

Studie

EIN JAHR NACH DER REFORM DER PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE

WARTEZEITEN 2018

11.04.2018

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Zentrale Zahlen und Aussagen..... | 3 |
| 2 | Einleitung: Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie..... | 4 |
| 3 | Ergebnisse..... | 5 |
| 3.1 | Psychotherapeutische Sprechstunde..... | 5 |
| 3.1.1 | Wartezeiten..... | 5 |
| 3.1.2 | Zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle..... | 9 |
| 3.1.3 | Akutbehandlung..... | 11 |
| 3.1.4 | Weitervermittlung in Richtlinienpsychotherapie gelingt nicht..... | 12 |
| 3.1.5 | Terminservicestellen..... | 13 |
| 3.2 | Behandlung (Richtlinienpsychotherapie)..... | 14 |
| 3.2.1 | Wartezeiten..... | 14 |
| 3.2.2 | Falsche Annahmen der Bedarfsplanung..... | 19 |
| 3.2.3 | Steigender Bedarf an Psychotherapie..... | 21 |
| 3.2.4 | Weniger Behandlungsstunden durch Sprechstunde und Akuttherapie..... | 22 |
| 3.2.5 | Zunahme der Behandlungsplätze..... | 23 |
| 3.3 | Kurzzeittherapie..... | 24 |
| 3.4 | Rezidivprophylaxe..... | 26 |
| 3.5 | Gruppenpsychotherapie..... | 26 |
| 4 | BPtK-Forderungen..... | 30 |
| 4.1 | Reform der Bedarfsplanung..... | 30 |
| 4.2 | Kurzfristig: Terminservicestellen sollen in Privatpraxen vermitteln..... | 34 |
| 4.3 | Stückelung der Kurzzeittherapie aufheben..... | 34 |
| 4.4 | Eigene Leistungen für die Rezidivprophylaxe schaffen..... | 34 |
| 4.5 | Gruppenpsychotherapie fördern..... | 34 |
| 4.6 | Prävention stärken..... | 35 |
| 5 | Zusammenfassung..... | 36 |
| 6 | Methodik..... | 37 |
| 6.1 | Befragung von Psychotherapeuten..... | 37 |
| 6.2 | Rücklauf..... | 37 |
| 6.3 | Abfrage bei Kassenärztlichen Vereinigungen..... | 38 |
| 7 | Literatur..... | 39 |

1 Zentrale Zahlen und Aussagen

Zentrale Zahlen:

- Wartezeit auf Sprechstunde: 5,7 Wochen
- Wartezeit auf Akutbehandlung: 3,1 Wochen
- Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie:
 - Durchschnitt: 19,9 Wochen
 - Berlin: 13,4 Wochen
 - Saarland: 23,6 Wochen
 - Ruhrgebiet 29,4 Wochen
- Terminservicestelle:
 - Sprechstunde: 2,9 Wochen
 - Richtlinienpsychotherapie: erst 2018 zuständig

Zentrale Aussagen:

- Sprechstunde als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle angenommen.
- Wartezeiten auf Behandlung noch erheblich zu lang.
- Wartezeiten außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet besonders lang.
- Psychische Erkrankungen in der Stadt und auf dem Land fast gleich häufig.
- Zahl der Psychotherapeuten je Einwohner außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet deutlich geringer als in Großstädten.
- Rund 7.000 psychotherapeutische Praxissitze zusätzlich erforderlich, um Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie insbesondere außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet zu verkürzen.
- In Zukunft: Weiter steigende Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung zu erwarten. Bisher fragen erst 20 Prozent der psychisch kranken Menschen professionelle Hilfe nach. Entstigmatisierung zunehmend erfolgreich.
- Terminservicestellen: Sprechstunde und Akutbehandlung der häufigste Grund für Anfragen bei Terminservicestellen; Bedarf an Terminvermittlung wird erheblich steigen, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig auch für die Vermittlung von dringender Richtlinienpsychotherapie zuständig sind.

2 Einleitung: Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Seit dem 1. April 2017 gilt die reformierte Psychotherapie-Richtlinie. Psychotherapeuten sind seither verpflichtet, eine Sprechstunde anzubieten, und können Patienten in akuten psychischen Krisen eine Akutbehandlung anbieten. Ziel der Reform war es, dass Patienten schneller einen ersten Termin beim Psychotherapeuten erhalten und kurzfristig abgeklärt werden kann, wie ihre psychischen Beschwerden einzuschätzen sind und ob eine Behandlung notwendig ist. Insbesondere die Krankenkassen behaupteten seit Jahren, dass sich durch kurzfristige Termine für ein Erstgespräch auch die Wartezeiten auf eine Behandlung verringern lassen.

Durch die Sprechstunde wurden auch die beratenden und präventiven Aufgaben von Psychotherapeuten deutlich erweitert. Ebenso können jetzt Psychotherapeuten akut kranken Menschen in Krisensituationen, die nicht auf eine Richtlinienpsychotherapie warten können, kurzfristig helfen. Beides waren wichtige Ergänzungen des bisherigen psychotherapeutischen Leistungsangebots. Dass jedoch allein durch eine frühzeitigere Beratung und Koordination nicht mehr Behandlungsplätze entstehen, war von vornherein absehbar. Das größte Problem in der ambulanten Psychotherapie, der Mangel an Praxen, blieb aus Sicht der Psychotherapeutenkammern nach wie vor ungelöst.

Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie sollten auch Gruppenpsychotherapien gefördert und chronisch kranke Patienten besser versorgt werden. Beides waren sicherlich richtige Ziele, aber die geänderten Regelungen beinhalten vor allem bürokratischen Ballast. Schließlich sollten auch das Antrags- und Genehmigungsverfahren vereinfacht werden. Diesem Ziel widersprach allerdings eklatant die neue Stückelung der Kurzzeittherapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte mit der Richtlinienänderung auch eine Evaluation seiner Reform beschlossen – allerdings erst in fünf Jahren. Psychisch kranke Menschen warten jedoch inzwischen schon seit Jahrzehnten auf eine angemessene Versorgung und dürfen nicht weitere Jahre vertröstet werden. Aus Sicht der Psychotherapeutenkammern ist es deshalb erforderlich, schon deutlich früher zu wissen, welche Effekte die Reform hat.

Deshalb haben die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und die Landespsychotherapeutenkammern das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) beauftragt, im November 2017 eine Onlinebefragung der Vertragspsychotherapeuten zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie durchzuführen. Ein Jahr nach dem Inkrafttreten der Reform liegen erstmals Daten dazu vor, wie sich die Reform auf die psychotherapeutische Versorgung ausgewirkt hat und wie sie weiterentwickelt werden sollte.

3 Ergebnisse

3.1 Psychotherapeutische Sprechstunde

3.1.1 Wartezeiten

Nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie warten Patienten knapp sechs Wochen auf einen ersten Termin beim Psychotherapeuten, wenn sie in einer Praxis anfragen (Tabelle 1). Damit konnte die Wartezeit auf ein erstes Gespräch zur Diagnostik und Beratung deutlich verringert werden. Diese Wartezeit betrug 2011 noch durchschnittlich drei Monate (BPtK, 2011). Ein wichtiges Ziel der Reform, einen schnelleren ersten Termin beim Psychotherapeuten zu ermöglichen, konnte somit eindeutig erreicht werden. Die hohe Standardabweichung ($SD = 7,6$) verdeutlicht allerdings, dass sich die Wartezeiten in den einzelnen psychotherapeutischen Praxen ganz erheblich unterscheiden.

Tabelle 1: Wartezeiten auf Sprechstunde oder Erstgespräch

| | 2011 | 2017 |
|--|-------------|-----------|
| | MW (SD) | MW (SD) |
| Durchschnittliche Wartezeit auf Erstgespräch (2011) bzw. 1. Termin Sprechstunde (2017) bei direkter Anfrage in der Praxis in Wochen | 12,5 (13,6) | 5,7 (7,6) |
| MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung | | |

Quelle: BPtK, 2018

In einer Praxis für Kinder und Jugendliche warten Patienten durchschnittlich knapp fünf Wochen (4,8) auf ein erstes Gespräch. Die Wartezeit ist damit um etwa eine Woche kürzer als in Praxen, die Erwachsene behandeln (6,0 Wochen).

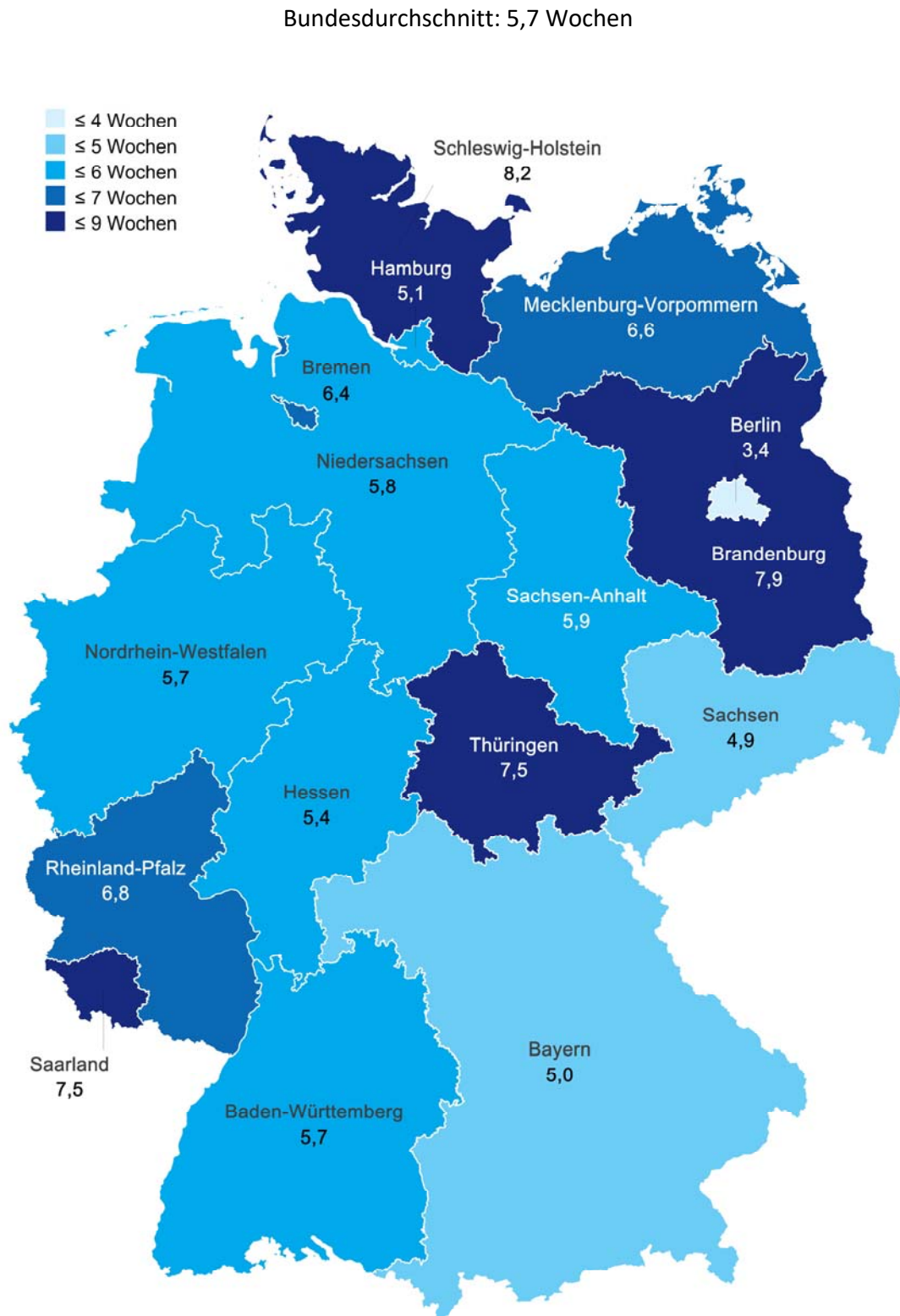
Insgesamt führen knapp 70 Prozent der Psychotherapeuten ein erstes Gespräch mit ihren Patienten durchschnittlich innerhalb von vier Wochen durch (Tabelle 2). Das einzige Bundesland, das diese Vierwochenfrist im Durchschnitt einhält, ist allerdings Berlin. Im Saarland warten Patienten dagegen fast acht Wochen (Abbildung 1, Tabelle 3). Auch der Anteil der Patienten, der noch viel zu lange (über 3 Monate) auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten wartet, liegt nun mit 8,5 Prozent deutlich unter dem Anteil von 31,5 im Jahr 2011 (Tabelle 2).

