



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt



Heft 41
Psychotherapeutische Versorgung



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 41

Psychotherapeutische Versorgung

Autoren: Holger Schulz, Dina Barghaan, Timo Harfst und Uwe Koch

Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2008

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können

gebündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.
www.rki.de

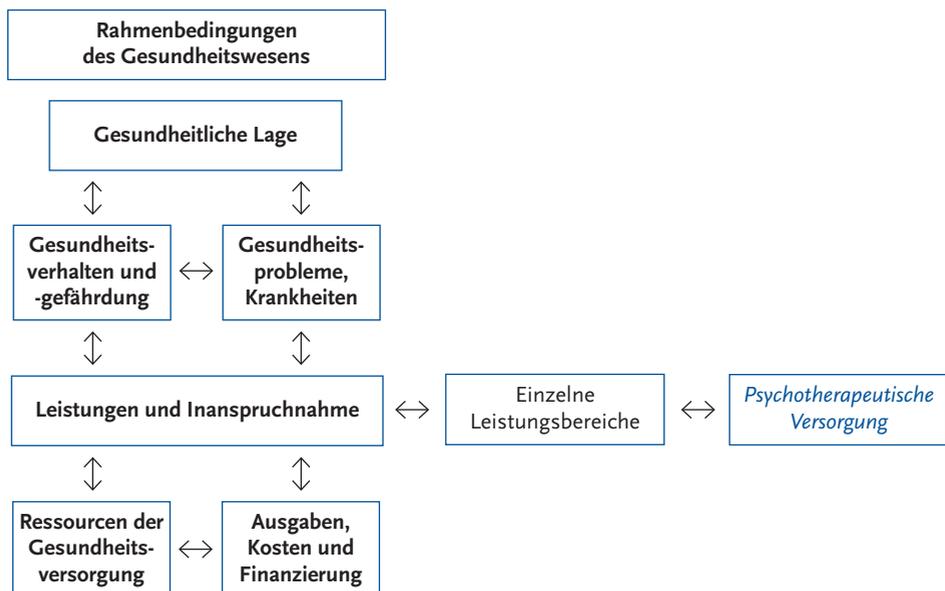
- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte sowie weitere GBE-Publikationen abgerufen werden.
www.gbe-bund.de

- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.
www.rki.de

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 41 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Psychotherapeutische Versorgung« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Häufigkeit psychischer Störungen	8
3	Angebote der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland	10
3.1	Ambulante Versorgung	10
3.1.1	Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung	11
3.1.1.1	Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten	13
3.1.1.2	Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten	14
3.1.1.3	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten	15
3.1.1.4	Wartezeiten, Behandlungsdauer und Angebotsform	15
3.1.2	Psychosomatische Grundversorgung	16
3.1.3	Ambulanzen	17
3.1.4	Psychosoziale Beratungsstellen	18
3.1.5	Tageskliniken	18
3.2	Stationäre Versorgung	20
3.2.1	Krankenhausbehandlung.	20
3.2.1.1	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	21
3.2.1.2	Psychiatrie und Psychotherapie	23
3.2.1.3	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24
3.2.2	Konsiliar- und Liaisondienste	25
3.2.3	Rehabilitation von Patienten und Patientinnen mit psychischen/ psychosomatischen Störungen	26
4	Inanspruchnahme von Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen	29
5	Aus- und Weiterbildung zur psychotherapeutischen Tätigkeit	31
6	Qualitätssicherung	31
6.1	Stationäre Psychotherapie	32
6.2	Ambulante Psychotherapie.	33
7	Fazit	34
8	Literatur	37
9	Glossar	43
	Impressum	47

Psychotherapeutische Versorgung

1 Einleitung

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen wurde wegen eines Mangels verlässlicher Daten lange Zeit unterschätzt. Wie neuere Erhebungen inzwischen zeigen, durchleben in Deutschland 37 % der Frauen und 25 % der Männer innerhalb eines Jahres eine psychische Störung. Psychische Krankheiten trugen in den letzten Jahren in steigendem Maß zu Krankschreibungen bei und sind mittlerweile häufigster Grund gesundheitsbedingter Frühberentungen. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes schlugen psychische und Verhaltensstörungen mit knapp 23 Milliarden Euro zu Buche.

»Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonellen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern« [1]. Sie werden von der jeweiligen Person häufig als nicht oder nur begrenzt beeinflussbar erlebt, können mit erheblichem Leiden einhergehen und beinhalten sogar in einem nicht unerheblichen Ausmaß ein erhöhtes Risiko, zu sterben [2]. Beispiele für häufige psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und Schizophrenie.

Für Menschen mit psychischen Störungen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Therapie erfolgt im Wesentlichen durch Psychopharmaka oder Psychotherapie bzw. eine Kombination beider. Dieser Bericht fokussiert auf die psychotherapeutische Behandlung.

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt im internationalen Vergleich sowohl im stationären (Krankenhäuser, Kliniken), als auch im teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten (Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen) Bereich über ein besonders dicht ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung. Während international die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in psychiatrischen Krankenhäusern erfolgt, hat sich in Deutschland zusätzlich ein substanzieller Teil des stationären Versorgungssystems im Bereich der

medizinischen Rehabilitation entwickelt. Diese Behandlung wird im Gegensatz zur stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung nicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung, sondern hauptsächlich durch die Gesetzliche Rentenversicherung finanziert. Bestimmend für diese Entwicklung waren u. a. eine stark biologische Ausrichtung der Psychiatrie in der Nachkriegszeit sowie eine Spezialisierung auf die psychotherapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation [3]. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung erfolgt in Deutschland zu einem großen Teil über Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Sie wird im Wesentlichen von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Gemäß dem am 1.1.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz ist unter Ausübung von Psychotherapie »jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert zu verstehen, bei denen Psychotherapie indiziert ist« [4]. Auf Antrag erfolgt durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 des PsychThG die Begutachtung psychotherapeutischer Verfahren unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Kriterien, wozu im Wesentlichen empirische Studien zum Nachweis der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens in definierten Anwendungsbereichen gehören [5].

Berufs- und sozialrechtlich zugelassene psychotherapeutische Verfahren (die so genannten Richtlinienverfahren) sind die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. Die sozialrechtliche Zulassung bedeutet, dass diese psychotherapeutischen Behandlungen nach Antragstellung und positiver Begutachtung von entsprechend qualifizierten Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Vertragsärztinnen und -ärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können.

Darüber hinaus hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten vom 16.09.2002 die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie für vier Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen festgestellt und die Gesprächspsychotherapie als Verfahren der vertieften Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß Psychotherapeutengesetz empfohlen. Die daraus resultierende berufsrechtliche Zulassung der Gesprächspsychotherapie führte zu einer Prüfung der Gesprächspsychotherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Auf der Grundlage einer systematischen Analyse vorliegender wissenschaftlicher Studien zu Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie (d.h. ein so genanntes Health Technology Assessment) hat der G-BA am 21.11.2006 den Beschluss gefasst, die Gesprächspsychotherapie sozialrechtlich weiterhin nicht zuzulassen. In der Beschlussbegründung stellt der G-BA fest, dass ausreichende Belege für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie lediglich für die Indikation Depression im Anwendungsbereich der affektiven Störungen vorliegen. Für die Aufnahme eines psychotherapeutischen Verfahrens in den GKV-Leistungskatalog sei eine nur für diese Indikation spezifische Anerkennung weder medizinisch notwendig noch wirtschaftlich.

Psychotherapeutische Behandlungen gemäß Psychotherapierichtlinien werden als Einzel- oder Gruppentherapien durchgeführt.

Im vorliegenden Bericht werden nach einer einführenden Übersicht zur Häufigkeit psychischer Störungen die in Deutschland verfügbaren ambulanten, teilstationären und stationären Angebotssysteme der psychotherapeutischen Versorgung und deren Inanspruchnahme genauer beschrieben. Dabei wird schwerpunktmäßig auf die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der Richtlinienverfahren eingegangen. Darüber hinaus werden aber auch Versorgungsangebote berücksichtigt, die nach der im Psychotherapeutengesetz gegebenen Definition nicht als Psychotherapie im engeren Sinne zu bezeichnen sind, wie z. B. Angebote von psychosozialen Beratungsstellen, da ein großer Teil der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen diese häufig niederschwellige Angebote in Anspruch

nimmt. Der Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen wird bei der Beschreibung der Angebotssysteme immer dort berücksichtigt, wo verlässliche Datengrundlagen vorliegen.

Abschließend wird auf Aspekte der Qualitätssicherung eingegangen und eine Bewertung des Versorgungsgrades vorgenommen. Aufgrund des für diesen Bericht zur Verfügung stehenden begrenzten Umfangs wurde auf eine umfassende Darstellung der Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie verzichtet [6].

Bei den für den Bericht durchgeführten eigenen Analysen wurde generell eine Differenzierung nach Geschlecht vorgenommen. Ansonsten war dies nur dann möglich, wenn in der verwendeten Literatur bzw. in den zugrunde liegenden Datenquellen entsprechende Angaben getrennt nach Geschlecht aufgeführt wurden.

2 Häufigkeit psychischer Störungen

Bis vor kurzem konnten sich epidemiologische Aussagen zur Verbreitung psychischer Störungen in Deutschland nur auf sehr wenige Studien stützen. Zu nennen sind hier die »Mannheimer Studie« von der Arbeitsgruppe um Schepank [7] sowie die »Oberbayerische Studie« der Arbeitsgruppe von Fichter [8]. In der erstgenannten Studie wird expertendefiniert ein Anteil von 26 % psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Personen berichtet.

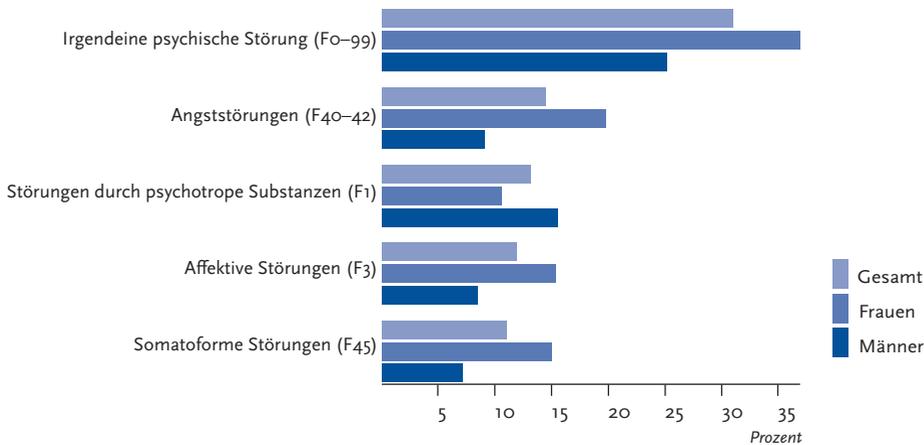
Mit dem Zusatzmodul »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys¹, der 1998 mittels strukturierter klinischer Interviews (CIDI)

¹ Im Kernsurvey des 1998 vom Robert Koch-Institut durchgeführten Bundes-Gesundheitssurveys wurde eine repräsentative Zufallsauswahl der deutschen Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren (7.124 Personen) mittels eines Fragebogens zu körperlichen Erkrankungen befragt. Im Zusatzmodul »Psychische Störungen« wurde eine ergänzende Erfassung psychischer Störungen vorgenommen. Alle 6.159 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 18 bis 65 Jahren wurden mit einem Screening-Fragebogen (CID-S) auf psychische Beeinträchtigungen getestet. In das anschließende ausführliche computerisierte Composite International Diagnostic Interview (DIA-X-CIDI) wurden alle Screen-Positiven und 50 % der Screen-Negativen einbezogen, insgesamt 4.181 Teilnehmer [11].

Abbildung 1

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

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



an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe durchgeführt wurde, hat sich die Grundlage für die Abschätzung der Verbreitung psychischer Störungen in Deutschland verbessert.

