

Anke Walendzik, Cornelia Rabe-Menssen<sup>1</sup>,  
Gerald Lux, Jürgen Wasem, Rebecca Jahn  
unter Mitarbeit von Christa Duncker und Nina Farrenkopf

# Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010

Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse  
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl  
für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

## Interpretation der Ergebnisse der Studie

Ausgehend von einer steigenden Bedeutung psychischer Erkrankungen für das Versorgungssystem und ausschließlich älteren Analysen über einen relativ niedrigen Versorgungsgrad im Bereich psychischer Störungen liegt es nahe, nach der Bedarfsgerechtigkeit der heutigen Versorgung dieser Erkrankungen zu fragen (Wittchen und Jacobi 2001). Dabei soll der Fokus entsprechend dem Studienthema auf der Versorgung durch ambulante Psychotherapie liegen.

In der Vergangenheit wurde dieses Thema mit verschiedenen Denkansätzen bearbeitet. Im Bereich der Regulierung der Niederlassung als Vertrags-Psychotherapeut der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegen die niedergelassenen Psychotherapeuten der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Hier handelt es sich schon vom Grundsatz um ein Instrument, das empirisch

vorgefundene Versorgungssituationen als Maßstab der Bedarfsmessung verwendet. Erst mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 wurde die Bedarfsplanungsrichtlinie auf die Psychotherapeuten angewandt. Die Verhältniszahlen bei den Psychotherapeuten entsprechen bis heute der unregulierten Angebotsituation vor dem Psychotherapeutengesetz. Die Folge ist eine sehr ungleiche regionale Verteilung der Sitze in der Bedarfsplanung (von 1 Psychotherapeuten auf ca. 2.600 Einwohner in Ballungsgebieten bis zu 1 Psychotherapeuten auf ca. 23.000 Einwohner in ländlichen Gebieten). Zur Bestimmung eines objektiven Bedarfs für eine effiziente und effektive Behandlung psychischer Störungen durch ambulante psychotherapeutische Leistungen in der deutschen Bevölkerung sind sie schwerlich tauglich.

Alternativ gab es Versuche, sich einer Bedarfsplanung für ambulant tätige Psychotherapeuten über epidemiologische Daten zu nähern (Löcherbach 2000). Dies stößt u.a. insofern auf methodische Schwierigkeiten, als psy-

chotherapeutische Verfahren zwar für die Mehrzahl der psychischen Erkrankungen als eine adäquate Behandlungsmethode anerkannt sind, aber nur schwer Aussagen getroffen werden können, welcher Behandlungsanteil ihnen etwa im Vergleich zu Pharmakotherapien zukommt und wie die Bedarfsabgrenzung zum stationären Bereich ist. Selbst wenn ein Zusammenhang zwischen Diagnose und angemessener ambulanter psychotherapeutischer Versorgung gezogen werden könnte, kommt erschwerend die Frage hinzu, welcher Anteil der so diagnostizierten Personen eine ausreichende Behandlungsmotivation für eine Psychotherapie mitbringt (Wittchen und Jacobi 2001).

Wertvoll sind insofern Studien, die weitere Anhaltspunkte für die Beurteilung der aktuellen Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie liefern können (aktuell als Patientenbefragung z.B. Albani et al. 2010).

Die Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) unter ihren Mitgliedern folgt ebenfalls dem

Leitinteresse, neue Erkenntnisse über die Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland zu gewinnen. Die in der Studie gewonnenen deskriptiven Ergebnisse über das Versorgungsangebot mit ambulanter Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten, den Zugang und die Dauer von Therapien, die Kooperation mit anderen medizinischen Leistungserbringern und die behandelten Patienten sollen deshalb im Lichte dieses Leitinteresses interpretiert werden.

Die wesentliche Fragestellung ist hier also, inwiefern Anzeichen für Unterversorgung, gegebenenfalls auch für (partielle) Über- und Fehlversorgung, festzustellen sind. Dabei sollen die Ergebnisse der Studie auf vier Ebenen diskutiert werden. Zunächst sollen die Auswertungen der Befragung bezüglich möglicher Hinweise auf allgemeine Versorgungsdefizite im Bereich der Psychotherapie in Deutschland analysiert werden. Im Weiteren soll der Fokus auf Versorgungsunterschieden zwischen verschiedenen Gruppen der Bevölkerung liegen. Zuerst sollen dabei regio-

<sup>1</sup> Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

nale Unterschiede untersucht werden, gefolgt von einer Bewertung der Versorgung von Personengruppen mit unterschiedlichen soziodemographischen Merkmalen. Zur Beurteilung der Ergebnisse der Mitgliederbefragung in diesem Sinne sollen auch aktuelle epidemiologische Daten herangezogen werden. In Hinblick auf das Ziel einer effektiven und effizienten Patientenversorgung im Bereich psychischer Erkrankungen soll ein weiterer Analyse-schwerpunkt der Grad der Vernetzung und die Kooperation der Psychotherapie im medizinischen Behandlungssystem sein. Abschließend soll diskutiert werden, was die Studienergebnisse für die zukünftige Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie aussagen könnten.

### 1. Hinweise zur Einschätzung der allgemeinen Versorgungslage im Bereich der Psychotherapie

Eine direkte Ableitung eines konkreten Psychotherapiebedarfs aus epidemiologischen Erkenntnissen ist, wie bereits aufgezeigt, mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Insofern sollen die Ergebnisse der Mitgliederbefragung zunächst daraufhin analysiert werden, welche Hinweise sie auf die allgemeine Versorgungssituation mit Psychotherapie in Deutschland geben.

Bestehende Wartezeiten gelten als ein deutlicher Indikator nicht bedarfsgerechter Versorgung bzw. von Unterversorgung. Bisherige Ergebnisse empirischer Befragungen seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes weisen auf ein deutliches Wartezeitenproblem hin. So ergibt eine Befragung von Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen vom Oktober 2000 bei Psychologischen Psychotherapeuten Wartezeiten von durchschnittlich 2,2 Monaten auf ein diagnostisches Erstgespräch und von 4,8 Monaten auf einen Therapieplatz (Zepf, Mengele und Hartmann 2001).