Tabelle 2: Akzeptable oder zu lange Wartezeiten auf Erstgespräch

| Wartezeit auf 1. Termin in der Sprechstunde bzw. Erstgespräch | 2011 | 2017 |
|--|------|------|
| | % | % |
| Anteil unter 4 Wochen bei Zugang über die Praxis des Psychotherapeuten | | 68,6 |
| Anteil über 3 Wochen | 71,9 | 45,6 |
| Anteil über 3 Monate | 31,5 | 8,5 |

Quelle: BPtK, 2018

Abbildung 1: Durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde



Quelle: BPtK, 2018

Tabelle 3: Wartezeiten nach Bundesländern

| | Durchschnittliche Wartezeit auf 1. Termin Sprechstunde in Wochen | | Anteil unter 4 Wochen % |
|------------------------|---|------|----------------------------|
| | MW | SD | |
| Baden-Württemberg | 5,7 | 8,3 | 72,1 |
| Bayern | 5,0 | 6,0 | 70,7 |
| Berlin | 3,4 | 4,2 | 85,7 |
| Brandenburg | 7,9 | 11,0 | 56,1 |
| Bremen | 6,4 | 10,3 | 70,6 |
| Hamburg | 5,1 | 6,2 | 69,9 |
| Hessen | 5,4 | 6,6 | 72,3 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 6,6 | 9,1 | 60,5 |
| Niedersachsen | 5,8 | 7,6 | 67,8 |
| Nordrhein-Westfalen | 5,7 | 7,3 | 67,9 |
| Rheinland-Pfalz | 6,8 | 8,6 | 61,7 |
| Saarland | 7,5 | 11,4 | 64,8 |
| Sachsen | 4,9 | 5,1 | 68,2 |
| Sachsen-Anhalt | 5,9 | 7,6 | 69,3 |
| Schleswig-Holstein | 8,2 | 9,9 | 53,2 |
| Thüringen | 7,5 | 8,5 | 51,5 |

Quelle: BPtK, 2018

Während die durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde in Großstädten (Kreistyp 1) bei knapp über einen Monat liegt, müssen Patienten insbesondere in Kreistyp 3 (stark mitversorgt) und Kreistyp 4 (mitversorgt) mit deutlich längeren Wartezeiten rechnen (Tabelle 4). Hier liegt die durchschnittliche Wartezeit bei knapp sieben Wochen. Mit 38,4 Prozent ist der Anteil der Patienten, die länger als vier Wochen auf einen ersten Termin in der Sprechstunde warten im Ruhrgebiet (Kreistyp 6) besonders hoch. Dieser Anteil liegt in Kreistyp 1 dagegen nur bei 24,7 Prozent.

Tabelle 4: Wartezeiten nach Kreistypen

| Kreistyp | Durchschnittliche Wartezeit auf 1. Termin Sprechstunde in Wochen | | Anteil unter 4 Wochen |
|----------|--|------|-----------------------|
| | MW | SD | % |
| 1 | 4,7 | 6,1 | 75,3 |
| 2 | 6,1 | 8,3 | 66,7 |
| 3 | 6,9 | 10,0 | 66,0 |
| 4 | 6,8 | 8,4 | 60,7 |
| 5 | 5,9 | 7,3 | 65,3 |
| 6 | 6,8 | 8,2 | 61,6 |

1 = stark mitversorgend; 2 = mitversorgt und mitversorgend; 3 = stark mitversorgt; 4 = mitversorgt; 5 = eigenversorgt; 6 = polyzentrischer Verflechtungsraum (Ruhrgebiet)

Quelle: BPtK, 2018

3.1.2 Zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle

Dank der Sprechstunde sind psychotherapeutische Praxen bereits nach einem halben Jahr eine zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für psychisch kranke Menschen geworden. Sie erfahren viel schneller als früher, wie ihre psychischen Beschwerden einzuschätzen sind.

Etwa jeder zehnte Ratsuchende (9,3 %), der einen Termin in einer psychotherapeutischen Sprechstunde erhält, leidet nicht an einer psychischen Erkrankung. Fast 20 Prozent (17,9 %) bekommen psychosoziale Angebote wie beispielsweise Hilfen in Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Präventionsangebote empfohlen.

Durch die psychotherapeutische Sprechstunde hat sich in den ersten sechs Monaten auch bereits das Spektrum der Patienten, die einen ersten Termin verabreden, verändert. Ein Viertel der Psychotherapeuten gibt an, dass die Sprechstunde häufiger von

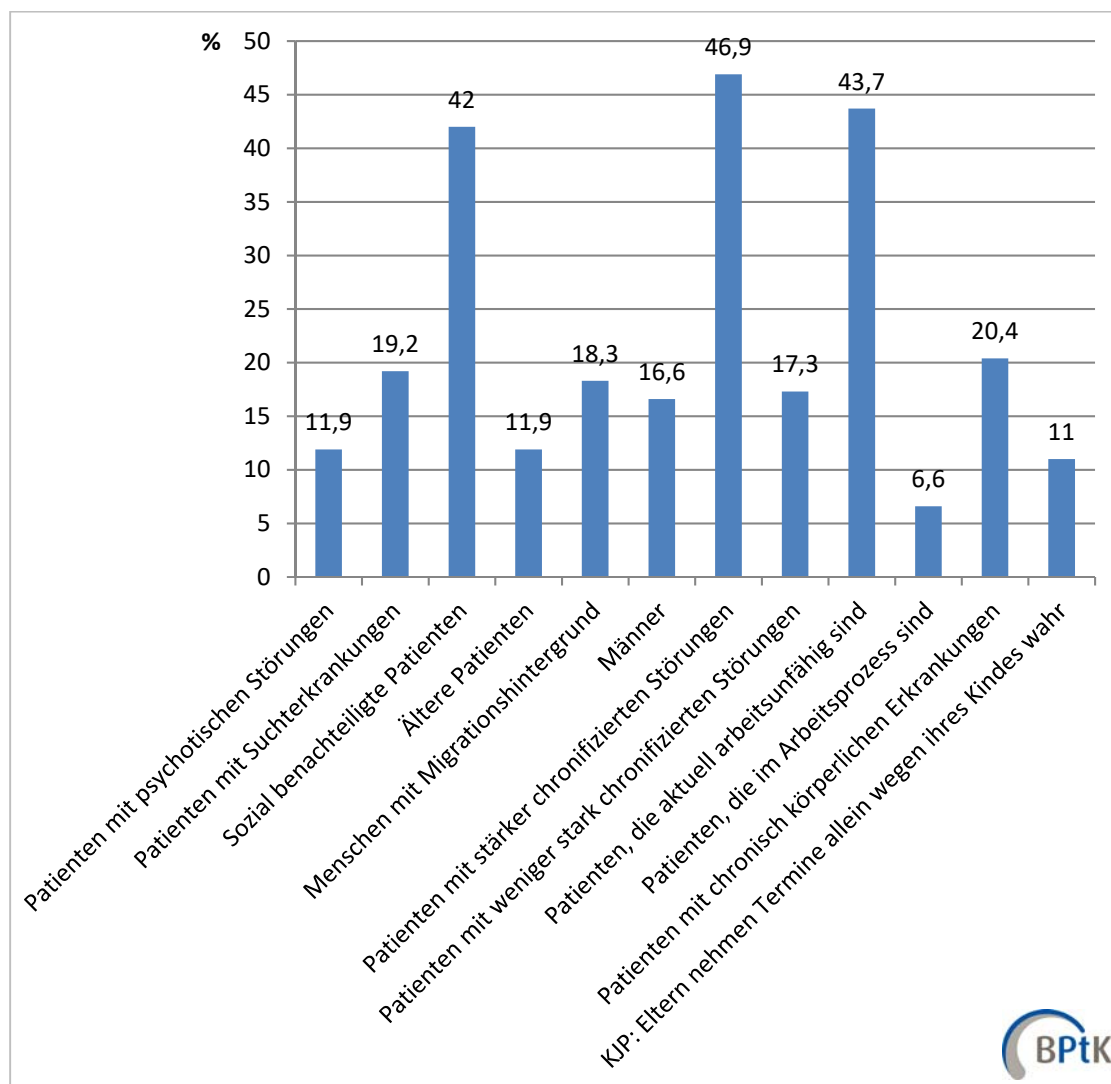
- Patienten mit chronischen Erkrankungen (46,9 %),
- arbeitsunfähigen Patienten (43,7 %) oder
- sozial benachteiligten Patienten (42,0 %) genutzt wird.

Durch die langen Wartezeiten waren bisher vor allem chronisch kranke Menschen benachteiligt. Sie waren insbesondere eine Hürde für solche Patienten, die schon besonders lange krank waren oder nicht über das Durchsetzungsvermögen von Menschen mit hohen Schulabschlüssen oder einkommensstarken Berufen verfügen. Damit hat die Reform der Psychotherapie-Richtlinie auch dazu geführt, dass Patienten, die bisher benachteiligt waren,

häufiger und schneller eine diagnostische Abklärung, Behandlungsempfehlungen und Beratung erhalten.

Die Abbildung 2 beschreibt im Detail, welche Patientengruppen sechs Monate nach der Reform häufiger in einer psychotherapeutischen Sprechstunde untersucht und beraten werden.

Abbildung 2: Patienten, die häufiger ein erstes Gespräch nutzen



Anmerkung: Ein Viertel der Psychotherapeuten gibt eine Änderung des Patientenspektrums an. Dargestellt ist, welche Patienten bei diesen Psychotherapeuten häufiger in die Sprechstunde kommen.

Quelle: BPtK, 2018

3.1.3 Akutbehandlung

Patienten, die sich in einer psychischen Krise befinden, erhalten durchschnittlich drei Wochen, nachdem bei ihnen eine Akutbehandlung als notwendig erachtet wurde, einen ersten Behandlungstermin. Zwei Drittel aller Psychotherapeuten (66,3 %) bieten die Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen an (Tabelle 5). Damit ist es gelungen, für die meisten Patienten, die nicht auf eine Richtlinienpsychotherapie warten können, ein rasches Hilfsangebot zu schaffen. Bei einem kleineren Teil dieser besonders dringend behandlungsbedürftigen Patienten sind die Wartezeiten noch zu lang.

In den ersten Wochen bis zur Akutbehandlung erhalten die Patienten Sprechstundentermine, insgesamt bis zu sechs Termine à 25 Minuten. Diese Termine können neben der Diagnostik und Behandlungsplanung auch schon zur Stabilisierung des Patienten dienen. Ziel sollte es sein, dass die Patienten schon in der Sprechstunde aufgefangen, begleitet und nahtlos in die Akutbehandlung übergeleitet werden.

Wenn die Akutbehandlung nicht in eigener Praxis möglich ist, ist es schwierig für den Patienten, eine andere Praxis zu finden, die die Behandlung übernehmen kann. Zwei von drei Psychotherapeuten (62,7 %) geben an, dass es schwierig ist, einen Patienten, der eine Akutbehandlung benötigt, weiterzuvermitteln (Abbildung 3). Allerdings scheint eine Weitervermittlung für die Akutbehandlung zurzeit noch eher selten erforderlich zu sein. Bei den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gehen bisher noch vergleichsweise wenige Anfragen wegen Akutbehandlung ein. So entfielen im zweiten bis vierten Quartal 2017 bundesweit zwischen vier und fünf Prozent der Terminvermittlungen im Bereich der Psychotherapie auf die Akutbehandlung (Bundestagsdrucksache 19/1347).

Die Akutbehandlung ist eine neue psychotherapeutische Leistung für psychisch kranke Menschen in Krisensituation oder mit akuten schweren Beeinträchtigungen. Dabei soll zum Beispiel eine Selbst- und Fremdgefährdung des Patienten abgewendet werden. Außerdem soll vermieden werden, dass Erkrankungen schwerer oder chronisch werden oder Patienten nicht mehr arbeiten oder zur Schule gehen können oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Die Akutbehandlung ist ein zeitlich begrenztes Angebot von bis zu 24 Terminen à 25 Minuten. Danach kann noch eine Richtlinienpsychotherapie notwendig sein.

Tabelle 5: Wartezeiten auf Akutbehandlung

| Wartezeiten auf 1. Termin der Akutbehandlung | |
|---|-----------|
| Dauer zwischen Anfrage und Akutbehandlung in Wochen – MW (SD) | 3,1 (4,9) |
| Anteil unter 2 Wochen in Prozent | 66,3 |
| Anteil unter 4 Wochen in Prozent | 89,3 |

