

Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Status Quo und Perspektiven

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Vortrag
Zentrums für Psychosoziale Medizin
und des Center for Health Care Research (CHCR)
UKE Hamburg, 13.10.2015

Übersicht

- Wozu psychotherapeutische 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, u.a. in Bezug auf gesundheitspolitische Entscheidungen

**Wozu psychotherapeutische
Versorgungsforschung?
Einige Aufhänger**

Notwendigkeit von Psychotherapie?



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

„...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 blicken ihre Arbeit auf die unternehmende 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 konzeptionellen Ansprüchen gerecht, und hält die Versorgung den Maßgaben von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit stand? Die-

se Fragen wurden in einem Grachteninterview, das von der Kasselerischen 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 ergriffenen Facharztgruppen 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 –

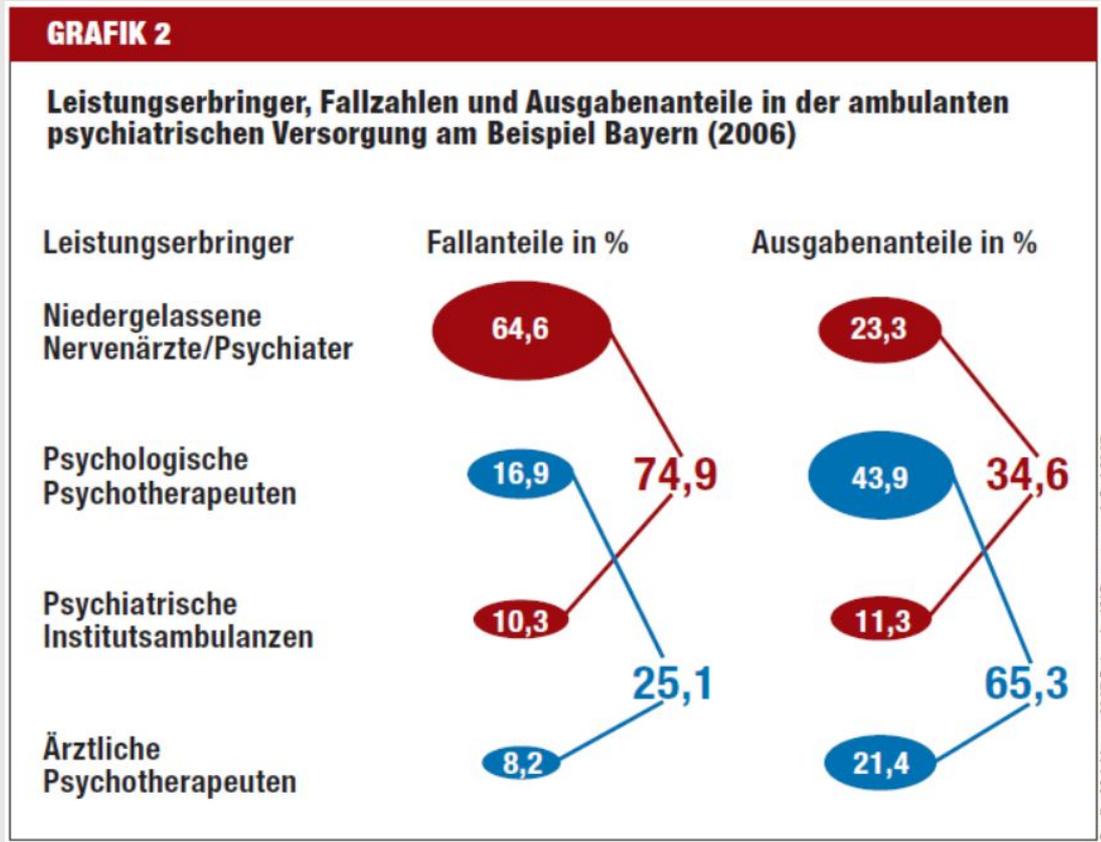
Das Interview mit dem Titel „Arztgruppen für ambulante psychiatrische Versorgung“ kann beim Verfasser am PDF-Datensatz angefordert werden.

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 überhaupt zur Verfügung steht oder ob er sich weitgehend auf Psychotherapie beschränkt. Neben eindeutig unterverorgenen 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 multiprofessionell 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 unbenutzt) 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.

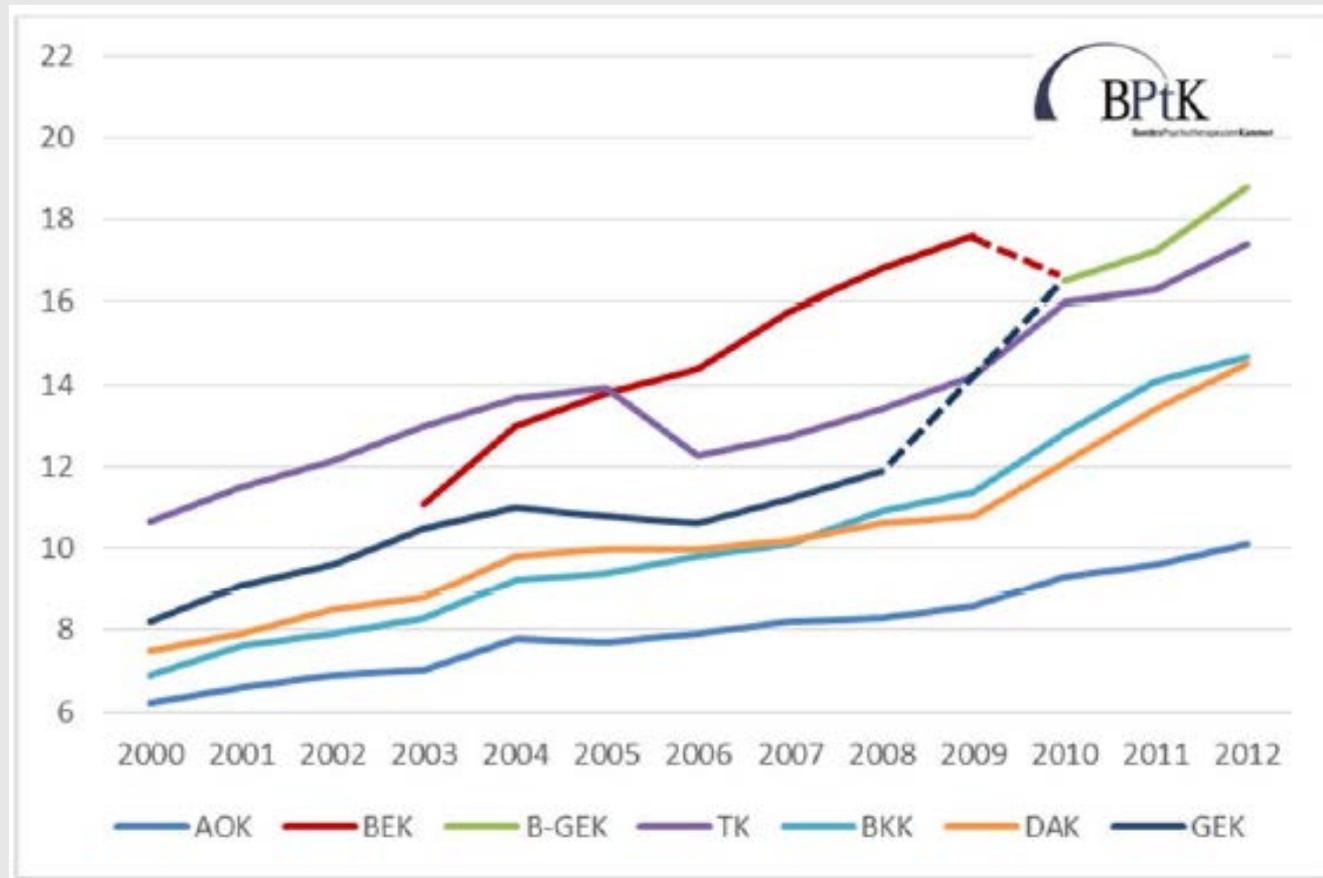
Ein besonderes in der psychiatrischen Versorgung zum Tragen kommendes Problem stellt die or-