Die Erhebung von Wartezeiten erfolgte im Rahmen der Mitgliederbefragung der DPTV anhand einer spezifischen Frage im Fragebogen nach dem Einsatz von Wartelisten auf ein Erstgespräch

und nach der Wartezeit auf dieses Gespräch. Die Antworten deuten auf die Persistenz des Wartezeitenproblems in der Psychotherapie hin. Mit 52% führen über die Hälfte der befragten Psychotherapeuten eine Warteliste auf Erstgespräche, darüber hinaus bieten zwar 4,8% ein sofortiges Erstgespräch an, führen jedoch eine anschließende Warteliste auf einen endgültigen Therapieplatz. Lediglich 3,2% der Befragten sehen keine Notwendigkeit für den Einsatz einer Warteliste aufgrund ausreichender Kapazitäten für ein direktes Angebot eines Therapieplatzes. Die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch betrug in der untersuchten Therapeutenpopulation bei Nutzung einer Warteliste 79,2 Tage, also gut 2 Monate. Trotz regionaler Schwankungen konnte in keinem Regionstyp nach Siedlungsdichte (ländliche Region, Kleinstadt, Mittelstadt oder Großstadt) eine durchschnittliche Wartezeit unter 2 Monaten verzeichnet werden. Diese Ergebnisse liefern einen Hinweis darauf, dass die allgemeine Versorgungssituation mit Psychotherapie deutlich zur Unterversorgung tendiert, wenn man zeitnahe Behandlungsmöglichkeiten auch bei psychischer Erkrankung als Kriterium anlegt.

Ein auffälliges Ergebnis der Befragung ist auch der eher gering erscheinende Anteil von Psychotherapeuten, die IGeL anbieten, also zusätzliche Leistungen an GKV-Patienten außerhalb des von der GKV finanzierten Leistungsspektrums. Bei diesen 25,7% der befragten

Therapeuten ist außerdem die Anschlussbehandlung an die Richtlinien-therapie die häufigste angebotene Leistung. Dabei ist die am meisten genannte Begründung, IGeL nicht anzubieten (und dies in allen Regionstypen), mit 68,0% aller Angaben Kapazitätsprobleme. Auch dies weist auf einen erheblichen Versorgungsdruck hin.

Ein Teil der Fragebogenstudie befasste sich mit der Wahrnehmung von Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapien aus Sicht der Therapeuten. In diesem Zusammenhang wurde zunächst bestätigt, dass die anfänglichen probatorischen oder biographischen Sitzungen als Filter dienen bezüglich Therapiebedürftigkeit, -willigkeit und eventuell auch Passgenauigkeit des konkreten Therapeuten, denn insgesamt 13,9% aller Behandlungen wurden nach diesen Sitzungen beendet. Analysiert man die Anzahl der genehmigten Sitzungen der Richtlinien-therapie, so stellt sich heraus, dass die durchschnittlich genehmigte Anzahl von Stunden näher an den üblicherweise genehmigten Stunden einer Langzeit-therapie als einer Kurzzeittherapie liegt. Aufgrund der Abhängigkeit der jeweils genehmigungsfähigen Therapiestunden vom Fachkundenachweis des Therapeuten, ist ein grober Vergleich mit Regelzeiten für Kurz- und Langzeit-therapie nur über die nach Fachkunde differenzierten Ergebnisse möglich. In Tabelle 1 findet sich eine Übersicht über die laut G-BA genehmigungsfähigen Therapiekontingente differenziert nach

Fachkundenachweis und nach Alter der behandelten Patienten.

### 2. Hinweise auf regionale Versorgungsunterschiede

Regionale Versorgungsunterschiede können jeweils nach unterschiedlichen regionalen Merkmalen differenziert werden. Entsprechend den in der Analyse eingesetzten Untersuchungsmerkmalen sollen im Nachfolgenden zum einen mögliche Versorgungsunterschiede zwischen dem Osten und Westen Deutschlands und zum anderen bezüglich der Niederlassung der Therapeuten in Regionen unterschiedlicher Verdichtung (ländliche Region, Kleinstadt, Mittelstadt oder Großstadt) betrachtet werden.

#### 2.1 Versorgungsunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland

Wie schon einleitend bemerkt, muss die Versorgungssituation einer Erkrankung immer vor dem Hintergrund ihrer Epidemiologie betrachtet werden. Noch der Bundesgesundheitsurvey 1998 zu psychischen Störungen zeigte signifikante Unterschiede im Anteil psychisch erkrankter Erwachsener zwischen Ost- und Westdeutschland auf: so betrug die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen nach dieser Untersuchung in den alten Bundesländern 32%, in den neuen Bundesländern jedoch nur 28% (Jacobi, Hoyer, und Wittchen 2004). Im einige Jahre später durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS von 2003–2006 fanden sich

Tabelle 1:  
Genehmigungspflichtige Leistungen in der Psychotherapie laut GBA: Therapiekontingente

	Kurzzeittherapie		Langzeittherapie		Höchstgrenze in Stunden	
	Einzeltherapie	Gruppen-therapie	Einzel-therapie	Gruppen-therapie	Einzel-therapie	Gruppen-therapie
<b>Analytische Psychotherapie:</b>						
Erwachsene	25		160-240	80-120	300	150
Kinder			70-120	40-60	150	90
Jugendliche			90-140	40-60	180	90
<b>Tiefenpsychologische Psychotherapie:</b>						
Erwachsene	25	25	50-80	40-60	100	80
Kinder			70-120	40-60	150	90
Jugendliche		25	90-140	40-60	180	90
<b>Verhaltenstherapie:</b>						
Erwachsene	25		45-60	in Kombination mit Einzeltherapie	80	einschließlich Gruppentherapie
Kinder			45-60	in Kombination mit Einzeltherapie		
Jugendliche			45-60	in Kombination mit Einzeltherapie		

Quelle: eigene Berechnung in Anlehnung an Gemeinsamer Bundesausschuss 2009

keine Unterschiede in psychischen oder Verhaltensauffälligkeiten zwischen Kindern und Jugendlichen in den zwei Regionen (Lampert 2010). Es ist insofern durchaus möglich, dass sich im Zuge der Angleichung der Lebensverhältnisse in Ost und West auch die Prävalenz psychischer Erkrankungen Erwachsener näher angeglichen hat, falls sich auch hier die Veränderung der Lebensverhältnisse aktuell auswirkt; hierüber lässt sich keine aktuelle empirisch fundierte Aussage machen. Insofern lassen sich auch keinerlei spezifische epidemiologische Ergebnisse der Interpretation der Studiendaten zu Grunde legen.