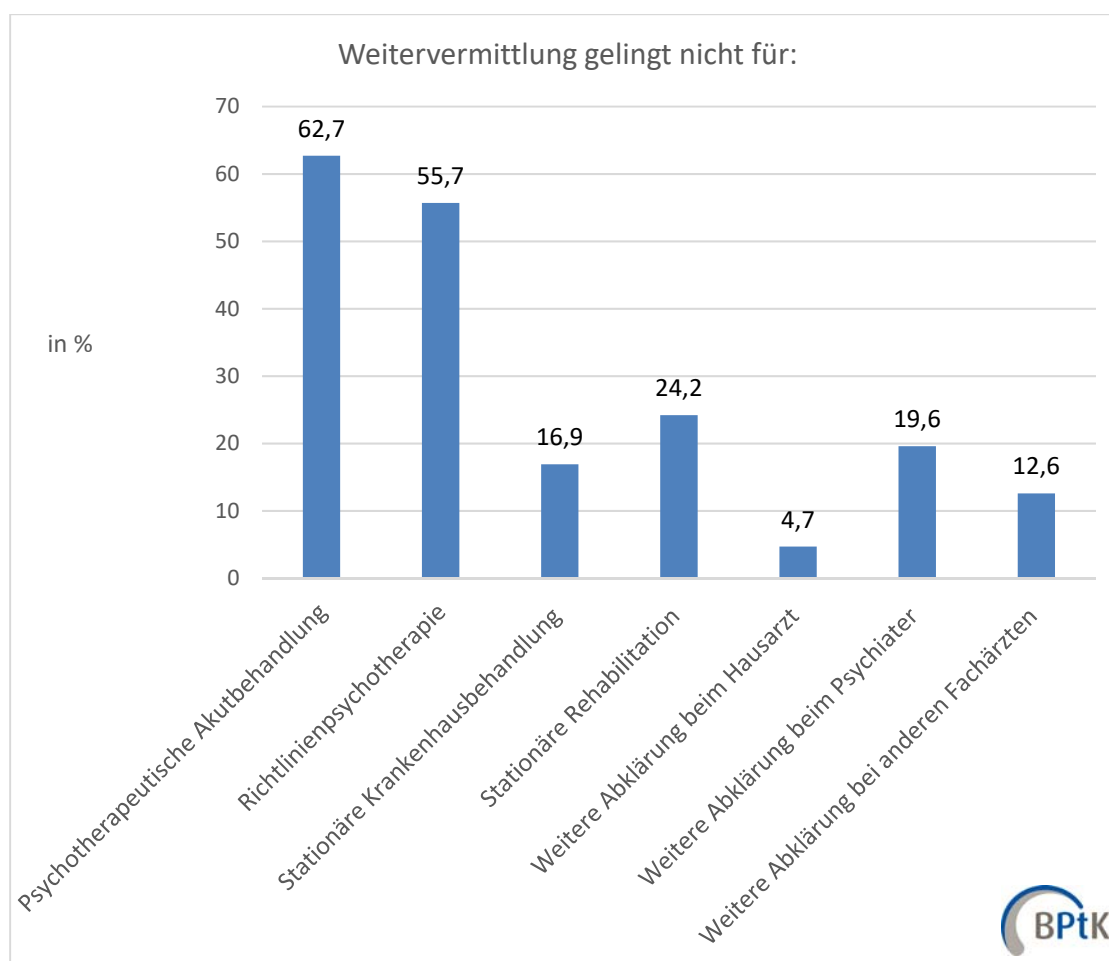
Quelle: BPtK, 2018

3.1.4 Weitervermittlung in Richtlinienpsychotherapie gelingt nicht

Konnten in einer Sprechstunde die psychischen Beschwerden eines Patienten abgeklärt werden und ist demnach eine Richtlinienpsychotherapie erforderlich, bedeutet dies nicht, dass er dann auch in derselben Praxis behandelt werden kann. Gut die Hälfte der Patienten (51,9 %), bei denen die diagnostische Abklärung in der Sprechstunde ergab, dass eine Richtlinienpsychotherapie notwendig ist, muss sich vielmehr einen anderen Psychotherapeuten suchen. Bei dieser Suche hilft ihnen der Psychotherapeut, bei dem sie in der Sprechstunde waren. Im Schnitt verwenden Psychotherapeuten seit der Reform zusätzlich 40 Minuten pro Woche darauf, Patienten nach einer Sprechstunde weiterzuvermitteln.

Diese Weitervermittlung in eine Richtlinienpsychotherapie scheitert jedoch häufig. Über die Hälfte der Psychotherapeuten geben an, dass diese Vermittlung schwierig ist, wenn die Weiterbehandlung nicht in der eigenen Praxis möglich ist. Deutlich besser funktioniert dagegen die weitere Abstimmung mit dem Hausarzt. Diese erweist sich lediglich in jedem 20. Fall (4,7 %) als schwierig (Abbildung 3).

Abbildung 3: Leistungen, die nicht erfolgreich vermittelt werden können



Quelle: BPtK, 2018

3.1.5 Terminservicestellen

Durch die Terminservicestellen lässt sich die Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde noch einmal verkürzen. Patienten die diesen Service der Kassenärztlichen Vereinigungen beanspruchen, bekommen einen ersten Termin in durchschnittlich drei Wochen vermittelt.

Gemessen an der Zahl der vermittelten Patienten spielen die Terminservicestellen jedoch bisher nur eine untergeordnete Rolle. In der Hälfte der Praxen ist nur ein Prozent der Patienten von einer Terminservicestelle vermittelt worden.

Allerdings ist, gemessen an den vermittelten Terminen, die psychotherapeutische Sprechstunde oder Akutbehandlung der mit Abstand häufigste Grund für eine Anfrage eines Patienten bei einer Terminservicestelle. Nach einer ersten Umfrage der BPtK betraf bereits in den ersten drei Monaten (von April bis Juni 2017) in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen mindestens die Hälfte aller Anfragen die Vermittlung von Terminen bei einem Psychotherapeuten. Dabei schwankt der Anteil zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen erheblich. Während in Thüringen 13 Prozent der Patienten nach Terminen bei einem Psychotherapeuten fragten, lag der Anteil in Baden-Württemberg bei rund 65 Prozent. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug der Anteil der vermittelten Termine an einen Psychotherapeuten bundesweit 43,2 Prozent, gefolgt von Terminvermittlungen an Nervenärzte mit 21,5 Prozent. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben somit den mit Abstand höchsten Unterstützungsbedarf bei der Vermittlung von Terminen.

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigungen konnten bislang alle berechtigten Anfragen für einen Termin beim Psychotherapeuten erfolgreich vermittelt werden. Die Vermittlung für eine Akutbehandlung spielte dagegen kaum eine Rolle und lag meist im einstelligen Bereich.

Dringende Richtlinienpsychotherapie

Bisher vermitteln die Terminservicestellen noch keine Termine für eine dringende Richtlinienpsychotherapie. Bei der Vermittlung von Behandlungsterminen dürfte jedoch der viel größere Unterstützungsbedarf der Patienten bestehen. Schon jetzt wenden sich zahlreiche Patienten an die Kassenärztlichen Vereinigungen, weil sie einen Termin für eine Richtlinienpsychotherapie benötigen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat deshalb zum Beispiel hierfür bereits seit längerem eine eigene Koordinierungs- und Vermittlungsstelle.

Nach einer Entscheidung des Bundesschiedsamtes im November 2017 sollen im Laufe des Jahres 2018 alle Kassenärztlichen Vereinigungen auch Termine vermitteln, wenn eine Richtlinienpsychotherapie dringend erforderlich ist. Die Terminservicestellen werden dann auch bei der Suche nach einem Psychotherapeuten tätig, der einen ersten Termin für probatorische Sitzungen übernehmen kann. Ist eine Behandlung dringend notwendig, bekommt dies der Patient mit einer schriftlichen Patienteninformation am Ende der Sprechstunde bescheinigt. Dabei erhält er einen zwölfstelligen Code, den er bei der Terminservicestelle angeben muss.

Nach aktuellen Versichertenbefragungen kennen 40 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten die Terminvermittlung der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht (KBV, 2017). Auch die regional sehr unterschiedlichen Nutzungsraten weisen darauf hin, dass die Bekanntheit und Erreichbarkeit der Terminservicestellen noch erheblich verbessert werden kann. Insbesondere psychisch kranke Menschen werden auch in Zukunft auf ihre Unterstützung angewiesen sein.

3.2 Behandlung (Richtlinienpsychotherapie)

3.2.1 Wartezeiten

Eine Richtlinienpsychotherapie beginnt durchschnittlich erst fast fünf Monate (19,9 Wochen) nach der ersten Anfrage. Das ist noch viel zu lang. Die durchschnittliche Wartezeit hat sich nur um 3,5 Wochen verkürzt: von 23,4 Wochen im Jahr 2011 auf 19,9 Wochen im Jahr 2017 (Tabelle 6). Sie schwankt außerdem deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern (Abbildung 4). Während Patienten in Berlin gut drei Monate (13,4 Wochen) warten, bis die Psychotherapie beginnt, sind es im Saarland fast sechs Monate (23,6 Wochen; Tabelle 7).

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beginnt 17,8 Wochen nach der ersten Anfrage. Die Wartezeit ist damit ungefähr um zwei Wochen kürzer als in Praxen, die ausschließlich Erwachsene behandeln (20,4 Wochen; Tabelle 6).

Wartezeiten sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung (Helbig, 2009; Püschner et al., 2010). Mit zunehmender Dauer der Wartezeit steigt auch der Anteil der Menschen, die eine Behandlung gar nicht erst beginnen (zum Beispiel Foreman & Hanna, 2000; McGarry et al., 2008; Westin et al., 2011; Williams et al., 2008). In einer Studie von Issakidis et al. (2004) führten bereits zweimonatige Wartezeiten dazu, dass 30 Prozent der Patienten mit Angststörungen keine ambulante psychotherapeutische Behandlung mehr aufnahmen.

Mit der Wartezeit steigt aber auch das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern oder immer wiederkehren (rezidivierender Verlauf). So steigt beispielsweise das Risiko, erneut an einer Depression zu erkranken mit jeder weiteren Krankheitsphase. Bleiben Depressionen unbehandelt, ist ihre durchschnittliche Dauer doppelt so lang wie bei einer behandelten Depression (S3-Leitlinie „Unipolare Depression“, 2015). Auch bei Zwangserkrankungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Essstörungen steigt das Risiko einer Chronifizierung, wenn sie nicht behandelt werden (Eisen et al., 2010; Steil & Ehlers, 2009; Laessle, 2009).

Tabelle 6: Wartezeiten auf Richtlinienpsychotherapie

| Wartezeiten auf 1. Termin Richtlinienpsychotherapie | | |
|--|------|------|
| | MW | SD |
| Dauer zwischen Anfrage und 1. Termin Richtlinienpsychotherapie in Wochen 2011 | 23,4 | 13,4 |
| Dauer zwischen Anfrage und 1. Termin Richtlinienpsychotherapie in Wochen 2017 | 19,9 | 13,5 |
| Dauer zwischen Anfrage und 1. Termin Richtlinienpsychotherapie bei Praxen für Kinder und Jugendliche in Wochen | 17,8 | 12,1 |
| Dauer zwischen Anfrage und 1. Termin Richtlinienpsychotherapie bei Praxen für Erwachsene in Wochen | 20,4 | 13,7 |

Quelle: BPtK, 2018

Tabelle 7: Wartezeiten nach Bundesländern

| | Durchschnittliche Wartezeit auf 1. Termin Richtlinienpsychotherapie in Wochen | |
|------------------------|---|------|
| | MW | SD |
| Baden-Württemberg | 17,0 | 11,6 |
| Bayern | 19,0 | 12,2 |
| Berlin | 13,4 | 8,6 |
| Brandenburg | 23,4 | 12,6 |
| Bremen | 21,8 | 13,6 |
| Hamburg | 18,0 | 13,1 |
| Hessen | 16,7 | 10,7 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 20,2 | 13,8 |
| Niedersachsen | 22,9 | 14,9 |
| Nordrhein-Westfalen | 23,1 | 15,4 |
| Rheinland-Pfalz | 19,4 | 11,4 |
| Saarland | 23,6 | 16,8 |
| Sachsen | 19,1 | 12,7 |
| Sachsen-Anhalt | 19,9 | 14,3 |
| Schleswig-Holstein | 21,7 | 14,2 |
| Thüringen | 23,7 | 14,5 |

Quelle: BPtK, 2018

Abbildung 4: Durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin in der Richtlini-
enpsychotherapie

Durchschnitt: 19,9 Wochen

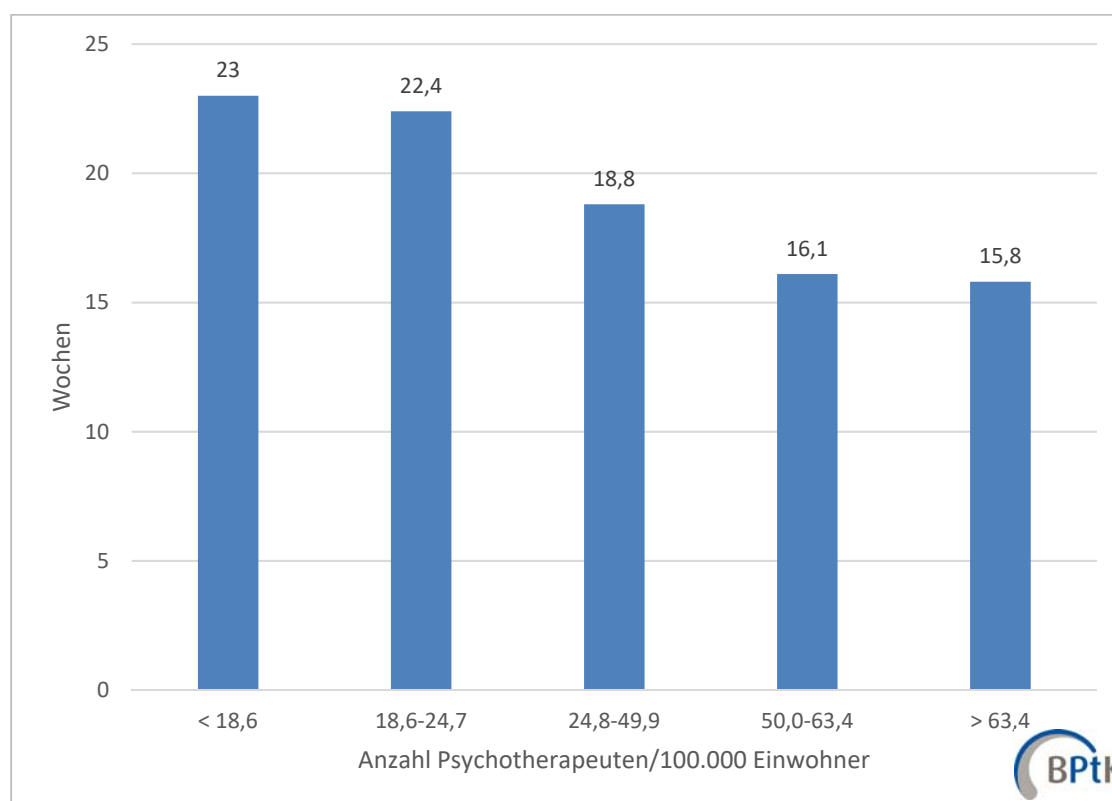


Quelle: BPtK, 2018

Wartezeiten und Anzahl der Psychotherapeuten

Wartezeiten sind davon abhängig, wie viele Psychotherapeuten sich in einer Region niederlassen dürfen und wie viele Behandlungsplätze damit zur Verfügung stehen. Je geringer die Zahl an Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ist, desto länger warten psychisch kranke Menschen auf einen Behandlungsplatz (Abbildung 5; Tabelle 8).