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

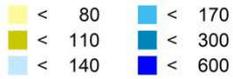
Quelle: Melchinger, Dt. Ärzteblatt (2008)

Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen je Krankenkasse



Quelle: BPtK (2013b)

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

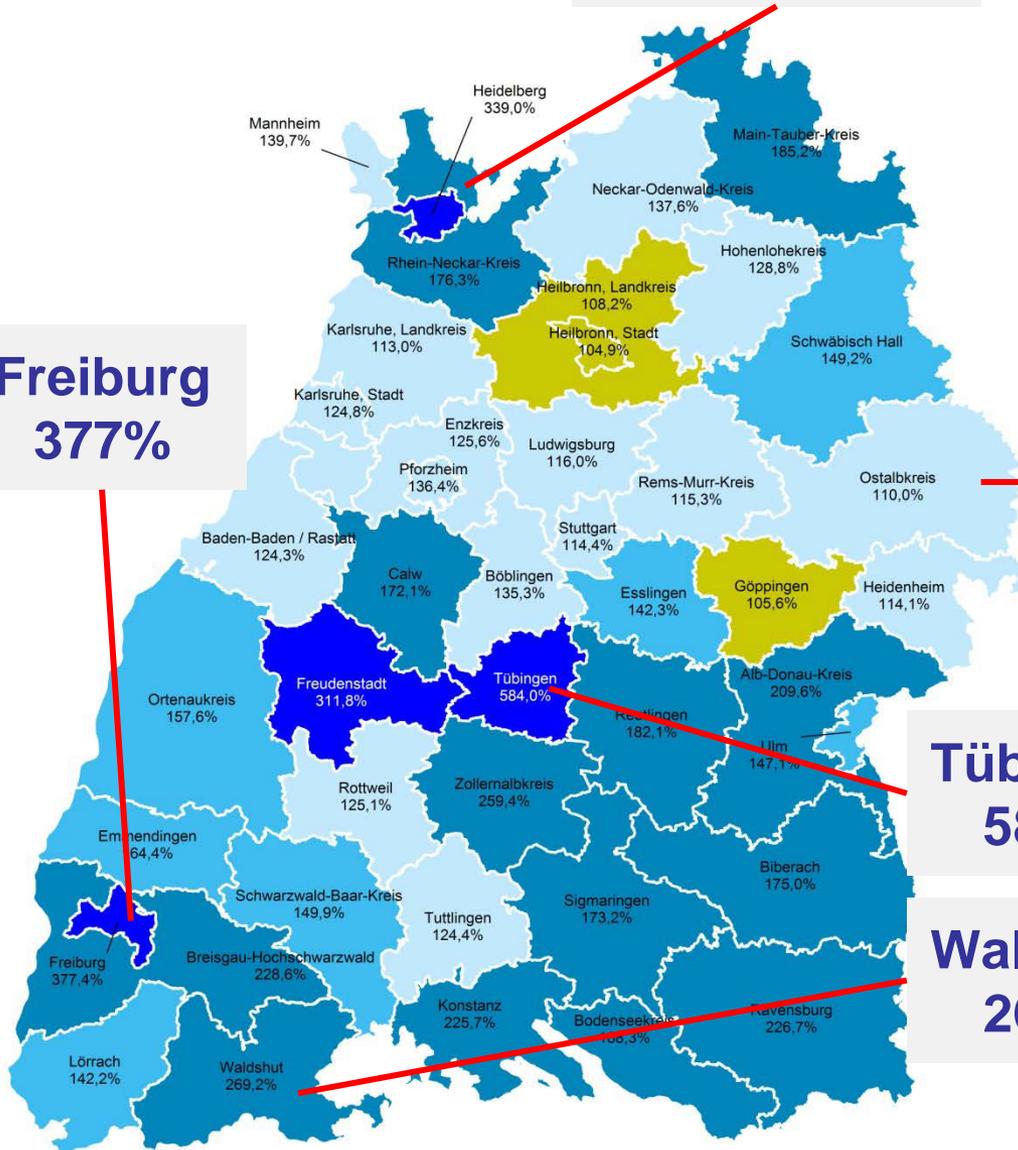


Heidelberg
339%

Ambulante Psychotherapie – Versorgungsgrad nach offizieller Bedarfsplanung Baden-Württemberg

Freiburg
377%

Ostalb-Kreis
110%



Tübingen
584%

Waldshut
269%

Quelle: BPtK (2011)



