

Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Status Quo und Perspektiven

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Vortrag
Psychotherapieforum Heidelberg
Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg
22.01.2015

- Wozu Versorgungsforschung? Einige Aufhänger
- Ziele und Inhalte von Versorgungsforschung?
- Methodischen Grundlagen von Versorgungsforschung?
- Beispiele psychotherapeutischer Versorgungsforschung bisher und aktuell
- Zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Sind Psychotherapiepatienten „krank“ bzw. behandeln Psychotherapeuten „Gesunde“?
- Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie
- Künftige psychotherapeutische Versorgung und „Verfahrenslandschaft“ Psychotherapie
- Künftige Aufgaben psychotherapeutischer Versorgungsforschung, vor allem in Bezug auf gesundheitspolitische Entscheidungen

**Wozu Versorgungsforschung?
Einige Aufhänger für psychotherapeutische
Versorgungsforschung**

Notwendigkeit von Psychotherapie?

POLITIK

RICHTLINIEN-PSYCHOTHERAPIE

Die Entscheidung über die Notwendigkeit ist komplex

Es besteht eine erhebliche Nachfrage nach Richtlinien-Psychotherapie – bei begrenzten Ressourcen. Die Frage stellt sich immer, wann diese notwendig, indiziert, machbar, nützlich, hilfreich, wünschenswert, wirtschaftlich oder optimal ist.

Harald J. Freyberger, Michael Linden

Ewa ein Viertel der Bevölkerung, das heißt circa 20 Millionen Menschen in Deutschland, leiden nach wiederholten epidemiologischen Untersuchungen gemäß der Kriterien von ICD-10 und DSM-IV unter psychischen Störungen. Diese können ohne Ausnahme sinnvoll und evidenzbasiert psychotherapeutisch behandelt werden, seien es Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, Depressionen, Angststörungen, schizophrene Erkrankungen oder auch Demenzerkrankungen. Das Wesen leidet fast alle Menschen im Verlauf ihres Lebens unter körperlichen Erkrankungen mit Psychotherapieindikation. Schließlich sind alle wiederholt in ihrem Leben mit schwerwiegenden Belastungen konfrontiert, wie zum Beispiel Autounfällen, Ehescheidungen, Todesfällen, Pensionierung, negativen Migrationserfahrungen, hohen Arbeitsbelastungen oder Arbeitslosigkeit. Auch hierfür gibt es gut begründete Einsatzmöglichkeiten von Psychotherapie. Schlussendlich kann man auch gesunde Menschen unter präventiver Perspektive psychotherapeutisch unterstützen, wie zum Beispiel mit einem Stressbewältigungstraining. Es gibt also eine nahezu unbegrenzte Zahl an legitimen, sachlich begründbaren und evidenzbasierten Behandlungsindikationen für Psychotherapie. Zudem sind viele Fälle Langzeiterkrankungen, so dass regelhaft auch noch eine lebenslange Psychotherapie begründbar wäre.

Bedenkt man die Zahl potenzieller Indikationen, für die eine Behandlungsoption gibt (machbare Psychotherapie), die evidenzbasiert eine Besserung von Leid erwarten lassen (nützliche, hilfreiche oder erfolgversprechende Psychotherapie) und die nach dem Hilfsbedürfnis Betroffenen (wünschenswert) entgegenkommen, dann ergibt sich daraus, dass es niemals genügend Psychotherapeuten geben kann, um alle Bedürfnisse und Indikationen für Psychotherapie abzudecken. Dies gilt auch dann, wenn man berücksichtig

Prof. Dr. med. Freyberger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln, Universitätsklinik Bonn
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Linden, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Helmholtz Zentrum Berlin für Gesundheitsforschung



„... (aus der) **Zahl potenzieller Indikationen** ergibt sich ..., dass es **niemals genügend Psychotherapeuten** geben kann, um alle **Bedürfnisse und Indikationen für Psychotherapie abzudecken**“.

„... (es) **liegt regelhaft eine Indikation für Psychotherapie vor**. ... Nach eigenem Eindruck ist in einem **Drittel der Gutachtenanträge die Frage der Notwendigkeit diskutierbar**... “

Quelle: Freyberger & Linden, Dt. Ärzteblatt PP (11/2014)

Umsteuerung von Inanspruchnahme und Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke?

THEMEN DER ZEIT

AMBULANTE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Umsteuerungen dringend geboten

Für Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen stehen weniger bedarfsgerechte Hilfen und finanzielle Ressourcen zur Verfügung als für Patienten mit leichteren psychischen Störungen.

Heiner Melchinger



Immer mehr Psychiater besuchen ihre Arbeit auf der unternehmenseigenen Psychiatrie.

Psychiatrische Erkrankungen liegen an der Spitze – gemessen an den Zuwachsraten bei ambulanten, teil- und vollstationären Behandlungsfällen, bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und bei den Umsatzen für krankheitsbedingte Frittbereitungen. Alle Bemühungen der Kostenträger zur Verminderung von Ausgabensteigerungen sind ohne Erfolg geblieben.

Aus dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis, das heute in der Psychiatrie Allgemeingut ist, leitet sich die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes ab, das alle Einflussgrößen im Blickfeld nimmt und das medizinische, psychologische und soziale Hilfemaßnahmen integriert zusammenführt.

Wird die Realität der ambulanten psychiatrischen Versorgung diesen komplexen Ansprüchen gerecht, und hält die Versorgung den Maßgaben von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit stand? Die-

s sind für die Mehrzahl der modernen Ärzte und erst recht für Laien nicht transparent. Dazu kommt, dass aus dem Privatstolz der Psychiater und Nervenärzte nicht ersichtlich ist, ob dieser Arzt für psychiatrische Basisversorgung überhaupst zur Verfügung steht oder ob er sich weitgehend auf Psychotherapie beschränkt. Neben eindeutig unterversorgten Regionen gibt es Regionen, in denen zwar der Sollwert der Bedarfsplanung erreicht wird, in denen aber de facto eine massive psychiatrische Unterversorgung besteht.

Die ambulante fachärztliche Versorgung wird ergänzt durch die multi-professionell ausgestatteten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), deren Leistungen außerhalb des vertragsärztlichen Budgets vergütet werden. Fast alle der 434 psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen in Deutschland unterhalten eine PIA. Gegenwärtig ergibt sich eine Gebührensicherung von 650 000 PIA-Behandlungsfällen pro Jahr. Diese Zahl stehen rund 6,6 Millionen Behandlungsfälle (psychologische Fälle un-berücksichtigt) der rund 5 000 niedergelassenen Nervenärzte gegenüber.

Flankierend zur fachärztlichen Versorgung besteht eine Vielfalt von ambulanten Hilfsangeboten für psychisch Kranke, von den flächendeckend vorhandenen Sozialpsychiatrischen Diensten über ambulant betreutes Wohnen bis hin zu Einrichtungen, die nicht als psychiatrische Angebote firmieren, partiell aber auch Hilfen leisten, die im weiteren Sinn unter psychiatrische Versorgung subsumierbar sind.

Ein besonderes in der psychiatrischen Versorgung zum Tragen kommendes Problem stellt die or-

se Fragen wurden in einem Grachten unterrichtet, das von der Kaiserlichen Bundesvereinigung (KEV) in Auftrag gegeben wurde.

An der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung sind Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie), Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die große Gruppe der Hausärzte beteiligt. Die vier ergrünnten Fachgruppen werden im Folgenden unter dem Begriff „Psychiater und Nervenärzte“ zusammengefasst. Auf Psychotherapie fokussierte Versorgung wird von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten geleistet.

Hier stellt sich schon ein Problem: Die differenzierenden Leistungsmerkmale der genannten Fachgruppen

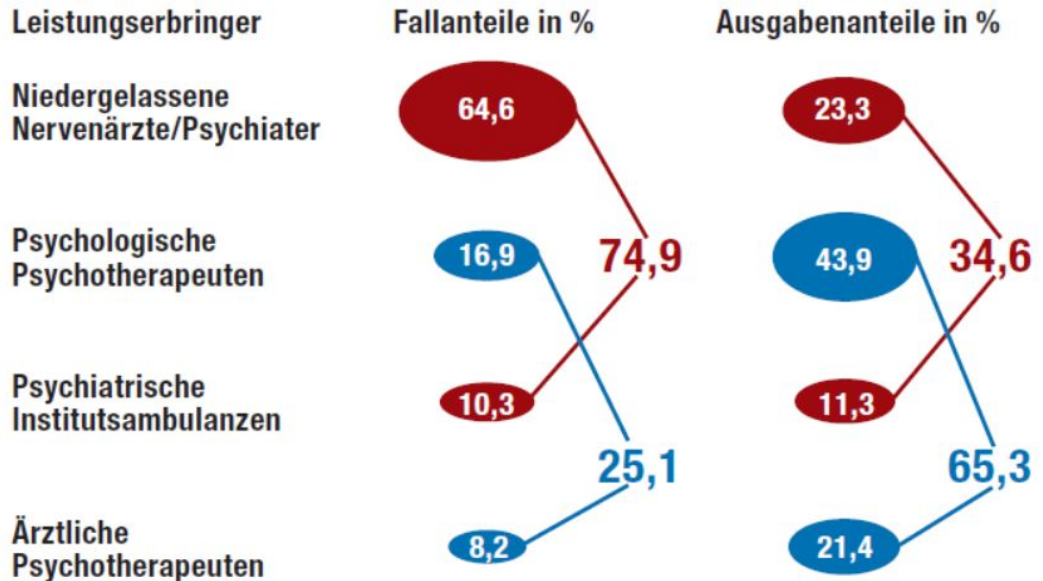
*Im Anhang mit dem Titel „Arbeitsgruppen für ambulante psychiatrische Versorgung“ kann man vertauscht ein PDF-Dokument angefordert werden.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 105 | Heft 48 | 14. November 2008

A 2457

GRAFIK 2

Leistungserbringer, Fallzahlen und Ausgabenanteile in der ambulanten psychiatrischen Versorgung am Beispiel Bayern (2006)