Wenn wie oben der Anteil der eine Warteliste führenden Psychotherapeuten und insbesondere die Dauer der Wartezeit auf ein Erstgespräch als Indikatoren der Versorgungssituation mit Psychotherapie betrachtet werden, so ergeben sich in der Mitgliederbefragung hier keinerlei signifikante Ost-West-Unterschiede. Der geringere Anteil an Patienten, für die genehmigungspflichtige Leistungen beantragt wurden und die geringere durchschnittliche Größe des beantragten Kontingents in Stunden im Osten so wie auch der höhere Anteil der Patienten, die das für sie beantragte Therapiekontingent ausschöpfen, mögen auf einen höheren Versorgungsdruck hinweisen; es mag sich aber auch die Zusammensetzung der Patienten, die zum Therapeuten finden, aus anderen Gründen vom Westen unterscheiden. Auch der höhere Anteil an IGeL durch die westlichen Therapeuten scheint auf den ersten Blick darauf hinzudeuten, dass die Psychotherapeuten in östlichen KVn stärker durch den regionalen Versorgungsdruck bestimmt sind. Bezieht man aber die Begründungen für ein fehlendes IGeL-Angebot mit ein,

so wird klar, dass das Kapazitätsargument nicht signifikant unterschiedlich häufig von Kollegen aus Osten und Westen verwendet wird – hingegen haben die Therapeuten im Osten mit 35,6% (gegenüber 24,1% im Westen) der Angaben nach eigener Einschätzung deutlich und signifikant häufiger Patienten, die für dieses Angebot nicht bezahlen wollen oder können.

### Die durchschnittliche Wartezeit lag in allen Regionstypen über zwei Monate.

Insgesamt liefert die Auswertung der Fragebogenstudie in Bezug auf regionale Unterschiede kaum Anhaltspunkte für Differenzen im Versorgungsgrad mit Psychotherapie in Ost und West. Allerdings ist es auf Basis der Studie nicht möglich, Anteile von Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung in den zwei Teilen Deutschlands zu vergleichen.

#### 2.2 Versorgungsunterschiede nach Siedlungsstruktur am Ort der Niederlassung

Bezüglich der Epidemiologie von psychischen Erkrankungen lassen sich für Deutschland keine repräsentativen Ergebnisse über Prävalenzunterschiede nach regionaler Verdichtung nachweisen. Auch internationale Untersuchungen liefern keine übereinstimmenden Erkenntnisse (Baumeister und Härter 2007). Sehr unterschiedlich dagegen sind die entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA der Niederlassung von Psychotherapeuten zu Grunde gelegten Bedarfe: Während in Kernstädten eine Einwohner-Arzt-Relation von 2.577:1 vorgesehen ist, steigt diese für ländliche Kreise auf 23.106:1 (Kassenärztliche Bundesver-

einigung 2005). Die Bedarfsplanung folgt hierin den Relationen des Versorgungsangebots zur Zeit des Psychotherapeutengesetzes, also im Jahre 1999.

Analysiert man die Ergebnisse der Fragebogenstudie in Hinsicht auf Versorgungsunterschiede nach Siedlungsdichte, so fällt zunächst auf, dass Wartelisten auf ein Erstgespräch, wenn

nicht sofort ein Termin angeboten werden kann, am seltensten in Großstädten geführt werden. Gleichzeitig werden dort am ehesten mit und ohne Verweis auf andere Anlaufstellen anfragende Patienten abgelehnt. Dies könnte darauf hindeuten, dass Psychotherapeuten in Großstädten eher darauf vertrauen können, dass potentielle Patienten einen anderen Therapeuten finden. Stark abweichend ist je nach Region die Wartezeit auf ein Gespräch, die sich für die Patienten der Liste ergibt. Die kürzesten Wartezeiten finden sich in der Großstadt mit 62,3 Tagen. Dagegen sticht die Kleinstadt mit einer Wartezeit von 104,0 Tagen gefolgt von der Mittelstadt mit 95,6 Tagen auch gegenüber dem ländlichen Bereich mit 68,8 Tagen hervor. Dies ließe sich damit erklären, dass Klein- und Mittelstadt zusätzlich eine Versorgungsfunktion für die umliegenden ländlichen Regionen im Bereich der Psychotherapie übernehmen.

Einen weiteren Hinweis auf eine bessere Versorgungslage in der Großstadt liefert der hier höchste Anteil von Praxen mit einem IGeL-Angebot und die Tatsache, dass der Anteil der IGeL-Leistungen in multivariater Ana-

lyse signifikant mit zunehmender Siedlungsdichte am Niederlassungsort des Therapeuten steigt. Für eine mit zunehmender Siedlungsdichte relativ bessere Versorgung mit Psychotherapie könnte ebenfalls sprechen, dass, je dünner die Niederlassungsregion besiedelt ist, desto größer der Anteil der Therapeuten, die das Fehlen eines IGeL-Angebots mit Kapazitätsproblemen begründen. Als zusätzlicher Hinweis auf geringeren Versorgungsdruck in der Großstadt könnte auch das durchschnittlich deutlich höhere beantragte Therapiekontingent als in anderen Regionen gewertet werden, das ebenfalls in der Großstadt bei dem größten Patientenanteil voll ausgeschöpft wird.

Insgesamt lässt sich sagen, dass aus der Studie mehrere Anhaltspunkte für Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land insbesondere zugunsten der Großstadt abgeleitet werden können. Jedoch sind aus der Untersuchung keine Anzeichen für Überversorgung in der Großstadt festzustellen.

#### 3. Hinweise zur Versorgungslage einzelner soziodemographischer Gruppen

Im Rahmen der Befragung der DPtV-Mitglieder wurden die Psychotherapeuten auch gebeten, Angaben über demographische und sozioökonomische Merkmale ihrer Patienten zu machen. Hier sollen diese Ergebnisse im Lichte epidemiologischer Ergebnisse analysiert werden. Dabei werden zunächst Gruppen mit bestimmten demographischen Merkmalen, dann sozioökonomische Gruppen betrachtet.

### 3.1 Versorgungslage mit Psychotherapie nach Alter und Geschlecht

Je nach betroffener Altersgruppe ist es sehr unterschiedlich, ob überhaupt repräsentative epidemiologische Daten vorliegen und wie aktuell sie sind. Der schon erwähnte Bundesgesundheits-survey 1998 mit dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ basiert auf Befragungen der Bevölkerung von 18 bis 65 Jahren, Kinder und Jugendliche ebenso wie ältere Menschen wurden nicht erfasst. Die dort erhobenen Daten spiegeln die Prävalenzsituation vor 12 Jahren wider und können nur bedingt auf die heutige Zeit übertragen werden<sup>2</sup>. Von 2003 bis 2006 wurde der ebenfalls oben erwähnte Kinder- und Jugendgesundheits-survey durchgeführt, dessen Zielgruppe ausschließlich Kinder von 3 bis 17 Jahren waren.