Jacobi et al. [9] ermittelten für Erwachsene anhand des Zusatzmoduls »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys in der Bundesrepublik Deutschland eine Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen von insgesamt 31,1%. Dabei waren die Prävalenzraten unter den Frauen mit 37% wesentlich höher als unter den Männern mit 25,3% (vgl. Abbildung 1). Diese Prävalenzraten entsprechen vergleichbaren internationalen Studien. Demnach ist davon auszugehen, dass annähernd ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung erfüllt. Frauen sind dabei, mit Ausnahme der Suchtstörungen, insgesamt deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer. Über ein Drittel (39,5%) der Personen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, wies mehr als eine psychische Störung auf. Bei Frauen lag der Anteil mit 43,7% deutlich höher als bei Männern mit 30,5%. Als häufigste Diagnosen fanden sich Angststörungen², Störungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit), affektive Störungen (vor allem Depressionen) sowie somatoforme Störungen, d. h. körperliche Beschwerden mit

häufigen Arztbesuchen, für die keine organische Ursache gefunden werden kann (Mehrfachnennungen). Die deutlichsten Geschlechtsunterschiede fanden sich hinsichtlich der Angststörungen, somatoformen Störungen und affektiven Störungen. Frauen waren davon etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Innerhalb der Gruppe der Angststörungen zeigte sich das vor allem bei den Diagnosen Agoraphobie und Spezifische Phobie. Bei den Männern fand sich hingegen eine im Vergleich zu den Frauen erhöhte Prävalenz an Störungen durch psychotrope Substanzen (inklusive Nikotinabhängigkeit). Insgesamt zeigte sich also, dass in der Allgemeinbevölkerung die Häufigkeit psychischer Störungen in einigen Diagnosegruppen zwischen den Geschlechtern variiert. Jedoch lassen die vorliegenden Daten zur Prävalenz psychischer Störungen keinen Schluss hinsichtlich der Ursachen dieser Unterschiede zu. Hier sind vertiefende Untersuchungen erforderlich. Entsprechend kommt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [10] zu dem Schluss, dass zu der Fragestellung »welche Zusammenhänge bei der Entstehung, dem Verlauf und der Therapie psychischer Erkrankungen von Frauen bestehen« bisher keine epidemiologischen Studien im deutschen Sprachraum vorliegen.

² Vergleiche auch das GBE-Themenheft »Angststörungen« [12]

Aktuelle Daten zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter liegen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts vor [13]. Danach zeigten 17,8 % der Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren und 11,5 % der gleichaltrigen Mädchen psychische Auffälligkeiten oder wurden als »grenzwertig« auffällig identifiziert [14]. Bei einer Unterstichprobe von Familien mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren wurde die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen vertiefend untersucht (Bella-Studie [15]). In dieser Unterstichprobe zeigten 24 % der Jungen und 19,6 % der Mädchen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Als spezifische psychische Auffälligkeiten traten Ängste bei 10,1 % der Jungen und 10 % der Mädchen, Störungen des Sozialverhaltens bei 7,9 % der Jungen und 7,2 % der Mädchen und Depressionen bei 5,4 % der Jungen und 5,3 % der Mädchen auf [16]. Ein Verdacht auf Essstörungen lag bei 28,9 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen und 15,2 % der gleichaltrigen Jungen vor [17]. Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen wurde anhand der Frage, ob jemals eine ärztliche oder psychologische ADHS-Diagnose gestellt wurde, unter Einbeziehung eines Screening-Instruments sowie durch eine Verhaltenseinschätzung während der Untersuchung geschätzt. Eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte ADHS-Diagnose lag bei 7,9 % der 3- bis 17-jährigen Jungen und 1,8 % der gleichaltrigen Mädchen vor; als Verdachtsfälle wurden zusätzlich 6,4 % der 3- bis 17-jährigen Jungen und 3,6 % der gleichaltrigen Mädchen identifiziert [18].

Ihle und Esser [19] berichten in ihrem Überblick über nationale und internationale Studien von einer mittleren Periodenprävalenz (in der Regel 6-Monats-Prävalenzraten) von 18 %. Am häufigsten sind Angststörungen, dissoziale Störungen, Depressionen und hyperkinetische Störungen. Wie Ihle und Esser [19] in ihrer Übersichtsarbeit zeigen können, sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter in hohem Maße geschlechtsabhängig. Es zeigte sich, dass Jungen bis zur Pubertät durchgängig höhere Prävalenzraten aufweisen, wohin gegen bei Beginn der Adoleszenz eine Angleichung der Raten erfolgt. Häufig wurden sogar im späten Jugendalter höhere Prävalenzen bei Mädchen gefunden.

3 Angebote der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Auf der Grundlage verfügbarer Statistiken und Veröffentlichungen, eigener Erhebungen und Expertenbefragungen soll im Folgenden ein Überblick über die in Deutschland verfügbaren Angebote der psychotherapeutischen Versorgung gegeben werden. Dabei wird zunächst auf das ambulante und teilstationäre Setting und anschließend auf die stationäre Versorgung eingegangen. Anzumerken ist hierbei, dass sich die Darstellung je nach vorhandener Datengrundlage entweder auf die vorgehaltenen Behandlungsplätze bzw. die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder auf die Zahl der in einem definierten Zeitraum behandelten bzw. versorgten Personen bezieht.

3.1 Ambulante Versorgung

Der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Störungen erfolgt seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes durch niedergelassene ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die ambulante Versorgung von privat versicherten oder selbst zahlenden Personen mit psychischen Erkrankungen wird zusätzlich auch von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in privater Praxis geleistet. Ein Teil dieser Personen wird auch von Heilpraktikern mit Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie behandelt, die jedoch keine staatlich geregelte Ausbildung und keine staatliche Prüfung absolviert haben.

Ambulante Hilfen werden auch in psychotherapeutischen Ambulanzen, teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen vorgehalten. Innerhalb der Primärversorgung bieten Ärztinnen und Ärzte niederschwellige Maßnahmen zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung an.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im

Wesentlichen durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Daneben übernehmen einen Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung insbesondere Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, die jeweils über eine zusätzliche Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügen.

3.1.1 Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung

Nach einer Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 31.12.2004 nahmen 12.389 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil, darunter 4.123 Männer und 8.266 Frauen. Dies macht einen Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen aus. Weiterhin waren im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahre 2004 insgesamt 2.533 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, darunter 705 Männer und 1.828 Frauen [20] teilnehmend niedergelassen. Für diese beiden Berufsgruppen war mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 eine neue rechtliche Grundlage für ihre Tätigkeit geschaffen worden. Das Gesetz führte zu einer weitgehenden Gleichstellung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit den ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei sehr unterschiedlichen Ausbildungscurricula.

Die Gruppe der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten umfasst Ärztinnen und Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie³, Psychiatrie und Psychotherapie⁴, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Tabelle 1

Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nach ausgewählten Fachbezeichnungen

Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2004 [21]

Fachbezeichnung	Männer	Frauen	Gesamt
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*	1.388	1.603	2.991
Psychiatrie und Psychotherapie	1.097	1.054	2.151
Nervenheilkunde**	1.775	938	2.713
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	234	319	553

* einschließlich »Psychotherapeutische Medizin« und »Psychotherapie«

** nicht in der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003

pie sowie psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und/oder Psychoanalyse. Aus der oben genannten Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geht hervor, dass 3.734 Ärztinnen und Ärzte, darunter 1.347 Männer und 2.387 Frauen, im Rahmen der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung überwiegend psychotherapeutisch tätig waren [20]. Zum Stichtag 31.12.2004 waren 8.408 niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (3.914 Frauen, 4.494 Männer) bei den Ärztekammern registriert, die psychotherapeutische Leistungen in unterschiedlichem Umfang erbrachten [21] (siehe Tabelle 1; die Gruppe der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten war darin teilweise enthalten). Zu diesen Fachärztinnen und Fachärzten zählten die Gruppen der niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte (938 Frauen, 1.775 Männer), der Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (1.054 Frauen, 1.097 Männer), der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (1.603 Frauen, 1.388 Männer) sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (319 Frauen, 234 Männer), die einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung von Menschen

3 Äquivalent hierzu ist die ehemalige Gebietsbezeichnung »Psychotherapeutische Medizin«

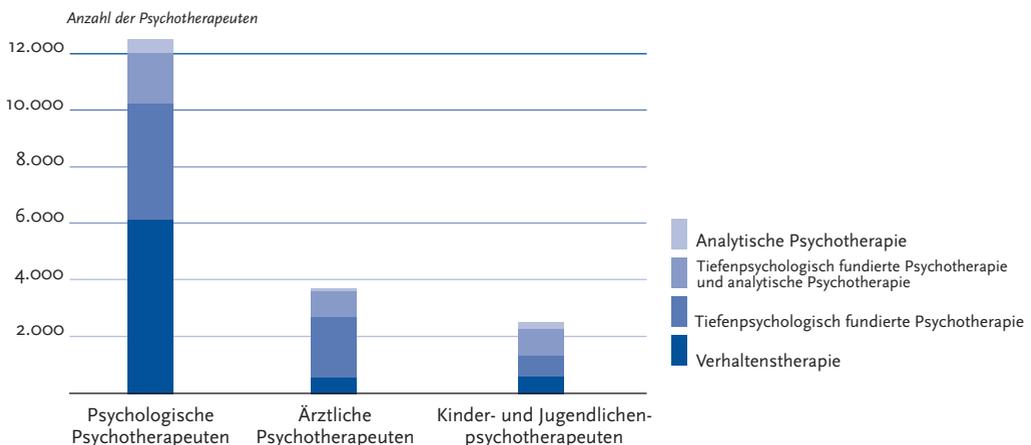
4 Weitere in der aktuellen Fassung der Musterweiterbildungsordnung nicht mehr enthaltene Gebietsbezeichnungen dieser Gruppe lauten »Nervenheilkunde«, »Neurologie und Psychiatrie« und »Psychiatrie«

mit psychischen Störungen insgesamt leisten. Der Fokus dieser Berichterstattung liegt allerdings auf der psychotherapeutischen Versorgung: Leider geht der genaue Umfang der psychotherapeutischen Leistungen dieser Arztgruppen, die gleichzeitig auch somatomedizinische Leistungen erbringen, aus den verfügbaren Datenquellen nicht hervor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen an den Gesamtleistungen dieser Ärztinnen und Ärzte in der Vergangenheit sehr gering war. Auf der Basis der Rückmeldungen von 11 Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt sich, dass ca. 50 % dieser Ärztinnen und Ärzte weniger als 2,5 % und 75 % weniger als 10 % psychotherapeutische Leistungen abrechnen. Ein wesentlicher Grund dafür war vermutlich der im Vergleich zum »gestützten Punktwert« geringere Vergütungssatz für psychotherapeutische Leistungen bei Ärztinnen und Ärzten, die weniger als 90 % psychotherapeutisch tätig sind. Seit 1. Juli 2004 werden auch die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde gegenüber den ausschließlich (> 90 %) psychotherapeutisch tätigen Vertragsärztinnen und -ärzten und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten hinsichtlich der Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen gleichbehandelt. Entsprechend kann

für die Zukunft eine Ausweitung dieser psychotherapeutischen Leistungen bei den genannten Facharztgruppen erwartet werden.

Hinsichtlich der ambulanten Bedarfsplanung ist anzumerken, dass in den im Zusammenhang mit dem Psychotherapeutengesetz erlassenen sozialversicherungsrechtlichen Regelungen von 1999 vorgeschrieben ist, übergangsweise bis 2008 in jedem Versorgungsbezirk jeweils 40 % der Versorgungsanteile sowohl für die Gruppe der ärztlichen Leistungserbringer, als auch für die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zu reservieren. Darüber hinaus ist festzustellen, dass in der Bedarfsplanung abhängig von der Besiedlungsdichte in einer Region unterschiedliche Einwohner/Arzt-Relationen angesetzt werden und damit ein differenzieller Versorgungsbedarf angenommen wird. Dies ist auf die bei Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes vorliegende psychotherapeutische Versorgungssituation zurückzuführen, die in der Bedarfsplanung die Grundlage für die Sollgrößen lieferte. Aufgrund der Niederlassungsentscheidungen von Psychotherapeuten vor 1999 mit einer starken Präferenz für Großstädte und Ballungszentren, schwankt die resultierende Einwohner/Arzt-Relation hierbei zwischen 2.577:1 in Kernstädten und 23.106:1 in ländlichen Regionen. Diese erhebliche Ungleichverteilung zwischen dicht besiedelten und ländlichen Regionen ist da-

Abbildung 2
Struktur der Psychotherapie-Berechtigungen nach den Richtlinienverfahren zum 31.12.2004 [20]



bei für Psychotherapie im Vergleich zu anderen Indikationsbereichen wesentlich ausgeprägter. Hier lauten die entsprechenden Relationen z. B. bei den Frauenärztinnen und -ärzten 6.916:1 und 13.697:1 bzw. bei Internistinnen und Internisten 12.27:1 und 31.876:1 (Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte, KBV und Bundesamt für Bauordnung und Raumordnung, gültig seit 1.1.2001). Das heißt, für die Psychotherapie wird im ländlichen Raum ein um den Faktor 9 geringerer Bedarf angesetzt, während in der Frauenheilkunde und im internistischen Bereich dieser Faktor nur 2 bzw. 3 beträgt.

