengesetz** (vergleiche Kapitel G). Sie dürfen **nur von entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten ausgeführt** werden. Unter die Berufsbezeichnung des Psychotherapeuten fallen sowohl ärztliche, psychologische sowie Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten.
- Die Angaben in der KTL zu den Qualitätsmerkmalen sind als **verbindlicher Rahmen** zu verstehen.

KTL 2007, Kap. F Klinische Psychologie/Neuropsychol.

Beispiel F02 – Psychotherapeutische Einzelintervention

Qualitätsmerkmale	
Berufsgruppe:	Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung (z. B. psychosomatische Grundversorgung)
Zusatzausbildung bzw. Fortbildung:	
Fachgebiet:	fachgebietsübergreifend
Indikation:	psychische Konfliktkonstellationen, Probleme der Krankheitsbewältigung, Selbstwertprobleme, (somato-)psychische Komorbidität
Therapieziel:	Aufklärung, psychische Stabilisierung, Konfliktlösung, Kompetenzentwicklung, ggf. Motivierung zu weiterführender psychotherapeutischer Behandlung
Dauer:	mindestens 20 Minuten
Frequenz:	empfohlen mindestens 1 mal pro Rehabilitation
Anzahl Rehabilitanden:	1 Rehabilitand
Sonstige Qualitätsmerkmale:	

Dokumentationscodes

F021 Psychodynamisch orientierte Einzelintervention

F022 Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelintervention

F029 Einzelintervention nach anderen anerkannten Psychotherapieverfahren (z. B. Gesprächspsychotherapie)

KTL 2007, Kap. G Psychotherapie

Beispiel G03 – Einzeltherapie, psychodynamisch

Qualitätsmerkmale	
Berufsgruppe:	Arzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt mit Zusatzbez. Psychotherapie, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt/Diplom-Psychologe in fortgeschrittener psychother. Aus-/Weiterbildung unter Supervision*
Zusatzausbildung bzw. Fortbildung:	Weiterbildung in entsprechender Psychotherapierichtung
Fachgebiet:	Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen
Indikation:	Schwerpunkt: Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, Belastungsreaktionen, neurotische und psychosomatische Störungen, entaktualisierte paranoide, schizophrene und affektive psychotische Störungen
Therapieziel:	Formulierung von Rehabilitationszielen, fokale Bearbeitung unbewusster Konflikte und partielle Strukturbeeinflussung, Erkennen, Erleben und Bearbeiten von Zusammenhängen zwischen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen und aktuellen bzw. chronischen, konflikthaften Situationen, Planung der Nachsorge
Dauer:	mindestens 20 Minuten
Frequenz:	empfohlen mindestens 1 mal pro Woche

Dokumentationscodes

**G031-039 PT einzeln,
psychodynamisch:**

- G031 Psychoanal. orient. Therapie
- G032 Kurztherapie
- G033 Supportive, ichstruk-turelle Th.
- G034 Interaktionelle Th.
- G035 Körperzent. Th.
- G036 Psychoanal. orient. Sozialtherapie
- G039 Sonstige

Strukturanforderungen der DRV (2010)