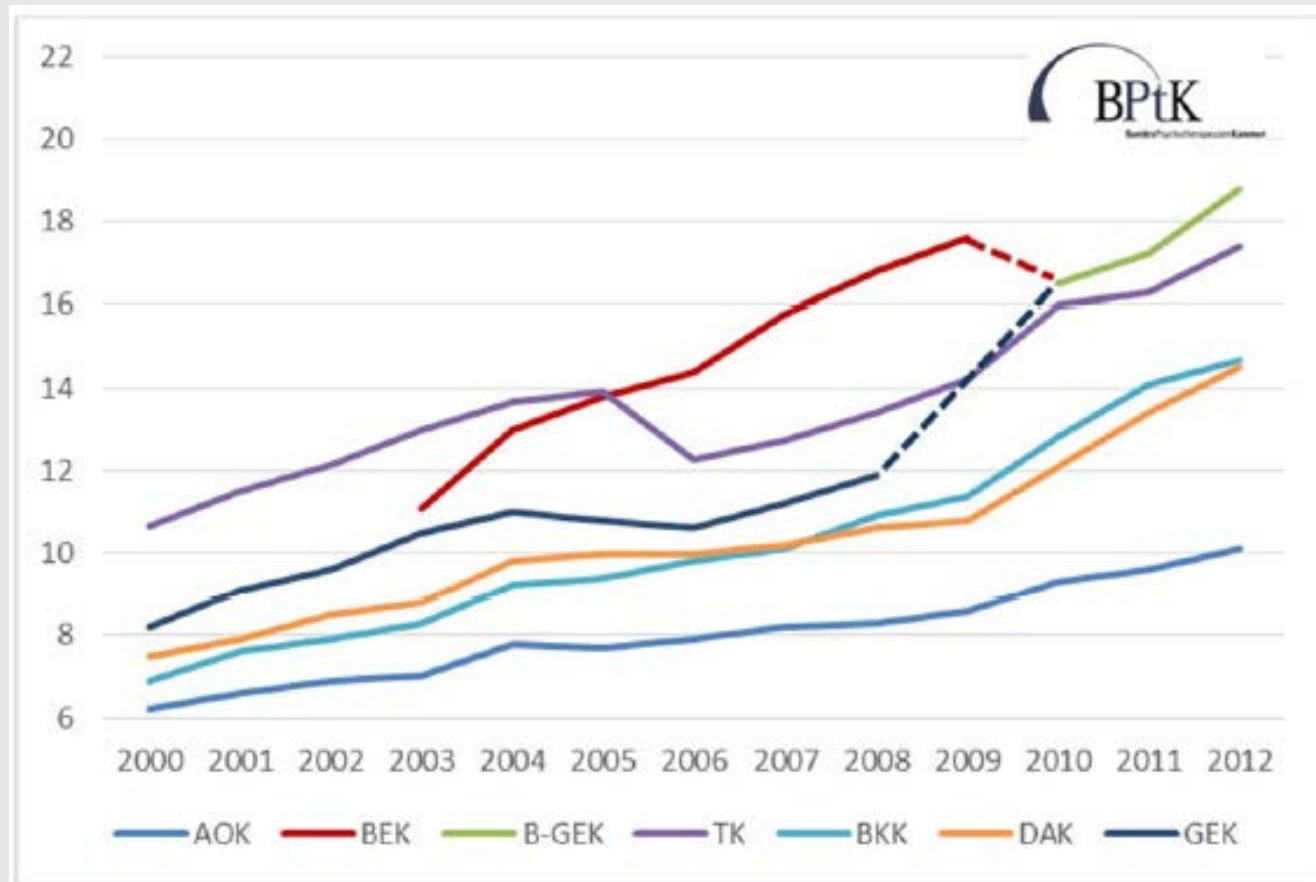


Quelle: Melchinger, 2007 Daten der KV Bayerns, nach Carr 2007

Quelle: Melchinger, Dt. Ärzteblatt (2008)

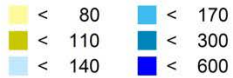


Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen je Krankenkasse



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Rechnerischer Versorgungsgrad in Prozent
in Baden-Württemberg (nach Planungsbereichen)

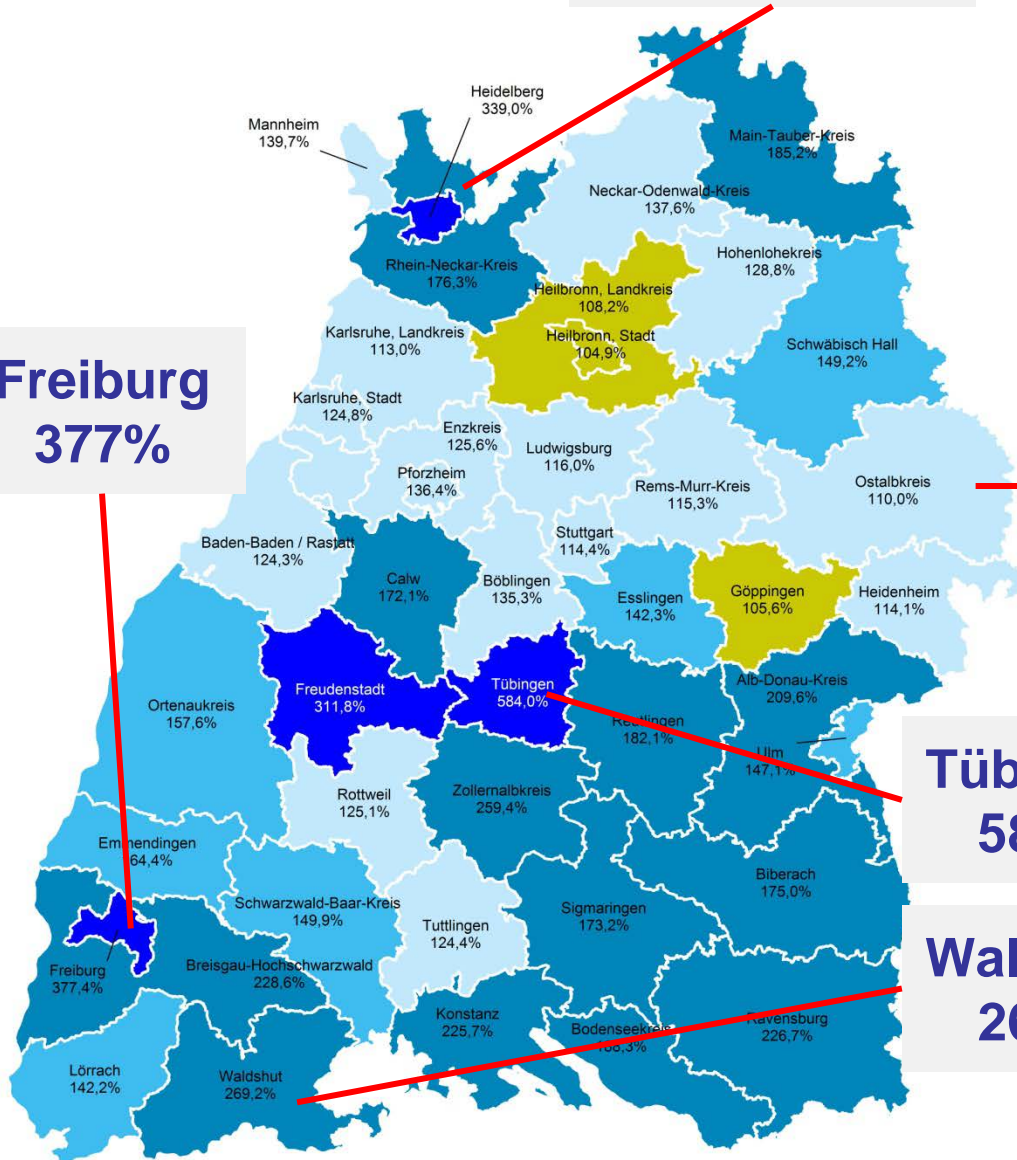


Heidelberg
339%

**Versorgungsgrad
nach offizieller
Bedarfsplanung**

Freiburg
377%

Ostalb-Kreis
110%



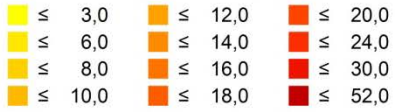
Tübingen
584%

Waldshut
269%

Quelle: BPtK (2011)



**Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Wochen
in Baden-Württemberg (nach Regionen)**



**Heidelberg
3,5 Wo**

**Durchschnittliche
Wartezeit auf ein
Erstgespräch zur
Psychotherapie
in Wochen**

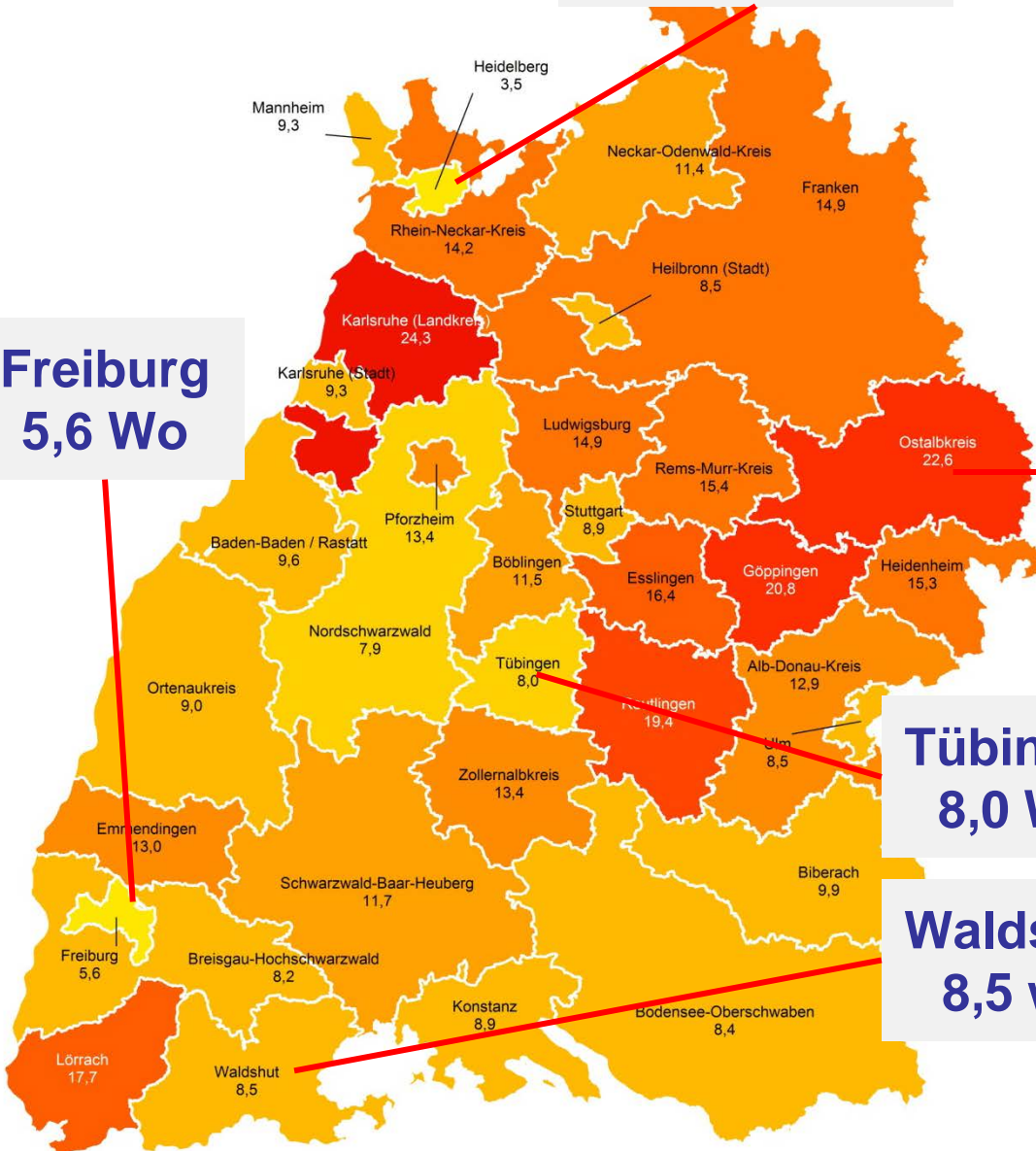
**Freiburg
5,6 Wo**

**Ostalb-Kreis
22,6 Wo**

**Tübingen
8,0 Wo**

**Waldshut
8,5 wo**

Quelle: BPtK (2011)



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG

Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BR-Drucksache 641/14)

Umwandlung der „Kann“- in eine „Soll“-Formulierung in § 103 SGB V Abs. 3a

Aktuell: „Der Zulassungsausschuss **kann** den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“

Folge → voraussichtlich **905** von derzeit **2 984 (ca. 30%)**

Psychotherapeutensitze (Ärzte und PP/KJP) in Baden-Württemberg betroffen,

- Freiburg: 186
- Heidelberg: 140
- Tübingen: 126

Bundesweit ca. 7.400 von ca. 21.000 Sitzen

→ BPtK/LPK BW: **Korrektur der Bedarfsplanung** von 1999 dringend erforderlich

Was ist Versorgungsforschung?

Ziel Versorgungsforschung

Ziel der Versorgungsforschung besteht in der Generierung von grundlegendem und vor allem **anwendungsnahem Wissen** über die Praxis der Kranken- und Gesundheitsversorgung, das der Öffentlichkeit wie auch Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt wird (vgl. Pfaff, 2003).

Sie liefert **Entscheidungsgrundlagen für die Gesundheitspolitik**, für Ärzte/Therapeuten und Patienten.

→ Besondere Bedeutung haben dabei sog.

Allokationsentscheidungen (Pfaff et al., 2011)

[→ Hohe Affinität zur Evaluationsforschung der 1980er Jahre]

(Psychotherapeutische) Versorgungsforschung

... bezieht sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, erforscht Bedarf, Indikation, Zugangswege, Inanspruchnahme von Psychotherapie, ihre Schnittstellen bzw. Vernetzung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen, ihren Outcome (unter Alltagsbedingungen) oder ihre Kosten-Nutzen-Relation (Schulz et al. 2006, Kordy 2008).

Zentrale Fragen/Schwerpunkte betreffen auch die Prävalenz, mögliche Ursachen und Auswirkungen von Unter-, Über- und Fehlversorgung, die Interaktionen zwischen Diagnostik und Therapie, transsektorale Verläufe und komplexe Interdependenzen der Versorgung (Glaeske et al. 2009).

Psychotherapeutische Versorgungsforschung

Kordy (2008):

- Im psychosozialen Bereich, insbesondere in der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung, gibt es einen **erheblichen Nachholbedarf**.
- Der Aussagewert vieler Studien, besonders im ambulanten Bereich, ist aufgrund der geringen **Teilnahmebereitschaft der Therapeuten** eingeschränkt → Repräsentativität?
- Versorgungsforschung ist von **erheblicher gesundheitspolitischer Relevanz**.
- Die Forschungsergebnisse wirken – wenn auch der Innovationstransfer langsamer vorankommt, als sich viele wünschen mögen – auf die Versorgungslandschaft, **beeinflussen die Ressourcen und damit die Einkommensverteilung**. Wer mitmacht, kann mitreden

Methodische Grundlagen der Versorgungsforschung

Methodische Grundlagen

Memorandum III Versorgungsforschung (Deutsches Netzwerk VF, Pfaff et al., 2009)

- Epidemiologische Methoden für die VF (Glaeske et al., 2009)
- Methoden für die organisationsbezogene VF (Pfaff et al, 2009)
- Methoden für die Lebensqualitätsforschung (Koller et al., 2009)

→ im Prinzip werden alle gängigen Methoden der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Forschung angewandt

Methoden der Versorgungsforschung

Wesentlicher Schwerpunkt der VF ist die Untersuchung des **unter Alltagsbedingungen** verwirklichtbaren Nutzens von gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen **für den Patienten und die Gesellschaft**

Besondere Bedeutung

- Nutzenbewertung aus Patientensicht → Patient Reported Outcomes (PRO)
- Analyse von Routinedaten (System-/Versicherungsebene)

Quelle: Pfaff et al., 2011

Legende:



Methodische Grundlagen – Verhältnis zur EBM

- (Psychotherapeutische) Versorgungsforschung muss alltagsnah sein
- Künstliche und/oder kontrollierte Rahmenbedingungen, wie sie z.B. für Studien „hoher Evidenzstufen“ (RCTs oder Metaanalysen von RCTs) gefordert werden, sind in der Regel eher nicht gegenstandsangemessen
- Aber: Versorgungsforschung nutzt die EBM → klinische Studien und Versorgungsforschung ergänzen sich
- → siehe auch: Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) → Gleichgewichtung naturalistischer Studien mit RCTs (vgl. auch Leichsenring, 2004)

Beispiele psychotherapeutischer Versorgungsforschung bisher und aktuell

Wichtige „ältere“ Studien der PTVF

- Berliner Psychotherapiestudie (Rudolf et al., 1991)
- Freiburger Studie zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie (Scheidt et al., 1998, 1999)
- Studie zum Bedarf ambulanter Psychotherapie (Löcherbach et al., 1999)
- Zur ambulanten PT-Versorgungslage (Zepf et al., 2001)
- Forschungsgutachten zum PTG (Meyer et al., 1991)
- Studien zur Effektivität psychosomatischer Rehabilitation (u.a. Zauberberg-Studien, Berus-Studie, Studien Bad Dürkheim)

Aktuelle Studien – ambulante PT (Auswahl)

- PAL-Studie Heidelberg-Berlin zur Langzeit-PT (Rudolf, Grande et al. 2001f)
- LAC-Studie chronische Depression (n=300; Leuzinger-Bohleber et al. 2010; Beutel et al., 2012)
- Heidelberger APS-Studie (n=2554 Patienten, n=50 Therapeuten; Dinger, Schauenburg et al., 2008)
- Forschungsgutachten zum PTG (Strauß, 2011)
- PT-Versorgung aus Patientensicht (n=1212; Albani et al, 2010, 2011)
- TRANS-OP-Studie ambulante PT (n=714; Gallas et al., 2008, 2010)
- TK-Studie zur Qualitätssicherung von PT (n=1708; Wittmann et al., 2011)
- QS-Studie der KV Bayern („QS-Psy-Bay-Studie“, n=1696; Strauß et al, 2014, Steffanowski, 2013)
- DPtV-Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (n=2497 Therapeuten; Walendzik et al, 2011)
- Studie zur ambulanten PT-Versorgung in 5 Bundesländern (n= n=2328 Therapeuten; Nübling et al., 2012)

Aktuelle Studien – stationäre PT (Auswahl)

- SOPHO-net-Studie (n=512 Patienten, Leichsenring et al, 2009f)
- Bayern-Studie zur Stationären Psychosomatischen KHS-Behandlung (n=5898 Patienten; Tritt et al. 2003)
- Münchner Studie zur Effektivität stationärer PT (n=437; Huber et al., 2009)
- EQUA-Studie zur Ergebnisqualität psychsom. Reha (Schmidt et al. 2003)

- Metaanalyse stationäre psychosomatische Rehabilitation (n=67 Studien; Steffanowski et al., 2007)
- Metaanalyse Akutpsychosomatik (n=103 Studien; Rabung et al., 2014)

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

**Bedarf – Behandlungskapazitäten –
Versorgungsgrad**

Versorgung psychisch Kranker Erwachsener

Drei Arbeiten, auf die ich mich im Folgenden häufig beziehen werde:

Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie

Rüdiger Nübling, Thomas Bär, Karin Jeschke, Matthias Ochs, Nina Sarubin & Jürgen Schmidt

Zusammenfassung: Dieser Beitrag befasst sich mit der Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland, vor allem dem Bedarf und der Inanspruchnahme sowie der Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Ausgehend von der epidemiologischen psychischer Erkrankungen werden die durch psychische Erkrankungen entstehenden versorgungsbezogenen sowie volkswirtschaftlichen Kosten skizziert. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 hat sich die Versorgung mit ambulanten Psychotherapie deutlich verbessert. Aber obwohl die bundesdeutsche psychotherapeutische Versorgung im Vergleich mit anderen Ländern als gut bezeichnet werden kann, wird nur ein kleiner Teil der Menschen, die auf der Grundlage epidemiologischer Studien als psychisch krank gelten, auch psychotherapeutisch behandelt.

Psychotherapie ist für die Behandlung nahezu aller psychischen Erkrankungen langfristig wirksam, was in vielen randomisierten/kontrollierten als auch in naturalistischen Versorgungsstudien nachgewiesen wurde. Und es gibt deutliche Hinweise dafür, dass nach einer Psychotherapie die Einparung gesellschaftlicher Kosten (z. B. Reduzierung betrieblicher Fehlfräfte, geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Verhinderung stationärer Behandlungskosten durch ambulante Behandlung) erwartet werden kann. Die bislang auf der Grundlage von Modellrechnungen ermittelten Kosten-Nutzen-Relationen bzw. der „Return on Investment“ belaufen sich auf 1:2 bis 1:5,5. Dies bedeutet, dass sich für jeden investierten Euro ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2,00 bis 5,50 Euro ergibt. Neben der hohen Wirksamkeit von Psychotherapie ist dies auch ein wichtiges Argument für die gesundheitspolitische Bedeutung von Psychotherapie.