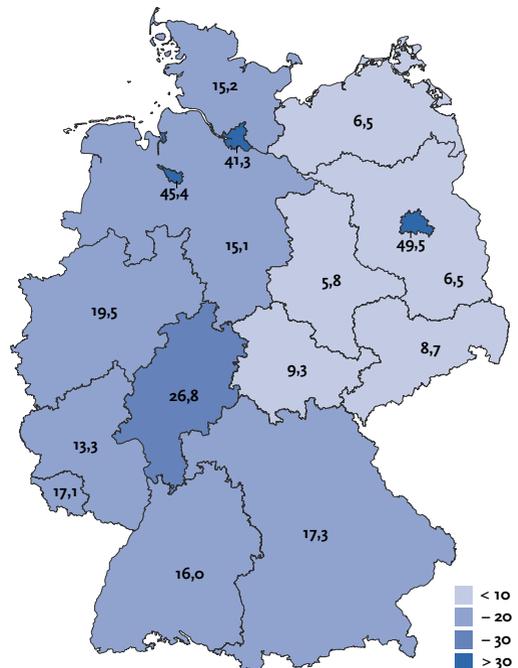
Im Hinblick auf die ausgeübten Therapieverfahren innerhalb der Berufsgruppen (vgl. Abbildung 2) wird aus einer Statistik der KBV für das Jahr 2004 deutlich, dass der Anteil der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, welche Verhaltenstherapie ausüben, unter den Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten am größten war, während unter ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten eher psychoanalytische oder tiefenpsychologisch fundierte Verfahren ausgeübt wurden [20]. Auch die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte übten zum Großteil tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Verfahren aus.

3.1.1.1 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die ambulante Versorgung durch die in Deutschland im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist regional ungleich verteilt [20]. Abbildung 3 zeigt die Dichte der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den einzelnen Bundesländern bezogen auf die erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren [22]. Bezogen auf die Flächenstaaten fällt auf, dass in den neuen Ländern der Anteil an Psychotherapeutinnen und -therapeuten weniger als halb so groß ist wie im früheren Bundesgebiet. Eine zweite Besonderheit zeigt sich beim Vergleich der Stadt- und Flächenstaaten. Die Psychotherapeutendichte in den Stadtstaaten ist hier um circa das Dreifache erhöht. Es ist davon auszugehen, dass auch in den Flächenstaaten in den dortigen städ-

Abbildung 3
An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Bundesländern bezogen auf 100.000 Einwohner ab 18 Jahren (Stichtag: 31.12.2004) [22]

Quelle: Struktur der Ärztestatistik [20]



tischen Ballungsräumen die Angebotsdichte ambulanter Psychotherapieversorgung höher als in den ländlichen Regionen ist. Wie Auswertungen der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, in die auch Großstädte und Ballungsräume einbezogen wurden, zeigen, ist die Dichte mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten in München und Köln sogar höher als in den Stadtstaaten. Zu vermuten ist, dass städtische Regionen in Teilbereichen eine überregionale Versorgung übernehmen [23].

3.1.1.2 Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer [21] gibt Auskunft über die Anzahl der bei den Ärztekammern registrierten niedergelassenen Fachärz-

tinnen und -ärzte im Bereich der Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen (vgl. Tabelle 1, Seite 11). Im Jahr 2004 gab es außerdem laut Bundesärztestatistik 9.864 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (5.256 Frauen, 4.608 Männer), die eine Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« (N=9.864) sowie niedergelassene 2.148 Ärztinnen und Ärzte (1.089 Frauen, 1.059 Männer), die eine Zusatzbezeichnung »Psychoanalyse« nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 besaßen [21]. Aus der Ärztestatistik geht allerdings nicht hervor, ob und in welchem Umfang die genannten Facharztgruppen oder Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnungen psychotherapeutisch tätig sind.

In Abbildung 4 ist die Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden, überwiegend psychotherapeutisch tätigen

Abbildung 4

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (überwiegend psychotherapeutisch tätig) nach Bundesländern bezogen auf die Gesamtbevölkerung (Stichtag: 31.12.2004) [22]

Quelle: Struktur der Ärztestatistik [20]

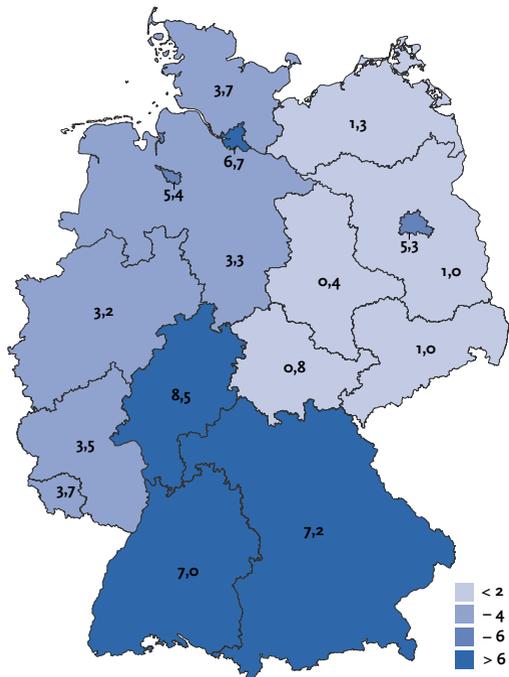
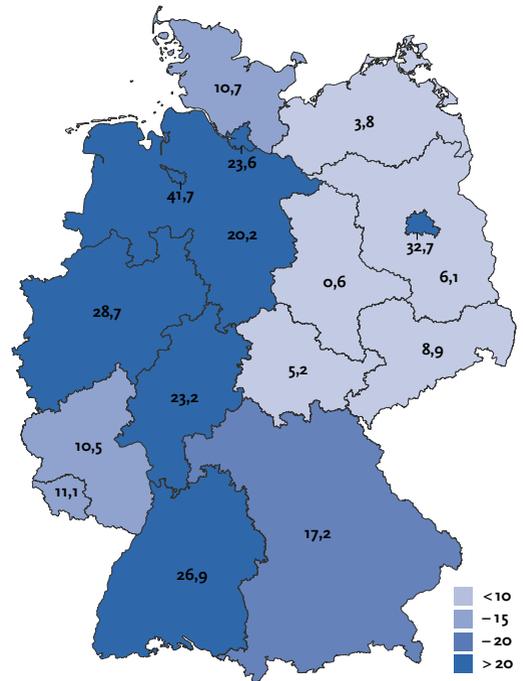


Abbildung 5

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten nach Bundesländern bezogen auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren (Stichtag: 31.12.2004) [22]

Quelle: Struktur der Ärztestatistik [20]



Ärztinnen und Ärzte aus der Ärztestatistik der KBV, Stichtag 31.12.2004 [20], bezogen auf die Gesamtbevölkerung [22] nach Bundesländern aufgeführt. Wiederum fällt hier der Ost-West-Unterschied auf. Bezogen auf die Flächenstaaten sind in den neuen Bundesländern nur ein Fünftel so viele ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten tätig wie in den alten Bundesländern. Außerdem besteht ein Nord-Süd-Unterschied: Verglichen mit den norddeutschen Bundesländern (Schleswig-Holstein, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen) ist in drei großen südlich gelegenen Bundesländern (Hessen, Baden-Württemberg, Bayern) ein fast doppelt so hoher Anteil an ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu finden.

3.1.1.3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

In Abbildung 5 ist die Verteilung der 2004 in Deutschland zugelassenen ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten nach Bundesländern bezogen auf die Bevölkerung unter 18 Jahren [22] aufgeführt [20]. Ähnlich wie für den Erwachsenenbereich wird auch hier bezogen auf die Flächenstaaten der Ost-West-Unterschied mit einem über vierfach verminderten Anteil an Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den neuen Bundesländern deutlich. Auch im Vergleich der Stadt- und Flächenstaaten zeichnet sich für Bremen, Berlin und Hamburg eine 1,6-fach erhöhte Psychotherapeutendichte ab.

3.1.1.4 Wartezeiten, Behandlungsdauer und Angebotsform

Hinsichtlich der Wartezeiten zeigte eine Befragung von 1.042 niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, dass Erwachsene durchschnittlich 4,6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warten müssen [24]. Ein diagnostisches Erstgespräch ist im Schnitt nach 1,9 Monaten möglich. Dabei variiert die Länge der Wartezeiten je nach Kostenträger und nach Behandlungsverfahren der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Versicherte der gesetz-

lichen Primärkassen müssen mit durchschnittlich 5,6 Monaten am längsten und Privatversicherte mit 3,2 Monaten am kürzesten auf einen Therapieplatz warten. Die Wartezeiten für eine analytische Psychotherapie sind mit durchschnittlich 5,2 Monaten länger als die für eine Verhaltenstherapie (4,5 Monate) und eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (4,4 Monate). Analysen der Ablehnungsquoten zeigen, dass nur die Hälfte aller anfragenden Patientinnen und Patienten probatorische Sitzungen (erste diagnostische Gespräche) erhält und von diesen nur 61% nach den probatorischen Sitzungen ein ambulanter Psychotherapieplatz angeboten wird [25]. Dabei wurden u. a. Patientinnen und -patienten mit chronischen Schmerzen sowie mit Suchterkrankungen besonders häufig nicht in Behandlung genommen.

Auch im Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie bestehen nach Zepf et al. [24] lange Wartezeiten: Die Patientinnen und Patienten warten hier durchschnittlich 2 Monate auf ein diagnostisches Erstgespräch und 4,5 Monate auf einen Therapieplatz.

Neuere Untersuchungen weisen weiterhin auf einen Mangel an Behandlungsplätzen hin, gerade auch in Regionen, die einen relativ hohen Versorgungsgrad mit Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten haben [26]. Zu berücksichtigen ist bei diesen Angaben aber, dass mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes Patientinnen und Patienten direkt für ein Erstgespräch zu einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten gehen können. Dies kann zu Mehrfachanmeldungen und daraus resultierenden Engpässen in der Versorgung führen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts ist Psychotherapie häufig eine schnell erforderliche Behandlungsleistung. Im Einzelfall sind Wartezeiten bis zu drei Monaten bei Erwachsenen, aber nur sechs Wochen bei Kindern und Jugendlichen hinzunehmen, wenn dadurch keine akuten Beeinträchtigungen der Patienten zu erwarten sind. Patientinnen und Patienten, die innerhalb angemessener Zeit nachweislich keinen Therapieplatz bekommen können, können bei ihrer Krankenkasse die Behandlung durch einen psychologischen Therapeuten, der die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde, aber keine Kassenzulassung besitzt, auf dem Weg der Kostenerstattung beantragen [27].

Auf der Basis einer Befragung von insgesamt 974 niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten kamen Löcherbach et al. [28] hinsichtlich der durchschnittlich erforderlichen Behandlungsdauer pro Patient oder Patientin zu dem Ergebnis, dass sich diese zwischen den psychotherapeutischen Verfahren in der GKV erheblich unterscheidet. Für psychoanalytische Therapien bei einem Patienten oder einer Patientin werden von den befragten Psychotherapeuten und -therapeutinnen im Durchschnitt 160 Stunden, für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien 70 Stunden und für Verhaltenstherapien 44 Stunden pro Patient/Patientin angegeben. Genauere Daten zu der in Anspruch genommenen Behandlungsdauer liegen unserer Kenntnis nach für das Bundesgebiet bislang nicht vor.

Auch das von den Krankenkassen maximal bewilligte Stundenkontingent unterscheidet sich erheblich zwischen den Richtlinienverfahren. Die Kosten für eine Verhaltenstherapie werden von den Krankenkassen bis zu maximal 80 Behandlungsstunden, für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 100 Stunden und für eine analytische Psychotherapie bis maximal 300 Stunden übernommen.

Bezüglich der Angebotsformen dominiert Einzelpsychotherapie. Gruppenpsychotherapeutische oder paar- und familientherapeutische Leistungen werden kaum angeboten. Aus Statistiken der KBV über abgerechnete Leistungen wird ersichtlich, dass 1999 nur 1% der im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie abgerechneten Leistungen auf gruppenpsychotherapeutische Behandlungen entfiel [29]. Gruppenpsychotherapie findet in Deutschland fast ausschließlich im stationären Setting statt, dort allerdings sogar häufig als Schwerpunkttherapie [30].

3.1.2 Psychosomatische Grundversorgung

1987 wurde die Psychosomatische Grundversorgung als Kassenleistung eingeführt und mit der Verabschiedung der (Muster-) Weiterbildungsordnung 1992 in den allgemeinärztlichen Bereich sowie in verschiedene Fachgebiete als freiwillige Fortbildung integriert [31]. Durch eine berufs begleitende Weiterbildung im Umfang von 80 Stunden können sich Ärzte und Ärztinnen zur Basisdiagnostik und -therapie psychischer Störungen qualifizieren und Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung mit den Krankenkassen abrechnen. Über entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung sollte die Früherkennung und Behandlung psychischer (Begleit-)Erkrankungen verbessert und ein niedrigschwelliges Angebot bereitgestellt werden.