Die epidemiologischen Ergebnisse des Bundesgesundheits-survey nach Geschlecht und den in den veröffentlichten Auswertungen verwendeten Altersklassen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Generell zeigt sich in den dargestellten Altersklassen eine bemerkenswerte Stabilität des Anteils von Menschen mit psychischen Störungen in der Bevölkerung mit einem bescheidenen Gipfel in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren und einer leichten Abnahme der 12-Monats-Prävalenz in der ältesten untersuchten männlichen Kohorte. Allerdings verändern sich die Anteile einzelner Krankheitsgruppen, so liegt z.B. der Anteil der Substanzstörungen

<sup>2</sup> In einer erneuten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland wird vom Robert-Koch-Institut von 9/2009 bis 12/2011 eine weitere Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit durchgeführt, in die diesmal auch die Altersgruppe der Menschen von 65 bis 85 Jahren einbezogen sind.

in der jüngeren Altersgruppe am höchsten (Jacobi, Klose, und Wittchen 2004). Dagegen ist ein deutlicher Unterschied in der Prävalenz psychischer Störungen zwischen den Geschlechtern zu erkennen: Frauen haben eine deutlich höhere Prävalenz entsprechender Störungen um das durchschnittlich 1,46fache. Gleichzeitig weichen auch hier die Anteile einzelner Erkrankungsgruppen ab: während Frauen z.B. häufiger depressive Störungen und Angststörungen haben, sind Männer deutlich häufiger bei den Substanzstörungen vertreten.

Der KiGGS misst Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht und unterscheidet, wie in Tabelle 3 abgebildet, zwischen in dieser Hinsicht unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Kindern und Jugendlichen.

Anders als bei den Erwachsenen mittleren Alters zeigen sich hier deutlich mehr Auffälligkeiten bei Jungen als bei Mädchen: 1,48mal so viele Jungen wie Mädchen werden hier als eindeutig auffällig klassifiziert.

Über ältere Menschen ab 65 in Deutschland liegen keine repräsen-

tativen epidemiologischen Studien über psychische Erkrankungen vor. Aus einzelnen regional begrenzten Untersuchungen wird allgemein eine psychische Erkrankungsrate von ca. 25% geschätzt (Weyerer und Bickel 2007), wobei allerdings dementielle Syndrome, denen nur begrenzt mit Psychotherapie begegnet werden kann, einen Anteil von bis zu 13,9% innehaben (Kruse et al. 2002).

Betrachtet man die Resultate der Fragebogenstudie im Licht dieser Ergebnisse, so gibt es Hinweise auf mögliche unterschiedliche Versorgungssituationen sowohl nach Altersgruppen als auch nach Geschlecht.

Unterstellt man trotz unterschiedlichen Erkrankungsspektrums einen vergleichbaren Bedarf an Psychotherapie pro erkrankter Person, so sollten in Tabelle 4, siehe Seite 14, (Vergleich Patienten: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht) in den mittleren Altersgruppen die Anteile der Patienten im Verhältnis der Anteile der jeweiligen Altersgruppen in der Bevölkerung variieren, denn der Anteil psychischer Störungen im mittleren Erwachsenenalter ist relativ gleich-

bleibend. Dies ist jedoch nicht der Fall: die Altersgruppe zwischen 41 und 50 Jahren wird im Ergebnis der Fragebogenstudie anteilig wesentlich häufiger psychotherapeutisch behandelt als ihre epidemiologisch stärker betroffenen Vorgänger (31 bis 40 Jahre). Gleichzeitig fällt der Anteil der Patienten in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 deutlich stärker ab, als es die Epidemiologie erwarten lässt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es zugangsschwerere Faktoren für bestimmte Altersgruppen von Erwachsenen zur Psychotherapie geben könnte, die unter Umständen alters- oder kohortenspezifische Hemmfaktoren gegenüber einer entsprechenden Behandlung abbilden. Ältere psychisch erkrankte Menschen könnten wegen kohortenspezifischer Tabus stärker auf Diagnose und Überweisung des Hausarztes angewiesen sein (Linden 2002). Allerdings müsste auch der Einfluss eines unterschiedlichen Krankheitsspektrums auf die geringere Inanspruchnahme von Psychotherapie durch ältere Patienten genauer untersucht werden.

Inwieweit die Relation der Patientenanteile von Kindern und Jugendlichen im

**Tabelle 2:**  
**12-Monatsprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung nach Alter und Geschlecht: Vorliegen einer untersuchten Diagnose in % im Bundesgesundheits-survey 1998**

	insgesamt	18-34 Jahre	35-49 Jahre	50-65 Jahre
Frauen	37,0%	38,0%	36,5%	36,5%
Männer	25,3%	27,4%	25,9%	22,2%

Quelle: eigene Berechnungen in Anlehnung an Jacobi, Klose und Wittchen 2004

**Tabelle 3:**  
**Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) von Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren nach Geschlecht**

nach Geschlecht	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Jungen	64,9%	17,5%	17,6%
Mädchen	73,6%	14,5%	11,9%

Quelle: eigene Berechnungen in Anlehnung an Hölling et al. 2007

Vergleich zu Erwachsenen der Epidemiologie entsprechen, lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Methodik der zwei Studien nicht beurteilen.

Trotz schwächer fundierter epidemiologischer Erkenntnisse im Bereich der älteren Menschen scheint die stark unterproportionale Teilnahme der fortgeschrittenen Altersgruppen nicht vorwiegend von der Epidemiologie getrieben zu sein. Selbst ausgehend von der Annahme, dass ein wesentlicher Anteil der Demenzerkrankungen nicht psychotherapeutisch behandelt werden kann, erklärt dies nicht den extrem geringen Anteil unter den Patienten der teilnehmenden Psychotherapeuten. Hier sind insofern Anzeichen einer deutlichen Unterversorgung zu erkennen.