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

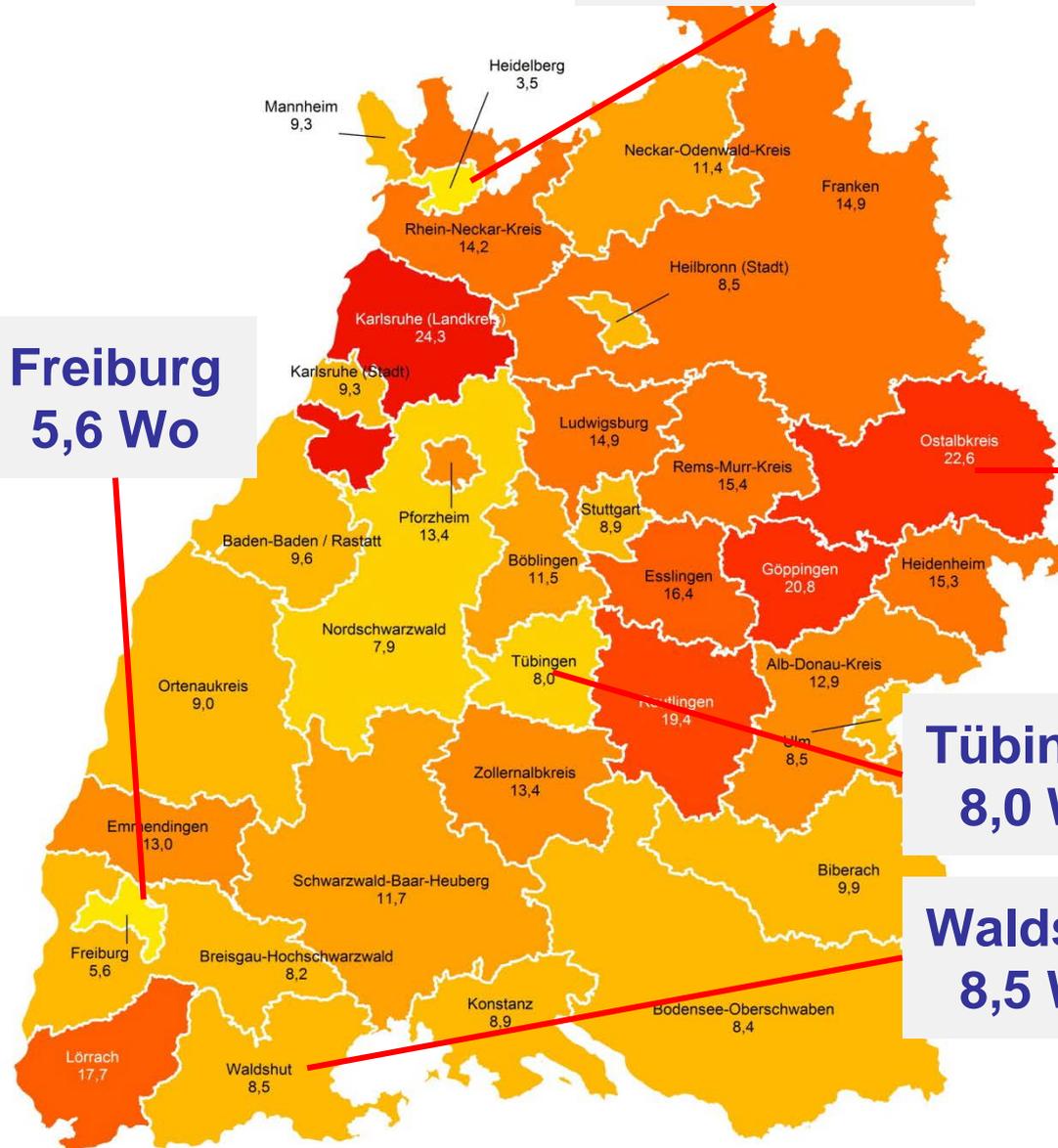


**Heidelberg
3,5 Wo**

**Durchschnittliche
Wartezeit auf ein
Erstgespräch zur
Psychotherapie
in Wochen
Baden-Württemberg**

**Freiburg
5,6 Wo**

**Ostalb-Kreis
22,6 Wo**



**Tübingen
8,0 Wo**

**Waldshut
8,5 Wo**

Quelle: BPtK (2011)



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BG-Blatt 2015, I/30,1211ff)

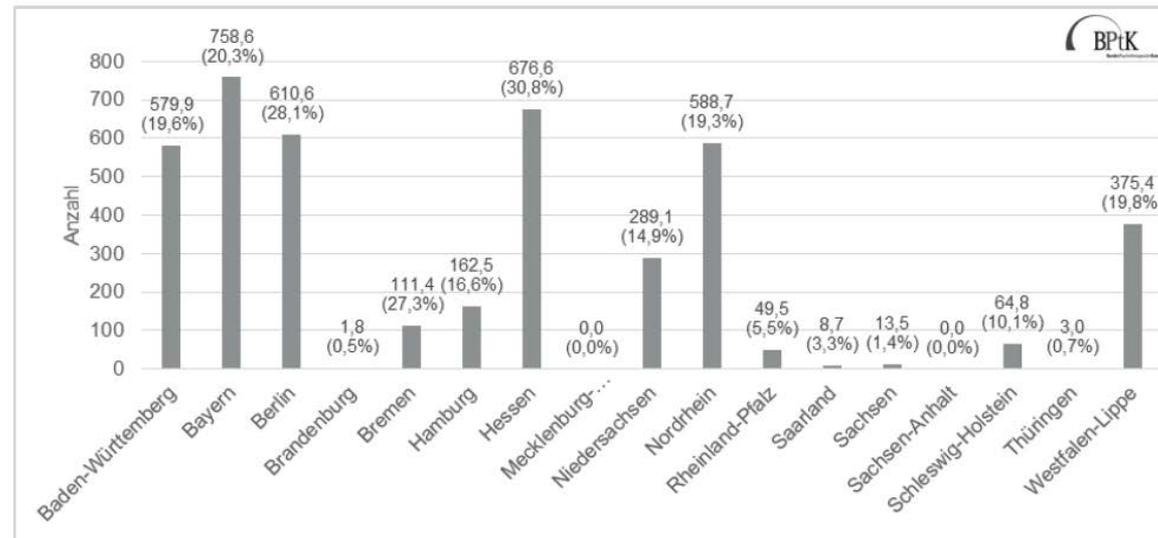
Umwandlung der „Kann“- in eine „Soll“-Formulierung in § 103 SGB V Abs. 3a

Bisher: „Der Zulassungsausschuss **kann** den Antrag (auf Zulassung) ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“

Folge → bundesweit ca. **4.300** von derzeit ca. **22.000 (ca. 20%)** Praxissitzen gefährdet

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

Abbildung 1: Psychotherapeutische Niederlassungen über einem Versorgungsgrad von 140 Prozent - Kassenärztliche Vereinigungen



Quelle: Daten der KBV, 2014, eigene Berechnungen der BPTk

Gefährdete Sitze je Bundesland

Graphik aus: BPTk-Newsletter (2/2015); Download unter <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-newsletter.html>

Versorgungsforschung – Ziele und Inhalte

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 Transfer 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

Memoranden I-III Versorgungsforschung

(Deutsches Netzwerk VF)

- Versorgungsforschung in Deutschland: Situation – Handlungsbedarf – Strategien (Badura et al., 2003)
- Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen (Schrappé et al. 2005)
- 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)
- Verbindung dieser beiden Datenebenen

Quelle: Pfaff et al., 2011; Nübling et al, 2015

Methodische Grundlagen – Verhältnis zur EBM

- (Psychotherapeutische) Versorgungsforschung muss alltagsnah sein
- Künstliche und/oder kontrollierte Rahmenbedingungen, wie sie z.B. für Studien „hoher Evidenzstufen“ (v.a. 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)
- Studie 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)
- PAL-Studie Heidelberg-Berlin zur Langzeit-PT (Rudolf, Grande et al. 2001f)

Aktuelle Studien – ambulante PT (Auswahl)

- LAC-Studie chronische Depression (n=300; Beutel et al., 2012)
- Heidelberger APS-Studie (n=2554 Patienten, n=50 Therapeuten; Dinger et al., 2008)
- Forschungsgutachten PTG (Strauß et al, 2009); GBE-Bericht PTV (Schulz et al., 2008)
- 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, 2013, Steffanowski, 2011)**
- 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., 2014b)
- SOPHO-net-Studie (n=512, Leichsenring et al, 2009)
- Faktencheck Gesundheit – Depression (Melchior et al., 2014)
- Studie Stepped Care für leitliniengerechtes und integriertes Versorgungsmanagement (StepDep; Härter et al.)