Nach Hochrechnungen der KBV hatten im Jahr 2001 insgesamt ca. 60.000 Ärztinnen und Ärzte einen Weiterbildungsabschluss zur Psychosomatischen Grundversorgung [32]. Unter den Nervenärztinnen und -ärzten war der Anteil der Ärzte und Ärztinnen mit einer entsprechenden Weiterbildung mit 94% am größten, gefolgt von den Frauenärztinnen und -ärzten mit 68% und den Allgemeinärztinnen und -ärzten mit 62%. Bezogen auf das Gesamtvolumen abgerechneter Leistungen wird die Psychosomatische Grundversorgung am häufigsten von Hausärztinnen und -ärzten und Frauenärztinnen und -ärzten erbracht [29]. Nach der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 wurde erstmals ein Pflichtkurs für Psychosomatische Grundversorgung im Umfang von 80 Stunden in das Weiterbildungscurriculum zum Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie zum Facharzt oder Fachärztin für Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt bzw. Hausärztin) als fester Bestandteil integriert.

3.1.3 Ambulanzen

Psychotherapeutische Ambulanzen sind Institutionen, in denen Patienten und Patientinnen die Möglichkeit haben, außerhalb der Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine ambulante Behandlung in Anspruch zu nehmen. Zu den zentralen Aufgaben der Ambulanzen zählen Diagnostik, Übernahme von psychotherapeutischen Behandlungen, Indikationsstellung zur weiterführenden ambulanten oder stationären Behandlung, Krisenintervention sowie Beratung. Diese Aufgaben werden meist von Fachärztinnen und Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten übernommen, zum Teil aber auch durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen und Pflegepersonal unterstützt.

Das Angebot von psychotherapeutischen Ambulanzen stellt sich sehr heterogen dar. Quantitativ am bedeutsamsten sind die an Krankenhäuser bzw. Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliederten Institutsambulanzen. Nach Hochrechnungen von Spengler wurden im Jahr 2001 insgesamt 175.000 Patienten und Patientinnen in psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt [33]. Über den §118 SGBV ist die Ermächtigung der psychiatrischen Institutsambulanzen geregelt. Die Behandlung ist dabei auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Seit dem 1.4.2001 sind erstmals nicht nur psychiatrische Krankenhäuser sondern auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in eigenen Institutsambulanzen per Gesetz ermächtigt.

In den universitären Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie befinden sich häufig Polikliniken⁵. Hinzukommen in diesen beiden universitären Bereichen sowie in den nicht-universitären Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie ambulante Behandlungen im Rahmen von persönlichen Chefärztermächtigungen oder für spe-

zielle Indikationsbereiche (z. B. Psychoonkologie). Insgesamt lässt sich die Versorgungskapazität nicht exakt abschätzen.

An zahlreichen Universitäten entstanden im Rahmen der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten gemäß dem Psychotherapeutengesetz Institutsambulanzen in den psychologischen Fachbereichen. Laut Angaben der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie gibt es in Deutschland insgesamt 25 dieser Hochschulambulanzen [34]. Die bestehenden Hochschulambulanzen sind zusammen auf 6.980 Behandlungsfälle pro Jahr begrenzt. Die vorgeschriebenen Fallzahlbegrenzungen variieren zwischen den Instituten mit 40 bis 1.200 Fällen pro Jahr sehr stark. Darüber hinaus verfügen viele staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute für Psychotherapie über eine angegliederte Ambulanz. Nach Angaben des Verbandes Psychologischer Psychotherapeuten existierten im Jahr 2006 in Deutschland ca. 171 staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute für Psychotherapie [35]. Aufgrund nur begrenzt verfügbarer Dokumentationen in diesem Bereich sind jedoch auch hier die Behandlungskapazitäten nicht abzuschätzen.

Für den Kinder- und Jugendbereich liegt eine Vollerhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vor [37]. Ergebnisse dieser bundesweiten Bestandsaufnahme zeigen, dass im Jahr 2001 in Deutschland insgesamt 117.743 Patienten und Patientinnen im Kindes- oder Jugendlichenalter in Institutsambulanzen von Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ermächtigungsambulanzen behandelt wurden.

⁵ »den klinischen Fächern eines Universitätskrankenhauses jeweils angegliederte Abteilung zur ambulanten Behandlung bzw. mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung besetzte selbstständige medizinische Einrichtung« [36]

3.1.4 Psychosoziale Beratungsstellen

Institutionelle psychosoziale Beratung richtet sich an Menschen in schwierigen Lebens- und Konfliktsituationen. Sie soll den Betroffenen zu einem besseren Verständnis ihrer Situation verhelfen und Lösungsmöglichkeiten vorschlagen. Häufig finden sich unter den Ratsuchenden auch Menschen mit psychischen Problemen und Störungen. Neben einer vorwiegend beratenden Tätigkeit sind also auch hier psychotherapeutische Maßnahmen und Behandlungen erforderlich, welche von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten innerhalb eines multiprofessionellen Teams (u. a. bestehend aus Pädagogen und Pädagoginnen, Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, Theologen und Theologinnen sowie Juristen und Juristinnen) geleistet werden, aber nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können, sondern von den Trägern der Einrichtungen – häufig unter Selbstbeteiligung der Ratsuchenden – finanziert werden [38]. Laut Mitteilung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) existierten zum Stichtag des 08.08.2006 insgesamt 12.145 psychosoziale Beratungsstellen in Deutschland. Eine Darstellung der einzelnen Beratungsschwerpunkte findet sich in Tabelle 2. In den meisten Beratungsstellen werden mehrere Beratungsschwerpunkte in Kombination angeboten. In der Auflistung der DAJEB nicht berücksichtigt sind jedoch laut Dorenberg, Moeser-Jantke & Schall [39] Angebote von reinen Selbsthilfegruppen, Einrichtungen für Behinderte, Straffälligeneinrichtungen, psychologischen Beratungsstellen für schwer körperlich Kranke (z. B. Onkologie) sowie speziellen Einrichtungen für bestimmte Zielgruppen (z. B. Arbeitslose, Schüler und Schülerinnen, Studenten und Studentinnen).

Nach Hochrechnungen von Vogel [38] umfasst die Gesamtzahl der psychotherapeutisch Tätigen in Erziehungsberatungsstellen 3.600, in Ehe-, Familien-, und Lebensberatungsstellen 1.800 und in Suchtberatungseinrichtungen etwa 4.150 vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Tabelle 2

Beratungsschwerpunkte von Beratungsstellen in Deutschland (Mehrfachnennungen)

Beratungsschwerpunkt Anzahl der Beratungsstellen

Quelle: Schriftliche Mitteilung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB), 2006

Beratungsschwerpunkt	Anzahl der Beratungsstellen
Ehe-, Familien-, Lebens- und Partnerberatung	5.105
Erziehungsberatung und Beratung für Kinder und Jugendliche	1.408
Krisenintervention	4.989
Frauenberatung	3.008
Beratung Alleinerziehender	2.903
Suchtberatung	2.365
Beratung für psychisch Kranke	1.818
Ausländerberatung	1.884
Sexualberatung	1.382
Familienplanungsberatung	1.028
AIDS-Beratung	820

3.1.5 Tageskliniken

Tageskliniken oder teilstationäre Einrichtungen sind in den meisten Fällen vollstationären Kliniken zugeordnet. Eigenständige Tageskliniken gibt es mit etwa 11 % relativ selten [40]. Häufig werden tagesklinische Behandlungen wohnortnah im Zentrum des Einzugsgebietes einer Klinik angeboten und stehen nicht in direkter räumlicher Beziehung zur Klinik. Die Behandlung findet in der Woche tagsüber statt und die Patientin oder der Patient übernachten zu Hause. In diesem Setting haben die Patientin oder der Patient die Möglichkeit, den Kontakt zu nahen Bezugspersonen aufrechtzuerhalten, wodurch familiäre oder partnerschaftliche Konflikte und Belastungssituationen im Alltag unmittelbar in der Therapie bearbeitet werden können. Tageskliniken können Schutz und Struktur bei gleichzeitiger Förderung von Eigenverantwortlichkeit bieten. Die Behandlungsprogramme der Kliniken sind sehr unterschiedlich und reichen von rein stützenden Angeboten bis hin zu intensiven multimodalen, integrativen Konzepten [41].

Rund 16 % der Betten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie und rund 10 % der Betten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin sind als tagesklinischer (teilstationärer) Behandlungsplatz ausgewiesen [23].

Für das Jahr 1999 ermittelten Seidler et al. [40] auf Grundlage von Angaben der Sozialministerien der Bundesländer eine Gesamtzahl von 273 allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken für Erwachsene in Deutschland mit insgesamt etwa 5.165 Behandlungsplätzen. Nicht berücksichtigt wurden hierbei Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Tageskliniken psychosomatischer Abteilungen bzw. Kliniken und Tageskliniken für Suchterkrankungen oder gerontopsychiatrische Störungen. In der Befragung von Seidler et al. [40] gaben 37 % der teilnehmenden Tageskliniken an, sich als psychotherapeutische Einrichtung zu verstehen, 33 % verstanden sich als Alternative zur stationären Behandlung mit dem Fokus auf Krisenintervention und 30 % als reine Rehabilitationseinrichtung. Jeweils 36 % der Tageskliniken haben eine tiefenpsychologisch-sozialpsychiatrische oder eine verhaltenstherapeutisch-sozialpsychiatrische Orientierung. Rein tiefenpsychologisch arbeiten 11 % und rein soziotherapeutisch 18 % der Kliniken [40]. Bezüglich des Diagnosespektrums zeigt eine Befragung von 191 allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken (ohne Tageskliniken für gerontopsychiatrische Störungen und Suchterkrankungen) als häufigste Diagnosen Schizophrenie (27 %), affektive Störungen (26 %), Angst- und Anpassungsstörungen (19 %) sowie Persönlichkeitsstörungen (15 %) [98].

In den letzten Jahren wurden zunehmend auch psychosomatische Tageskliniken gegründet. In einer Studie von v. Wietersheim, Zeek & Küchenhoff [42] ergab eine Anfrage an die Sozialministerien aller Bundesländer, dass im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie insgesamt 324 Tagesklinikplätze vorgehalten werden. In 6 Bundesländern sind keine teilstationären Plätze für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgewiesen, da in diesen Ländern stationäre und teilstationäre psychosomatische Einrichtungen dem Gebiet der Psychiatrie zugeordnet werden.

Eine schriftliche Befragung von 17 Tageskliniken (mit insgesamt 311 Behandlungsplätzen), wel-

che die Autoren über das Internet identifizierten, ergab, dass die Anzahl der Behandlungsplätze in diesen Einrichtungen zwischen 7 und 56 Plätzen variiert, die Mehrzahl der Tageskliniken jedoch zwischen 10 und 20 Plätze vorhält. Das Verhältnis von Tagesklinikplätzen zu Personalstellen variiert zwischen den Einrichtungen von 1,8 bis 6,2 stark (Mittelwert 3,0; Standardabweichung 1,1). Die durchschnittlichen Behandlungsdauern liegen zwischen 5 und 16 Wochen, die meisten Tageskliniken hatten eine mittlere Behandlungsdauer von 7 bis 12 Wochen. Viele dieser Tageskliniken arbeiten indikationsübergreifend, schwerpunktmäßig mit Gruppentherapiekonzepten; einige halten störungsspezifische Angebote für bestimmte Diagnosegruppen vor (z. B. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen). Häufig behandelte Indikationsbereiche sind depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen. Eine spezifische Indikation für eine tagesklinische Behandlung in Abgrenzung zur vollstationären Behandlung liegt nach v. Wietersheim et al. [42] vor allem bei Patientinnen und Patienten vor, bei denen ein Transfer von Erfahrungen aus einer (stationären) Therapie in das alltägliche Umfeld besonders schwierig ist (z. B. Essstörungen und Phobien) sowie bei Patientinnen und Patienten, die parallel zur Behandlung Angehörige (z. B. Kinder) versorgen müssen.