Abbildung 5: Durchschnittliche Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie in Abhängigkeit von Psychotherapeuten je Einwohner



Quelle: BPtK, 2018

Tabelle 8: Wartezeit nach Anzahl der Psychotherapeuten je Einwohner

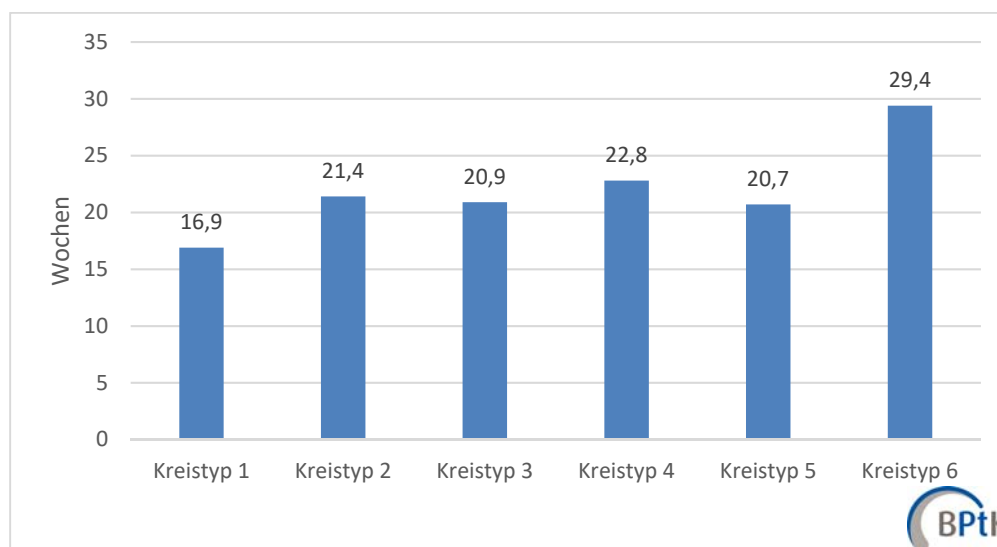
| Anzahl Psychotherapeuten/100.000 Einwohner | Durchschnittliche Wartezeit auf 1. Termin Sprechstunde in Wochen | | Anteil mit 1. Termin Sprechstunde unter 4 Wochen | Durchschnittliche Wartezeit auf 1. Termin Richtlinienpsychotherapie in Wochen | |
|--|--|-----|--|---|------|
| | MW | SD | | % | MW |
| < 18,6 | 7,0 | 9,4 | 62,1 | 23,0 | 14,3 |
| 18,6 - 24,7 | 6,4 | 8,0 | 64,6 | 22,4 | 14,9 |
| 24,8 - 49,9 | 5,3 | 5,8 | 68,5 | 18,8 | 11,7 |
| 50,0 - 63,4 | 4,3 | 5,6 | 77,7 | 16,1 | 11,3 |
| > 63,4 | 4,5 | 6,7 | 78,4 | 15,8 | 11,3 |

Quelle: BPtK, 2018

Unterschiede zwischen Stadt und Land

Bei der Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land. In Großstädten liegt die durchschnittliche Wartezeit bei etwa vier Monaten, außerhalb der Großstädte dagegen bei durchschnittlich fünf bis sechs Monaten. Ein Sonderfall ist das Ruhrgebiet, in dem entgegen der grundsätzlichen Systematik der Bedarfsplanung für eine großstädtische Region besonders wenige Psychotherapeuten vorgesehen sind. Die Wartezeit zwischen Duisburg und Dortmund beträgt deshalb mehr als sieben Monate (Abbildung 6; Tabelle 9).

Abbildung 6: Durchschnittliche Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie in den unterschiedlichen Kreistypen



Quelle: BPtK, 2018

Tabelle 9: Wartezeiten nach Kreistypen

| Kreistyp | Durchschnittliche Wartezeit auf 1. Termin Richtlinienpsychotherapie in Wochen | |
|----------|--|------|
| | MW | SD |
| 1 | 16,9 | 11,7 |
| 2 | 21,4 | 12,7 |
| 3 | 20,9 | 12,5 |
| 4 | 22,8 | 14,3 |
| 5 | 20,7 | 14,1 |
| 6 | 29,4 | 18,0 |

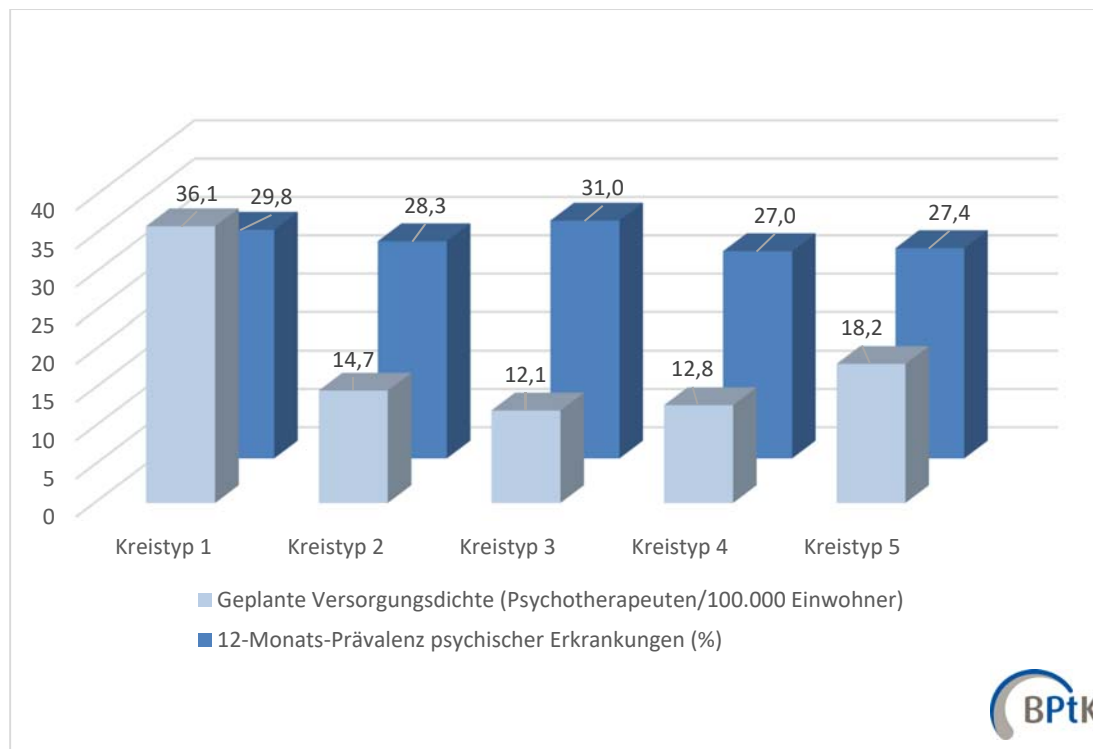
1 = stark mitversorgend; 2 = mitversorgt und mitversorgend; 3 = stark mitversorgt; 4 = mitversorgt; 5 = eigenversorgt; 6 = polyzentrischer Verflechtungsraum (Ruhrgebiet)

Quelle: BPtK, 2018

3.2.2 Falsche Annahmen der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung unterstellt, dass psychische Erkrankungen auf dem Land deutlich seltener sind als in der Großstadt. Deshalb sind in ländlicheren Regionen deutlich weniger Psychotherapeuten vorgesehen als in Großstädten. Dies widerspricht großen bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts, wonach sich die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen kaum unterscheidet (Bundes-Gesundheitssurvey, Wittchen & Jacobi, 2001; DEGS1-MH-Studie, Jacobi et al., 2014; Abbildung 7).

Abbildung 7: Anzahl geplanter Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner und Häufigkeit psychischer Erkrankungen



Quelle: Daten von IGES-Institut & Prof. Jacobi, 2016; eigene Darstellung der BPtK

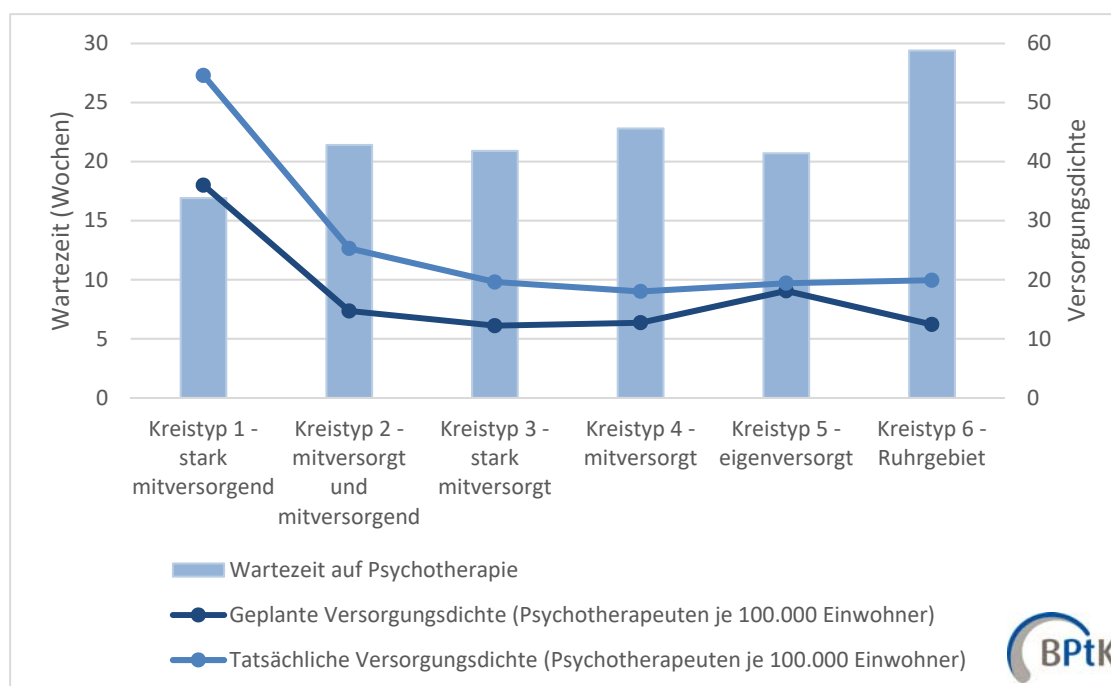
Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind in Großstädten rund 36 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner vorgesehen, außerhalb von Großstädten sind es dagegen nur zwischen 12 und 18 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Damit ist die geplante Psychotherapeutendichte auf dem Land (Kreisstyp 5) nur halb so groß wie in Großstädten (Kreisstyp 1). In der Umgebung von Großstädten (Kreisstypen 3 und 4) ist sogar nur ein Drittel der Psychotherapeuten der Großstädte vorgesehen. Als Grund dafür unterstellt die Bedarfsplanung, dass Großstädte (Kreisstyp 1) ihr Umland und die ländlichen Regionen (Kreisstyp 2 bis 4) mitversorgen¹. Die tatsächlichen Psychotherapeutendichten unterscheiden sich sogar noch stärker zwischen den Regionen². Während in Großstädten durchschnittlich 55 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner kommen, sind es in den ländlichen Regio-

¹ Kreisstyp 2 nimmt eine Zwitterposition ein. Planungsbereiche des Kreisstyps 2 werden sowohl von Kreisstyp 1 mitversorgt, versorgen jedoch auch selbst Kreisstypen 3 und 4 mit.

² Ursache dafür, dass mehr Psychotherapeuten zugelassen sind als vorgesehen, sind Fehler in der Bedarfsplanung bei den Psychotherapeuten. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie begrenzt die Gesamtzahl der Psychotherapeuten grundsätzlich auf die Zahl, die bis zum 31. August 1999 eine Zulassung erhalten hatten. Dieser Stichtag lag kurz nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1. Januar 1999). Tausende Anträge auf Zulassung waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht entschieden. Die Obergrenze der Bedarfsplanung lag damit unter der Zahl von Psychotherapeuten, die vorher bereits über das Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beteiligt waren. Sie war schon damals um 5.000 Psychotherapeuten zu niedrig. Der Gesetzgeber hatte aber vorgesehen, dass alle Psychotherapeuten, die bereits vor dem Psychotherapeutengesetz tätig waren, in die Bedarfsplanung einbezogen werden sollen. Deshalb gelten nach der aktuellen Bedarfsplanungs-Richtlinie fast 4.500 Psychotherapeutesitze fälschlicherweise als überflüssig.

nen und im Ruhrgebiet nur zwischen 18 und 20 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner. Entsprechend länger fallen in diesen Regionen die Wartezeiten aus. Aber auch die Wartezeiten im Umland von Großstädten sind deutlich länger als in den Großstädten. Sie sind ungefähr so lang wie in rein ländlichen Regionen, die nicht von Großstädten mitversorgt werden (Kreistyp 5). Das heißt, dass die Patienten in der Nähe einer Stadt seltener in die Großstadt zur psychotherapeutischen Behandlung fahren, als in der Bedarfsplanung angenommen. Die Mitversorgungseffekte der Großstädte sind geringer als gedacht (Abbildung 8).