Quer dazu lässt sich die Versorgungssituation, wie in Tabelle 4 über die prozentualen Angaben akzentuiert, auch differenziert nach dem Geschlecht betrachten. Trotz der deutlich höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Jungen bis 17 ist in der Stichprobenpopulation der Anteil weiblicher Patienten bis 21 Jahre deutlich höher. Dieser Umstand ist allerdings aus zwei Gründen schwierig zu interpretieren. Zum einen ist die Prävalenz in der Altersgruppe von 18–34 Jahren deutlich in Richtung der Frauen verschoben. Zum anderen dürfte aber in der Stichprobe der Effekt zusätzlich verzerrt sein, da besonders Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten innerhalb der Studienpopulation unterrepräsentiert waren. Dies dürfte zu einer Überrepräsentation der Über-18-jährigen in der untersten Altersgruppe führen und damit zu einer Verstärkung des an erster Stelle genannten Faktors. Insofern lassen sich aus der Fragebogenstudie keine empirisch sicher begründeten Hinweise auf eine unterschiedliche Versorgungslage von Jungen und Mädchen schließen.

In den mittleren Altersgruppen ist der in der Fragebogenstudie berichtete weibliche Patientenanteil deutlich höher als der männliche. Dies entspricht auf den ersten Blick einer höheren weiblichen Prävalenz an psychischen Erkrankungen. Jedoch ist das Verhältnis männlicher und weiblicher Patienten in allen erwachsenen Altersgruppen (mit

Ausnahme der sehr kleinen Gruppe der über 81jährigen) deutlich stärker in Richtung der Frauen verschoben als dies die Gesamtprävalenz erwarten ließe. Auch die Verschiebungen im Krankheitsspektrum lassen dies schwerlich vollständig erklären. Insofern deuten die Ergebnisse der Studie auf andere Hemmnisse der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch männliche Patienten hin.

Insgesamt lassen sich aus den Ergebnissen der Studie besonders deutliche Anzeichen herleiten, dass ältere Menschen und Männer einen besonders geringen Versorgungsgrad mit Psychotherapie haben.

**3.2 Versorgungslage mit Psychotherapie für sozioökonomisch definierte Bevölkerungsgruppen**

Sowohl der Bundesgesundheitsurvey 1998 als auch der Kinder- und Jugend-

gesundheitsurvey 2003–2006 wurden nach sozioökonomischen Kriterien ausgewertet. In beiden Fällen wurde hier eine Variante des sogenannten Winkler-Index zur Differenzierung von gesellschaftlichen Schichten bzw. des Sozialstatus verwendet. Es wurden Daten über das Haushaltseinkommen, schulische und berufliche Ausbildung der Betroffenen oder im Falle der Kinder und Jugendlichen ihrer Eltern und über die berufliche Stellung dieser Personen aggregiert, um darüber zu einer Einordnung in drei Schichten, die Unter-, Mittel- und Oberschicht zu gelangen (Winkler und Stolzenberg 2009). Die Ergebnisse für Erwachsene bis 65 Jahre sind in Tabelle 5, die für Kinder und Jugendliche in Tabelle 6 dargestellt.

In der Mitgliederbefragung der DPtV konnten die im Winkler-Index verwendeten Angaben nicht vollständig erfasst werden. Es liegen keine Anga-

ben über das Haushaltseinkommen der Patienten vor und die berufliche Stellung ist in einer weniger differenzierten Form erhoben worden. Dagegen liegen differenzierte Angaben für die Schulausbildung sowohl der erwachsenen Patienten als auch des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss von behandelten Kindern und Jugendlichen vor. Die berufliche Ausbildung ist nur insofern erfasst, als ein möglicher Hochschulabschluss im Rahmen der Frage nach der Schulausbildung erfasst wurde.

Bei der Auswertung der Angaben über die Schulausbildung der Patienten und ihrer Eltern wurde ein Vergleich mit dem Bildungsstand der Bevölkerung ab 15 Jahren durchgeführt, der auf eine deutlich geringere Repräsentanz von Patienten aus niedrigeren Bildungsschichten als in der Gesamtbevölkerung hinwies (vgl. Tabelle 7). Ausnahme waren Eltern von behandelten Kindern

**Tabelle 4: Vergleich der Anteile w/m Patienten der Stichprobenpopulation mit der Gesamtbevölkerung**

	Stichprobe <sup>1,2</sup>		Gesamtbevölkerung Stichtag 31.12.2008 <sup>1,3</sup>					
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich		
21 Jahre	1.785	56,68%	1.364	43,32%	8.581.934	48,73%	9.028.700	51,27%
22-30 Jahre	3.455	74,90%	1.158	25,10%	4.364.947	49,31%	4.486.896	50,69%
31-40 Jahre	4.856	73,51%	1.750	26,49%	5.263.443	49,16%	5.443.615	50,84%
41-50 Jahre	5.737	71,58%	2.278	28,42%	6.778.433	49,00%	7.055.559	51,00%
51-60 Jahre	3.509	71,54%	1.396	28,46%	5.513.632	50,16%	5.479.104	49,84%
61-70 Jahre	1.078	75,76%	345	24,24%	4.887.890	51,75%	4.556.978	48,25%
71-80 Jahre	292	75,45%	95	24,55%	3.957.662	56,19%	3.085.174	43,81%
81-90 Jahre/ 81 Jahre <sup>4</sup>	34	35,05%	63	64,95%	2.470.132	70,21%	1.048.257	29,79%

<sup>1</sup> Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet  
<sup>2</sup> Stichprobe weiblich N=20.746 / männlich N=8.449  
<sup>3</sup> Gesamtbevölkerung weiblich N=41.818.073 / männlich N=50.184.283  
<sup>4</sup> Diese Altersklasse umfasst für die Gesamtbevölkerung Personen im Alter 81 Jahre

Quelle: eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt 2010

**Tabelle 5: 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung nach Schichtzugehörigkeit: Vorliegen einer untersuchten Diagnose in % im Bundesgesundheitsurvey 1998**

	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Schichtzugehörigkeit	37%	31%	27%

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Jacobi und Harfst 2007

**Tabelle 6: Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) von Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren nach Sozialstatus**

nach Sozialstatus	unauffällig	grenzwertig	auffällig
niedriger	59,2%	19,4%	21,4%
mittlerer	70,7%	15,6%	13,7%
hoher	76,7%	13,2%	10,1%

Quelle: Hölling et al. 2007



Anke Walenzik

Diplom-Volkswirtin, arbeitet und forscht seit 2005 am Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Sie leitet mit Dr. Rebecca Jahn den Arbeitsbereich „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung“.



Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Weiterbildung Psychosoziale Onkologie und Gesundheitsökonomie. Wissenschaftliche Referentin der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung.



und Jugendlichen ohne Schulabschluss, die vergleichbar dem Anteil entsprechender Personen in der Bevölkerung repräsentiert waren.