Im Vergleich zur Versorgung der Erwachsenen gibt es im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einen deutlich erhöhten Anteil an teilstationären Einrichtungen. Nach einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte und -ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bestehen derzeit bundesweit 1.145 teilstationäre Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen [37]. Das entspricht etwa einem Fünftel aller Behandlungsplätze/Betten in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

3.2 Stationäre Versorgung

Stationäre Psychotherapie zeichnet sich durch eine multimodale Behandlungsstrategie aus, an der Ärzte und Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Spezialtherapeuten und Spezialtherapeutinnen sowie Pflegepersonal beteiligt sind. Im Zentrum steht die verbale Intervention in Gruppen- und/oder Einzelsitzungen, welche häufig durch vielfältige Körper- und Kreativtherapieangebote (z. B. Entspannungsverfahren, Ergotherapie, Physiotherapie) ergänzt wird. Die Frage der differentiellen Abgrenzung von stationärer gegenüber ambulanter Psychotherapie ist bisher nur eingeschränkt auf der Grundlage empirischer Befunde zu beantworten. Zu berücksichtigen sind dabei eine Vielzahl von Patientenvariablen sowie Faktoren, die aus der Interaktion der Person mit ihrem sozialen Umfeld resultieren [31]. Das Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nennt in diesem Zusammenhang u. a. eine ausgeprägte psychische und/oder somatische Komorbidität, stark verminderte psychophysische Belastbarkeit, die einer durchgängigen Stützung und Strukturierung bedarf, stark ausgeprägte Symptomatik, die eine engmaschige Betreuung und kontinuierliche Verfügbarkeit von Kriseninterventionsmöglichkeiten unverzichtbar macht sowie die Notwendigkeit einer Fremdkontrolle von schädlichen Verhaltensweisen [43].

Ein ähnlich schwieriges Problem stellt die Abgrenzung von Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsbehandlung dar, da die in der somatischen Medizin hier üblicherweise zur Abgrenzung herangezogenen Kriterien nur begrenzt auf den Bereich der psychischen Störungen übertragbar sind. So sind z. B. Maßnahmen zur Reintegration psychisch Kranker ein unverzichtbarer Bestandteil auch der Krankenhausbehandlung, da viele psychische Störungen mit einer Einschränkung psychosozialer Funktionen einhergehen [44].

Die stationäre psychotherapeutische Versorgung in Deutschland erfolgt zum einen im Rahmen der Krankenhausbehandlung und zum anderen im Bereich der Rehabilitation. Erstere wird von Krankenhäusern und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

sowie von Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie geleistet. Versorgt werden hauptsächlich Patienten und Patientinnen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39 SGB V) und zu einem geringeren Anteil auch Privatpatienten und Privatpatientinnen bzw. Selbstzahler und Selbstzahlerinnen. Ein weiterer Teil der Versorgung erfolgt im Bereich der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Hier werden überwiegend Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI) sowie ein vom Umfang begrenzter Teil an Rehabilitanden innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 40 SGB V) behandelt. Schließlich erfolgt stationäre psychotherapeutische Versorgung darüber hinaus im Rahmen von Konsiliar- und Liaisondiensten. Konsiliar- und Liaisondienst dienen dazu, die psychotherapeutische Versorgung in Kliniken durch unterstützende Beratung oder Behandlung von Fachleuten aus dem eigenen Krankenhaus, aus kooperierenden Kliniken oder aus dem ambulanten Bereich zu verbessern (siehe auch Abschnitt 3.2.2). Die Gründe für Ausbau der Bettenkapazität vor allem im Bereich der Psychosomatik, bei denen das psychotherapeutische Angebot im Vordergrund steht, sind vielfältig: Defizitäre Entwicklungen in der deutschen Nachkriegspsychiatrie in Hinblick auf Psychotherapie sind hierbei ebenso zu nennen wie indikationsspezifische Spezialisierungen in der medizinischen Rehabilitation [45].

3.2.1 Krankenhausbehandlung

Ressourcen:

Im Jahr 2004 standen für die Versorgung in den Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin⁶ und Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie in den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt 62.268 Betten

⁶ Dieses Versorgungssystem bildet in Deutschland ein von der Psychiatrie unabhängiges System. Da in den meisten verwendeten Statistiken die frühere Gebietsbezeichnung »Psychotherapeutische Medizin« gebräuchlich war, wurde diese Bezeichnung bei einem konkreten Bezug auf eine entsprechende Quelle beibehalten. In allen anderen Fällen wird in diesem Heft die aktuelle Gebietsbezeichnung »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« verwendet.

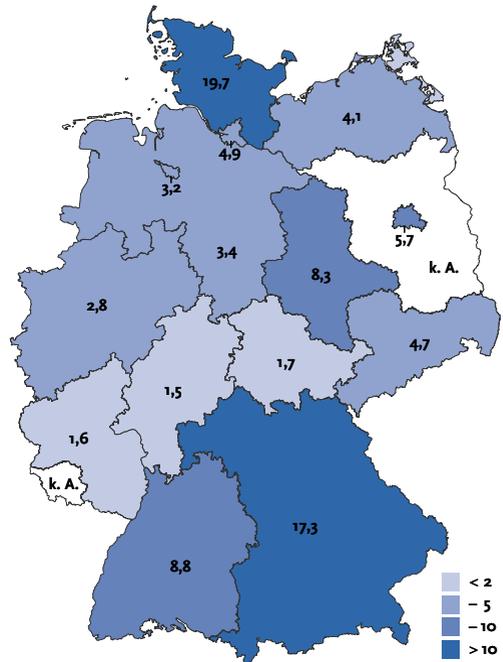
– das entspricht 11,7 % der insgesamt verfügbaren Krankenhausbetten – zur Verfügung, worin sich auch die gegenüber anderen Fachabteilungen längere Behandlungsdauer widerspiegelt [46]. Zum Verhältnis zwischen psychiatrischer und psychotherapeutischer bzw. psychosomatischer Versorgung wird in dem Bericht »Psychiatrie in Deutschland« festgestellt, dass die Bedeutung der Psychosomatik und Psychotherapie bei der Behandlung psychischer Störungen zugenommen habe, eine Integration der beiden Bereiche aber nicht gelungen sei. Die stationäre Psychosomatik sei in den bisherigen Krankenhausplänen nicht systematisch erfassbar, der Umfang zur psychiatrischen Versorgung sei unklar. Es wird daher gefordert, die psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen beispielsweise über Diagnosegruppen genauer zu definieren, den Anteil der jeweiligen Leistungen genauer zu erfassen, die Entwicklung der Bettenkapazitäten in der Psychosomatik vergleichbar den Entwicklungen in der Psychiatrie in Verantwortung der Bundesländer zu beobachten und zu steuern und ein verbindliches Konzept zur Einbindung in die jeweilige regionale psychiatrische Versorgung zu erstellen. Gewarnt wird ausdrücklich vor der Ausbildung von Doppelstrukturen und der Ausgrenzung und Konzentration von chronisch psychisch kranken Menschen in psychiatrischen Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung, während Patientinnen und Patienten mit leichteren Verläufen in psychosomatischen Einrichtungen ohne Aufnahmeverpflichtung behandelt werden [23].

Inanspruchnahme:

Laut Statistischem Bundesamt sind im Jahr 2004 insgesamt 1.019.154 Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (ICD-10 Diagnosen, F00–99) in Krankenhäusern (SGB V § 39) behandelt worden [47]. Das entspricht einem Anteil von 5,9 % aller im selben Jahr in Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten. Etwa 73 % der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen wurden in spezialisierten Fachabteilungen bzw. Fachkrankenhäusern (s. o.), die verbleibenden 27 % (entsprechend ca. 270.000 Patientinnen und Patienten) hingegen in Fachabteilungen aus dem somatischen Bereich behandelt. Mit 54,2 % überwiegen die männlichen Patienten, was unter anderem auf den höheren

Abbildung 6

Betten je 100.000 Einwohner (erwachsene Durchschnittbevölkerung ab 18 Jahre im Jahr 2004) in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin in der Krankenhausbehandlung nach Bundesländern [46]



Anteil an Suchterkrankungen unter den stationär behandelten Männern zurückzuführen ist (Männer 50,4 %, Frauen 20,8 %).

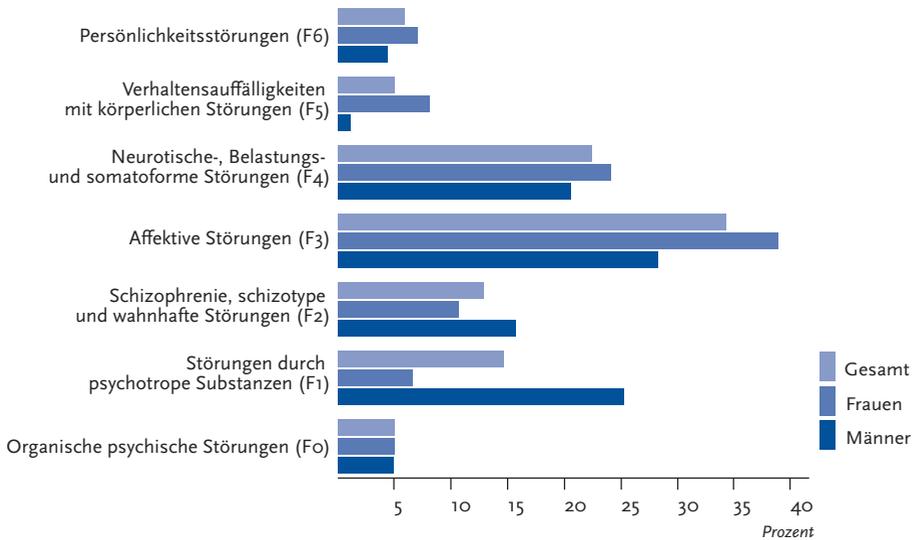
3.2.1.1 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ressourcen:

Im Jahr 2004 existierten 122 Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 4.412 Betten; die Auslastung der Betten betrug 90,5 % [46]. In diesen Einrichtungen stellen psychotherapeutische Angebote, sowohl in Form von Einzel- als auch von Gruppenbehandlungen, neben ergänzender Psychopharmakotherapie die zentrale Behandlungsmodalität dar. Im Jahr 2004 wurden in diesen Fachabteilungen insgesamt 35.310 Fälle behandelt; die durchschnittliche Verweildauer lag bei 41,4 Tagen [46]. Ebenso wie bei den niedergelassenen Psychotherapeuten und -therapeutinnen lässt sich hinsichtlich der Vertei-

Abbildung 7

Diagnoseverteilung von insgesamt 39.170 Frauen und 30.108 Männern mit psychischen Störungen (ICD-10-Erstdiagnosen Fo–6) in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2004 [48]



lung der regionalen Versorgungsdichte für diesen Versorgungsbereich ein Ost-West-Gefälle nachweisen. In den alten Bundesländern ist die Betten-dichte im Vergleich zu den neuen Bundesländern fast doppelt so hoch (vgl. Abbildung 6).

Inanspruchnahme:

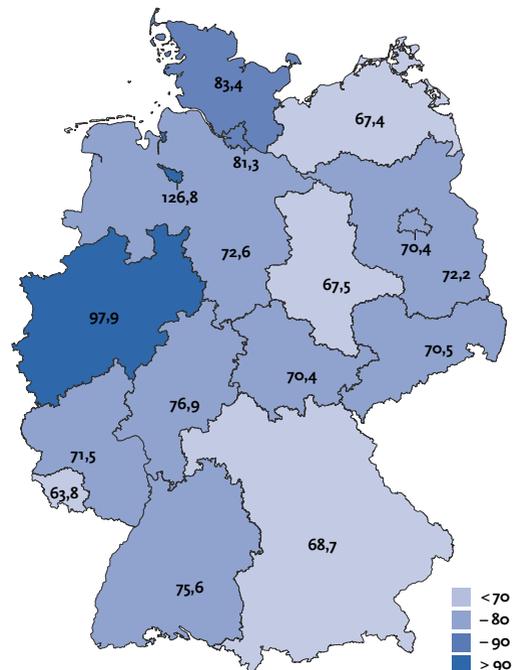
Das Diagnosespektrum der erwachsenen Patientinnen und Patienten (ICD-10-Erstdiagnosen Fo–6), die 2004 in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin behandelt wurden [48], ist in Abbildung 7 dargestellt. Deutlich wird ein im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen erhöhter Anteil an Patienten und Patientinnen mit affektiven und neurotischen Störungen.

In Abbildung 7 ist die Diagnoseverteilung noch einmal getrennt nach Geschlecht aufgeführt. Deutlich wird hier vor allem ein erhöhter Anteil an Suchterkrankungen sowie an Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bei Männern. Bei Frauen fällt insbesondere ein höherer Anteil an Patientinnen mit affektiven Störungen sowie mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (darunter zu 92 % Essstörungen) auf.

Zuverlässige und repräsentative Erhebungen indikationsbezogener Spezialangebote von Kliniken liegen bisher nicht vor. Hinweise auf spezialisierte Angebote, allerdings sehr breit gefasst, sind

Abbildung 8

Betten je 100.000 Einwohner (erwachsene Durchschnittsbevölkerung ab 18 Jahre im Jahr 2004) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in der Krankenhausbehandlung nach Bundesländern [46]



einer aktuellen Zusammenstellung von (Janssen et al. [49]) zu entnehmen. Diese basieren größtenteils auf mittels Fragebogen erhobenen Selbstangaben der Kliniken.