Die Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands liegt bei circa 30%, das heißt circa 15 Mio. Menschen. Demgegenüber liegen die patientenbezogenen Fallzahlen für die Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen bei hochgerechnet circa 4,0 bis 4,5 Mio., dies entspricht einer Versorgung von circa 25% bis 30% der betroffenen Menschen. Im engeren Sinne psychotherapeutisch behandelt werden nur etwa 10% bis 15% der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der größte Anteil der Versorgung erfolgt in psychischen Krankenhäusern (0,8 Mio. Patienten) jährlich sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (circa 1,6 Mio.), in der ambulanten Psychotherapie werden deutlich weniger Patienten (circa 570.000 bis 1 Mio.) versorgt.

Für psychische Erkrankungen (ohne demenzartige Erkrankungen) werden aktuell jährlich etwa 20 Mrd. € ausgeben, davon circa 9,5 Mrd. € für „psychospezifische“ Leistungen, also stationäre und ambulante

fachspezifische psychotherapeutische, klinisch-psychologische und psychiatrische Versorgung sowie für Psychopharmaka und circa 10,5 Mrd. € für andere, nicht-spezifische Leistungen. Die Kosten ambulanter Psychotherapie liegen bei circa 1,5 Mrd. €, das sind 75% der jährlichen Gesamtausgaben für Behandlungen von Menschen mit psychischen Störungen. Demgegenüber wird für die stationäre psychiatrische sowie auch für die psychopharmakologische Behandlung in etwa der doppelte bzw. dreifache Betrag ausgegeben.

Die Ausgaben für psychotherapeutische Behandlungen relativieren sich vor allem im Hinblick auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen, zu denen z. B. direkte Behandlungskosten hinzu kommt ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € sowie ein Anstieg an Arbeitsverletzungen von circa 40 Mrd. €. Unabhängig von den Kosten gehören psychische Erkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten lebensbeeinträchtigenden Krankheiten.

Psychotherapeutentag 4/2014

389

Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.)

10 Tatsachen zur Psychotherapie BPTK-Standpunkt



Psychologische Psychotherapeuten in Baden-Württemberg – Prognose der Versorgung 2030!

Rüdiger Nübling, Jürgen Schmidt und Dietrich Munz

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zusammenfassung: Etwa 80% der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) werden in den kommenden 20 Jahren alterbedingt aus dem Beruf ausscheiden. In der vorliegenden Arbeit wird eine Schätzung der Versorgung durch PPs bis 2030 für Baden-Württemberg vorgenommen, wobei davon ausgegangen wird, dass zumindest der heutige Stand an approbierten Psychotherapeuten gehalten werden sollte. Unter zu Grunde legenden optimistischer und pessimistischer Modellannahmen wird ein Kontext künftiger Versorgung abschätzt. Ergebnis der Modellrechnung ist, dass sich für die zwei pessimistischen Szenarien eine deutliche (83% des aktuellen „Bestandes“ an Psychologischen Psychotherapeuten) bis dramatische (44%) Unterversorgung, für die beiden optimistischen hingegen nur in etwa der Erhalt der aktuellen Situation (bei zunehmendem Behandlungsbedarf) ergibt. Die Autoren sehen Handlungsbedarf in Richtung Ausbau vorhandener Kapazitäten an den Hochschulen.

1. Einleitung

In Deutschland besteht bzgl. der psychotherapeutischen Versorgung eine „vielfältige und differenzierte Versorgungsstruktur“ im ambulanten und stationären Bereich mit einer erheblichen Versorgungskapazität, wie in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes festgehalten wird (Schulz, Barghan, Harst & Koch, 2006, S. 34). Demgegenüber wird nach wie vor nur ein Teil psychischer Erkrankungen richtig diagnostiziert und wiederum nur ein Teil der erkannten Erkrankungen entsprechend psychotherapeutisch behandelt (Köse, Hockwin, Schmitz, Albert & Tress, 1999; Wittchen & Jacobi, 2001; BPK, 2008), was einen (weiteren) Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung nahe legt.

In den kommenden 20 Jahren werden etwa 80% der Psychologischen Psychotherapeuten (PPs) in Baden-Württemberg alterbedingt aus dem Beruf ausscheiden. In vergleichbarer Größenordnung wird dies auch im gesamten Bundesgebiet der Fall sein. Für die künftige psychotherapeutische Versorgung stellt sich die Frage, in wie weit

diese Entwicklung durch neue approbierte Kolleginnen und Kollegen aufgefangen werden kann. Entsprechende Analysen wurden in der jüngsten Vergangenheit von der Landespsychotherapeutenkammer in Bayern (Körmker, Titt & Vogel, 2007), Hessen (Hessisches Sozialministerium, 2007; Walz-Pawla, 2008a, b; Walz-Pawla et al., 2008) und Schleswig-Holstein (PTK Schleswig-Holstein, 2007) sowie von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPK, 2008) vorgelegt. Sie prognostizieren z. T. einen Erhalt der aktuellen Anzahl von PPs (BPK, 2006), sie legen aber z. T. auch ein mehr oder weniger deutliche Unterversorgung nahe (z. B. Körmker et al., 2007; Walz-Pawla, 2008a). Mit Ausnahme einer Studie (Walz-Pawla, 2008a) wurden in diese Analysen allerdings noch nicht die (möglichen) Folgen durch die derzeitige Hochschullehre einbezogen.

Die vorliegende Analyse wird die Frage aufgeworfen, wie sich die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg bis 2030 durch Psychologische Psychotherapeuten (PP) unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklung an den Hochschulen darstellen lässt?

1. Für hilfreiche Anregungen sind die Verfasser folgenden Kollegen zu Dank verpflichtet: Susanne Walz-Pawla (Gießen), Dr. Johannes Klein-Hellwig (Berlin), Günter Ragaber (Tübingen) und Oliver Köp (Mannheim).
2. Die vorliegende Arbeit stellt eine Aktualisierung zum Frühjahr 2009 dar. Entgegen dem Stand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Nübling, Schmidt & Munz, 2009). Die Autoren danken darüber hinaus den für klinische und Rehabilitationspsychologie verantwortlichen Hochschulrektor der baden-württembergischen Universitäten für ihre klinische Diskussion dieser Expertise sowie für die Informationen zur aktuellen Situation in den Studiengängen.

46

Psychotherapeutenjournal | 2010

Quellen: Nübling et al. (2014a)

BPTK (2013a)

Nübling et al. (2010)

Nübling, Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Status Quo und Perspektiven; Heidelberg, 22.01.2015



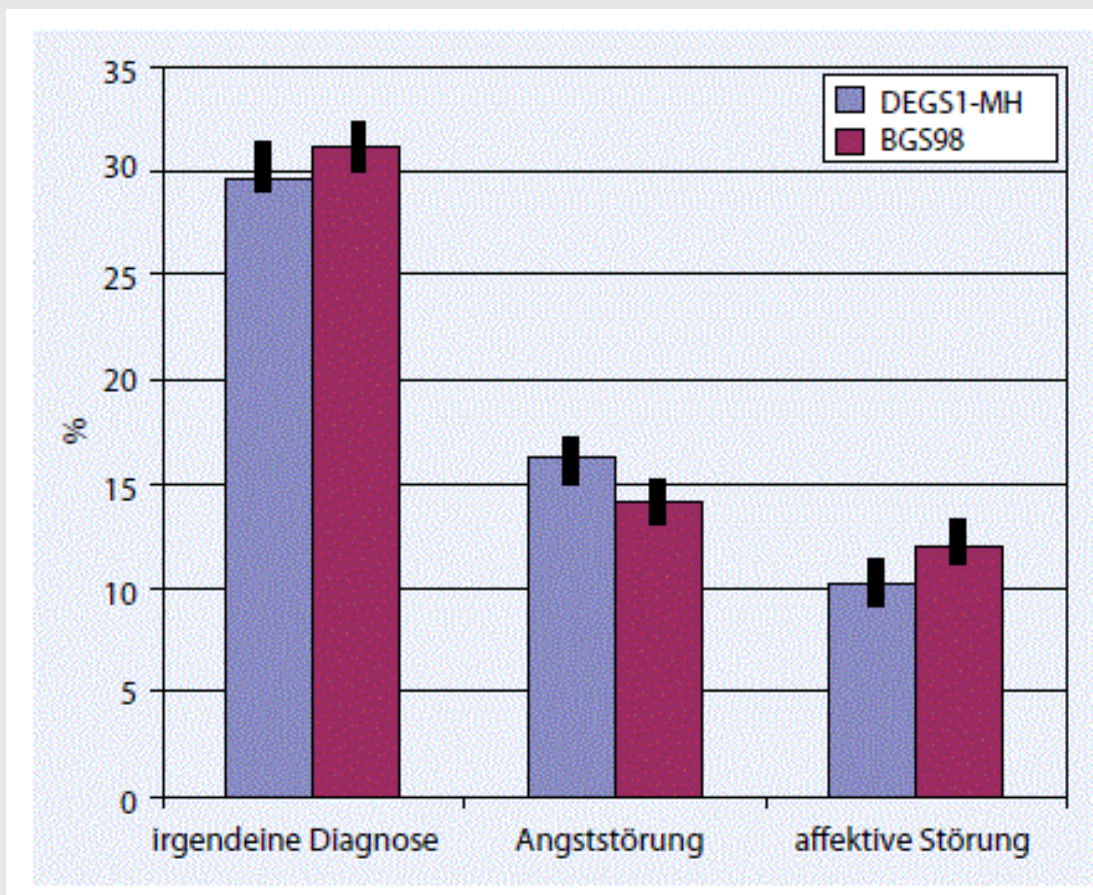
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

24

12-Monats-Prävalenz Psychischer Störungen

Querschnittsvergleich DEGS1-MH-Studie (2013) und Bundesgesundheitsurvey (1998) für irgendeine psychische Störung [12 Monate] im Alter von 18–65 Jahren.

Beachte: keine vollständige Äquivalenz der beiden Erhebungen hinsichtlich Diagnosen und diagnostischer Konventionen sowie Designeffekten



30% der Bevölkerung
zwischen 18 und 65
Jahren
→ ca. 15 Mio.