Aktuelle Studien – stationäre PT (Auswahl)

- 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)
- UKE-Studien, u.a. zur Vorhersage des langfristigen Behandlungserfolgs in der stat. PT (Watzke et al.), zur Nachsorge Depressiver nach stat. Reha (Melchior et al.) oder zu Routinedaten DRV Bund psych Reha (Schulz et al.)
- und weitere →
- **Metaanalyse stationäre psychosomatische Rehabilitation (n=67 Studien; Steffanowski et al., 2007)**
- **Metaanalyse Akutpsychosomatik (n=103 Studien; Lieberz & Rabung 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.¹ Ausgehend von der Epidemiologie psychischer Erkrankungen werden die durch psychische Erkrankungen entstehenden versorgungsbezogenen sowie volkswirtschaftlichen Kosten skizziert. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 hat sich die Versorgung mit ambulanter 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.

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. Patienten² 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 demenzelle Erkrankungen) werden aktuell jährlich etwa 20 Mrd. € ausgegeben, davon circa 9,5 Mrd. € für „psych-spezifische“ 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 stationär 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 den o. g. direkten Behandlungskosten hinzu kommt ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € sowie ein Ausfall an Bruttoverehelungen von circa 40 Mrd. €. Unabhängig von den Kosten gehören psychische Erkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten lebensbeeinträchtigenden Krankheiten.

Psychotherapie ist für die Behandlung nahezu aller psychischen Erkrankungen langfristig wirksam, was in vielen randomisierten/kontrollierten als auch in naturalistischen Versorgungstudien nachgewiesen wurde. Und es gibt deutliche Hinweise dafür, dass nach einer Psychotherapie die Einsparung gesellschaftlicher Kosten (z. B. Reduzierung betrieblicher Fehlzeiten, geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Verhinderung stationärer Behandlungskosten durch ambulante Behandlung) erwartet werden kann. Die Bilanz auf der Grundlage von Modellrechnungen ermittelten Kosten-Nutzen-Relationen bzw. der „Return on Investment“ beläuft sich auf 1:2 bis 1:5,5. Dies bedeutet, dass sich für jeden meisteuro 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.

1 Die Ergebnisse basieren u. a. auf dem von den wissenschaftlichen Referentinnen und Referenten der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammern, in Zusammenarbeit mit dem im April 2013 veröffentlichten BpTK-Standpunkt „10 Tatsachen zur Psychotherapie“. Die Autorinnen und Autoren danken dem Mitgliedern dieser Arbeitsgruppe für die offene, fundierte und intensive Diskussion und den Erfahrungsaustausch.
2 Für häusliche und konstativ Anregerungen danken die Autoren den Gutachtern, insbesondere Herrn Kevin Igel (Waldbrunn).
3 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechterformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Psychotherapeut | Juni 2014 | 389

Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.)

10 Tatsachen zur Psychotherapie

BpTK-Standpunkt

BpTK
BundesPsychotherapeutenKammer

BpTK (2013a)

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung

Ergebnisbericht

Rüdiger Nübling¹, Karin Jeschke², Matthias Ochs³ & Jürgen Schmidt¹

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
² Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
³ Hochschule Fulda (ab 2013 LPK Hessen)

Stuttgart, April 2014

Nübling et al. (2014b)

Nübling, Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Status Quo und Perspektiven; UKE Hamburg CHCR, 13.10.2015

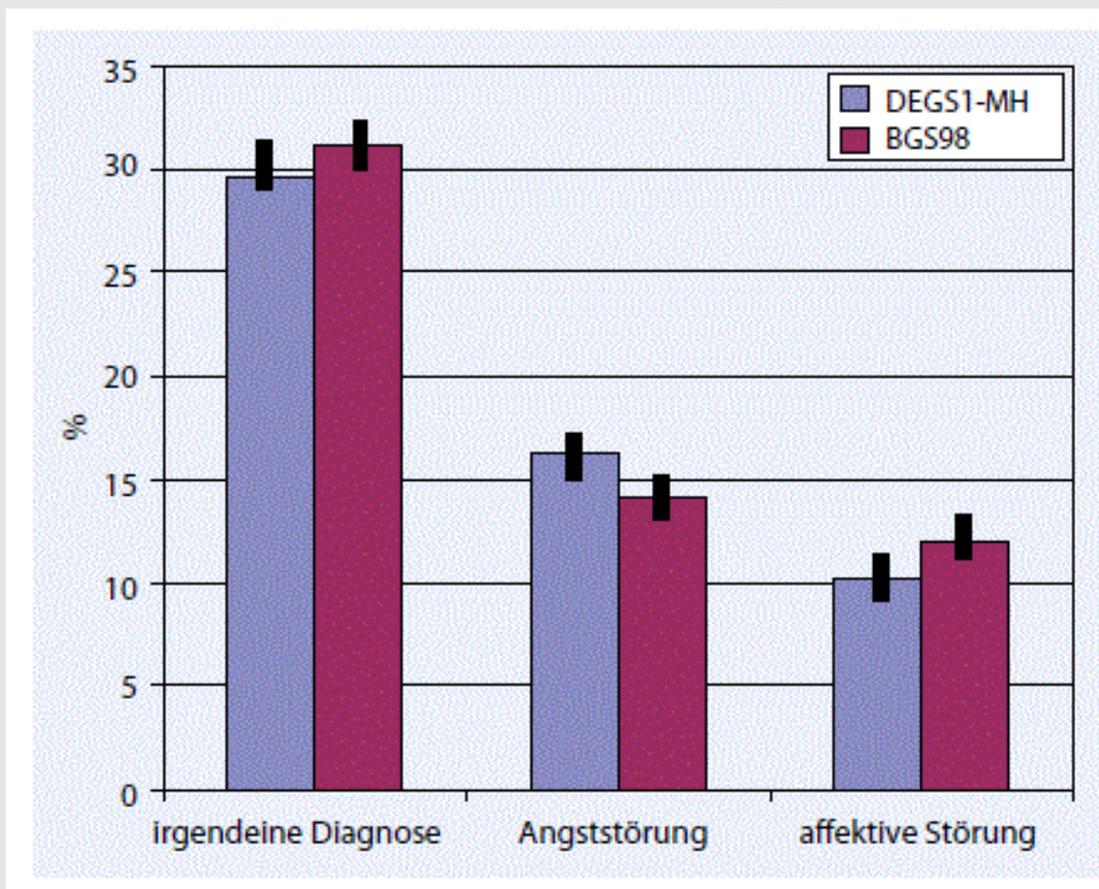


Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

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)

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)