Reha-Qualitätssicherung
der Deutschen Rentenversicherung

**Strukturqualität von Reha-
Einrichtungen –
Anforderungen der
Deutschen Rentenversicherung**

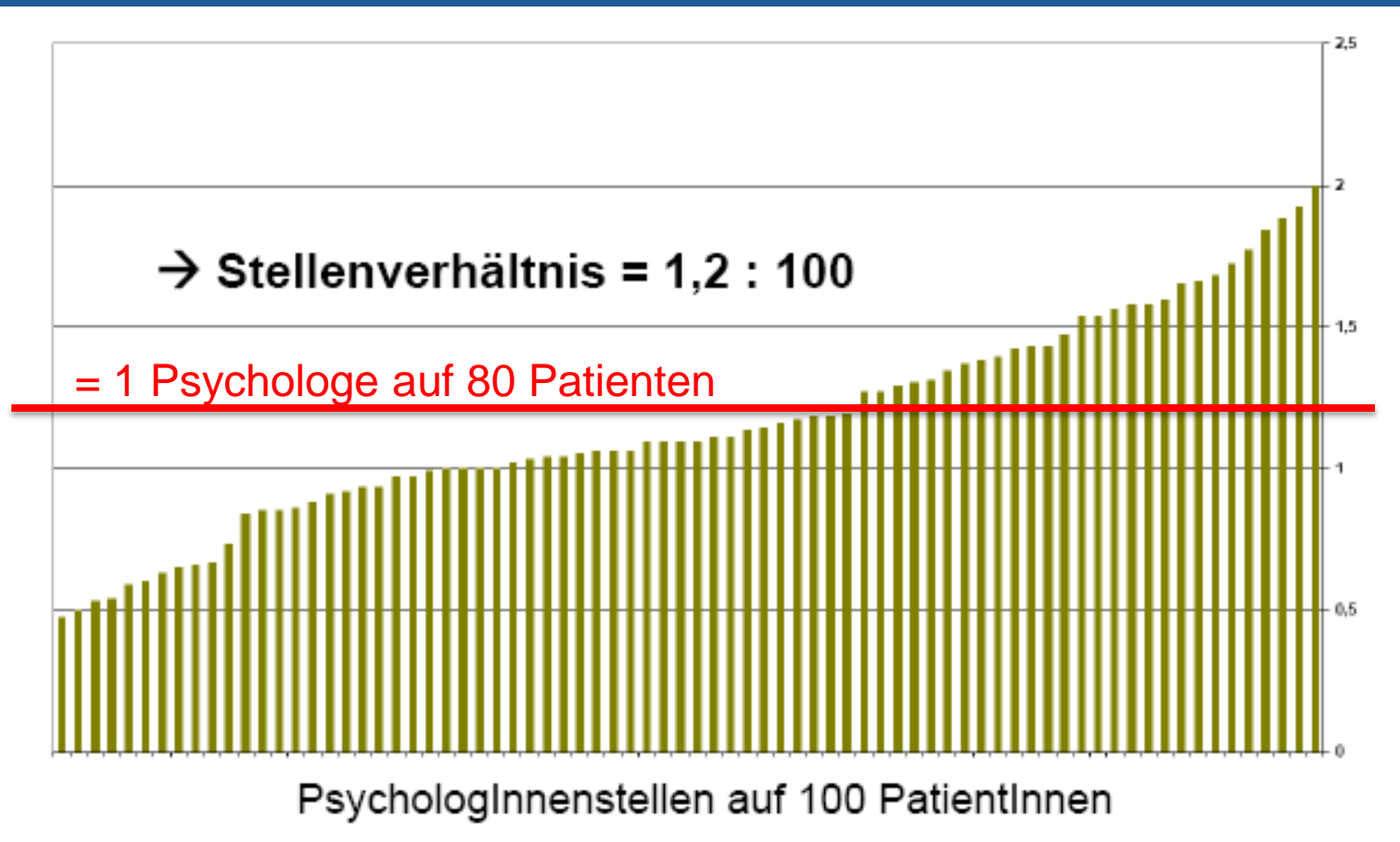
→ Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen

Deutsche
Rentenversicherung
Rehabilitation
mit Sicherheit Qualität

Stand: Mai 2010

	Ärzte	DP (PPs)	Ä+Ps
Somatische Indikationen (außer Neurologie)	1:16,7	1:80	1:14
Psychosomatik	1:11	1:22	1:7,5
Abhängigkeits- erkrankungen (Alkohol)	1:33	1:20	1:10

Strukturerhebung der DRV 2007/08 (N = 76 kardiologische Reha-Einrichtungen)



Diskussion

- psychische Erkrankungen/Störungen sind weit verbreitet
- hohe volkswirtschaftliche Kosten
- gute Versorgungssituation in Deutschland (im Vergleich zu EU-Staaten)
- dennoch: Bedarf ist nicht gedeckt, v.a. bei Kindern/ Jugendlichen, im Osten, auf dem Land
- künftige Versorgung: Nachwuchs?
- Psychotherapie ist hoch effektiv und v.a. effizient

Konsequenzen Reha I

- Forderung: Psychotherapie als fester Bestandteil der Rehabilitation „somatischer“ Erkrankungen
- Ausbau psychologischer Aufgaben, u.a. bzgl.:
 - ⇒ Interventionen zur Förderung von Gesundheit und Bewältigungskompetenz
 - ⇒ spezifische Patientenschulungen/-training
 - ⇒ Identifikation psychisch belasteter/kranker Patienten (Screening)
 - ⇒ Psychologische Einschätzung zur Verbesserung der sozialmedizinischen Betreuung
 - ⇒ Psychosoziale Fortbildung des Reha-Teams
 - ⇒ Nutzung forschungsmethodischer Kenntnisse für Evaluation und Qualitätssicherung/-management