Bezieht man aber die epidemiologischen Ergebnisse bezüglich des Einflusses sozioökonomischer Faktoren auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen in die Interpretation mit ein, so ergeben sich Hinweise auf eine noch deutlichere Unterversorgung von Personengruppen mit niedrigem Bildungsstand, d.h. mit Hauptschulabschluss oder darunter, bzw. von Kindern, deren Eltern einen entsprechenden Abschluss vorweisen. Dagegen erscheint die Versorgungslage von Erwachsenen mit höheren Bildungsabschlüssen (ab Fachhochschulreife) und Kindern von Elternteilen mit entsprechenden Abschlüssen deutlich besser.

Auch die Auswertung der beruflichen Stellung von Patienten bzw. Elternteilen in der Fragebogenstudie stützt weitgehend die Annahme, dass Angehörige niedriger Sozialschichten unterdurchschnittlich mit Psychotherapie versorgt

sind. Während bei den Elternteilen der behandelten jungen Patienten der Arbeiteranteil noch etwa dem in der Bevölkerung entspricht (nicht aber einem angenommenen höheren Bedarf in niedrigeren Bevölkerungsschichten), liegt dieser bei erwachsenen Patienten weit darunter (6,7% Arbeiteranteil an den behandelten Patienten im Vergleich zu 18,6% an der Gesamtbevölkerung). Bei den Eltern behandelter Kinder und Jugendlicher sind außerdem Beamte und Selbständige weit überrepräsentiert. Hier ist es allerdings schwieriger, eine Schichtzuordnung vorzunehmen, da beide beruflichen Stellungsangaben intern breit differenziert werden können – insofern ist eine Interpretation dieser Ergebnisse aus epidemiologischer Sicht schwierig.

Zusammenfassend lassen sich aus den Ergebnissen der Fragebogenstudie deutliche Anhaltspunkte herleiten, dass sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen aus unteren sozialen Schichten die Unterversorgung mit Psychotherapie stark ausgeprägt ist. Die Art der Zugangsbarrieren oder

auch persönlicher Hemmschwellen zur psychotherapeutischen Versorgung sollte weiter analysiert und gezielt abgebaut werden.

#### 4. Hinweise zur zukünftigen Versorgungslage mit Psychotherapie

Anhaltspunkte für die zukünftige Entwicklung der Versorgungslage mit Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten lassen sich aus den Studienergebnissen gewinnen, wenn Trends in den jüngeren Altersgruppen herausgearbeitet werden.

Das Studium der Psychologie ist seit geraumer Zeit eher weiblich besetzt (das Gleiche gilt für das Studium der Sozialpädagogik und Sozialarbeit als eine wesentliche Basisausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Entsprechend ist unter den jeweils berufstätigen Absolventen der Psychologie ein Übergewicht von Frauen (63% Frauen in 1998) festzustellen (Hoff et al. 2005). Unter den Studierenden der Psychologie stieg der Anteil der Frauen zwischen den 70er

und den 90er Jahren von etwa 55% auf ca. 75% (Hoff et al. 2005). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der DPTV-Studie bezüglich der Psychologischen Psychotherapeuten (die ja zumindest im Bereich der Psychotherapie von Erwachsenen ausnahmslos ein psychologisches Studium absolviert haben müssen) wider. Je jünger die Altersgruppe in der Studienpopulation, umso höher der Anteil an Psychotherapeutinnen. Ein höherer Anteil an männlichen Therapeuten hingegen findet sich lediglich in den Altersgruppen ab 51 Jahren. Dies lässt auf einen deutlich steigenden Frauenanteil unter den berufstätigen Psychotherapeuten in den kommenden Jahren schließen, insbesondere wenn die große Altersgruppe der jetzt 51–60jährigen aus dem Beruf ausscheidet. Um die derzeitigen Psychotherapeutenplätze wieder zu besetzen, ist hier mit einem enormen Ersatzbedarf zu rechnen.

Die Studienergebnisse zeigen jedoch, dass die wöchentlich angebotenen Therapiestunden durch Psychotherapeutinnen mit 23,0 Stunden signifikant unter der ihrer männlichen Kollegen mit 28,1 Stunden liegen, was einer Arbeitszeit der Frauen von 34,1 Stunden und der Männer von 41,6 Stunden entspricht. Dies mag u.a. auf unterschiedlichen Beteiligungsmustern an der Familienarbeit beruhen. Sollten diese Muster beibehalten werden (dies könnte auch abhängig sein z.B. vom außerfamiliären Kinderbetreuungsangebot), so wäre der Ersatzbedarf an Psychotherapeuten in den kommenden Jahren noch deutlich höher, als es die Zahlen der ausscheidenden Psychotherapeuten erwarten lassen. Hier stellt sich die Frage, ob und mit welchen Maßnahmen die Bedarfsplanung auf diesen Umstand reagieren wird.

Tabelle 7: Gegenüberstellung des Bildungsstandes der Patientenpopulation mit der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren

Bildungsstand	Erwachsene Patienten <sup>1,2</sup>		Elternteil von behandelten Kindern <sup>1,3</sup>		Bevölkerung ab 15 Jahren in 1.000 (Mikrozensus 2007) <sup>1,4</sup>	
ohne Abschluss <sup>5</sup>	998	3,4%	204	7,3%	5.313	7,5%
Hauptschulabschluss	5.802	19,8%	696	21,2%	28.477	40,4%
Mittlere Reife/ Realschulabschluss	9.320	32,1%	916	32,0%	19.466	27,6%
Fachhochschul-/Hochschulreife <sup>6</sup>	7.472	24,5%	565	18,1%	8.135	11,5%
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	5.569	19,1%	515	19,9%	8.735	12,4%
Unbekannt/Sonstiges	433	1,0%	73	1,6%	370	0,5%

<sup>1</sup> Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet  
<sup>2</sup> erwachsene Patienten N=29.594  
<sup>3</sup> Elternteile mit dem höchsten Bildungsabschluss von behandelten Kindern N=2.969  
<sup>4</sup> Bildungsstand der Bevölkerung ab dem 15 Lebensjahr N=70.496.000  
<sup>5</sup> Unter ohne Abschluss wurden Personen ohne Abschluss und mit einem Sonderschulabschluss zusammengefasst  
<sup>6</sup> Unter Fachhochschul/ Hochschulreife wurden Personen mit Fachhochschulreife und Abitur zusammengefasst

Quelle: eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt 2008



Gerald Lux

Diplom-Kaufmann, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Tätig in den Bereichen Gesundheitspolitik, Gesundheitssystemforschung und Versorgungsforschung, Schwerpunkt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich.