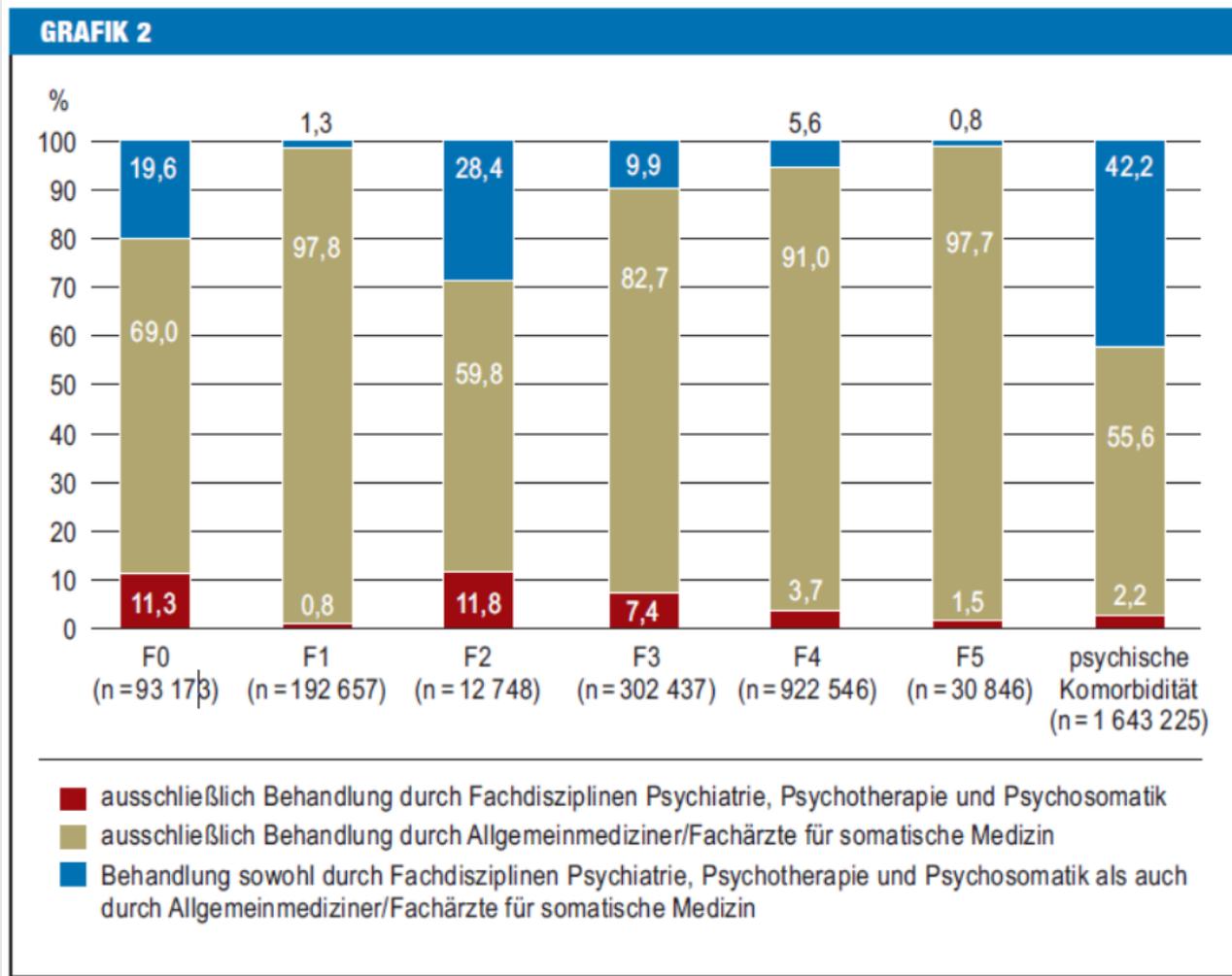
ca. **11%**

1-Jahres-Prävalenz: 30%

ca. **15** Mio. Betroffene

Nübling et al. (2014)

Versorgung Patienten mit erkannter F-Diagnose



Datengrundlage:
10 Mio. Versicherte
großer GKVen →

Versicherte mit
erkannter
psychischer
Erkrankung (F-
Hauptdiagnose)

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

Faktencheck Depression – Behandlung schwerer Depression

nur etwa **25%** der Patienten erhält **leitliniengerechte Behandlung**:

- 12% empfohlene Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie mit entsprechender Mindestdauer und
- 14% stationäre Behandlung

Demgegenüber

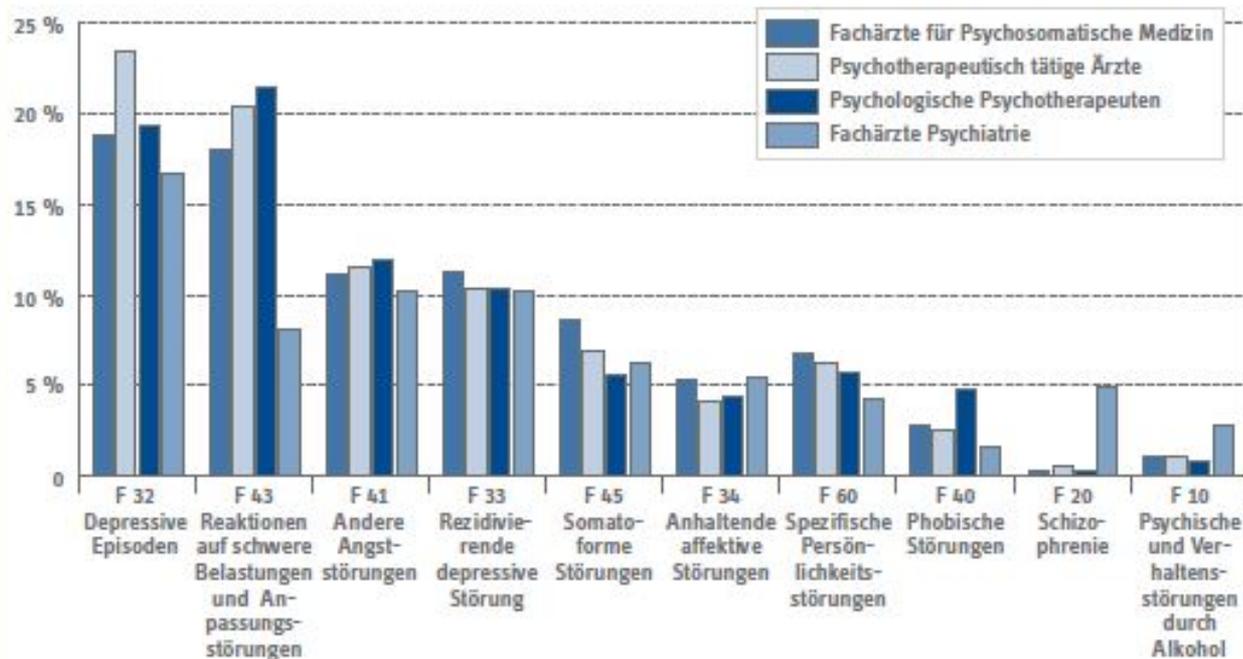
- **56%** erhielten **ausschließlich** eine **Monotherapie** mit Antidepressiva oder Psychotherapie, wobei die Monotherapie mit Antidepressiva deutlich überwog (circa 80% der Patienten mit Monotherapie).
- Fast **ein Fünftel** der Betroffenen wurde im dreijährigen Untersuchungszeitraum **gar nicht behandelt**.