3.2.1.2 Psychiatrie und Psychotherapie

Ressourcen:

Weiterhin gab es im Jahr 2004 409 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie mit zusammen 53.021 Betten (vgl. auch Abbildung 8); der Nutzungsgrad der Betten betrug 90,6% [46]. In diesen Fachabteilungen wurden 2004 insgesamt 712.533 Fälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 24,7 Tagen behandelt [46].

Inanspruchnahme:

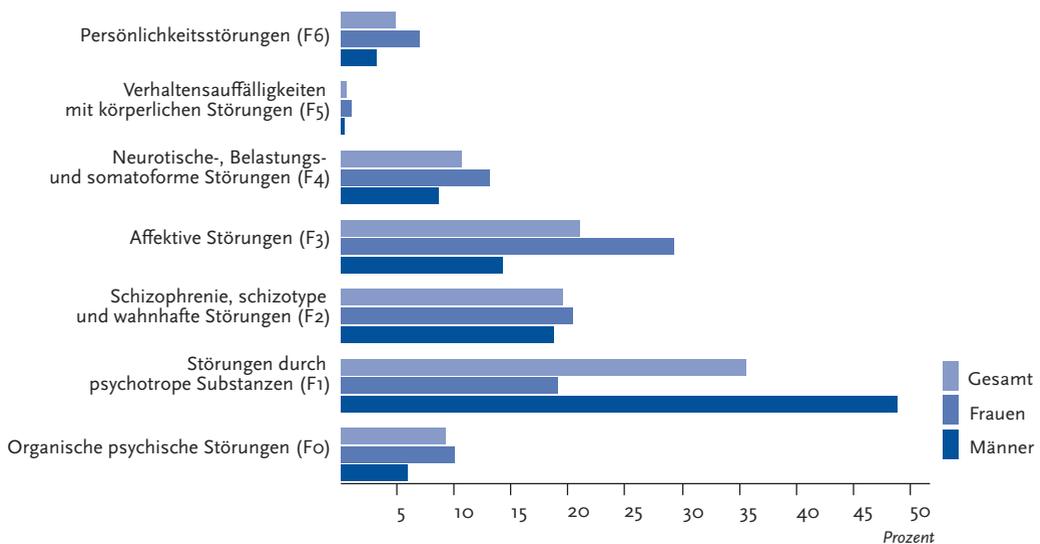
Die Diagnoseverteilung für erwachsene Patienten und Patientinnen mit psychischen Störungen (ICD-10-Erstdiagnosen aus den Kapiteln Fo–6) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie ist in Abbildung 9 ersichtlich [48]. Als häufigste Erstdiagnosen sind dort vor allem Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie affektive Störungen anzutreffen. Angaben zum Ausmaß der Komorbidität sind aus den vorliegenden Statistiken nicht zu entnehmen.

Der Vergleich des Diagnosespektrums von weiblichen und männlichen Patienten (vgl. Abbildung 9) zeigt bei den Frauen einen höheren Anteil an affektiven Störungen und bei den Männern einen deutlich erhöhten Anteil an Suchterkrankungen.

Vergleichbar der Krankenhausbehandlung im Bereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie liegen auch hier nur wenige breiter angelegte Erhebungen zu indikationsbezogenen Spezialangeboten von Kliniken vor [49].

Abbildung 9

Diagnoseverteilung von insgesamt 275.304 Frauen und 339.911 Männern mit psychischen Störungen (ICD-10-Erstdiagnosen Fo–6) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2004 [48]



Die Therapie ist durch ein Gesamtbehandlungsspektrum von Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie gekennzeichnet, was eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen und Fachrichtungen erfordert. In aktuellen Konzeptionen der Versorgungsplanung ist die stationäre Behandlung eingebettet in ein umfassendes Konzept der »Integrativen Versorgung« [51]. Gegenüber dem Versorgungsbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist anzumerken, dass die Psychotherapie in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie ergänzend zur bzw. neben der Psychopharmakotherapie nur eine von mehreren Behandlungsoptionen darstellt. Die Datengrundlage über das Ausmaß und den Umfang der psychotherapeutischen Behandlung und Mitbehandlung ist zurzeit noch sehr begrenzt.

3.2.1.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ressourcen:

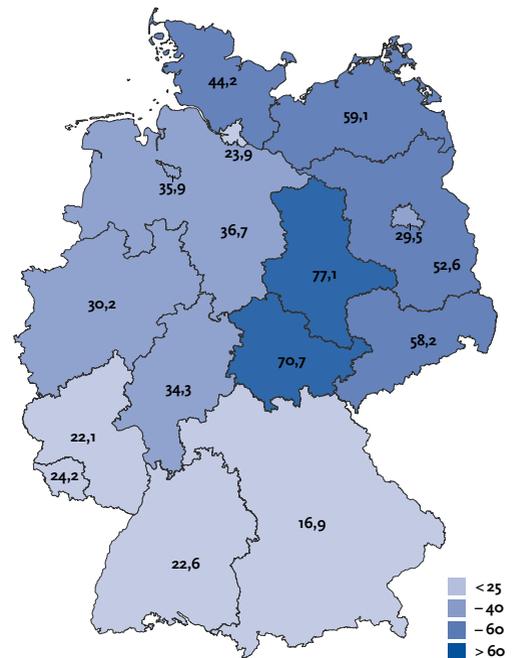
Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gab es im Jahr 2004 in Deutschland 123 Fachabteilungen mit insgesamt 4.835 Betten, deren Auslastung 90,7% betrug [46]. Dort wurden insgesamt 36.770 Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 43,6 Tagen behandelt [46].

Im Gegensatz zu der Verteilung der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen ist im regionalen Vergleich die Bettendichte in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern mehr als doppelt so hoch. Weiterhin fällt ein tendenzielles Nord-Süd-Gefälle auf (vgl. Abbildung 10).

Einschränkend ist hier jedoch anzumerken, dass aktuell in den neuen Bundesländern mit 15,0% der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu den alten Bundesländern mit 18,7% ein geringerer Anteil an Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis unter 18 Jahren lebt [22]. Die auffällig hohe Bettendichte in den neuen Bundesländern ist nicht auf eine Zunahme des Bettenbestandes zurückzuführen: Die entsprechenden Zahlen des Statistischen Bundesamtes spiegeln einen konstanten Bettenbestand sowohl in den alten als

Abbildung 10

Betten je 100.000 Einwohner (Durchschnittsbevölkerung unter 18 Jahre im Jahr 2004) in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Krankenhausbehandlung nach Bundesländern [46]

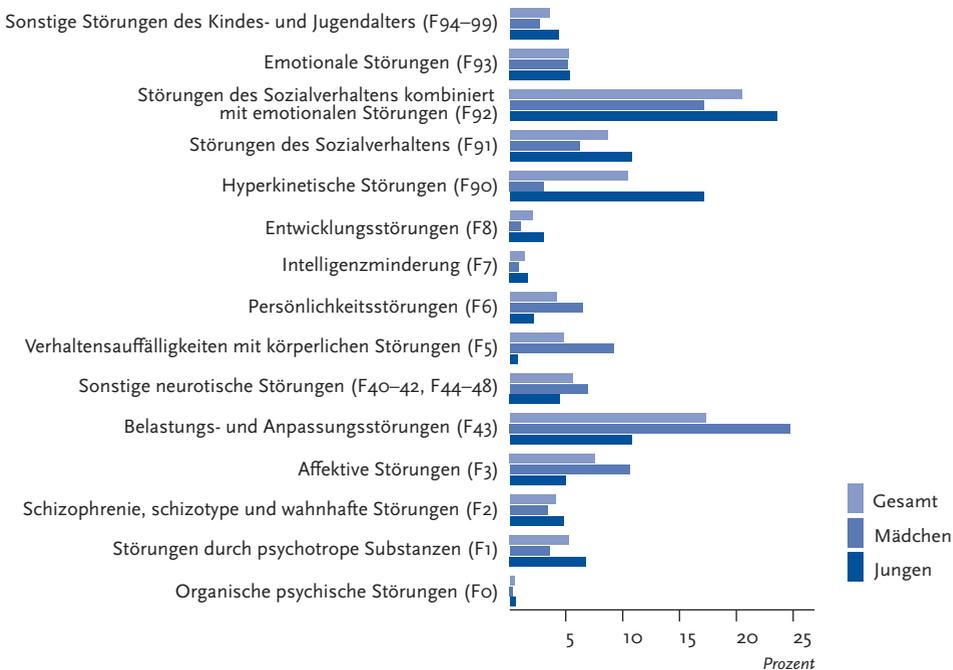


auch in den neuen Bundesländern seit Anfang der 1990er wider. Ausschlaggebend hierfür scheint vielmehr eine Abnahme des Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung im Zuge einer vermehrten Abwanderung junger Bevölkerungsanteile aus den neuen Bundesländern und ein Sinken der Geburtenrate in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung zu sein.

Inanspruchnahme:

Das Diagnosespektrum von Patientinnen und Patientinnen mit psychischen Störungen (F0–9) in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird aus Diagnosestatistiken des Statistischen Bundesamtes deutlich und ist in Abbildung 11 aufgeführt [48]. Den größten Anteil machen erwartungsgemäß Patienten und Patientinnen mit Diagnosen aus dem Bereich der Störungen im Kindes- und Jugendalter (F9 im ICD-10) aus. Hierbei sind kombinierte Störungen

Abbildung 11
Diagnoseverteilung von insgesamt 16.288 Mädchen und 18.388 Jungen mit psychischen Störungen (ICD-10-Erstdiagnosen Fo–9) in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Jahr 2004 [48]



des Sozialverhaltens und der Emotionen am häufigsten. Darüber hinaus findet sich auch ein relativ hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43).

Bei Betrachtung der Diagnoseverteilung nach Geschlecht (vgl. Abbildung 11) fällt insbesondere ein höherer Anteil an Belastungs- und Anpassungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (hierunter vor allem Essstörungen), Persönlichkeitsstörungen sowie affektiven Störungen bei den Mädchen auf [48]. Bei den Jungen zeigt sich hingegen ein deutlich erhöhter Anteil an hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.

3.2.2 Konsiliar- und Liaisondienste

Konsiliar- und Liaisondienste bilden die Schnittstelle zwischen somatomedizinischen und psychotherapeutischen Fachgebieten in Kliniken. Zu ihren Aufgaben gehören differentialdiagnostische Abklärung, Unterstützung bei Krankheits- bzw. Krisenbewältigung sowie Indikationsstellung und Vermittlung in weitere Behandlungsmaßnahmen, wobei unterschiedliche psychotherapeutisch-psychosoziale Interventionen zur Anwendung kommen. Sie werden hauptsächlich in Universitätskliniken, aber auch in Allgemeinkrankenhäusern angeboten. Nach einer Untersuchung von Herzog & Hartmann [52] haben etwa 10 % der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland psychosoziale Fachabteilungen, die auf Anforderung eine Mitbetreuung leisten können. Von durchschnittlich 1 % bis 7 % aller stationären Patienten und Patientinnen werden derartige Angebote in Anspruch genommen [53]. Psychotherapeuten und -therapeu-

tinnen im Rahmen des Konsiliarmodells werden häufig nur einmalig von Ärzten und Ärztinnen somatischer Stationen angefordert. Psychotherapeuten und -therapeutinnen im Rahmen des Liaisonmodells nehmen darüber hinaus kontinuierlich an Visiten, Stations- und Fallbesprechungen der somatischen Stationen teil und beraten auch das medizinisch-pflegerische Personal im Umgang mit schwierigen Patienten und Patientinnen, womit sie zur Erhöhung der therapeutischen Basiskompetenz des Teams beitragen [31].

3.2.3 Rehabilitation von Patienten und Patientinnen mit psychischen/psychosomatischen Störungen

Nachfolgend wird zum einen auf das von den Rentenversicherungen getragene System, für das der – historisch begründete, aber fachlich umstrittene – Begriff der psychosomatischen Rehabilitation verwendet wird, und zum anderen auf die Rehabilitation von Suchterkrankungen eingegangen. Des Weiteren wird ein Teilsystem beschrieben, welches mit Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) bezeichnet wird. Bei der Finanzierung dieser Maßnahmen durch die Rentenversicherung ist darauf hinzuweisen, dass diese sich primär auf die Gruppe der Erwerbstätigen bezieht.

»Psychosomatische Rehabilitation«:

Bei der psychosomatischen Rehabilitation handelt es sich um einen spezifischen Angebotstyp der medizinischen Rehabilitation, bei dem im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts psychotherapeutischen Interventionen ein besonderer Stellenwert zukommt. In Anlehnung an diese Definition wird in den letzten Jahren dieser Bereich zutreffender mit »Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen« bezeichnet.