Quelle: Jacobi et al. (2014)

Behandlungskapazität Ambulante Versorgung

Hochrechnung

Tabelle 1: Ambulante fachspezifische Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bereich	Anzahl	Patienten/Jahr	davon Psychotherapie (in %) ⁶	Patienten in PT-Versorgung
Niedergelassene Psychotherapeuten				
Psychologische Psychotherapeuten	15.669	568.000 ¹	100	568.000
Ärztliche Psychotherapeuten	5.631			
Niedergelassene Psychiater/Nervenärzte	5.758	1.500.000 ²	10	150.000
Ambulanzen				
Psychiatrische Institutsambulanzen ³	451	560.000	30	168.000
Hochschulambulanzen ⁴	39	7.000	100	7.000
Ausbildungsambulanzen ⁵	130	20.000	100	20.000
Beratungsstellen für Ehe-, Familien-, Partner-, Lebensberatung ⁶	5.105	46.500	100	46.500
Tageskliniken				
Psychiatrie und Psychotherapie	417	30.782	30	9.235
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	123	18.573	100	18.573
Gesamt		2.750.855		987.308

Legende:

¹ jährlichen Behandlungskapazität von ca. 1.200 Behandlungsstunden pro Therapeut (Nübling et al., 2014b) und ca. 45 Std. pro Fall/Patient (Schätzung auf der Datenbasis aktueller Studien PTVF).

² in psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen ca. 6 Mio. Fälle pro Jahr (Melchinger, 2008) → ca. 1.5 Mio. Pat. fortlaufend.

³ nach Spengler (2012)

⁴ Fydrich & Unger (2013)

⁵ ca. 1.500 Ausbildungsabsolventen PP (vgl. Siegel, 2013) → 600 Stunden Psychotherapie → 900.000 Stunden je Jahrgang, bei durchschnittlich 45 → Sitzungen sind das 20.000 Pat/Jahr

⁶ Schätzungen der Autoren (in Anlehnung an Nübling et al., 2009)

Quelle: Nübling et al. (2014a)

Behandlungskapazität Stationäre Versorgung

Hochrechnung

Tabelle 2: Stationäre fachspezifische Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bereich	Betten	Behandlungsdauer (Tage)	Fälle / Jahr	davon Psychotherapie (in %)	Patienten in PT-Versorgung
Krankenhaus					
Psychiatrie und Psychotherapie	53.949	22,4	830.204	30	249.061
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	9.095	41,2	73.735	100	73.735
Konsiliar-/Liaisondienst	??	--	??		
Rehabilitation Psychische Erkrankungen					
Rehabilitation Psychische Erkrankungen Bereich Psychiatrie und Psychotherapie	15.335	63,2	80.632	100	80.632
Bereich Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	16.417	35,7	147.035	100	147.035
Gesamt			1.131.606		550.463

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013 a, b

Quelle: Nübling et al. (2014a)

Arbeitszeiten in der ambulanten PT

Vergleich Psychotherapeuten mit KV-Zulassung der Studie Nübling et al. (2012) mit Vergleichserhebungen/-daten, Mittelwerte/Prozentanteile

Studien	1	2	3	4	5	6
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	43,1	42,8	43,4	43,7 ¹	45,3	43,7 ¹
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	43,4	36,3	36,0	38,4	47,0	42,7
Behandlung+Probatorik	28,2	24,5	27,7	25,6	31,0	28,9
Sonstiges	14,2	11,8	8,3	12,8	16,0	13,8
Prozentanteil Patientenkontakt	66,2	67,5	76,9	66,7	65,9	67,7
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden)	1222,5	1048,6	1202,2	1118,7	1404,3	1262,9
Jährliche Stundenbelastung insgesamt²	1839,1	1644,9	1562,4	1678,1	2129,1	1866,0

Legende: 1=Nübling et al. 2012, n=1707; 2=Walendzik et al 2011, n=2497; 3=Seeger et al., 2005, n=1481, 4=Peikert et al, 2011, n=1110; 5= ZI 2012, n=447; 6= KBV 2012, n=?; 1 keine Angabe in der Studie enthalten, zur Berechnung der jährlichen Stundenzahlen wurde hier der Mittelwert der anderen vier Studien eingesetzt

Quelle: Nübling et al. (2014b)

Versorgung psychisch Kranker in Deutschland (Erwachsene) – Versorgungskapazität und -bedarf

jährliche
Behandlungskapazität

ambulant

2.750.000 Fälle

jährliche
Behandlungskapazität

stationär

1.130.000 Fälle

insgesamt

ca. **3,9** Mio. Fälle

Davon:

Ambulante PT: 568.000

Ambulanzen: 587.000

Beratungsstellen: 47.000

Tageskliniken: 49.000

Psychiater/NÄ: 1.500.000

Davon:

Rehabilitation: 147.000

Akutpsychosomatik: 80.000

Psychiatrie: 830.000 (ohne
Sucht)

ca. **26%**

1-Jahres-Prävalenz: 30%

ca. **15** Mio. Betroffene

Adaptiert nach Nübling (2009)

Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland (Erwachsene) – Versorgungskapazität und -bedarf

jährliche
Behandlungskapazität

ambulant

990.000 Fälle

jährliche
Behandlungskapazität

stationär

550.000 Fälle

insgesamt

ca. **1,6** Mio. Fälle

Davon:

Ambulante PT: 568.000

Ambulanzen: 195.000

Beratungsstellen: 47.000

Tageskliniken: 28.000

Davon:

Rehabilitation: 147.000

Akutpsychosomatik: 80.000

Psychiatrie: 250.000 (ohne Sucht)

ca. **11%**

1-Jahres-Prävalenz: 30%

ca. **15** Mio. Betroffene

Adaptiert nach Nübling (2009)

Versorgungspfade 2005-2007

10 Mio. Versicherte großer GKVen → 3,3 Mio. mit erkannter psychischer Erkrankung (F-Hauptdiagnose)

→ **Ambulante Versorgung (hier: schwere Depressionen)**

- 40% nur Arzt für Allgemeinmedizin/somatischer Facharzt (1)
- 21% (1) → Überweisung zu FA Psychiatrie (2)
- 10% (2) → Überweisung zu (1)
- 6% nur FA Psychiatrie
- 2,5% Psychotherapeut

→ **Stationäre Reha (Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose)**

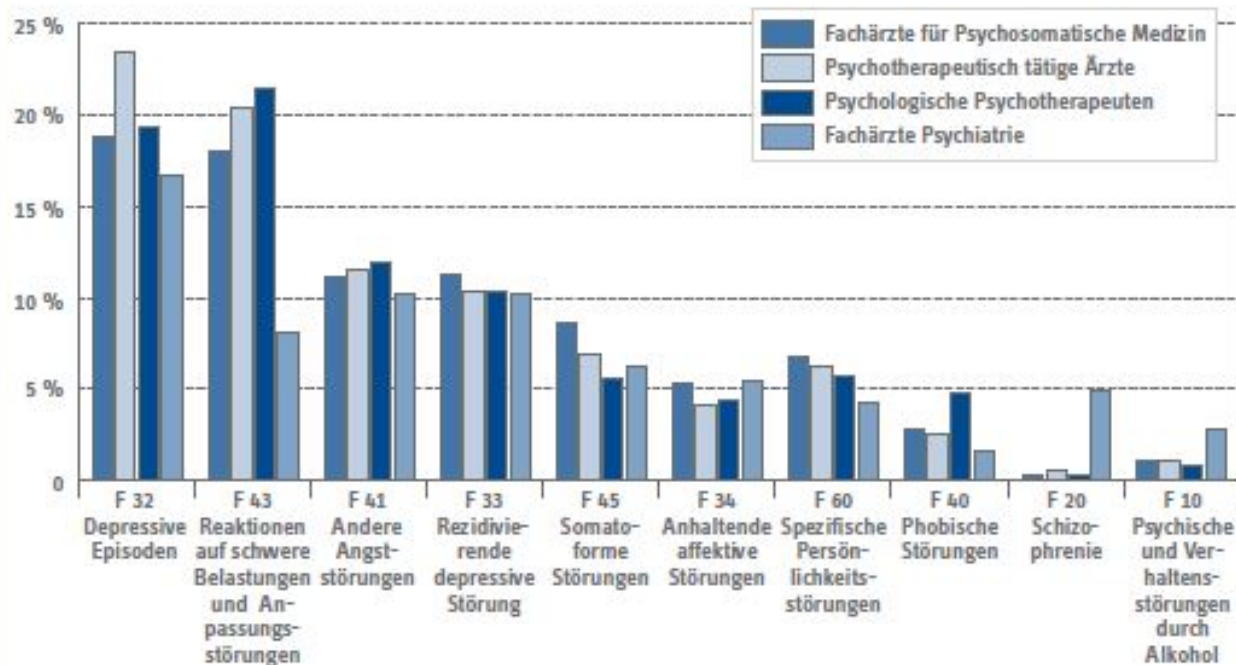
- 67 % in psychosomatische Fachabteilungen/-kliniken
- 15% in Fachabteilungen/-kliniken für Suchtreha
- 9% in allgemeinpsychiatrischen Fachabteilungen/ -kliniken
- 6 % in Fachabteilungen/-kliniken für somatische Medizin

Quelle: Gaebel, W. et al. (2013)

**Sind Psychotherapiepatienten „krank“ bzw.
behandeln Psychotherapeuten
„Gesunde“?**

Diagnosspektrum in der ambulanten PT

Abbildung 3: Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie nach Berufsbeziehungswise Facharztgruppe