Quelle: Melchior et al. (2014)

**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

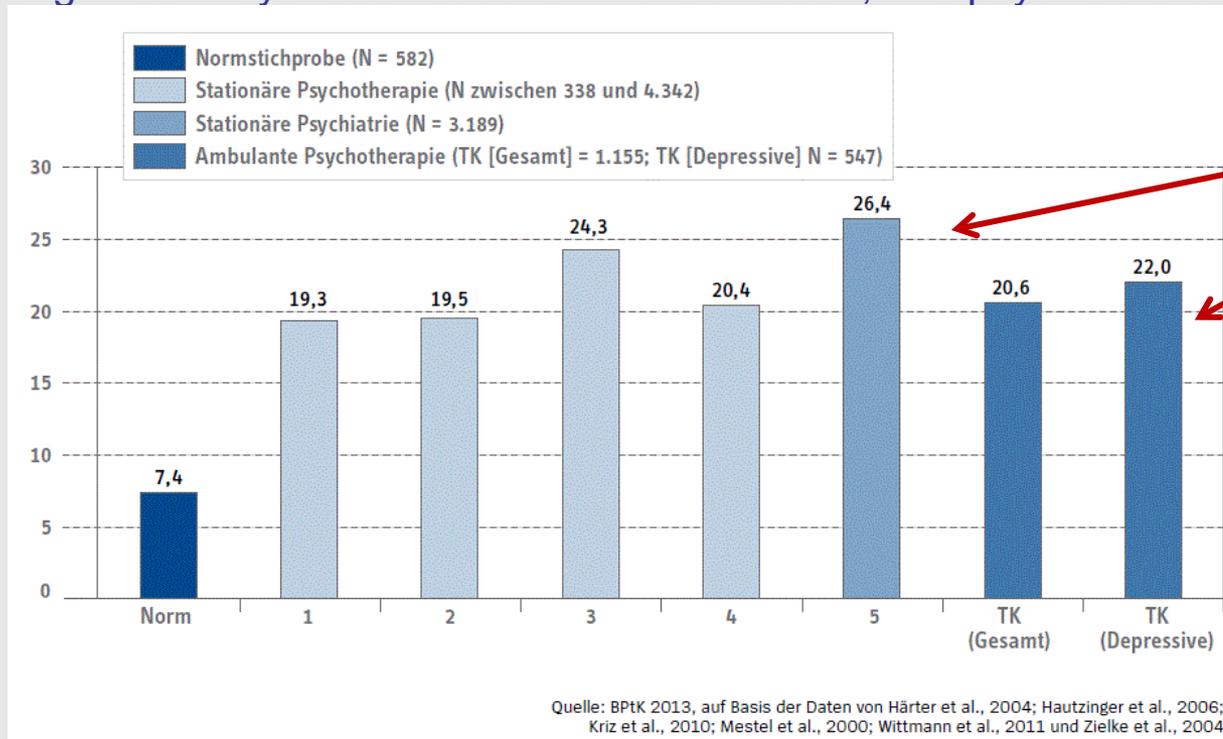
Alle Arztgruppen behandeln im Wesentlichen die gleichen Patienten
Es überwiegen depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen.

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;

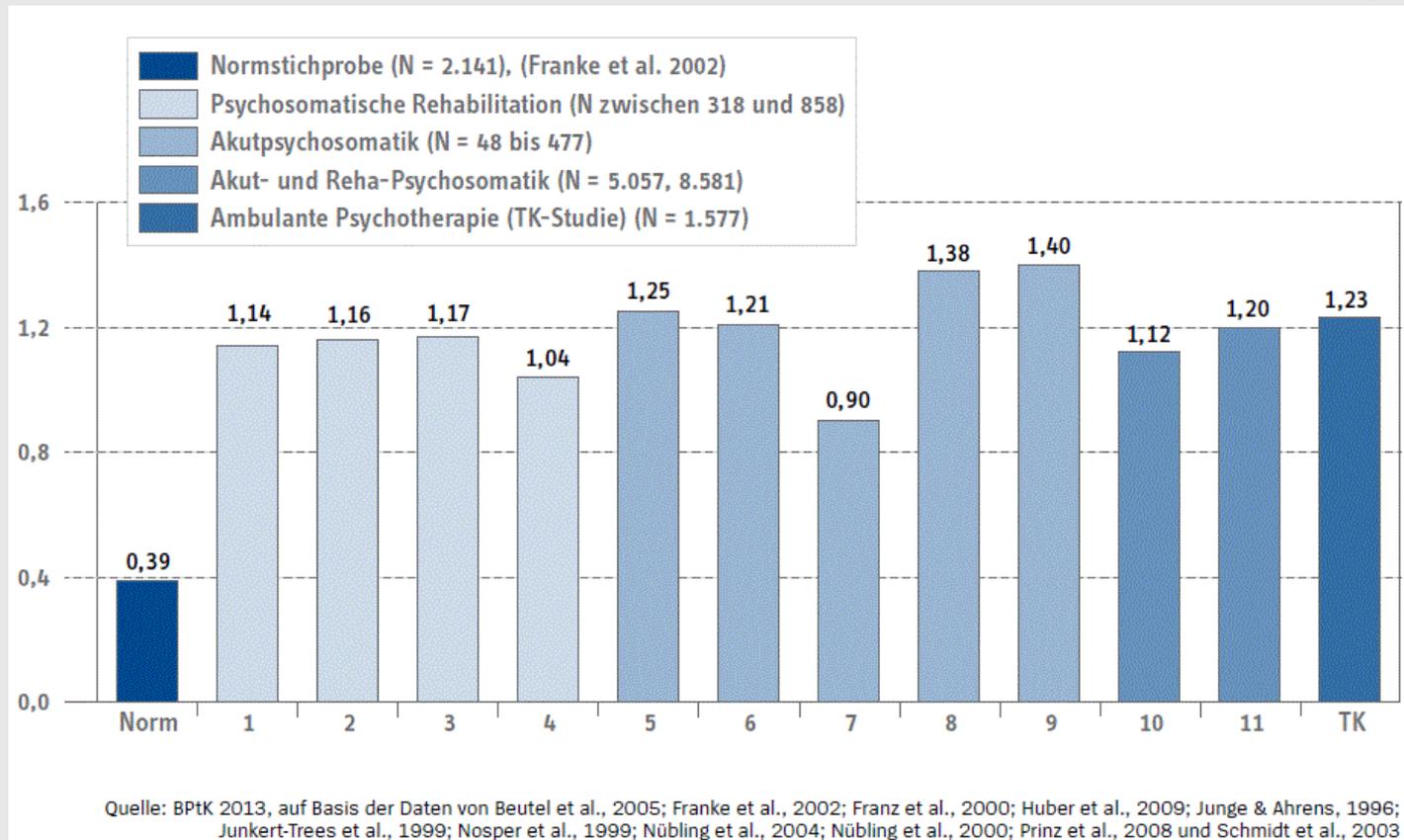


BDI > 25
Stat Psychiatrie: 53%
Ambul PT: 35%

Kernbotschaft 1: Patienten unterscheiden sich deutlich von der Durchschnittsbevölkerung
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;