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Er ist Unparteiischer Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt.



Weiterhin zeigen die Ergebnisse, sofern sie nicht verzerrt sind durch die spezifische Befragungspopulation über die DPtV, in den jüngeren Altersgruppen höhere Anteile an Psychotherapeuten mit verhaltenstherapeutischer Fachkunde. Dies könnte aufgrund der niedrigeren genehmigungsfähigen Stundenanzahl der Richtlinientherapie, die sich auch empirisch in der Studie niederschlägt, zu einem entlastenden Effekt führen. Zur weiteren Beurteilung dieses Effekts müssten jedoch Überlegungen angestellt werden, welcher Bedarf nach welchen Therapieformen jeweils besteht.

Jüngere Psychotherapeuten zeigen weiterhin eine stärkere Tendenz zur Abweichung von der bisher noch überwiegenden Einzelpraxis hin zu mehr Gemeinschaftspraxen). Durch stärkere Vernetzung könnten hier sowohl positive qualitative Effekte entstehen als auch Zeitersparnisse durch erleichterten professionellen Austausch.

Die insgesamt aufgrund des Übergewichts älterer Psychotherapeuten entstehenden Aussichten auf gravierende Veränderungen innerhalb der Berufsgruppe sollten, auch gestützt durch die Ergebnisse der Umfrage, Gegenstand weiterer gesundheitspolitischer Überlegungen zur Bedarfsplanung und -deckung sein.

### 5. Vernetzung und Kooperation der ambulanten Psychotherapie im medizinischen Behandlungssystem

Vernetzung und Kooperation in der psychotherapeutischen Versorgung erscheinen aus verschiedenen Gründen als interessantes Thema: So geschieht die Versorgung psychisch kranker

Menschen generell oft in mehreren Institutionen, schon alleine deshalb, weil eine begleitende medikamentöse Therapie der Verschreibung durch einen niedergelassenen Arzt, sei es der Hausarzt oder ein Psychiater, bedarf. Auch sind für viele psychische Erkrankungen Wechsel zwischen stationären und ambulanten Behandlungsphasen typisch, was auch zu einer Anzahl von Projekten der integrierten Versorgung in diesem Bereich geführt hat (Amelung et al. 2010). Des Weiteren sind Psychologische Psychotherapeuten mit dem Jahre 1999 erst relativ spät als selbständige vertragsärztliche Leistungserbringer ins System gekommen, so dass sich hier noch Friktionen in der Zusammenarbeit bemerkbar machen könnten.

In der vorliegenden Studie zielten drei Komplexe des eingesetzten Fragebogens auf die Kooperation mit anderen Leistungserbringern. Zunächst wurden Zuweisungswege der Patienten erfragt. Auffällig ist hier ein relativ niedriger Anteil von Zuweisungen aus dem ärztlichen System von insgesamt nur 52% der Patienten, über die Angaben gemacht wurden. Dagegen gelangten 39% der Patienten per Selbstzuweisung oder über Freunde oder Bekannte zur Psychotherapie. Diese Patienten haben entweder keine weiteren Arztbesuche vorgenommen, oder ihr Psychotherapiebedarf kam nicht zur Sprache und/oder wurde nicht erkannt. Für einen deutlichen Anteil der zweiten Begründung zumindest in Bezug auf Hausarztkontakte sprechen Untersuchungsergebnisse, die in nur 8,4% der Fälle, in denen Patienten ihren Hausarzt wegen psychischer Probleme besuchen, eine entsprechende Diagnose seitens des Hausarztes feststellen (Böcken, Braun, und Landmann 2009).

Dies weist auf Aufklärungs- und Fortbildungsbedarf bezüglich der Diagnose psychischer Erkrankungen hin.

Deutlich ist auch ein höherer Anteil ärztlicher Zuweisungen durch Haus- und Kinderärzte in den östlichen KVen zu erkennen. Hieraus lässt sich jedoch nicht unmittelbar auf eine bessere Kooperation von Ärzten und Psychotherapeuten in den östlichen Bundesländern schließen. Grund dafür könnte auch ein höherer Anteil deutlich als psychisch krank zu erkennender Patienten beim Hausarzt sein, in Verbindung mit unterschiedlichen Kommunikations- und Umgangsgewohnheiten mit psychischen Beeinträchtigungen im privaten Bereich.

Zum Zweiten wurde nach der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen wie IV-Verträgen, anderen Selektivverträgen und auch der Teilnahme an DMP gefragt, die die psychotherapeutische Arbeit in der Regel in größere Kooperationszusammenhänge einbinden. Es fiel auf, dass die Einbindung von Psychotherapeuten hier noch recht selten war und oft regional sehr unterschiedlich. So sticht im Rahmen der Teilnahme an DMP Bayern stark hervor, wo die psychoonkologische Betreuung seit 2008 für alle Patientinnen angeboten wird (Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2008). Dies weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit im Rahmen besonderer Versorgungsformen stark von der Aktivität lokaler Akteure wie Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen abhängt.

Ein weiterer größerer Fragenkomplex richtete sich direkt auf die stattgefundene Kooperation der befragten Psychotherapeuten mit Hausärzten/ Kinderärzten und mit Psychiatern bzw. Nervenärzten. Ein Schwerpunkt dabei

war die Eruiierung der Zufriedenheit in den einzelnen Patientenfällen in Bezug auf verschiedene Aspekte der Kooperation.

Die Antworten zu diesem Fragenkomplex bieten insgesamt ein eher positives Bild der Kooperation, sowohl was die hohe Anzahl generell stattgefundener Kooperationen im Vergleich zu der Zahl der notwendigen angeht, als auch den Grad der Zufriedenheit mit der Kooperation betreffend. Den geringsten Grad an Zufriedenheit erreichte die Kooperation mit den Hausärzten bezogen auf die Medikation der Patienten mit 75,8%, im Übrigen nicht signifikant unterschiedlich zwischen Ost und West. In diesem Zusammenhang mag sich ebenfalls ein gewisser Fortbildungsbedarf über die gegenseitige Arbeitsweise manifestieren. Allerdings sind die Psychotherapeuten nur bei 79,9% der Patienten zufrieden mit der diesbezüglichen Kooperation mit Psychiatern und Nervenärzten, so dass sich ein Teil der Unzufriedenheit auch aus unterschiedlichen behandlerischen Einstellungen zur Medikation psychischer Erkrankungen erklären mag. Insgesamt ist die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Fachärzten aber in allen Aspekten etwas höher. Auffällig ist der relativ hohe Grad an Unzufriedenheit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der Medikation durch die Haus- und Kinderärzte von 34,1%, der auf besondere Abstimmungsprobleme bei Kindern deutet. Angegebene Verbesserungsvorschläge der teilnehmenden Therapeuten beziehen sich im Schwerpunkt auf häufigeren und aktiveren Kontakt mit allen Arztgruppen.