Quelle: KBV-Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit

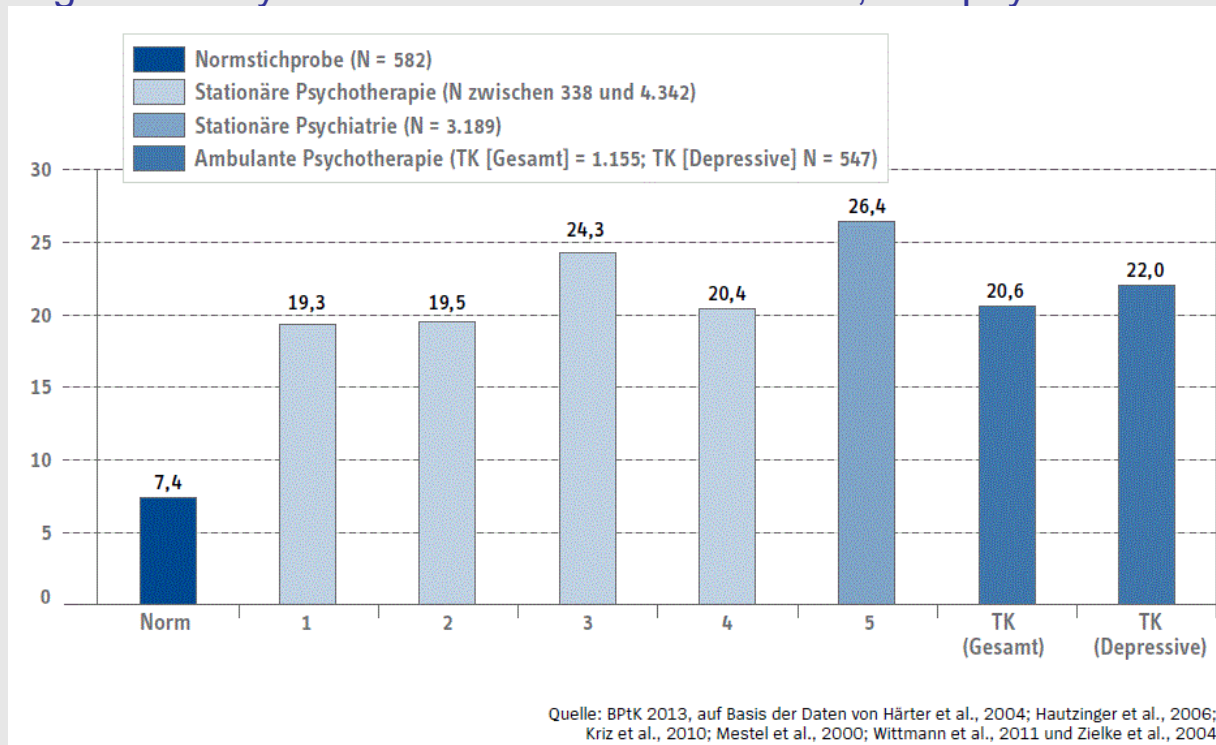
Alle Arztgruppen behandeln im Wesentlichen die gleichen Patienten
Es überwiegen depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen.

Ausnahme: Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und alkoholbedingten Erkrankungen → Fachärzte für Psychiatrie

Quelle: BPtK (2013a)

Psychische Beeinträchtigung Behandlungsbeginn

Depressivität (BDI-Gesamtwert); Vergleich Bevölkerungsnorm, TK-Studie und stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation, Akutpsychiatrie sowie Akut- und Reha-Psychosomatik;



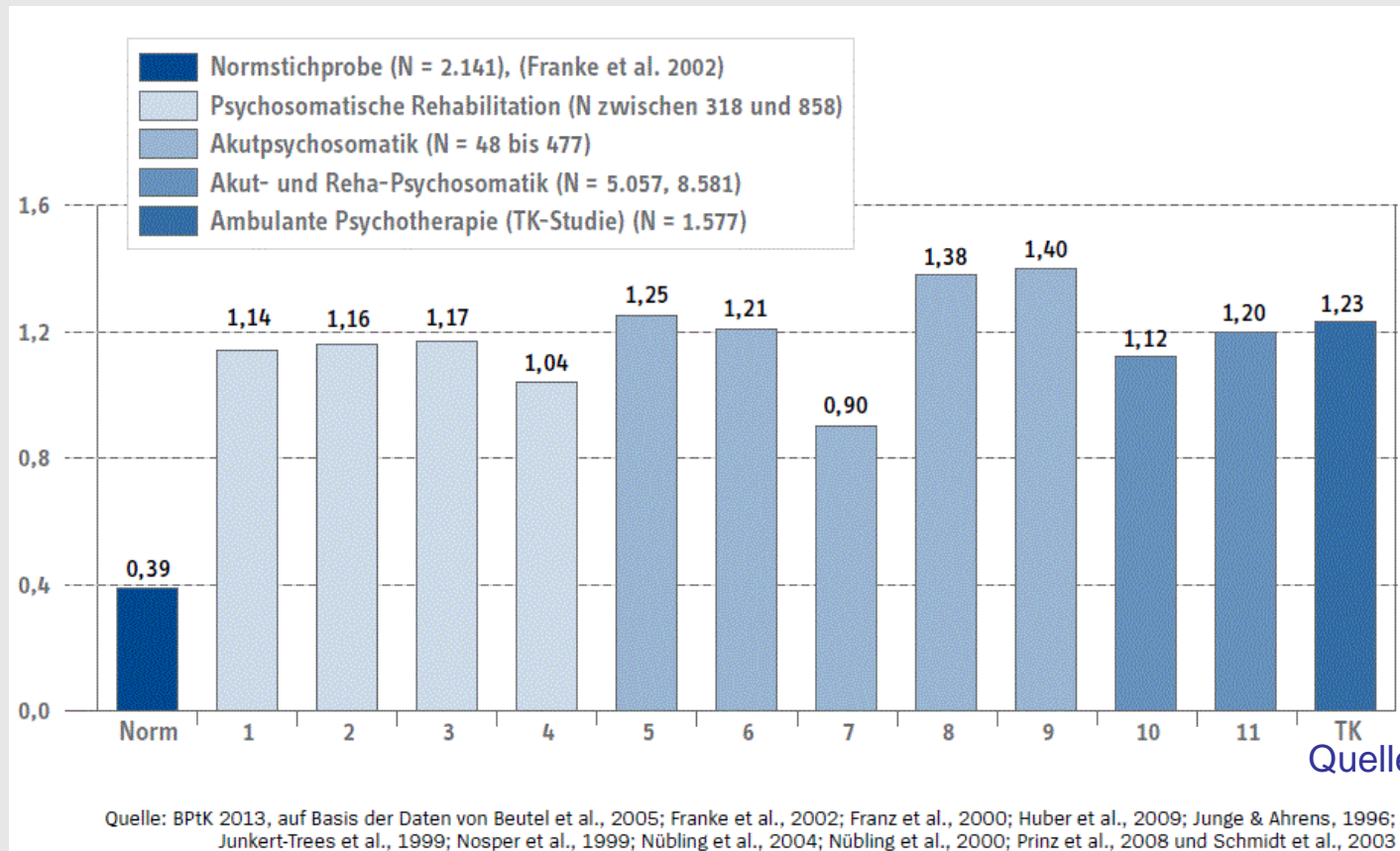
Quelle: BPTk (2013a)

Kernbotschaft 1: Patienten unterscheiden sich deutlich von Norm

Kernbotschaft 2: Unterschiede der Patienten sind zwischen den Sektoren deutlich geringer als angenommen bzw. es bestehen **deutliche Überschneidungen**

Psychische Beeinträchtigung Behandlungsbeginn

GSI-/BSI-Wert der SCL-90-R; Vergleich Bevölkerungsnorm, TK-Studie und stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation, Akutpsychiatrie sowie Akut- und Reha-Psychosomatik;



Quelle: BPtK (2013a)

Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie

Kosten psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen: schwerwiegende Folgen nicht nur für Betroffene, sondern auch für die Volkswirtschaft (2012)

- ca. **20 Mrd. € direkte Behandlungskosten** (ohne Demenz, ca. 7% der Gesamtausgaben für Gesundheit; Stat. Bundesamt)
- ca. **27 Mrd. € indirekte Folgekosten** (durch Produktivitätsausfälle, Frühberentungen etc)

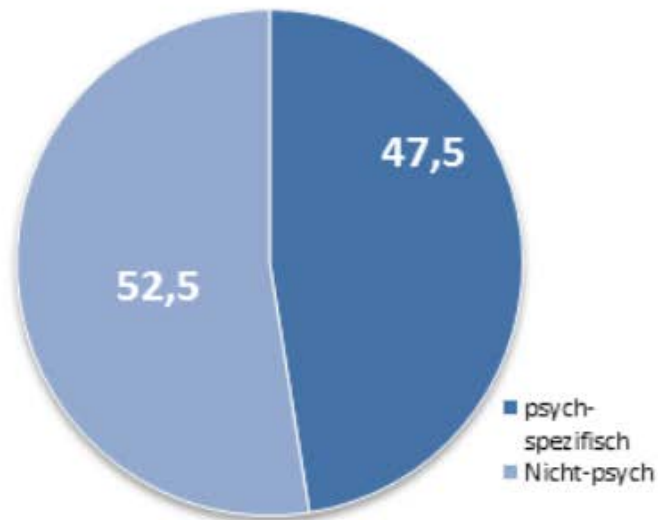
nicht eingerechnet

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

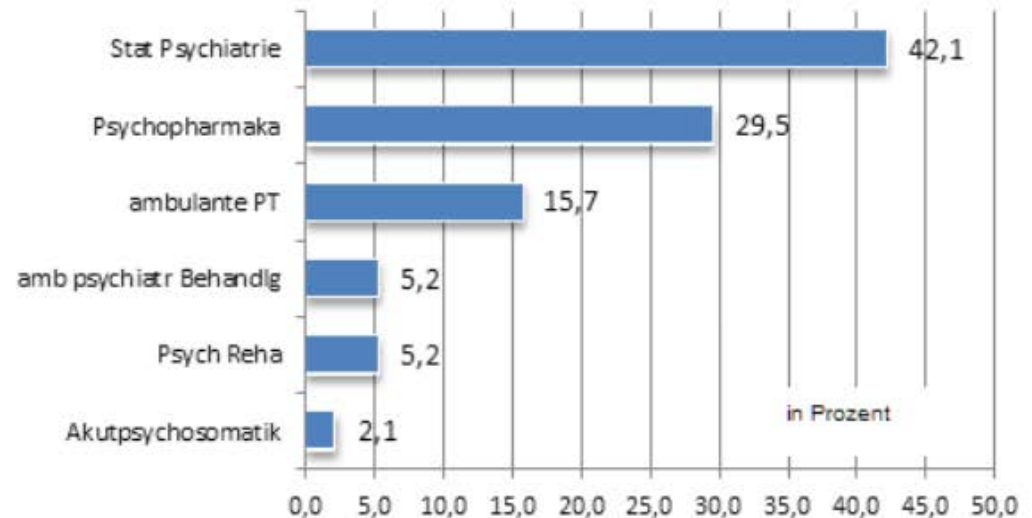
Quellen: BPtK 2013a, destatis 2013, Zielke & Mark 1991

Ausgaben für psychische Erkrankungen 2012 (ohne Demenz) und Verteilung auf Versorgungsbereiche

Gesamtausgaben: 20 Mrd. €, davon 9.5 Mrd. € für „psych-spezifische“ Interventionen



Prozentuale Verteilung der Kosten von „psych-spezifischen“ Interventionen auf unterschiedliche Versorgungsbereiche



4,0 Mrd. € stat. Psychiatrische Vers.
 0,5 Mrd. € für Rehabilitation psych. Erkr.
 0,2 Mrd. € Akut-Psychosomatik

2,8 Mrd. € Psychopharmaka
 0,5 Mrd. € amb. psychiatrische Vers.
 1,5 Mrd. € Richtlinien-Psychotherapie

Quelle: DeStatis, Nübling et al. (2014a)

Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich

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) bzw. Cronbach & Gleser (1965):

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

1 Jahr 1,06 20.000 3.825

$$U = \text{Nutzen } 21.200\text{€} - \text{Kosten } 3.825\text{€} = \mathbf{17.375\text{€}}$$

Die Effektgröße von 1,06 entspricht einem

Nutzen-Kosten-Verhältnis von

1 : 4,5

bzw. einem **Nettonutzen** von

3,50 € 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	3825€ bei 45 Sitzungen

Kosten-Nutzen-Verhältnis Psychotherapie nach einem Jahr – 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
Akutpsychosomatik	??	??