Konsequenzen Reha II

- Forderung: in jeder Klinik mindestens eine Stelle für einen **Psychologischen Psychotherapeuten** (sofern nicht mindestens ein Arzt über eine anerkannte psychotherapeutische Ausbildung verfügt)
- Dieser muss – analog zum Status in der niedergelassenen Praxis – zu eigener Fachaufsicht befähigt sein und
- in der Klinikhierarchie einem Facharzt gleichgestellt werden
- Leitung der Fachabteilung klinische und/oder Rehabilitationspsychologie

Munz (2007)

Konsequenzen Reha III: Gestaltungsoptionen für die DRV

(Richter, 2008)

- Stationäre Rehabilitationsleistungen müssen nicht unter ständiger ärztlicher Leitung erbracht werden.
 - Eine ständige ärztliche Verantwortung genügt
 - Stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung muss kein ärztlicher Behandlungsplan zu Grunde gelegt werden.
 - Psychotherapeutische Leistungen können von PP und KJP selbständig und eigenverantwortlich erbracht werden. Sie sind nicht unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung hin auszuführen.
- Kollegiale Leitungssysteme möglich, in denen Arzt und PP/KJP die Einrichtung bzw. Abteilung gemeinsam leiten.

Konsequenzen Psychiatrie

- Einrichtung von „Spezialstationen“, z.B. Depressionsstation
- Psychotherapie steht bzgl. Behandlungskonzept im Vordergrund (ergänzend medikamentöse Therapie und medizinische Maßnahmen)
- Station wird von einem Psychotherapeuten geleitet (dies kann dann ein ärztlicher Psychotherapie oder PP sein)

Nötig:

- Anpassung rechtlicher Grundlagen auf Bundes- und Länderebene
- Veränderung Strukturen in Kliniken
- Darstellung der Wirksamkeit von Psychotherapie
- Patientin-Info über angemessene Behandlung

Konsequenzen andere Bereiche der Psychotherapie in Institutionen

- **Psychologische Beratungsstellen:** Stellenleitung durch PPs? Anteil PP? Supervision durch PP?
- PPs im **Allgemeinkrankenhaus?** In **Kinderkliniken?**
- PPs in stationärer **Jugendhilfe?** Einrichtungsleitung? Anteil PP? Supervision durch PP
- PPs im **Strafvollzug?**
- PPs/KJPs in der **Schulpsychologie?**
-
-

Zusammenfassung und Ausblick

- Verbesserungen durch das Psychotherapeutengesetz für niedergelassene PTs
- Weitgehend ungelöst: berufliche Stellung der PPs in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, v.a. in Institutionen
- Differenzierung zw. klinischen Psychologen und PPs → Etablierung einer beruflichen Hierarchie (?)
- Bestandsaufnahme der Psychotherapie in Institutionen → Best-Practice-Beispiel: Studie Schmucker et al.
- Notwendig Weitere Forschung a) zur tatsächlichen Versorgung b) zur Wirkung und zum Nutzen c) zur gesundheitsökonomischen Bedeutung von Psychotherapie in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung unter Realbedingungen („naturalistische“ Studien)

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer BW

Jägerstr. 40

70174 Stuttgart

0711/67447040

nuebling@lpk-bw.de

www.lpk-bw.de

Literatur

- Bengel, J. & Mittag, O. (2009). Zukünftige Rolle der Psychologie in der Reha. Vortrag Symposium Reha 2020: Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der Rehabilitation, 11. – 12.12.2009, Freiburg
- Hermes, H.-J. (2004). So kann man nicht arbeiten. Psychotherapie in der Psychiatrie, PTJ 1/2004
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? Report Psychologie, 34 (1/2009), 16-28.
- Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 47, 736-744.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. JAMA, 300, 1551-1565.
- Margraf, J. (2009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Heidelberg, Springer.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg, Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Munz, D. (2007). Perspektiven der Psychotherapie in der Rehabilitation. Universität Freiburg, Ringvorlesung Rehabilitation, 06.11.2007
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz - aktueller Stand und Ausblick. Psychotherapeutenjournal, 8, 239-252.
- Nübling, R. (2011). Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland. Bedarf – Inanspruchnahme – Outcome – Kosten-Nutzen. Vortrag auf dem 2 Sufi-Treffen „Spiritualität und Gesundheit“, 14.11.2011 in Ludwigshafen. Download unter: <http://www.lpk-bw.de/>
- Nübling, R. (2011). Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Versorgungsforschung in der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 10, 57-61.
- Nübling, R. (2011). Die Rehabilitation hat kein Imageproblem. Spektrum - Fachzeitschrift der DRV BW, 1/2011
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin, Robert-Koch-Institut.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 44(10), 993-1000.
- Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.
- Zielke, M., Bogart, E.-J., Carls, W., et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Pabst, Lengerich.