Abbildung 8: Wartezeit auf Beginn einer Psychotherapie und Psychotherapeutendichte je Kreistyp



Anmerkung. Die geplante Versorgungsdichte im Ruhrgebiet bezieht sich auf die Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vor dem Beschluss zur Anpassung der Verhältniszahl für das Ruhrgebiet vom 17. November 2017, da zum Zeitpunkt der Befragung der Beschluss noch nicht in Kraft getreten und umgesetzt war.

Quelle: BPtK, 2018

3.2.3 Steigender Bedarf an Psychotherapie

Der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen steigt. Während im Jahr 2011 pro Quartal noch knapp 1,1 Millionen Patienten (Fälle) durch Psychotherapeuten versorgt wurden, waren dies im Jahr 2017 bereits 1,4 Millionen Patienten. Diese Zunahme zeigt sich auch bei den Anfragen in psychotherapeutischen Praxen. 2017 haben Psychotherapeuten im Schnitt etwa drei Anfragen mehr pro Monat erhalten als noch 2011 (Tabelle 10).

Tabelle 10: Veränderung der Patientenanfragen seit 2011

| | 2017 | | 2011 | |
|---------------------------------|------|------|------|------|
| | MW | SD | MW | SD |
| Patientenanfragen/Monat | 22,6 | 17,5 | 18,9 | 16,2 |
| Anzahl neuer Patienten/6 Monate | 13,9 | 9,6 | 12,9 | 11,4 |

Quelle: BPtK, 2018

Diese Ergebnisse stimmen mit anderen Studien zur Behandlungsquote bei psychischen Erkrankungen überein. Nach einer Studie des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH-Studie, Jacobi et al., 2014) erhält nur jeder fünfte psychisch Kranke (18,9 %) in dem Jahr, in dem er erkrankt, auch professionelle Hilfe. Die Behandlungsquote ist deutlich geringer als bei körperlichen Erkrankungen, sie hat aber in den vergangenen 15 Jahren erheblich zugenommen. 1998 lag die Behandlungsquote noch bei etwa 10 Prozent (Bundes-Gesundheitssurvey, Wittchen & Jacobi, 2001). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen abgenommen und die Bereitschaft zugenommen hat, sich bei psychischen Erkrankungen professionelle Hilfe zu suchen.

Dagegen haben psychische Erkrankungen entgegen gängiger Auffassung nicht zugenommen. Psychische Leiden sind heute nicht häufiger als in der Vergangenheit. Durchschnittlich erkranken rund 30 Prozent der erwachsenen Deutschen innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. In der aktuellen DEGS1-MH-Studie waren es 27,7 Prozent. Das sind 17,8 Millionen Menschen pro Jahr. Rund die Hälfte von ihnen (49,8 Prozent) leidet nicht nur unter einer, sondern unter mehreren psychischen Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen wahrscheinlich etwas niedriger als bei Erwachsenen. Eine Analyse von 33 internationalen Studien (Barkmann & Schulte-Markwort, 2010) ergab, dass im Durchschnitt 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen eine psychische Störung aufwiesen. In Deutschland zeigen, entsprechend einer Studie des Robert Koch-Instituts (KiGGS-Studie), 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten. Etwa jedes zehnte Kind ist mit hoher Wahrscheinlichkeit psychisch krank, bei weiteren zwölf Prozent finden sich zumindest Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit (Ravens-Sieberer et al., 2007).

3.2.4 Weniger Behandlungsstunden durch Sprechstunde und Akuttherapie

Ein Drittel (33,5 %) der Psychotherapeuten gibt an, dass sie seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie durchschnittlich 2,6 Stunden pro Woche weniger behandeln als vorher. Diese Arbeitszeit benötigen sie, um die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung durchführen zu können. Auf der anderen Seite gaben 12,6 Prozent der Psychotherapeuten an, dass sie inzwischen circa 2,6 Behandlungsstunden zusätzlich anbieten.

3.2.5 Zunahme der Behandlungsplätze

Aus den bisherigen Studienergebnissen ergibt sich damit die Frage, wieso die Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz gesunken sind, obwohl mehr psychisch kranke Menschen professionelle Beratung und Hilfe suchen und viele Psychotherapeuten weniger Behandlungsstunden anbieten, weil sie zusätzliche Arbeitszeit für Sprechstunde und Akutbehandlung einsetzen müssen.

Die sinkenden Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz sind auf eine Zunahme der Behandlungsplätze zurückzuführen. Ende 2010 hatten 22.728 Psychotherapeuten gesetzlich Krankenversicherte versorgt (KBV, 2016). Hiervon waren 17.308 Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 5.420 ärztliche Psychotherapeuten. Damals verfügten fast alle Psychotherapeuten (92,2 %) über einen vollen Praxissitz. Der Anteil der Psychotherapeuten mit halbem Versorgungsauftrag lag bei 5,9 Prozent.

Bis Ende 2016 waren rund 7.000 Psychotherapeuten zusätzlich zugelassen, somit insgesamt 29.850 Psychotherapeuten (23.812 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 6.038 ärztliche Psychotherapeuten). Dies bedeutet jedoch nicht, dass sich dadurch die Zahl der Praxen erhöht hat, jedenfalls nicht die Zahl der sogenannten ganzen Praxissitze, mit denen die Bedarfsplanung rechnet. Vielmehr haben sich mehr Psychotherapeuten als früher einen ganzen Praxissitz geteilt. Der Anteil der Psychotherapeuten mit einem halben Kassensitz stieg bis Ende 2016 auf 34,1 Prozent bei den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und auf 28,3 Prozent bei den ärztlichen Psychotherapeuten. Der Anteil der Psychotherapeuten mit einem ganzen Kassensitz ist dementsprechend auf 61,4 Prozent bei den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und auf 67,4 Prozent bei den ärztlichen Psychotherapeuten gesunken. Das heißt: Etwa jeden fünften Praxissitz teilen sich inzwischen zwei Psychotherapeuten. Zwei halbe psychotherapeutische Praxen erbringen jedoch mehr Behandlungsstunden als eine Praxis mit einem vollen Versorgungsauftrag. Eine volle Praxis leistet durchschnittlich zwischen 20 und 30 Behandlungsstunden je Woche.

Um diese erbringen zu können, sind jedoch rund 45 Arbeitsstunden notwendig. Viele Psychotherapeuten mit einem halben Praxissitz erbringen jedoch ebenfalls bis zu 20 Behandlungsstunden. Gerade die ältere Generation, die noch die Mehrheit der Psychotherapeuten ausmacht, gibt unter anderem aufgrund umfangreicher Lehr- und Supervisionstätigkeit inzwischen häufiger die Hälfte ihres Praxissitzes an jüngere Kolleginnen und Kollegen ab und ermöglicht ihnen so den Einstieg in die Berufstätigkeit.

Außerdem sind auch weitere Praxissitze hinzugekommen. Seit Ende 2010 sind rund 2.480 psychotherapeutische Praxen zusätzlich zugelassen worden. Rund 900 Praxen sind durch eine Mindestquote von 20 Prozent für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstanden. Weitere 1.300 Sitze gehen auf eine Verbesserung des Verhältnisses von Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner in den ländlichen Regionen zurück, die bei einer Reform der Bedarfsplanung Ende 2012 beschlossen wurde. Der

Rest der zusätzlichen Sitze erklärt sich zum einen durch Praxissitze, die ärztliche Psychotherapeuten nicht besetzen konnten. Um die geplante Versorgung mit Psychotherapeuten zu sichern, wurden sie an Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vergeben. Zum anderen entstanden weitere Praxissitze, wenn in einer Region ein Sonderbedarf bestand, der sonst nicht hätte gedeckt werden können, zum Beispiel für die neuropsychologische Therapie oder für ein bestimmtes Richtlinienverfahren.

3.3 Kurzzeittherapie

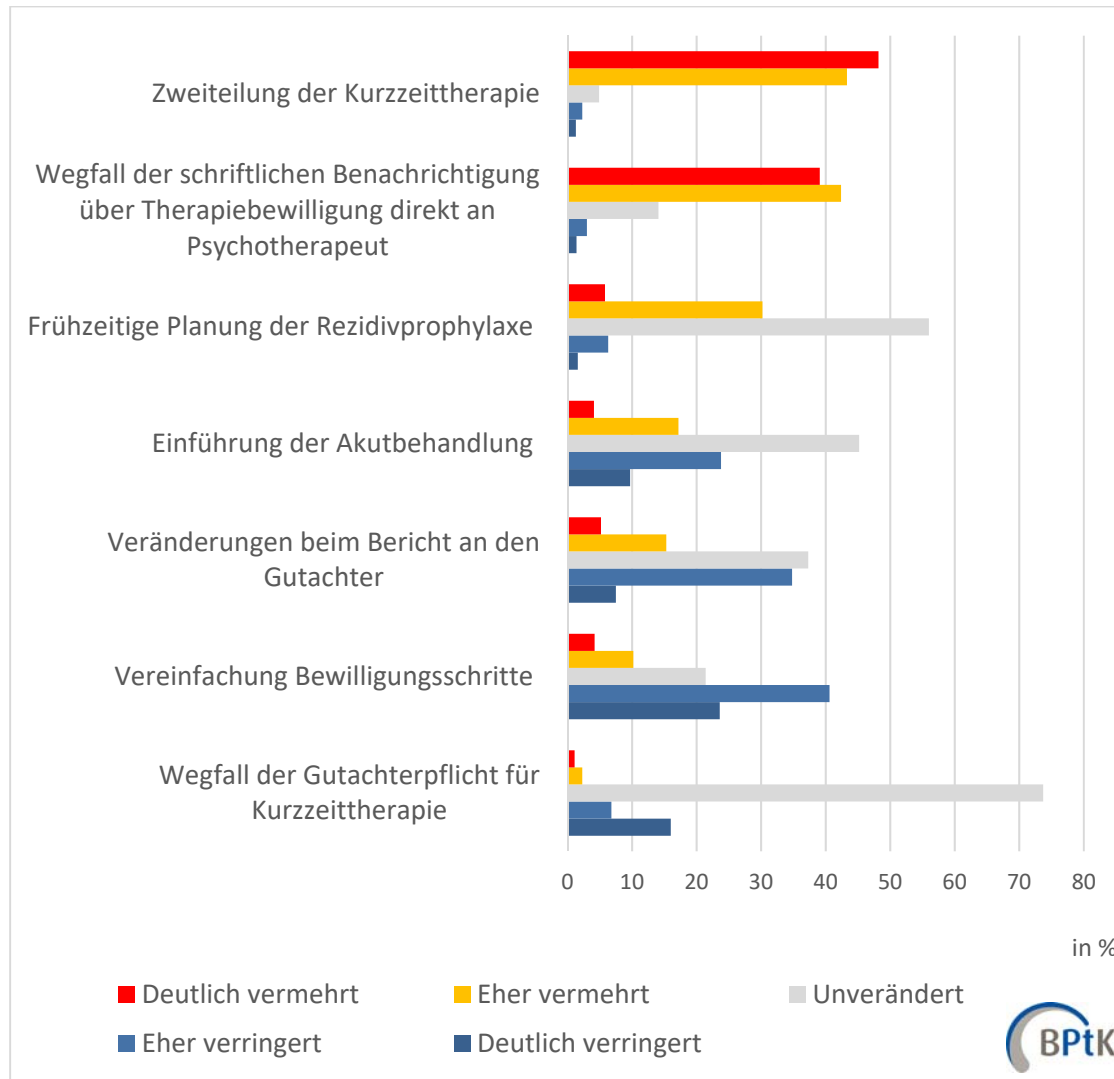
Durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde die Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte von je bis zu zwölf Stunden unterteilt. Für jeden Abschnitt muss nun jeweils ein Antrag gestellt werden. Außerdem erhält neuerdings nur noch der Patient die Benachrichtigung, wenn eine Kurzzeittherapie von der Krankenkasse genehmigt wurde, aber nicht mehr der Psychotherapeut. Dies führt regelmäßig zu zeitlichen Verzögerungen und vermeidbaren Therapieunterbrechungen. Offen ist, ob die Krankenkassen die Anträge überhaupt überprüfen.

Fast alle Psychotherapeuten (91,5 %) geben an, dass sich der bürokratische Aufwand durch die Zweiteilung der Kurzzeittherapie gesteigert hat (Abbildung 9). Auf Unverständnis stößt ebenso, dass die Krankenkassen den Psychotherapeuten nicht mehr benachrichtigt, wenn sie einen Antrag auf Kurzzeittherapie bewilligen. 81,5 Prozent der Psychotherapeuten geben an, dass sich dadurch ihr Aufwand erhöht. Der Beginn oder die Fortsetzung der Kurzzeittherapien werden hierdurch verzögert.

Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie entbehrt jeder sachlich-therapeutischen Begründung. Sie ist ein untaugliches Mittel, über bürokratische Hürden Anreize für kürzere Behandlungen zu setzen. Daten der KBV belegen, dass es gar keiner Anreize für kürzere Therapien bedarf. Die weit überwiegende Zahl der Kurzzeittherapien wird vor der 25. Behandlungsstunde beendet, viele Behandlungen sind deutlich kürzer. Die Dauer einer Psychotherapie orientiert sich nicht an der bewilligten Stundenzahl, sondern am individuellen Bedarf der Patienten. Eine Behandlung dauert nur so lange wie notwendig. Die Höhe der Therapiekontingente spielt keine Rolle für die Dauer einer Psychotherapie.

Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie mit jeweils einem eigenen Antrag ist angesichts dieser Daten schlicht überflüssig.

Abbildung 9: Veränderung des Aufwands im Antrags- und Gutachterverfahren



Quelle: BPtK, 2018

3.4 Rezidivprophylaxe

Seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie kann als Abschluss einer Langzeittherapie eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden. Dadurch soll ein Behandlungserfolg gesichert und einem Rückfall vorgebeugt werden. Diese Rezidivprophylaxe ist jedoch nur möglich, wenn der Psychotherapeut bereits beim Antrag der Langzeittherapie die Rezidivprophylaxe plant oder diese Option zumindest offenhält. Ob jedoch am Ende einer Behandlung eine geringere Stundenzahl je Monat notwendig ist, um Rückfällen vorzubeugen, ist bei Antragstellung noch nicht angemessen zu beurteilen. Diese Form der Therapieplanung ist somit ein rein bürokratischer Akt und nicht geeignet, die Behandlung von chronisch kranken Menschen ausreichend zu flexibilisieren.

36 Prozent der Psychotherapeuten haben diese Regelung deshalb auch als zusätzlichen Aufwand eingestuft. Dagegen nehmen lediglich 7,4 Prozent diese Form der frühzeitigen Planung der Rezidivprophylaxe als hilfreich wahr. Da die Rezidivprophylaxe erst seit 1. April 2017 beantragt werden kann und erst zum Ende einer Langzeittherapie durchgeführt wird, hat sie wahrscheinlich bisher im Praxisalltag keine Rolle gespielt. Ausreichend Praxiserfahrungen liegen daher frühestens im Verlauf dieses Jahres vor.

Der Gesetzgeber hatte dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie die Rezidivprophylaxe zu fördern. Um eine spürbare Verbesserung in der langfristigen Versorgung und Stabilisierung von chronisch oder rezidivierend psychisch erkrankten Patienten zu erreichen, wäre es aus Sicht der BPTK erforderlich gewesen, die Rezidivprophylaxe und die Erhaltungstherapie als einen eigenen Leistungsbereich auszugestalten, um so flexibel und wirksam erneute Erkrankungen besser verhindern und Therapieerfolge langfristig sichern zu können. Dafür ist ein flexibles Behandlungsangebot nach Abschluss einer Psychotherapie und jenseits der Kontingente der genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapie erforderlich. Auch die Beschränkung der Rezidivprophylaxe auf Patienten in Langzeittherapie ist fachlich nicht nachvollziehbar. Außerdem kann es durchaus auch nach einer Behandlung mit bis zu 25 Stunden notwendig sein, Rückfällen vorzubeugen. Dieser Auftrag des Gesetzgebers wurde somit insgesamt nicht angemessen umgesetzt.

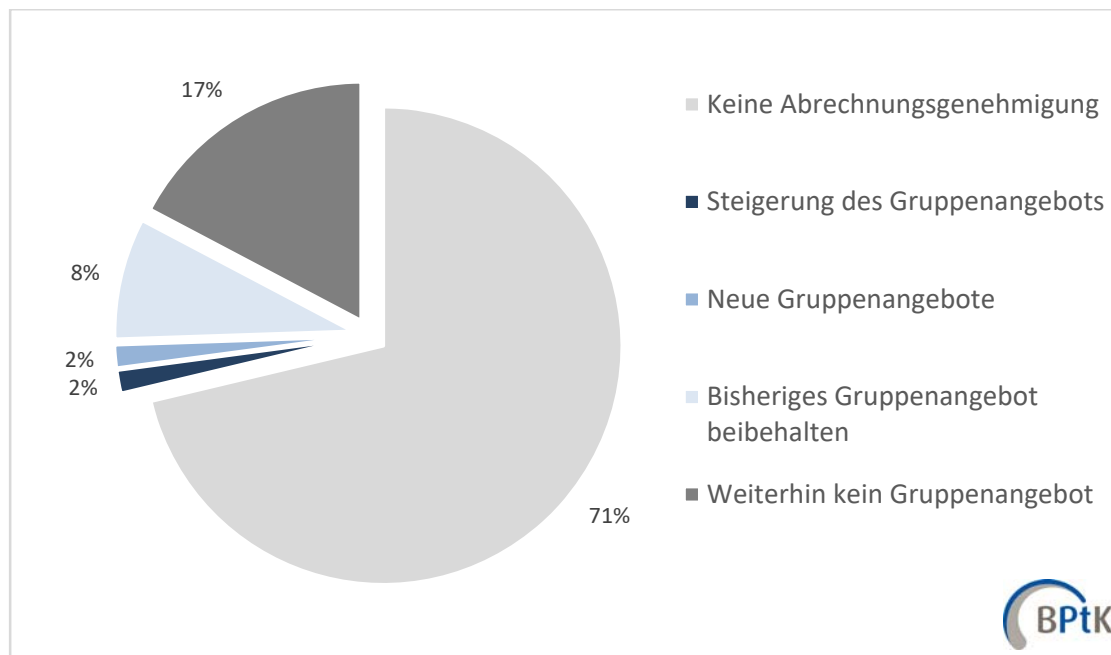
3.5 Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapie stellt eine hochwirksame Behandlungsform für viele psychische Erkrankungen dar, die allein oder in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie durchgeführt werden kann. Zwar verfügt ein nennenswerter Teil der Psychotherapeuten über eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie. Dennoch macht die Gruppenpsychotherapie nur einen Anteil von einem bis zwei Prozent der Behandlungen in der ambulanten Versorgung aus. Im Gegensatz dazu zählt sie in der stationären Versorgung zu den festen Bestandteilen einer leitlinienorientierten Versorgung.

In der BPTK-Studie wurden die Psychotherapeuten nach den Gründen befragt, die ein Angebot von Gruppentherapie erschweren. 30 Prozent der Psychotherapeuten gaben an,

dass sie über eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie verfügen (28,9 %). Über 70 Prozent haben dagegen nicht die erforderliche Abrechnungsgenehmigung, um Gruppenpsychotherapien anzubieten (71,1 %; Abbildung 10).

Abbildung 10: Veränderung des gruppenpsychotherapeutischen Angebots



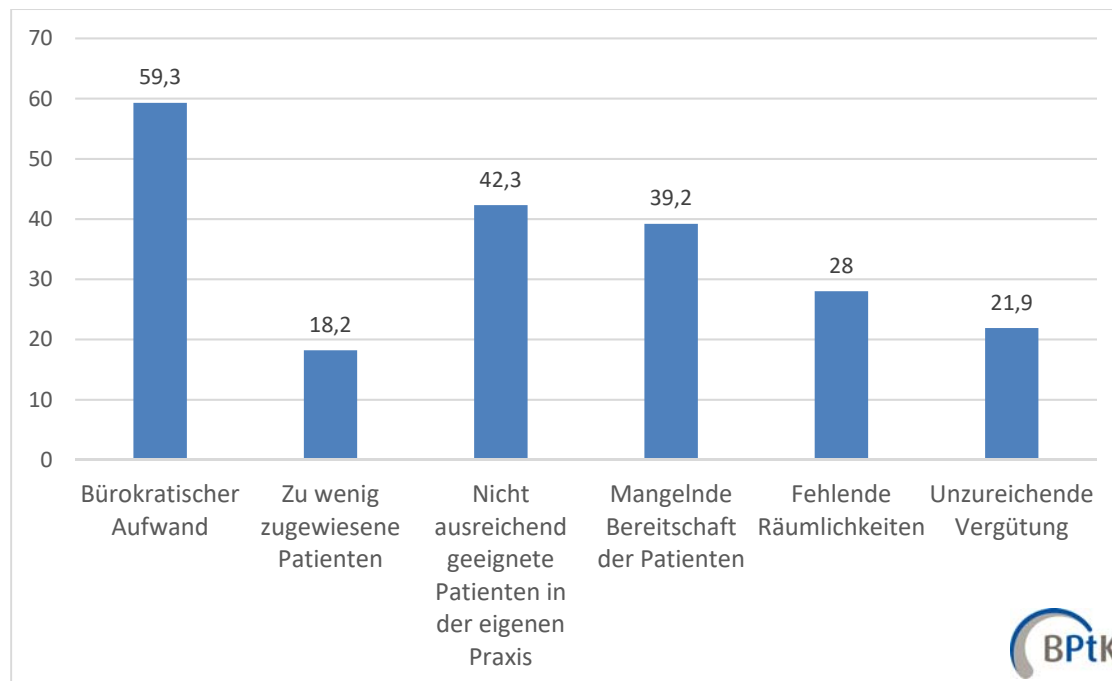
Quelle: BPtK, 2018

Selbst wer Gruppenpsychotherapie erbringen kann, bietet sie selten an. Nur ein Drittel der Psychotherapeuten (34,3 %), die über eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie verfügen, hat bisher Gruppen angeboten. Zwei Drittel haben dagegen bisher keine Gruppenpsychotherapie angeboten (65,7 %).

Nach Ansicht der befragten Psychotherapeuten haben sich durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie die Grundlagen für ein ambulantes gruppentherapeutisches Angebot nicht wesentlich verbessert. Fast alle Psychotherapeuten (91,6 %), die über eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie verfügen und bisher keinen Gebrauch davon gemacht haben, tun dies auch nach der Reform nicht. Auch die Psychotherapeuten, die vor der Reform bereits Gruppenpsychotherapien angeboten haben, weiteten ihre gruppenpsychotherapeutischen Angebote kaum aus. Lediglich 16,3 Prozent der Psychotherapeuten, die bereits zuvor Gruppenpsychotherapie durchgeführt haben, haben ihr Angebot ausgebaut.

Als Barrieren für ein gruppenpsychotherapeutisches Angebot werden insbesondere bürokratische Hürden genannt, aber auch ein zu geringer Anteil an geeigneten Patienten in der eigenen Praxis (Abbildung 11). Besonders gravierend ist dabei der erhöhte bürokratische Aufwand, der sich bei der Gruppentherapie durch die Zweiteilung der Kurzzeittherapie ergibt. Das doppelte Antragsverfahren, das für jeden Patienten notwendig ist, fällt in der Gruppentherapie besonders ins Gewicht.

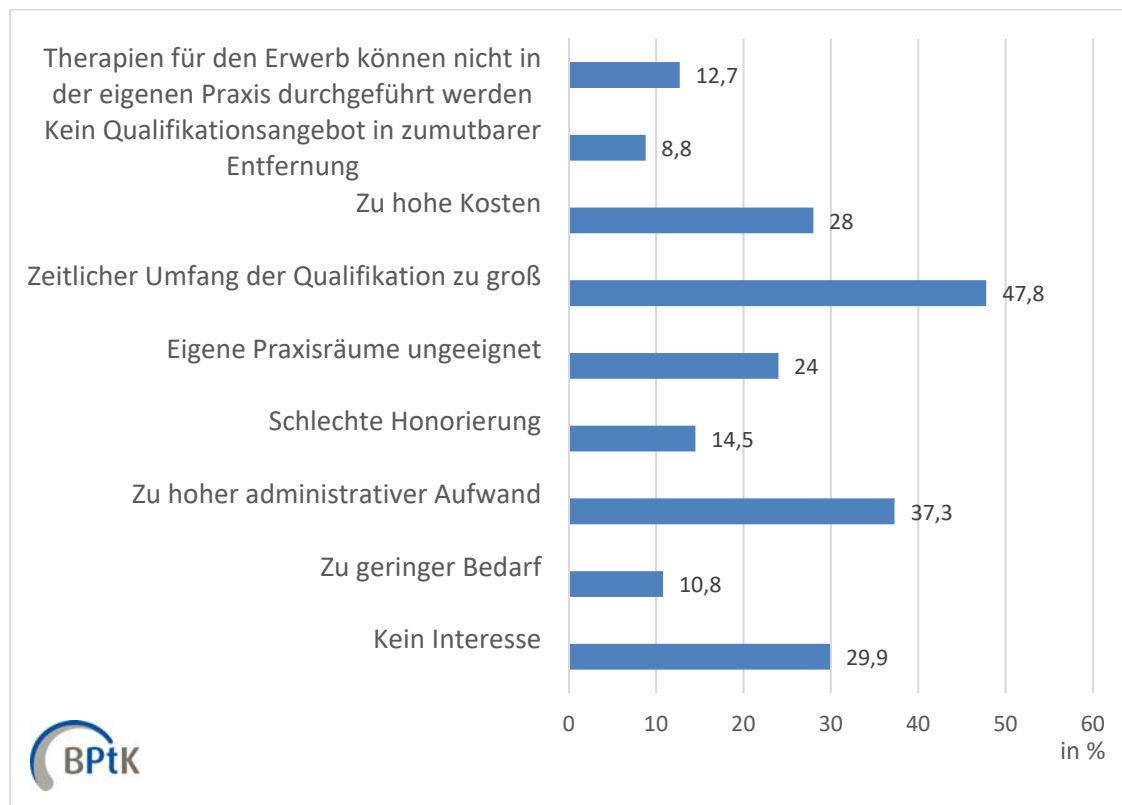
Abbildung 11: Barrieren für eine Steigerung des gruppenpsychotherapeutischen Angebots



Quelle: BPtK, 2018

Über zwei Drittel der Vertragspsychotherapeuten verfügen derzeit über keine Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie. Als Grund dafür geben sie insbesondere den großen Stundenumfang an, der notwendig ist, um eine Qualifikation für Gruppentherapie zu erwerben. Ferner wird der hohe Verwaltungsaufwand kritisiert, der für den Erwerb der Abrechnungsgenehmigung erforderlich ist (Abbildung 12).