Ressourcen:

Im Jahr 2004 existierten 198 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie mit insgesamt 12.477 Betten und einem Nutzungsgrad von 89,2 %. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 62,8 Tage [46]. Das Statistische Bundesamt verzeichnete für 2001, dass sich über 90 % dieser rehabilitativen Betten im Bereich der Suchtrehabilitation befanden [54]. Dies korrespondiert auch mit aktuellen Auswertungen des Instituts für Therapieforchung [99]. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie existierten zum Stichtag 142 Fachabteilungen mit insgesamt 13.371 Betten. Der Nutzungsgrad der Betten lag bei 76,6 % und die durchschnittliche Verweildauer betrug 40 Tage.

Inanspruchnahme:

Im Jahre 2004 führten in Deutschland insgesamt 124.953 Versicherte (64.096 Frauen, 60.857 Männer) wegen einer psychischen Störung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) durch [55]. Das entspricht etwa einem Sechstel aller im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung in diesem Jahr durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen. Dabei war der Frauenanteil mit 51,3 % leicht erhöht. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten betrug 43,9 Jahre. Darunter waren 38.889 Patienten und Patientinnen mit Suchterkrankungen, das entspricht etwa einem Drittel der Rehabilitationsmaßnahmen auf Grund psychischer Störungen. Hier liegt der Anteil der Männer mit 80,5 % deutlich höher. Das Durchschnittsalter ist mit 40,3 Jahren vergleichsweise geringer. Mit 31,2 % waren psychische Störungen durch psychotrope Substanzen am häufigsten, wobei in knapp Dreiviertel dieser Fälle alkoholbedingte Störungen vorlagen (vgl. Abbildung 12). Die zweithäufigste Erst-Diagnose stellten die affektiven Störungen mit 27 %, darunter fanden sich mit über 86 % hauptsächlich depressive Störungen. Weitere häufige Diagnosen waren Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit 16 %, somatoforme Störungen mit 7 %, Angst- und Zwangsstörungen mit 7,5 %, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 3,1 % sowie Essstörungen mit 1,5 % [55].

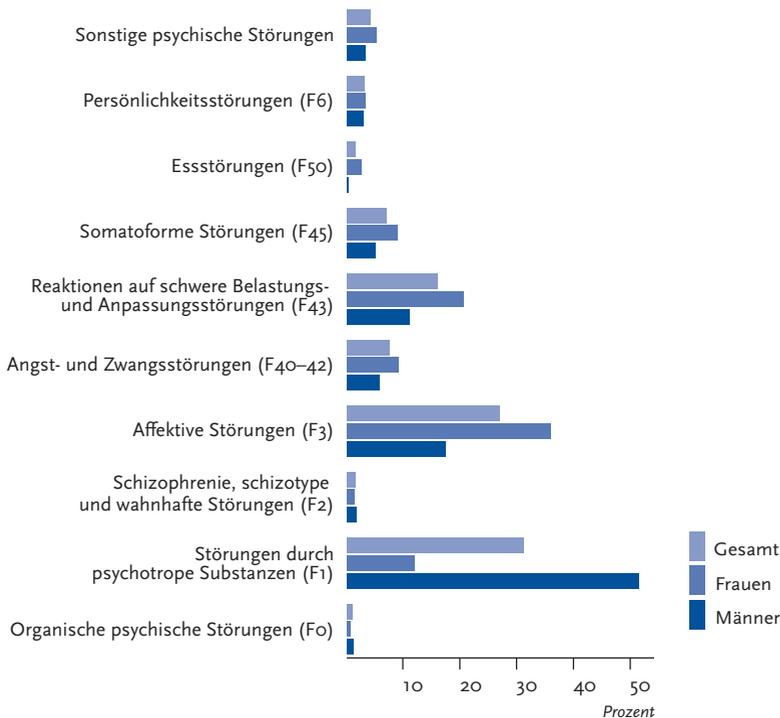
Vergleicht man das Diagnosespektrum von weiblichen und männlichen Patienten (vgl. Abbildung 12) fällt bei den Frauen vor allem ein höherer Anteil an affektiven Störungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen und bei den Männern ein deutlich erhöhter Anteil an Suchterkrankungen auf.

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung untersuchte der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1998 Strukturmerkmale in 77 psychosomatischen Rehabilitationskliniken [30]. Auf Grundlage dieser Erhebung kann die Personaldichte in psychosomatischen Rehabilitationskliniken bestimmt werden. Es ergaben sich folgende Werte für den Bereich der psychotherapeutischen Berufsgruppen (Therapeut bzw. Therapeutin zu Patienten und Patientinnen): Ärztlicher Dienst 1:13, Psychologischer Dienst 1:26 sowie ärztlicher und psychologischer Dienst zusammengenom-

men 1:9. Die Betrachtung der Verteilungen der errechneten Kennwerte über die einbezogenen Kliniken weist hier auf erhebliche Unterschiede hin. Die Personaldichte variiert insbesondere für die Berufsgruppe der Diplompsychologen und -psychologinnen.

Anhand von Prozessdokumentationsanalysen der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen (Angaben aus der Klassifikation Therapeutischer Leistungen, KTL) bei 43.407 BfA-Patienten und -Patientinnen aus 65 psychosomatischen Rehabilitationskliniken kommen Barghaan et al. [56] zu dem Ergebnis, dass mit 50,1% (N=21.738) die meisten Patienten und Patientinnen überwiegend mit psychoanalytisch begründeten Verfahren behandelt werden. Überwiegend verhaltenstherapeutisch werden 36,1% der Patienten und Patientinnen (N=15.654) behandelt und 13,9% (N=6.015) werden sowohl mit verhaltenstherapeutisch als auch psychoanalytisch begründeten

Abbildung 12
Diagnoseverteilung von 64.096 weiblichen und 60.857 männlichen Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung mit psychischen Störungen, die im Jahr 2004 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben [55]



Verfahren behandelt. Die Verteilung der Behandlungsverfahren unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern nicht wesentlich.

Neben den Patienten und Patientinnen, die über die Rentenversicherung (SGB VI) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme antreten, führt ein kleinerer Teil von Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 (SGB V) durch. Der genaue Anteil dieser Patienten und Patientinnen ist aber auf Basis der bestehenden Datengrundlage nicht abzuschätzen und es liegen auch keine Angaben zu Alter, Geschlecht und Diagnosen vor.

Rehabilitation Psychisch Kranker:

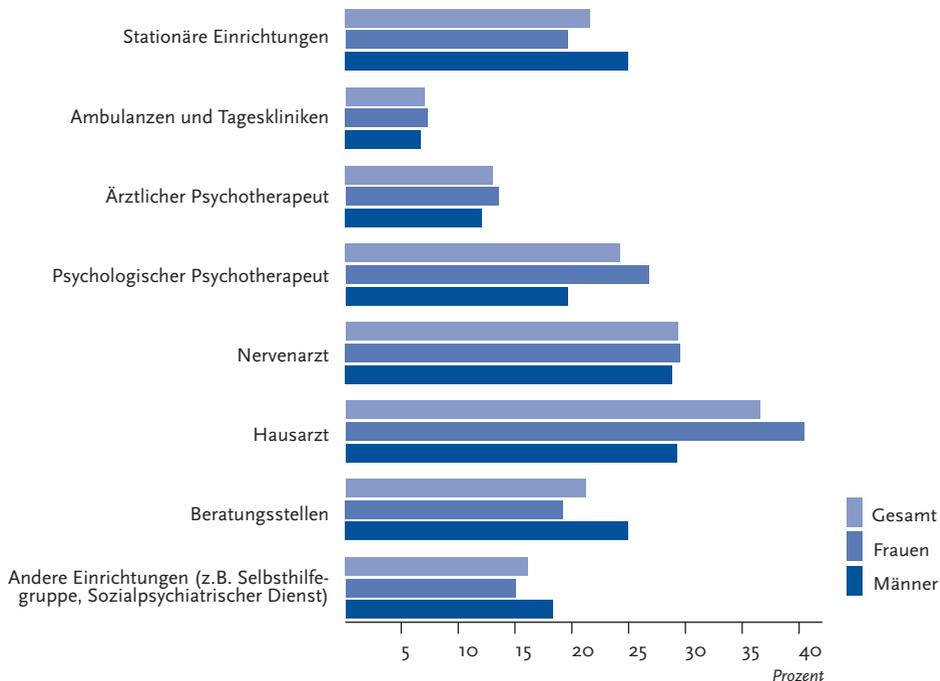
Ein besonderes Angebot der psychiatrischen Rehabilitation stellen die Einrichtungen für die Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) dar. Sie entstanden 1986 auf Grundlage einer Empfehlungsvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, zunächst nur mit einem stationären Behandlungskonzept. Die Zielsetzung der Rehabilitation in diesen gemeindenahen Einrichtungen ist in erster Linie die weitgehende berufliche und soziale Integration der Rehabilitanden.

Nach der letzten RPK-Bestandsaufnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gab es im Jahr 2000 insgesamt 42 Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker mit zusammen 827 Rehabilitationsplätzen im Bundesgebiet [57]. Die Mindestzahl von 50 Plätzen pro Einrichtung wird in vielen Regionen unterschritten. Das Diagnosespektrum in den RPK-Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren zunehmend von vornehm-

Abbildung 13

Verteilung von 680 behandelten Erwachsenen (mind. einmaliges Aufsuchen professioneller Hilfsangebote aufgrund psychischer Probleme) mit diagnostizierten psychischen Störungen (Lebenszeit-Prävalenz) auf verschiedene professionelle Behandlungsangebote – Mehrfachnennungen

Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzmodul »Psychische Störungen« – eigene Berechnungen



lich schizophren erkrankten Menschen auf weitere Diagnosen, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen, ausgeweitet. Es bestehen regionale Unterschiede in der Umsetzung des RPK-Konzepts. Angebote von RPK-Einrichtungen werden bisher noch nicht flächendeckend vorgehalten. Das gilt insbesondere für die neuen Bundesländer [57].

Die Rehabilitationsangebote, die sich zunehmend auch auf das teilstationäre und ambulante Setting erstrecken, umfassen u. a. ärztliche Behandlungen, Training der Fertigkeiten zur selbstständigen Lebensführung, Beschäftigungstherapie, Belastungserprobung und berufsvorbereitende Maßnahmen. Auch psychotherapeutische Maßnahmen gehören nach Auskunft der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK zum Angebotsspektrum [100]. In welchem Umfang diese vorgehalten werden, ist aufgrund der bisherigen Datengrundlage nicht abzuschätzen.

4 Inanspruchnahme von Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen

Bisher liegen sehr wenig repräsentative Daten zu der Frage vor, inwieweit Menschen mit psychischen Störungen fachgerechte Hilfe in Anspruch nehmen. Die einzig verfügbare Datenquelle stellt in Deutschland im Augenblick der Zusatzsurvey »Psychische Störungen« im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys (1998) dar.

Nach Analysen von Jacobi et al. [9] zeigte sich auf dieser bevölkerungsrepräsentativen Grundlage, dass insgesamt rund 40,5 % der Erwachsenen mit diagnostizierten psychischen Störungen (12-Monats-Prävalenz) mindestens einmal in ihrem Leben wegen psychischer Beschwerden irgendeine professionelle Hilfe (s. u.) in Anspruch genommen haben, dabei haben Frauen mit 44,9 % eine höhere Inanspruchnahmequote als Männer mit 34,1 %. Am niedrigsten war die Inanspruchnahmequote unter den Patienten und Patientinnen mit Substanzstörungen (35,5 %), am höchsten bei den affektiven Störungen (52,5 %) sowie den psychotischen Störungen (56,6 %) und den Essstörungen (50 %). Auch die Inanspruchnahmequoten bei Angststörungen und somatoformen Störungen waren mit 46,9 % bzw. 42,5 % vergleichsweise hoch.

Die Inanspruchnahmequoten unterliegen bundesweit erheblichen Schwankungen. In den neuen Bundesländern ergaben sich durchgängig etwas niedrigere Quoten als in den alten Bundesländern [58].

In Abbildung 13 sind die Inanspruchnahmequoten der behandelten Patientinnen und Patienten mit diagnostizierten psychischen Störungen (Lebenszeit-Prävalenz) getrennt für die einzelnen Hilfsangebote dargestellt. Deutlich wird, dass ein Großteil der Behandelten aufgrund einer psychischen Erkrankung den Hausarzt konsultiert hat. Bei knapp einem Drittel davon blieb es bei ausschließlich hausärztlichen Kontakten. Fast die Hälfte aller Behandelten hat mehr als eine der verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen in Anspruch genommen.