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

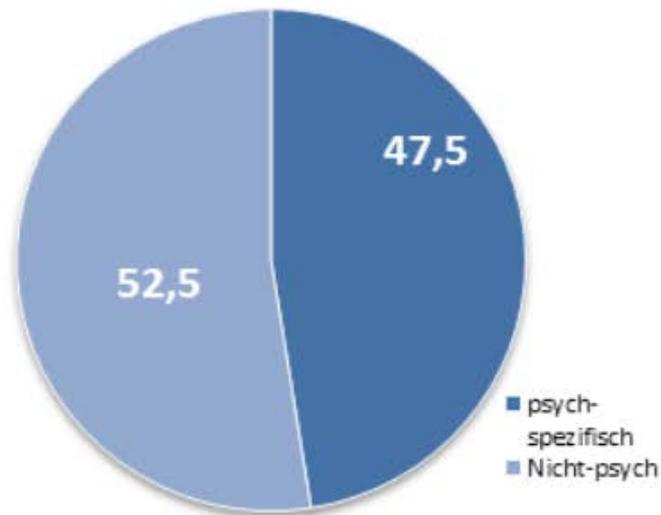
nicht eingerechnet

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

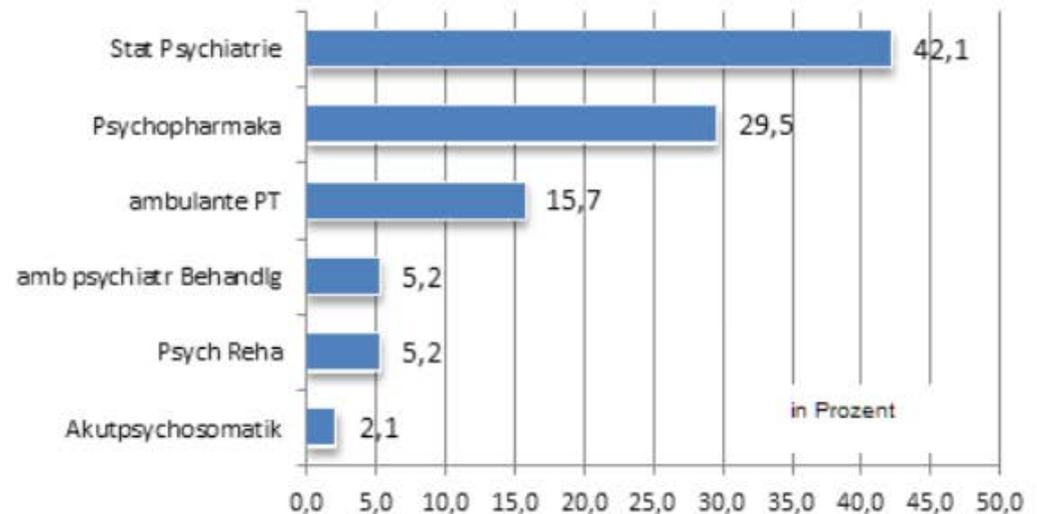
Quellen: BPtK 2013a, destatis 2013, Zielke & Mark 1991

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. € ambulante 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
19.800
3.825

$$U = \text{Nutzen } 21.000\text{€} - \text{Kosten } 3.825\text{€} = \mathbf{17.175\text{€}}$$

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)	36.000€ x 55% = 19.800€
K	Direkte Behandlungskosten	45 Sitzungen á 85€ = 3.825€

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), Wunsch et al. (2013)
- 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 bei prä-post-ES=1,0 für Kriterium seelische/psychische Symptomatik bei Patienten unterschiedlicher Versorgungsbereiche; **Modellschätzung auf der Grundlage der in den angegeben Studien berichteten Therapiedauern.**

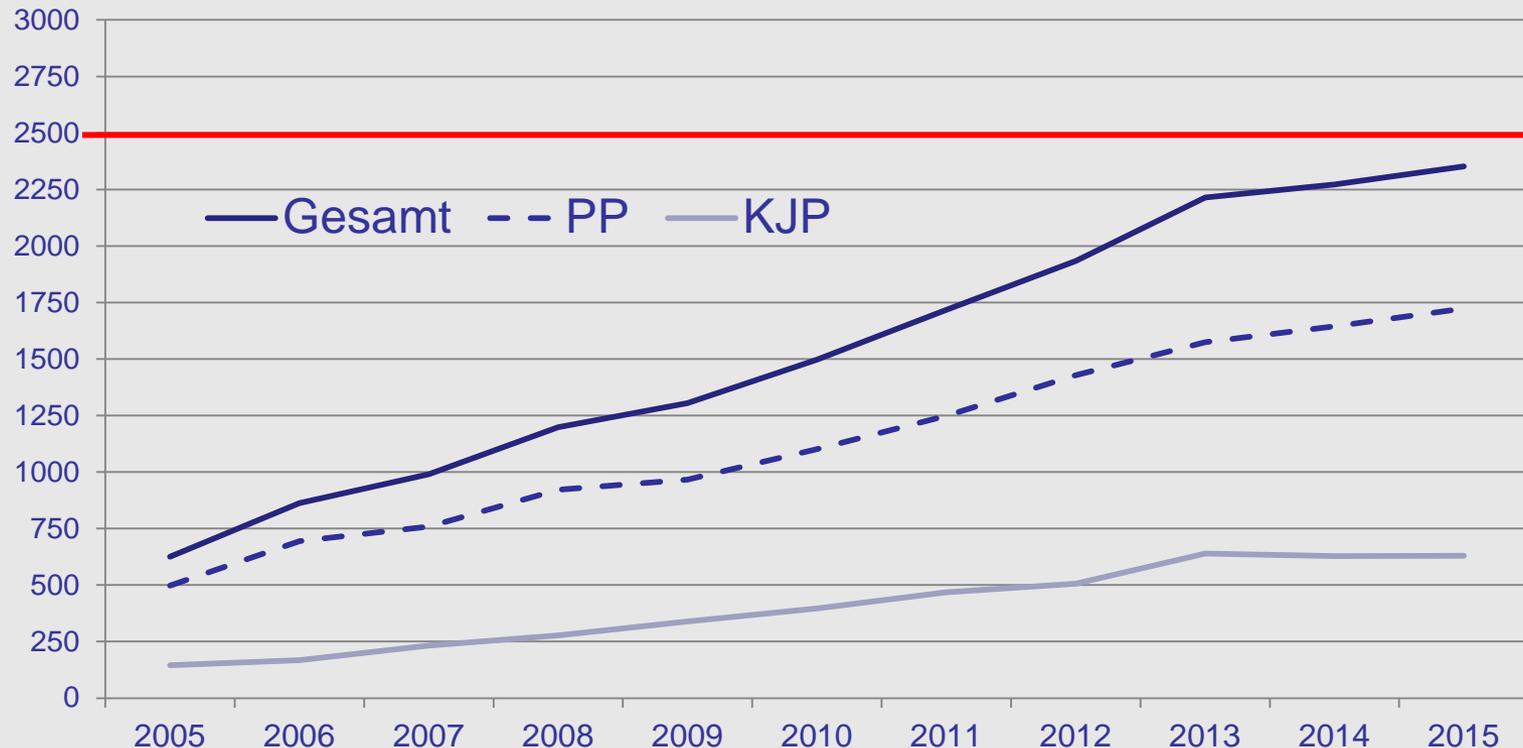
	Beh-Dauer (Tage/ Std)	ES	Tages-/Std- satz € (ca.) ¹	Kosten/Pat BDauer x TSatz €	Kosten/Pat ES=1.0 In €
Psychosomatische Reha					
MESTA-Studie, Steffanowski et al., 2007	56,5	0,67	110,--	6.215,--	9.276,--
Akutpsychiatrie					
Depressionsstudie BW, Härter et al., 2006	63,6	1,50	234,--	14.882,--	9.921,--
Akutpsychosomatik					
Metanaanalyse Lieberz & Rabung, 2014	82,9	0,84	245,--	20.310,--	24.179,--
Ambulante Psychotherapie					
Ø 6 Studien, u.a. Wittmann et al., 2011	45,0	1,06	85,--	3825, --	3.608,--