Abbildung 12: Hürden für den Erwerb einer Abrechnungsgenehmigung



Quelle: BPtK, 2018

4 BPtK-Forderungen

4.1 Reform der Bedarfsplanung

Patienten warten im Durchschnitt fast fünf Monate auf den Beginn einer Psychotherapie. Hierbei gibt es jedoch große regionale Unterschiede. In Großstädten liegt die mittlere Wartezeit bei etwa vier Monaten. Außerhalb der Großstädte warten Patienten hingegen durchschnittlich fünf bis sechs Monate und im Ruhrgebiet sogar mehr als sieben Monate auf den Beginn einer Psychotherapie.

Die BPtK fordert deshalb eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung, die die Wartezeiten auf die Sprechstunde auf höchstens vier Wochen verringert und im Anschluss an die Sprechstunde eine lückenlose Versorgung sicherstellt.

In einem ersten Schritt sollten die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz außerhalb der Ballungszentren sowie im Ruhrgebiet auf das Niveau der Großstädte reduziert werden. Die Benachteiligung von Menschen, die außerhalb von Ballungszentren oder im Ruhrgebiet leben, muss so schnell wie möglich beendet werden. Die BPtK fordert daher den Gesetzgeber auf, den G-BA erneut zu beauftragen, die psychotherapeutische Bedarfsplanung zeitnah zu überarbeiten. Hierfür muss der Gesetzgeber noch konkretere Vorgaben machen, da es dem G-BA bisher nicht gelungen ist, den gesetzgeberischen Auftrag zur Reform der Bedarfsplanung in der ihm vorgegebenen Frist umzusetzen.

In einem weiteren Schritt geht es langfristig darum, die Wartezeiten auch in den Großstädten zu verringern, da die Wartezeit auf den Beginn einer Psychotherapie mit vier Monaten ebenfalls zu lang ist. Patienten, die dringend eine Psychotherapie benötigen, sollten nahtlos die erforderliche psychotherapeutische Behandlung erhalten.

Um dabei eine angemessene psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen, muss der G-BA die Mindestquote von 20 Prozent für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen, verlängern.

Psychische Erkrankungen sind fast gleichmäßig über Stadt und Land verteilt

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen unterscheidet sich kaum zwischen städtischen und ländlichen Regionen (DEGS1-MH-Studie, Jacobi et al., 2014). Die bisherige Bedarfsplanung unterstellt dagegen, dass sich die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen Großstädten, ländlichen Regionen und dem Ruhrgebiet unterscheidet. Sie geht damit von falschen Voraussetzungen aus. Auch die Annahme, dass Großstädte ihre Umgebung mitversorgen und deshalb im Umland eine geringere Psychotherapeutendichte notwendig ist, stimmt häufig nicht. Tatsächlich sind die Wartezeiten auf eine Psychotherapie in der Umgebung einer Großstadt (Kreistyp 2 bis 4) erheblich länger als in den Großstädten selbst.

Bundeseinheitliche Verhältniszahl als Ausgangspunkt

Bedarfsgerechter ist deshalb, von einem einheitlichen Verhältnis von Psychotherapeuten zu Einwohnern auszugehen, unabhängig davon, ob es sich um eine städtische oder ländliche Region handelt (bundeseinheitliche Verhältniszahl). Geht man von der Anzahl der aktuell zugelassenen Psychotherapeuten aus, entspräche dies einem Verhältnis von rund 3.300 Einwohnern je Psychotherapeut.

Eine bundeseinheitliche Verhältniszahl von 3.300 Psychotherapeuten basiert jedoch auf der aktuellen Gesamtzahl zugelassener Psychotherapeuten. Sie kann deshalb nur ein erster, pragmatischer Schritt sein, um die Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet auf das Niveau der Großstädte zu verringern. Aber auch in Großstädten ist die Wartezeit auf den Beginn einer Psychotherapie mit durchschnittlich vier Monaten noch zu lang. Daher muss grundsätzlich überprüft werden, welche Psychotherapeutendichte tatsächlich notwendig ist, um für Patienten nach der Sprechstunde eine lückenlose psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Das zeigt sich auch darin, dass die aktuellen Wartezeiten in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nur dadurch erreicht werden, dass in den vergangenen Jahren viele Psychotherapien von Privatpraxen im Kostenerstattungsverfahren erbracht worden sind. Dadurch konnte der Versorgungsdruck abgefedert und die Wartezeiten gesenkt werden. Beim Kostenerstattungsverfahren behandeln Psychotherapeuten in Privatpraxen, die keine Kassenzulassung haben, gesetzlich Krankensichere, die zeitnah keinen Behandlungsplatz bei einem zugelassenen Psychotherapeuten finden.

Regionale Anpassungen an Bevölkerungsstruktur

Ausgehend von dieser bundeseinheitlichen Verhältniszahl, sind regionale Justierungen erforderlich. Zwar ist die Häufigkeit psychischer Erkrankung grundsätzlich überall in Deutschland relativ gleich. Aber Menschen sind häufiger psychisch krank, wenn sie einen besonders niedrigen Schulabschluss haben oder arbeitslos sind. Auch Frauen und jüngere Menschen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen. Dies lässt sich regional erfassen, sodass je nach der Bevölkerungsstruktur einer Region die bundeseinheitliche Verhältniszahl angepasst werden kann. Außerdem sollte auch berücksichtigt werden, dass Menschen in Großstädten und Ballungszentren eher Hilfe wegen psychischer Beschwerden in Anspruch nehmen als auf dem Land (Mack et al., 2014). Möglicherweise ist die Angst vor Stigmatisierung in städtischen Regionen geringer und Menschen mit psychischen Erkrankungen sind dort eher bereit, sich professionelle Hilfe zu holen.

Mitversorgung durch Großstädte empirisch überprüfen

Es bestehen erhebliche Zweifel an der These, dass Großstädte ihre Umgebung in dem Maße mitversorgen, wie es die bisherige Bedarfsplanung unterstellt. Die bisher rein hypothetischen Mitversorgungseffekte sollten deshalb empirisch überprüft werden. Dafür sollten Patienten befragt werden, wo sie behandelt werden möchten, insbesondere ob dort, wo sie wohnen oder wo sie arbeiten. So könnte es sein, dass sich zum Beispiel Berufspendler lieber in der Nähe ihres Arbeitsplatzes psychotherapeutisch behandeln lassen, der sich in einem anderen Planungsbereich als ihrem Wohnort befindet. Ältere und immobile Menschen sowie Kinder werden jedoch wahrscheinlich eine wohnortnahe Versorgung benötigen.

Solange solche Daten zur Patientenpräferenz nicht vorliegen, sollten Mitversorgungseffekte ausschließlich mittels empirischer Daten zu Berufspendlern geschätzt werden. Dies hat den Vorteil, dass keine hypothetischen Mitversorgungseffekte angenommen werden müssen, die vielerorts unrealistisch sind. Berufspendlerbewegungen haben den Vorteil, dass die Wege zum Psychotherapeuten an die Wege zum Arbeitsplatz geknüpft sind. Sie könnten bereits in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, da diese Daten für jeden Planungsbereich vorliegen (INKAR-Datenbank).

Beispiel: Breisgau-Hochschwarzwald

Der Planungsbereich „Breisgau-Hochschwarzwald“ wird dem Kreistyp 3 (nahe einer Großstadt, stark mitversorgt) zugeordnet. Der Kreis liegt nahe der Stadt Freiburg, die in der Bedarfsplanung als Großstadt (Kreistyp 1, mitversorgend) eingestuft ist. Die Annahme, dass ein großer Teil der Menschen aus Kreis Breisgau-Hochschwarzwald nach Freiburg fährt, um sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, ist äußerst unrealistisch. Dies lässt sich am Beispiel der Stadt Löffingen zeigen. Mit dem Auto ist Freiburg von Löffingen in etwa 50 Minuten zu erreichen, mit der Bahn in etwa 1,5 Stunden. Wer zur Arbeit nach Freiburg pendelt, könnte sich dort auch psychotherapeutisch behandeln lassen. Bei allen anderen psychisch kranken Menschen ist es dagegen höchst unwahrscheinlich, dass sie mindestens einmal wöchentlich und dies über mehrere Monate von Löffingen nach Freiburg fahren, um dort einen Psychotherapeuten aufzusuchen.

Kürzere Wartezeiten durch eine höhere Psychotherapeutendichte

Die BPtK-Studie zeigt: Mehr psychotherapeutische Praxen je Einwohner sind der einzige Weg, die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung entscheidend zu verkürzen. Durch eine einheitliche Verhältniszahl, die regional angepasst wird, entstünden rund 7.000 zusätzliche psychotherapeutische Praxissitze vor allem außerhalb von Großstädten, insbesondere in Kreistyp 3 und im Ruhrgebiet (Kreistyp 6). In den Großstädten läge der Anstieg lediglich bei einem Prozent (Verteilung nach Kreistypen siehe Tabelle 11). Dadurch verringerten sich die Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie vor allem in den Regionen, in denen sie bisher besonders lang sind.

Langfristig muss jedoch auch die Psychotherapeutendichte in den Großstädten überprüft werden, da auch dort nicht nur sichergestellt sein muss, dass innerhalb von vier Wochen eine Abklärung von psychischen Beschwerden in der Sprechstunde erfolgen kann, sondern auch, dass sich daran nahtlos eine psychotherapeutische Behandlung anschließen kann.

Tabelle 11: Zusätzliche Sitze durch BPtK-Vorschlag für Reform der Bedarfsplanung

| Kreistyp | Anzahl zusätzlicher Sitze (gerundet) | Anstieg der Psychotherapeuten-sitze in % | Anteil an allen Planungsbereichen der Bedarfsplanungs-Richtlinie in % | Anteil der Bevölkerung in Deutschland in % |
|----------|--------------------------------------|--|---|--|
| 1 | 90 | 1 | 15 | 25 |
| 2 | 790 | 42 | 8 | 11 |
| 3 | 1.360 | 80 | 13 | 12 |
| 4 | 1.710 | 61 | 21 | 20 |
| 5 | 2.480 | 56 | 39 | 26 |
| 6 | 750 | 74 | 4 | 6 |

Quelle: BPtK, 2018

G-BA liegt deutlich im Zeitplan zurück

Der Gesetzgeber hatte den G-BA im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz mit einer Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung beauftragt. Dafür hatte der G-BA eine Frist bis zum 1. Januar 2017. Diese gesetzliche Frist hat er bereits um mehr als ein Jahr überzogen. Erst nachdem die Frist verstrichen war, hat er ein Gutachten in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse noch ausstehen. Psychisch kranke Menschen warten jetzt seit mehr als zehn Jahren meist monatelang auf ihre psychotherapeutische Behandlung. Weitere Verzögerungen sind aus Patientensicht nicht mehr akzeptabel.

Zuwachs an Praxen finanzieren

Ursache für die politische Handlungsunfähigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die finanziellen Überlegungen seiner beiden großen Bänke, der Kassenärzte und der Krankenkassen. Psychotherapeutische Behandlungen werden zwar ganz überwiegend extrabudgetär vergütet. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen besteht jedoch die Schwierigkeit, dass sich die Krankenkassen grundsätzlich einer dringend notwendigen Weiterentwicklung auch der ambulanten ärztlichen Versorgung verweigern. Ein steigender Bedarf an sprechender Medizin fällt einer kurzfristigen Kostendämpfung der Krankenkassen zum Opfer. Dabei sind die Ausgaben der Krankenkassen für Krankengeld (ca. 2,9 Milliarden Euro) bereits höher als ihre Ausgaben für ambulante Psychotherapie (ca. 2 Milliarden Euro). Die BPtK fordert deshalb, zum einen psychotherapeutische Leistungen vollständig extrabudgetär zu vergüten. Zum anderen muss der steigende ambulante Bedarf, insbesondere für zusätzliche Praxissitze, systematisch bei dem Zuwachs der Gesamtvergütung berücksichtigt werden.

4.2 Kurzfristig: Terminservicestellen sollen in Privatpraxen vermitteln

Das größte Defizit der ambulanten Versorgung, der Mangel an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen, bleibt auch nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie bestehen. Um kurzfristig Abhilfe zu schaffen, muss der Auftrag der Terminservicestellen erweitert werden. Der Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte verpflichtet werden, auch an psychotherapeutische Privatpraxen zu vermitteln. Voraussetzung dafür wäre, dass eine Richtlinienpsychotherapie dringend notwendig ist und innerhalb von vier Wochen kein freier Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten oder ambulant in einem Krankenhaus verfügbar ist. Privatpraxen könnten sich dafür bei den Terminservicestellen akkreditieren.