Quellen:

- 1) Margraf (2009)
- 2) Wittmann et al. (2011 a, b)
- 3) vgl. u.a. Zielke et al (2004), Steffanowski et al. (2007)

**Ergebnis: bisher alle
Modellschätzungen mit eindeutig
positivem Kosten-Nutzen-Verhältnis !**

Kosten je Versorgungssektor in €/ES

Standardisierte Kosten auf ES=1,0 bezogen auf das Kriterium seelische/psychische Symptomatik bei Patienten unterschiedlicher Versorgungsbereiche; **Modellschätzung auf der Grundlage der in den angegeben Studien berichteten Therapiedauern.**

	Beh-Dauer (Tage/ Std)	ES	Tages-/Std- satz € (ca.) ¹	Kosten/Pat BDauer x TSatz €	Kosten/Pat ES=1.0 In €
Psychosomatische Reha					
MESTA-Studie, Steffanowski et al., 2007	56,5	0,67	110,--	6.215,--	9.276,--
Akutpsychiatrie					
Depressionsstudie BW, Härter et al., 2006	63,6	1,50	234,--	14.882,--	9.921,--
Akutpsychosomatik					
Metanaanalyse Rabung et al., 2013	82,9	0,84	245,--	20.310,--	24.179,--
Ambulante Psychotherapie					
Ø 6 Studien, u.a. Wittmann et al., 2012	45,0	1,06	85,--	3825, --	3.608,--

¹ Schätzung

Kosten je Versorgungssektor in €/ES

Standardisierte Kosten auf ES=1,0 bezogen auf das Kriterium seelische/psychische Symptomatik bei Patienten unterschiedlicher Versorgungsbereiche;
Modellschätzung auf der Grundlage aktueller Therapiedauern; ES aus den Studien.

	Beh-Dauer (Tage/ Std)	ES	Tages-/Std- satz € (ca.) ¹	Kosten/Pat BDauer x TSatz €	Kosten/Pat ES=1.0 In €
Psychosomatische Reha					
MESTA-Studie, Steffanowski et al., 2007	37,4 ²	0,67	110,--	4.114,--	6.140,--
Akutpsychiatrie					
Depressionsstudie BW, Härter et al., 2006	22,4 ³	1,50	234,--	5.242,--	3.494,--
Akutpsychosomatik					
Metanaanalyse Rabung et al., 2013	40,8 ³	0,84	245,--	9.996,--	11.900,--
Ambulante Psychotherapie					
Ø 6 Studien, u.a. Wittmann et al., 2012	45,0	1,06	85,--	3825, --	3.608,--

¹ Schätzung; ² Reha-update 2014; ³ Grunddaten Krankenhausstatistik destatis 2013

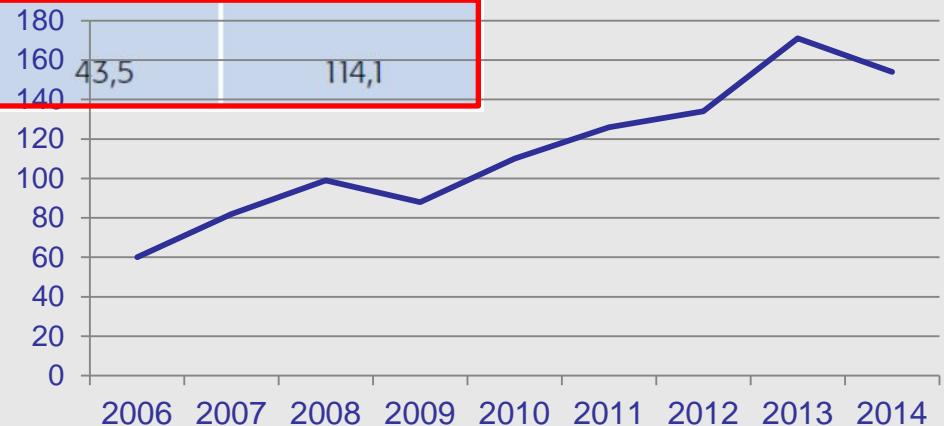
**Künftige psychotherapeutische Versorgung
und
„Verfahrenslandschaft“ Psychotherapie**

Prognosemodelle PTs 2030 und IMPP-Absolventen

ca. n=145 jährlich in Baden-Württemberg bis 2030 aus dem Beruf ausscheidende PPs, Ausgangsstichprobe 2010: n=3681

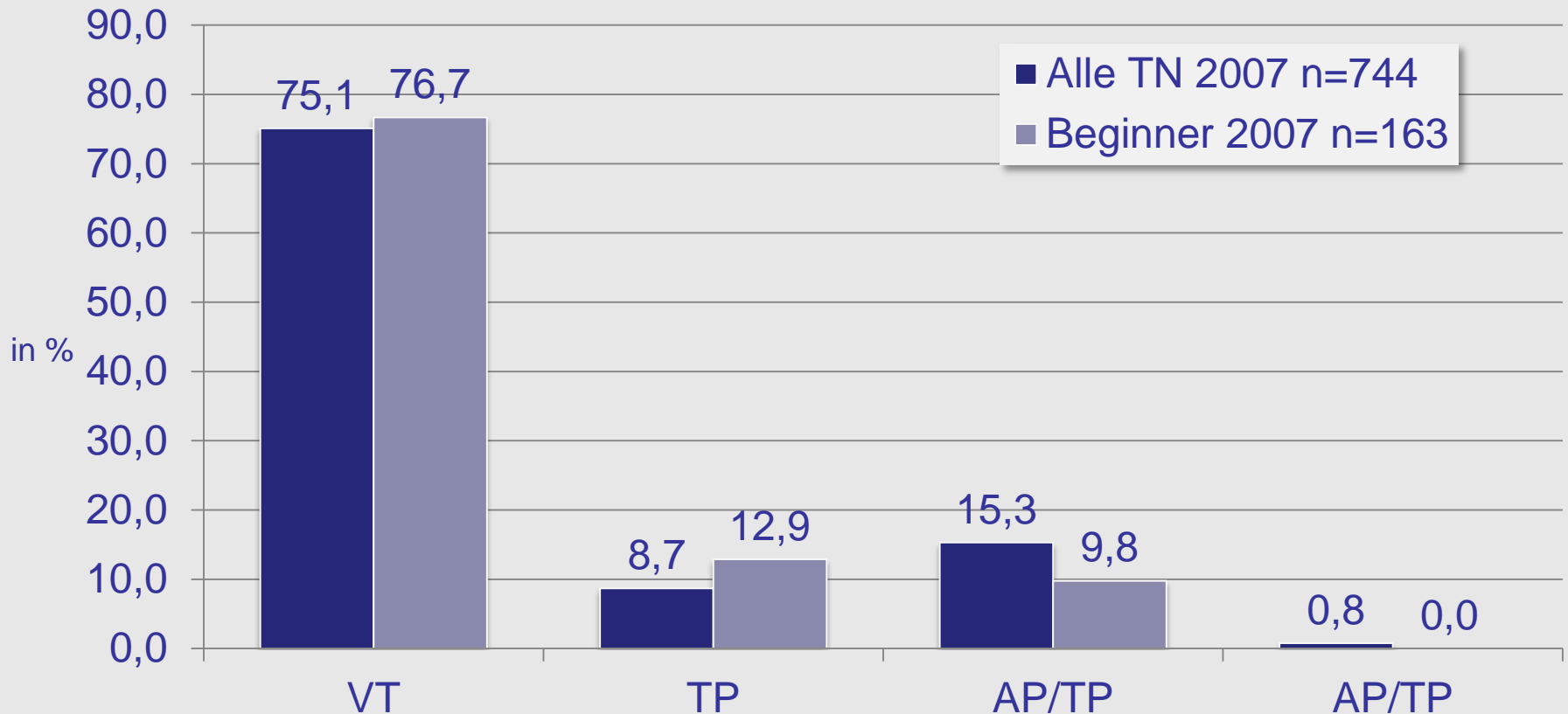
Grundlage	aktuelle Beginner einer PT-Ausbildung		aktuelle/geplante Studienplätze Psychologie	
	pessimistisch	optimistisch	pessimistisch	optimistisch
Anzahl Neuapprobationen pro Jahr	113	144	39	171
Differenz zu Ausscheidenden PPs (20 Jahre)	- 640	-20	- 2080	+ 520
„Bestand“ im Jahr 2030	3041	3661	1601	4201
% des Ausgangsbestandes (2010) im Jahr 2030	82,6	99,5	43,5	114,1