¹ Schätzung

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

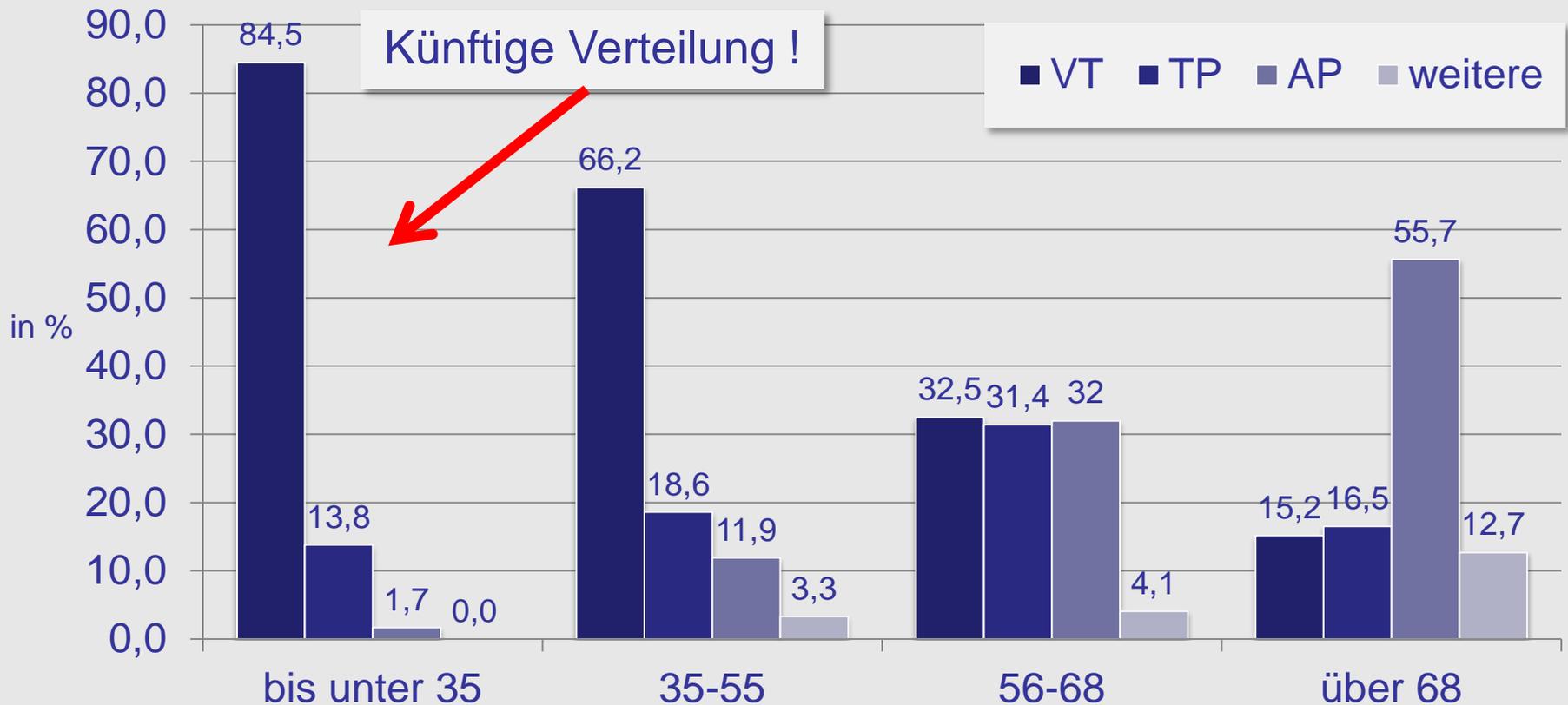
Absolventen PT-Ausbildung (IMPP)

BPtK: es werden jährlich ca. 2500 PTs benötigt, um den aktuellen Stand zu halten



Quelle: IMPP (9/2015; www.impp.de); vgl. auch Nübling et al (2010)

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



Quelle: Nübling et al. (2014b)

**Künftige Aufgaben psychotherapeutischer
Versorgungsforschung,
u.a. in Bezug auf
gesundheitspolitische Entscheidungen**

- 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 (psychotherapeutischer) 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??

Perspektiven

- mehr Daten aus der psychotherapeutischer Alltagsversorgung → Gesundheitspolitik → aktivere Rolle der PT-Kammern → u.a. Finanzierung (z.B. ergäben 20€ je Mitglied/Jahr = 800T€/Jahr)
- 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“ ... und sollte dies auch tun

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Korrespondenz:

Dr. Rüdiger Nübling



lpk Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Referat Psychotherapeutische Versorgung

Und 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.
- Badura B., Busse R., Gostomzyk J. et al. (2004) Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Situation – Handlungsbedarf - Strategien. Dtsch Med Wochenschr, 129 (14), 771-73.
- Beutel, M., Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, U. et al. (2012). Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression. Trials 13, 117:
- 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](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.
- Fydrich, 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.

Zitierte Literatur II

- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., et al. (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.
- 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.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F. et al. (2004b). Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, A 1970-1974.
- 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.
- Leichenring, F. (2004a). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of Menniger Clinic*, 68, 137-151.
- Leichenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. *JAMA*, 300, 1551-1565.
- Leichenring 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
- Melchior, H., Schulz, H., Märter, M. et al. (2014). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik. und Behandlung von Depressionen. Bertelsmannstiftung, <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/>
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenbug, 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., Kaluscha, R., Krischak, G., et al. (2015). Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation, 27, 77-94.
- 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.

Zitierte Literatur IV

- Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G. et al. (2011). Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. Dtsch Med Wochenschr 136, 2496–2500
- 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
- Schrapp M., Glaeske G., Gottwik M. et al. (2005). Versorgungsforschung - Memorandum II: "Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung". Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundheitswes., 99, 648-51.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin, Robert-Koch-Institut.
- 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 DArztebl, 109, A1981–3.
- 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, et al. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Erste Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“. *ZKPP*, 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.