4.3 Stückelung der Kurzzeittherapie aufheben

Die BPtK fordert, dass die Kurzzeittherapie wieder mit einem Antrag für 25 Stunden zu beantragen ist. Deren Stückelung in zwei Abschnitte von je zwölf Stunden ist sachlich nicht zu rechtfertigen und ein bürokratischer Mehraufwand, der nur die notwendige Kontinuität einer Psychotherapie gefährdet. Diese Gängelung psychisch kranker Menschen muss wieder aufgehoben werden. Darüber hinaus sollten die Psychotherapeuten auch bei der Kurzzeittherapie wieder direkt von den Krankenkassen über eine Genehmigung informiert werden.

4.4 Eigene Leistungen für die Rezidivprophylaxe schaffen

Um die langfristige Versorgung und Stabilisierung von chronisch oder rezidivierend psychisch erkrankten Patienten zu verbessern, müssen die Rezidivprophylaxe und die Erhaltungstherapie als eigener Leistungsbereich ausgestaltet werden. Dafür muss nach Abschluss einer Richtlinienpsychotherapie ein gesondertes Leistungsangebot für Rezidivprophylaxe geschaffen werden. Wichtig ist, dass dieses Angebot nicht nur für Patienten eingesetzt werden kann, die vorher eine Langzeittherapie erhalten haben, sondern auch nach einer Kurzzeittherapie oder Akutbehandlung. Auch nach einer Behandlung mit bis zu 25 Stunden kann es notwendig sein, Rückfällen vorzubeugen. Erst mit einem solchen Leistungsangebot ist der Auftrag des Gesetzgebers angemessen umzusetzen, erneute Erkrankungen besser zu verhindern und Therapieerfolge langfristig zu sichern.

4.5 Gruppenpsychotherapie fördern

Zu hoher bürokratischer Aufwand, zu wenige Patienten in der eigenen Praxis und fehlende Räumlichkeiten verhindern bisher einen stärkeren Einsatz von Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung. Die Stückelung der Kurzzeittherapie hat den bürokratischen Aufwand sogar noch weiter erhöht. Um die Gruppentherapie wirksam zu fördern, sollte zum einen die Kurzzeittherapie wieder zu einem Kontingent von 25 Doppelstunden zusam-

mengefasst werden. Zum anderen sollte auch die Gruppenpsychotherapie als Kurzzeittherapie nur anzeigepflichtig und nicht antrags- und genehmigungspflichtig sein. Für die Gruppenpsychotherapie als Langzeittherapie sollte lediglich ein vereinfachter Antrag bei der Krankenkasse gestellt und auf die Berichtspflicht mitsamt Gutachterverfahren verzichtet werden. Gerade Verzögerungen bei der Genehmigung führen dazu, dass sich der Beginn einer Gruppentherapie deutlich verschieben kann, wenn noch nicht von allen Gruppenteilnehmern die Genehmigung vorliegt.

Darüber hinaus sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen regional Transparenz über bestehende gruppenpsychotherapeutische Angebote herstellen. Auf ihren Homepages sollten sie über die Psychotherapeutensuche erkennbar machen, welche Psychotherapeuten welche gruppenpsychotherapeutischen Angebote in einer Region anbieten. So könnten Patienten geeignete Therapieangebote finden und Psychotherapeuten könnten in der Sprechstunde bei der Indikationsstellung abschätzen, ob in der Region das erforderliche Therapieangebot überhaupt verfügbar ist.

4.6 Prävention stärken

Ein Teil der Patienten, der in die Sprechstunde beim Psychotherapeuten kommt, leidet an psychischen Beschwerden, ist aber noch nicht psychisch erkrankt. Sie benötigen frühzeitig präventive Angebote, die verhindern, dass sie psychisch erkranken und eine Behandlung benötigen. Dafür benötigen Psychotherapeuten die Befugnis, Leistungen zur Prävention und Früherkennung zu verordnen. Zu diesen Leistungen sollten auch Internetprogramme gehören, mit denen psychischen Erkrankungen vorgebeugt werden kann. Die gesetzlichen Krankenkassen müssten dafür die Kosten übernehmen.

5 Zusammenfassung

Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie lässt sich feststellen: Dank der Sprechstunde sind psychotherapeutische Praxen bereits nach einem halben Jahr eine zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für psychisch kranke Menschen geworden. Die Wartezeiten auf ein erstes Gespräch konnten von 12,5 Wochen auf 5,7 Wochen verkürzt werden. Rund 70 Prozent der Psychotherapeuten führen innerhalb von vier Wochen ihr erstes Gespräch mit ihren Patienten.

Patienten in psychischen Krisen erhalten eine Akutbehandlung drei Wochen, nachdem sie für notwendig erachtet wurde. Zwei Drittel aller Psychotherapeuten (66,3 %) bieten die Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen an. Damit ist es gelungen, für die meisten Patienten, die nicht auf eine Richtlinienpsychotherapie warten können, ein rasches Hilfsangebot zu schaffen. Bei einem kleineren Teil dieser besonders dringend behandlungsbedürftigen Patienten sind die Wartezeiten noch zu lang.

Nach wie vor bestehen viel zu lange Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung. Eine Richtlinienpsychotherapie beginnt durchschnittlich erst fast fünf Monate (19,9 Wochen) nach der ersten Anfrage. Immerhin hat sich die durchschnittliche Wartezeit aber um vier Wochen verkürzt: von 23,4 Wochen im Jahr 2011 auf 19,9 Wochen im Jahr 2017. Sie schwankt außerdem deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern. Während Patienten in Berlin nur gut drei Monate (13,4 Wochen) warten, bis die Psychotherapie beginnt, sind es im Saarland fast sechs Monate (23,6 Wochen) und im Ruhrgebiet sogar über sieben Monate (29,4 Wochen).

Die BPtK fordert deshalb eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung, die die Wartezeiten auf die Sprechstunde auf höchstens vier Wochen verringert und im Anschluss an die Sprechstunde eine lückenlose Versorgung sicherstellt. In einem ersten Schritt sollten die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz außerhalb der Ballungszentren sowie im Ruhrgebiet auf das Niveau der Großstädte reduziert werden. In einem weiteren Schritt geht es langfristig darum, die Wartezeiten auch in den Großstädten zu verringern, da die Wartezeit auf den Beginn einer Psychotherapie mit vier Monaten ebenfalls zu lang ist. Patienten, die dringend eine Psychotherapie benötigen, sollten nahtlos die erforderliche psychotherapeutische Behandlung erhalten.

Ausgangspunkt der Bedarfsplanungsreform sollte sein, dass sich die Häufigkeit psychischer Erkrankungen kaum zwischen städtischen und ländlichen Regionen unterscheidet. Die bisherige Bedarfsplanung unterstellt dagegen fälschlicherweise, dass Menschen in Großstädten viel häufiger psychisch krank sind als in ländlichen Regionen und dem Ruhrgebiet. Auch die Annahme, dass Großstädte ihre Umgebung mitversorgen und deshalb im Umland eine geringere Psychotherapeutendichte notwendig ist, stimmt häufig nicht. Tatsächlich sind die Wartezeiten auf eine Psychotherapie in der Umgebung einer Großstadt (Kreistyp 2 bis 4) erheblich länger als in den Großstädten selbst.

6 Methodik

6.1 Befragung von Psychotherapeuten

Einschlusskriterien

Die Ergebnisse dieser BPtK-Studie beruhen auf einer Onlinebefragung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Von der Befragung ausgeschlossen waren zum Beispiel Psychotherapeuten, die ausschließlich in Privatpraxen arbeiten, sowie ärztliche Psychotherapeuten.

Befragungszeitraum

Die Befragung wurde im Zeitraum zwischen dem 6. November 2017 und dem 10. Dezember 2017 durchgeführt. Alle Psychotherapeuten wurden von ihren jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern vorab gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Zusätzlich haben die BPtK sowie einige Berufsverbände auf die Befragung hingewiesen.

Auswertung

Dargestellt sind Anteile als Prozentangaben sowie Mittelwerte mit zugehörigen Standardabweichungen. Teilweise ergeben sich Unterschiede zwischen Angaben zu Wartezeiten zwischen Psychotherapeuten, die eine Warteliste führen, und Psychotherapeuten, die keine Warteliste führen. In allen Tabellen und Abbildungen sind einheitlich Angaben zu Wartezeiten von Psychotherapeuten dargestellt, die eine Warteliste führen. Die Konzentration auf Wartezeiten, die von Psychotherapeuten berichtet wurden, die eine Warteliste führen, wurde zum einen gewählt, da davon auszugehen ist, dass es sich hierbei um die verlässlicheren Ergebnisse zu Wartezeiten handelt. Zum anderen, um eine erhöhte Vergleichbarkeit mit früheren Befragungen herzustellen, die das gleiche Vorgehen gewählt haben (BPtK, 2011). Bei Angaben zu Wartezeiten auf einen ersten Termin in der Sprechstunde sind jeweils die Wartezeiten dargestellt, die sich für Patienten ergeben, die nicht über eine Terminservicestelle vermittelt wurden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da der Anteil der Patienten, die über die Terminservicestelle vermittelt wurden, bei der Hälfte der teilnehmenden Psychotherapeuten nur bei etwa einem Prozent lag.

6.2 Rücklauf

Von insgesamt 23.812 an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben 9.432 an der Onlinebefragung teilgenommen. Das entspricht einem Rücklauf von 39,6 Prozent. 72,1 Prozent der Befragten waren weiblich, der Altersdurchschnitt lag bei 53,4 (SD = 10,2) Jahren. Damit kann von einer hohen Repräsentativität der Stichprobe ausgegangen werden. Der Altersdurchschnitt in der Grundgesamtheit, der an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten, lag laut Statistik der KBV im Jahr 2016 ebenfalls bei 53,6 Jahren, der Anteil der Frauen lag bei 73,3 Prozent.

Die zugrundeliegende Stichprobengröße kann zwischen den einzelnen Auswertungen schwanken, da es zum einen möglich war, bei der Befragung einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen. Zum anderen, weil einige Fragen in Abhängigkeit von Antworten auf vorherige Fragen nur einem Teil der Befragten angezeigt wurden (zum Beispiel wurde nur nach hinderlichen Faktoren für das Durchführen von Gruppentherapie gefragt, wenn Psychotherapeuten vorher angegeben haben, ihr gruppenpsychotherapeutisches Angebot nicht ausgeweitet zu haben).

6.3 Abfrage bei Kassenärztlichen Vereinigungen

Ergänzend zu der Befragung der Psychotherapeuten wurden alle Kassenärztlichen Vereinigungen schriftlich um Auskunft zur Ausgestaltung des Vermittlungsangebots der Terminservicestellen im Bereich der Psychotherapie und deren Nutzung im zweiten Quartal 2017 gebeten. Erfragt wurde unter anderem auch, wie die Mitteilung von freien Terminen für die Sprechstunde und Akutbehandlung erfolgt, welche Informationen die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Inanspruchnahme dieser Termine bekommen, wie viele Anfragen die Kassenärztlichen Vereinigungen wegen der Vermittlung von psychotherapeutischen Leistungen erhalten und wie häufig die Termine fristgerecht erfolgreich vermittelt werden konnten.

7 Literatur

- Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Wartezeiten für psychisch erkrankte Menschen. Bundestagsdrucksache 19/1066.
- Barkmann C & Schulte-Markwort M (2010). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66: 194-203.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. Zuletzt verändert: März 2017. DOI: 10.6101/AZQ/000364. Abrufbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de (Zugriff am 16.02.2018).
- Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME & Rasmussen SA (2010). A 2-year prospective follow-up-study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 71(8):1033-9.
- Foreman DM & Hanna M (2000). How long can a waiting list be?: The impact of waiting time on Intention to attend child and adolescent psychiatric clinics. *Psychiatric Bulletin* 2000 24: 211-213.
- Helbig S (2009). Veränderungsrelevante Prozesse jenseits psychotherapeutischer Sitzungen: Konzeption, Beschreibung und Ansätze für ein optimiertes therapeutisches Vorgehen. Dissertationsschrift, Universität Dresden.
- IGES & Jacobi F (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutesitze. Abrufbar unter: www.iges.com.
- Issakidis C & Andrews G (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 109: 426-433.
- Jacobi F et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). Gesundheitsdaten – Medizinische Versorgung – Ambulante Versorgung. Abrufbar unter: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (Zugriff am 16.02.2018).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2017. Abrufbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf (Zugriff am 28.03.2018).

- Laessle RG (2009). Essstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Mack S et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 289-303.
- McGarry J, McNicholas F, Buckley H, Kelly BD, Atkin L & Ross N (2008). The Clinical Effectiveness of a Brief Consultation and Advisory Approach Compared to Treatment as Usual in Child and Adolescent Mental Health Services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 13: 365-376.
- Püschner F, Fleischmann J & Diewald V (2010). Wartezeiten in der regionalen psychiatrischen Versorgung aus Patienten- und Leistungserbringersicht – am Beispiel des Rhein-Kreis Neuss. Vortrag auf dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 02.10.2010, Bonn.
- Ravens-Sieberer U et al. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50(5-6): 810-8.
- Steil R & Ehlers A (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Westin AML, Barksdale CL, Mettrick J & Stephan SH (2011). Understanding the Effect of Waiting Time on Children's Mental Health Service Use and Discharge Outcomes. Paer at Children's Mental Health Research & Policy Conference, 22.3.2011, Tampa/FL.
- Williams ME, Latta J & Conversano P (2008). Eliminating the Wait for Mental Health Services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 107-114.
- Wittchen H-U & Jacobi F (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*: 993-1000.