Integrierte Versorgungskonzepte sind angetreten mit dem Ziel besserer Koordination zwischen den Leistungserbrin-



Dr.  
Rebecca Jahn

arbeitet/forscht am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen. Schwerpunkt Gesundheitspolitik, Gesundheitssystemforschung, Versorgungsforschung, Health Technology Assessment, systematische Reviews. Leitung Arbeitsbereich „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung“ mit A. Walendzik.



gern der angeschlossenen Sektoren. Ihr Anteil an der Versorgung ist, wie auch aus der Umfrage ersichtlich, noch ziemlich gering. Es ist jedoch erstaunlich, dass sich die Kooperationszufriedenheit der Fragebogenpopulation in IV-Verträgen in wesentlichen Aspekten kaum von der nur im Rahmen des Kollektivvertrags tätiger befragter Kollegen unterscheidet. Nur bezüglich eines Kooperationsaspektes, nämlich der Kooperation mit Fachärzten bei der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung durch Fachärzte, konnte für die Therapeuten in IV-Verträgen ein signifikant höherer Anteil positiver gewerteter Kooperationen verzeichnet werden. Dies mag daran liegen, dass gerade die Veränderung des stationären Einweisungsgeschehens meist zu den wesentlichen Zielen dieser IV-Projekte zählt und insofern im Fokus vieler IV-Projekte steht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Zuweisungsprozesse zur Psychotherapie insbesondere durch die Hausärzte noch Potenzial zur Optimierung aufweisen. Die Kooperation bei Behandlungsfällen erscheint schon relativ positiv, jedoch ist ein Verbesserungsbedarf besonders im Bereich der Medikation und dort mit einem weiteren Schwerpunkt auf der Medikation psychisch erkrankter Kinder zu erkennen.

### Fazit

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Mitgliederbefragung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung bieten, trotz ihrer Beschränkung auf die Leistungserbringergruppe der nicht ärztlichen Psychotherapeuten, einen umfassenden Einblick in die psychotherapeutische Versorgungsrealität in Deutschland. Zusammenfassend lassen sich die folgenden Punkte festhalten:

1. Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung der DPTV insbesondere im Bereich der Wartezeiten deuten auf eine allgemeine Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie hin, die in Richtung Unterversorgung tendiert.
2. Aus der Sicht der Psychotherapeuten gibt es eine beträchtliche Anzahl von Patienten, für die das Höchstkontingent an Richtlinienpsychotherapie nicht ausreichend ist. Der Umfang, die Problemlage und der Leistungsbedarf dieser Patientengruppe sollte in weiteren Studien untersucht werden. Darauf aufbauend sollte überprüft werden, ob der Leistungskatalog in der ambulanten Psychotherapie für die Versorgung dieser Patientengruppe genügend flexibel ausgestaltet ist.
3. Es gibt deutliche Hinweise auf Versorgungsunterschiede mit ambulanter Psychotherapie zwischen Stadt und Land bzw. zwischen Regionen unterschiedlicher Siedlungsdichte zugunsten der Großstadt. Jedoch sind aus der Untersuchung keine Anzeichen für eine generelle Überversorgung in der Großstadt abzuleiten. Es stellt sich die Frage, welche Rolle eine nach Siedlungsdichte sehr unterschiedliche Bedarfsplanung hier ursächlich spielt.
4. Psychische Störungen werden in unterschiedlichen demographischen Gruppen unterschiedlich im Rahmen ambulanter Psychotherapien versorgt. Besonders in Bezug auf ältere Menschen über 65 Jahren und auf Männer lässt sich aus den Studienergebnissen im Vergleich mit epidemiologischen Daten eine deutliche Unterversorgung mit Psychotherapie vermuten. Geschlechts-, alters- und kohortenspezifische Zugangshemmnisse sollten hier genauer untersucht und eventuell Zuweisungswege an spezifische Hemmschwellen angepasst werden. Hier erscheint insbesondere die Fortbildung der Hausärzte über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten wichtig.
5. Obwohl niedrigere soziale Schichten aus epidemiologischer Sicht anteilig stärker von psychischen Erkrankungen betroffen sind, schlägt sich dies in der Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen nicht entsprechend nieder; im Gegenteil ist ihr Anteil an den Patienten unterdurchschnittlich. Zur Veränderung dieser Situation wäre auch hier eine genauere Analyse der Zugangshemmnisse und darauf aufbauend eine gezielte Verbesserung der Zuweisungszusammenhänge sinnvoll.
6. Die Studie bestätigt ein hohes Durchschnittsalter der praktizierenden Psychotherapeuten; ca. 57% sind über 50 Jahre alt. Gleichzeitig ist in den jüngeren Therapeutengruppen ein weiter steigender Frauenanteil mit im Schnitt geringerem Angebot an Therapiestunden festzustellen. Insofern ist in den nächsten 15 Jahren ein starker Ersatzbedarf zu erwarten. Es wäre dabei zu untersuchen, inwieweit die Regelungen der Bedarfsplanung unter den Bedingungen der verstärkten Feminisierung der Berufsgruppe angepasst werden müssen.
7. Zuweisungswege zur Psychotherapie laufen nur bei etwa der Hälfte der behandelten Patienten über das medizinische System. Verbessertes Wissen um psychische Erkrankungen besonders bei Hausärzten und eine Stärkung der Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Ärzten könnten zur Verbesserung des Zugangs zur Psychotherapie für alle Betroffenen beitragen.
8. Die Teilnahme der Psychotherapeuten an besonderen Versorgungsformen ist noch gering und stark abhängig von regionalen Initiativen z.B. von einzelnen KVen. Hier könnte auch ein Potential für eine bessere Zusammenarbeit mit dem medizinischen Modell liegen.

## Es deutet sich eine Unterversorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen aus unteren sozialen Schichten an.



### Literaturhinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).