**Absolventen IMPP
Psychologische
PTs 2006-2014,
n=1024**



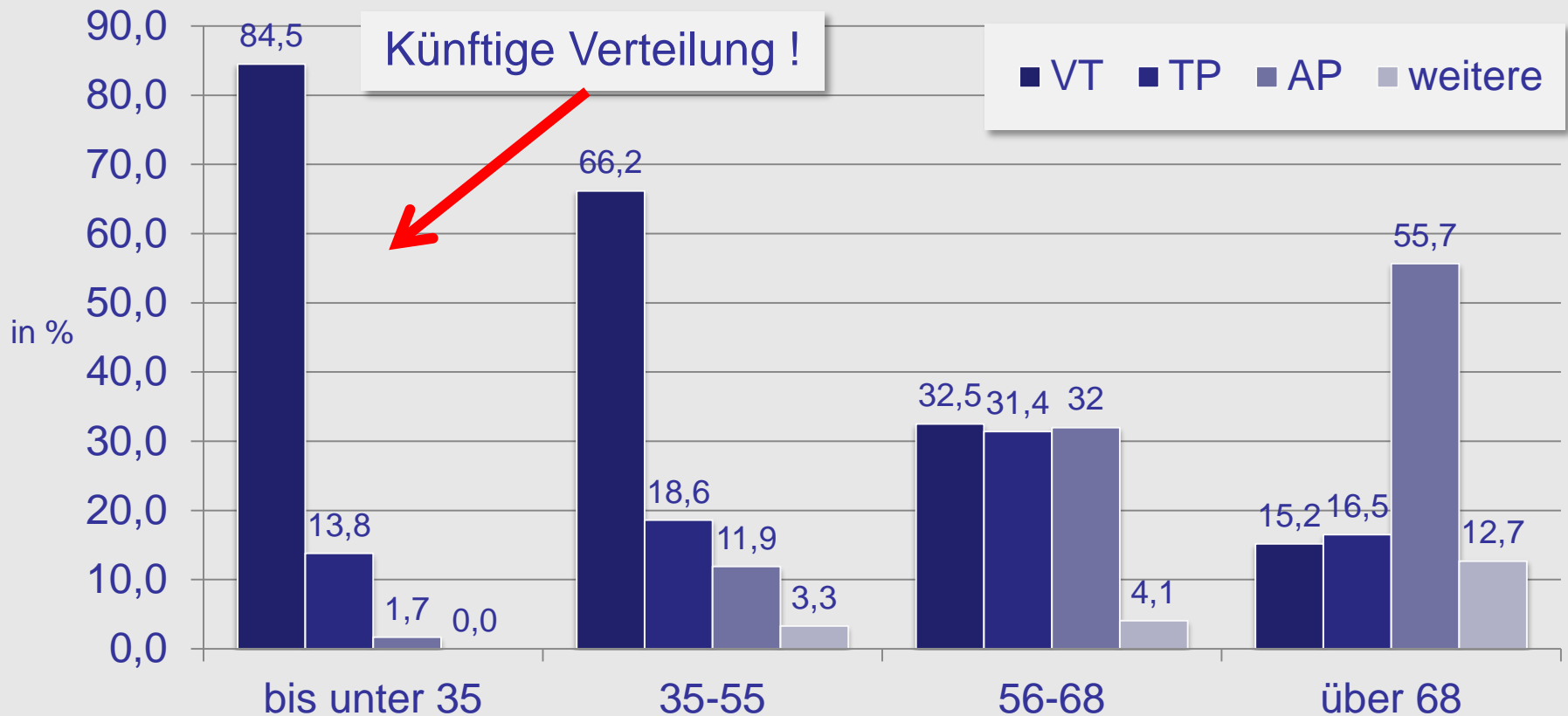
Quelle: Nübling et al. (2010)

PP–Ausbildung: 31.12.2007 eingeschriebene sowie 2007 beginnende Teilnehmer (N=21 Institute BW)



Quelle: Schmidt et al. (2008)

PT-Verfahren in Abhängigkeit vom Alter Psychotherapeuten in 5 Bundesländern (n=2190)



Quelle: Nübling et al. (2012)

**Künftige Aufgaben psychotherapeutischer
Versorgungsforschung,
vor allem in Bezug auf
gesundheitspolitische Entscheidungen**

Zusammenfassung/Diskussion

- Ein wesentliches Ziel von Versorgungsforschung: Grundlagen bereitstellen für politische, insb. **Allokationsentscheidungen**

Ergebnisse der Versorgungsforschung:

- 12-Monats-Prävalenz: ca. 30% (BGS 1998/DEGS, 2013)
- Versorgungspfade: Verhältnis somatischer vs. psychotherapeutischer Behandlung
- Verhältnis (billigerer) ambulanter (psychotherapeutischen) zu (teurerer) stationärer (psychiatrischer) Versorgung??
- Verhältnis Psychotherapie zu Psychiatrie und v.a. zu psychopharmakologischer Versorgung??
- Lange Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie
- Hohe Effektivität und v.a. Effizienz von Psychotherapie

→ beträchtliche Fehlallokation??

- Psychotherapeutische Versorgungsforschung soll/muss mehr Daten liefern für die Gesundheitspolitik
- Psychotherapie hat hohen gesellschaftlichen Nutzen – Nutzt dies die Gesellschaft?
- Frage der Umverteilung der Ausgaben für psychische Erkrankungen in Richtung psychotherapeutische Versorgung
- Frage der künftigen Verfahrensvielfalt, vor allem aus Patientensicht → Wahlmöglichkeiten bei VT-Dominanz??
- Frage der Verfahrensschwerpunkte in der Klinische Psychologie → zumindest alle Richtlinienverfahren → Frage der Lehrstuhlbesetzungen bzw. –ausrichtungen (inhaltlich)
- Stärkung der (psychotherapeutischen) Versorgungsforschung → weiter im Sinne von H. Kordy: „Wer mitmacht, kann mitreden“

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Korrespondenz:
Dr. Rüdiger Nübling**



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Referat Psychotherapeutische Versorgung/Öffentlichkeitsarbeit

Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart

Tel.: 0711/674470-40

Fax: 0711/674470-16

nuebling@lpk-bw.de

www.lpk-bw.de

Zitierte Literatur I

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler, E (2010) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55, 503-514.
- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler, E (2011) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*; 56: 51-60.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Berlin, BPtK, Download unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013a). 10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPtK-Stellungnahme. Download unter http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPtK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013b). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit "Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung". http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf
- Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. (1965). *Psychological Test and Personnel Decisions*. 2nd Ed., Urbana, University of Illinois Press.
- Dinger U, Strack M, Leichsenring F, Wilmers F, Schauenburg H. Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *J Clin Psychol*. 2008;64(3):344-354.
- Freyberger, H.J. & Linden, M. (2014). Richtlinien-Psychotherapie - Die Entscheidung über die Notwendigkeit ist komplex. *Dt. Ärzteblatt PP*, 12, 487-488.
- Fydrieh, T. & Unger, T. (2013). Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – Was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht? *Psychotherapeutenjournal* 12, 146-151.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(47), 799–808.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 414–423.
- Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A. & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychother Psych Med*, 60: 5 – 13.

Zitierte Literatur II

- Glaeske, G. Augustin, M., Abholz, H. et al. (2009). Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 71, 685-693.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th. et al. (2006): Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study: Psychother Res 16, 470-485.
- Huber D , Albrecht C , Hautum A et al. (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie . Z Psychosom Med Psychother 55, 189 – 199
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85, 77–87
- Koller, M., Neugebauer, E.A.M., Augustin, M. et al. (2009). Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. Gesundheitswesen 71, 864 – 872
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. Psychotherapeut, 53, 245-253.
- Kruse, J., Herzog, W., Hofmann, M. & Larisch, A. (2012). Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV.
- Leichsenring, F. (2004a). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. Bulletin of Menniger Clinic, 68, 137-151.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. JAMA, 300, 1551-1565.
- Leichsenring F, Beutel M, Hiller W, et al. (2009) The Social Phobia Psychotherapy Network (SOPHO-NET) multicenter randomized controlled trial for social phobia: rationale, methods, and patient characteristics. Psychotherap Psychosom 78, 35-41
- Liebherz, S. & Rabung, S. (2014). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1337909>, Online-Publikation: 2013 Psychother Psych Med

Zitierte Literatur III

- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H. et al. (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Margraf J. (2009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Berlin: Springer
- Melchinger, H. (2008). Ambulante Psychiatrische Versorgung – Umsteuerungen dringend geboten. Dt. Ärzteblatt, 105, A 2457-60
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg, Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz - aktueller Stand und Ausblick. Psychotherapeutenjournal, 8, 239-252.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., et al. (2014a). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 13, 389-397.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (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
- Nübling, R., Schmidt, J. & Munz, D. (2010). Psychologische Psychotherapeuten in Baden-Württemberg – Prognose der Versorgung 2030. Psychotherapeutenjournal, 9, 45-52.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand, Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K.W. Lauterbach, U. Engelmann & M. Halber (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management (S. 13–23). Bern: Huber.
- Pfaff, H., Glaeske, G., Neugebauer, E.A.M. & Schrappe, M. (2009). Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil I). Gesundheitswesen 71, 505 – 510.
- Pfaff, H., Albert, U.-S., Bornemann, R. et al. (2009). Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 71, 777-790.
- Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G. et al. (2011). Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. Dtsch Med Wochenschr 136, 2496–2500

Zitierte Literatur IV

- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., et al. (2001): Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen - Zur Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL); in Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel ME (Hg.): Langzeitpsychotherapien - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Stuttgart, Kohlhammer, 238-259.
- Rudolf, G., Grande, T. & Porsch, U. (1991). Die Berliner Psychotherapiestudie. Heidelberg, Berlin, Springer.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., et al. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. Psychotherapeut, 43, 92-101.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., et al. (1999). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. Psychotherapeut, 44, 83-93.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer
- Schmidt, J (2008). Nachwuchs- und Ausbildungssituation Psychologischer Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Baden-Württemberg – Ergebnisse einer Befragung der Ausbildungsinstitute. Psychotherapeutenjournal, 7, 378.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. et al. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 49, 175-187.
- Seeger, S., Caspar, F., Bastine, R., et al. (2005). Erste Ergebnisse der Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 4, Heft 2, 145.
- Spengler, A. (2012). Psychiatrische Institutsambulanzen. Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ Dtsch Arztebl, 109(40): A 1981–3.
- Statistisches Bundesamt (2013a). Grunddaten der Krankenhäuser 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013c). Gesundheitsausgaben. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>

Zitierte Literatur V

- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E. et al. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Berlin, BMG. www.bmg.de.
- Strauss, B., Lutz, W., Steffanowski, A. et al. (2013). Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2013.856046
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A. Glahn, E. M., Bruckmayer, E., von Heymann, F., Kriz, D., Pfaffinger, I. & Wittmann, W.W. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Erste Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“. *Zts Klin Psychol Psychother*, 40, 267–282.
- Tritt K , von Heymann F , Loew T H et al. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM . *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 8, 244 – 251
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., et al. (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Universität Duisburg-Essen, Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV.
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., et al. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 39-60.
- Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grochowski, A. & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland *Psychologische Rundschau*, 64 (2), 75 – 93
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A. & Hartmann, S. (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen Psychosozial-Verlag.
- Zielke, M., Borgart, E.-J., Carls, W. et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich, Pabst.
- Zielke, M. & Mark, N. (1991). Iatrogene Chronifizierung – Überlegungen zu Ursachen und Wirkungen medizinischer Fehlbehandlungen. *Report Psychologie*, 16, 22-33.
- Nübling, Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Status Quo und Perspektiven; Heidelberg, 22.01.2015