Frauen konsultieren aufgrund ihrer psychischen Probleme häufiger als Männer einen Psychologischen Psychotherapeuten oder ihren Hausarzt, wobei Männer häufiger Angebote von Beratungsstellen und andere Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) in Anspruch nehmen sowie häufiger eine stationäre Behandlung durchführen.

Der Grad der Inanspruchnahme muss vor dem Hintergrund erheblicher Barrieren gesehen werden, die vor dem Antritt einer Psychotherapie überwunden werden müssen [59]. Zum einen werden psychische Störungen in der Primärversorgung bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht erkannt [60, 61] sowie potenziell behandlungswillige Patientinnen und Patienten nicht ausreichend über adäquate Behandlungsmöglichkeiten informiert. Zum anderen müssen behandlungsbedürftige und -willige Patientinnen und Patienten vor dem Antritt einer Psychotherapie in der Regel längere Wartezeiten und Beantragungsverfahren in Kauf nehmen [25], was es ihnen erschwert, zeitnah einen geeigneten Behandlungsplatz zu finden. Zudem ermittelten Zepf et al. [25] einen erheblichen Anteil an Patientinnen und Patienten (39 %), die nach den ersten fünf Sitzungen keine ambulante Behandlung aufgenommen haben oder aufnehmen konnten. Bei 50 % dieser Patientinnen und Patienten wurde die Behandlung von der konsultierten Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten abgelehnt, 10 % wurden in eine stationäre Behandlung überwiesen, bei 20 % lag keine Behandlungsindikation

vor und weitere 20 % lehnten von sich aus eine Behandlung ab.

Für den Kinder- und Jugendbereich ist davon auszugehen, dass nur ca. 15 % bis 20 % der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen eine Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen [62]. Nach ersten Analysen des Kinder- und Jugendsurvey wird nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen aktuell bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, auch tatsächlich behandelt [15].

Wie sind die Zahlen zur Inanspruchnahme zu bewerten? Zahlreiche deutschsprachige Untersuchungen weisen darauf hin, dass zwischen dem Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer als fachlich indiziert eingeschätzten psychotherapeutischen Behandlung eine erhebliche Latenz besteht. Diese Zeitspanne, die häufig als Chronifizierungszeit bezeichnet wird, beträgt einer Übersicht von Potreck-Rose & Koch [63] zufolge bei 50 % der später Behandelten mehr als 5 Jahre.

Ein Grund für diese ungünstige Situation könnte ein begrenzter Informationsstand sein: Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass das Wissen in der Bevölkerung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit, Erfolg und Finanzierungsmöglichkeit psychotherapeutischer Versorgung begrenzt ist und dass Ängste vor Stigmatisierung durch die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen bei Teilgruppen bestehen [64, 65]. Diese Bedingungen wirken als Barrieren für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Gesundheitspolitisch ist im Sinne des »mündigen Patienten« deshalb eine gezielte Aufklärung und Information geboten, die eine deutliche Erhöhung der Inanspruchnahme nach sich ziehen dürfte. In den letzten Jahren hat das Thema »psychische Gesundheit« in der öffentlichen Diskussion und in der politischen Debatte nachhaltig an Bedeutung gewonnen. Auf internationaler Ebene zu nennen sind die WHO »Deklaration von Helsinki«, in der sich die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union im Januar 2005 darauf verständigt haben, der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Region gezielt entgegen zu wirken [66]. Als einen ersten Schritt zur Umsetzung der Deklaration von Helsinki hat die Europäische Union Ende 2005 das Grünbuch »Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Ent-

wicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union« vorgestellt [67]. In Deutschland hat sich das »Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit« [68] unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit zur Aufgabe gemacht, gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen anzugehen und die Integration und Gleichberechtigung von Betroffenen und ihren Angehörigen zu fördern. Dem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam mit dem Antistigma-Verein »open the doors e. V.« initiierten Bündnis gehören mittlerweile über 35 Organisationen an. Mit dem Nationalen Gesundheitsziel »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln« sollen innovative Möglichkeiten für sinnvolle Interventionen in den Bereichen Aufklärung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Versorgungsstrukturen vorangebracht werden.

Weitere Gründe können in der Nicht- oder verspäteten Identifikation von Patientinnen und Patientinnen mit psychischen Störungen im Rahmen der Primärversorgung in hausärztlichen Praxen liegen. Verschiedene epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass je nach verwendeter Krankheitsdefinition etwa 20 bis über 35 % der Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen aufweisen [69, 70, 71]. Trotz der in Deutschland eingeführten psychosomatischen Grundversorgung im primärärztlichen Bereich diagnostizieren Hausärztinnen und Hausärzte nur bei etwas mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen eine vorhandene psychische Erkrankung [60, 61]. Ein Nicht-Erkennen psychischer Erkrankungen führt dazu, dass adäquate psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Hilfe ausbleibt. Der fortbestehende Leidensdruck des Patienten kann dann zu einer erhöhten Inanspruchnahme somatomedizinischer Leistungen im Sinne von »doctors hopping« führen, was zu erheblichen gesundheitsökonomischen Kosten und langfristig zur Chronifizierung und einer Verminderung der Heilungschance beiträgt [63].

5 Aus- und Weiterbildung zur psychotherapeutischen Tätigkeit

Die Ausbildungssituation im psychotherapeutischen Bereich hat einen unmittelbaren Einfluss auf die psychotherapeutische Versorgungsqualität und -quantität und soll daher im Folgenden in ihren aktuellen Entwicklungen beschrieben werden.

Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen sowie einige andere pädagogische Berufsgruppen (z. B. Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen) haben die Möglichkeit, sich nach dem universitären Abschluss in Psychotherapie weiterzubilden bzw. ausbilden zu lassen. Die Weiterbildung ist für Ärztinnen und Ärzte durch die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern, die Ausbildung ist für Psychologinnen und Psychologen sowie Pädagoginnen und Pädagogen durch das Psychotherapeutengesetz festgelegt.

Gemäß der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 können Ärztinnen und Ärzte die Fachärztin oder den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durch ein entsprechendes Weiterbildungscurriculum erwerben. Diese Weiterbildung erfolgt in der Regel in Kliniken und Abteilungen der entsprechenden Fachgebiete oder in der niedergelassenen Praxis. Darüber hinaus haben Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit die Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« und/oder »Psychoanalyse« zu erlangen. Diese berufsbegleitende Zusatz-Weiterbildung erfolgt zum Teil in entsprechenden Instituten, aber auch durch befugte Ärztinnen und Ärzte in der niedergelassenen Praxis.

Erst seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 ist die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten staatlich geregelt und erfolgt seitdem an staatlich anerkannten privaten oder universitären Ausbildungsstätten. Die Ausbildungskandidaten und -kandidatinnen schließen die Ausbildung mit einer staatlichen Prüfung ab und können dann einen Antrag auf Approbation stellen. Die Finanzierung der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird durch das Psychotherapeutengesetz nicht geregelt. Somit müssen die Ausbildungskandidaten und -kandidatinnen in der Regel die Finanzierung der Ausbildung vollständig selbst tragen. Die Kosten für eine dreijährige Ausbildung mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt liegen zwischen 15.000 und 20.000 Euro, die mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie als Schwerpunkt der Ausbildung teilweise noch höher [72].

Nach einer eigenen Erhebung bei 154 Ausbildungsinstituten für Psychotherapie wird in 143 Ausbildungsinstituten eine Ausbildung zum Erwachsenenpsychotherapeuten angeboten, in 52 Instituten ist eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich. Die Zahl der Ausbildungsplätze variiert erheblich zwischen den Instituten und reicht von 3 bis 67 Plätzen pro Jahr, im Mittel werden ca. 17 Kandidaten und Kandidatinnen pro Jahr zur Ausbildung zugelassen.

6 Qualitätssicherung

Mit den im Januar 2000 in Kraft getretenen Veränderungen im Sozialgesetzbuch V (§135 a) wurde gesetzlich festgeschrieben, dass die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet sind. Diese Anforderung betrifft auch die psychotherapeutische Versorgung. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Weiterhin verpflichtet das Gesetz Vertragsärztinnen und -ärzte, zugelassene Krankenhäuser und Erbringer von Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen, sich an einrichtungsübergreifenden (externen) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Darüber hinaus sind die genannten Einrichtungen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Umsetzung dieser Anforderungen ist in den verschiedenen Teilsystemen unterschiedlich weit fortgeschritten.

6.1 Stationäre Psychotherapie

Die ersten intensiven Bemühungen um externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in Deutschland waren im Bereich der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung zu verzeichnen. Es wurde 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm initiiert, welches auch den Bereich der »psychosomatischen Rehabilitation« mit einschließt. Am Programm sind alle Rentenversicherungsträger und alle von ihnen im jeweiligen Indikationsbereich belegten Einrichtungen beteiligt. Die Verfahrens- und Methodenentwicklung erfolgte durch externe wissenschaftliche Institute und wurde durch Experten und Expertinnen aus der Versorgungspraxis unterstützt. Die wesentlichen Eckpunkte des Programms sind Strukturhebungen, Beurteilungen der Prozessqualität über Peer-Reviews und Befragungen von Patienten und Patientinnen. Im Rahmen von klinikvergleichenden Berichten findet eine Rückmeldung an die Kliniken durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals VDR und BfA) statt [73]. Seit 2000 wird im Rahmen der Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen (unter Einschluss des Indikationsbereichs Psychosomatische Rehabilitation) dieses Qualitätssicherungsprogramm weiterentwickelt. Die Weiterentwicklung besteht vor allem in einer stärkeren Fokussierung auf den Aspekt der Ergebnisqualität (Mehrzeitpunktbefragungen auf der Ebene der Patientinnen und Patienten sowie der Behandler und Behandlerinnen).

Bisher liegen keine Angaben darüber vor, ob oder in welchem Ausmaß auch in RPK-Einrichtungen Qualitätssicherungsprogramme implementiert sind.

Für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung gibt es zwar seit Mitte der 1990er Jahre eine in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gestaltete neue psychiatrische Basisdokumentation für den stationären Versorgungsbereich [74], es fehlt allerdings noch ein mehrere Diagnosegruppen übergreifendes und die Gesamtversorgung betreffendes externes Qualitätssicherungsprogramm, welches routinemäßig eingesetzt wird. Dafür bestehen eine Reihe von regionalen und einzelne Störungsbilder fokussierenden Programmaktivitäten. So wurde u. a. in

den Jahren 1998 bis 2000 in Baden-Württemberg ein externes Qualitätssicherungsprogramm zur Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen durchgeführt, an dem sich insgesamt 24 psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhäuser beteiligten [75]. Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Behandlung von über 3.000 depressiven Patienten wurden dort ermittelt und Leistungs- und Qualitätsvergleiche zwischen den teilnehmenden Kliniken angestellt. Für die Verbesserung der Qualität der Behandlung von spezifischen Krankheitsbildern mit hoher Morbidität und Mortalität sind darüber hinaus die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzwerke in der Medizin zu nennen. Für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich bestehen u. a. Kompetenznetzwerke für die Indikationsbereiche Depression und Suizidalität sowie für Schizophrenie. Hier wird durch Einführung von Leitlinien, Fort- und Weiterbildungsmaterialien sowie durch Qualitätsmanagement eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten angestrebt [76].

Der Förderschwerpunkt »Benchmarking im Gesundheitswesen« (BIG) umfasst einen Verbund von zehn Initiativen, deren Ziel es ist, vorhandene Verbesserungspotenziale in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren und nutzbar zu machen. Benchmarking bezeichnet einen strukturierten Prozess des Lernens auf der Basis von Leistungs- und Ergebnisvergleichen verschiedener Organisationen. Dabei gilt es, die als beste anerkannte Praxis zu identifizieren und in einen strukturierten Erfahrungsaustausch einzubringen. Das Modellvorhaben wird seit 2003 durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. In dem Projekt zur »Psychiatrischen Akutversorgung« wurden anhand dreier ausgewählter psychiatrischer Erkrankungen (Depression, Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit) unterschiedliche Maßnahmen des Qualitätsmanagements wie Benchmarking, Qualitätszirkelarbeit und Implementierung von Behandlungspfaden – in einem Modellverbund psychiatrischer Fachkliniken entwickelt – implementiert und evaluiert (2003 bis 2006) [77]. Des Weiteren sind die Projekte »Depression bei der Parkinson-Krankheit« (2004 bis 2007)[78] und Erfassung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in Psychiatrischen Kliniken« zu nennen (2004) [79].

Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung entwickelten Mitte der 1990er Jahre verschiedene psychotherapeutische Fachgesellschaften als therapieschulen- und versorgungsbereichübergreifendes Psychotherapie-Dokumentationssystem die sog. Psy-BaDo (Basisdokumentation in der Psychotherapie) [80], die allerdings weniger als ursprünglich erhofft in die Versorgung implementiert werden konnte. Als Parallel- und Weiterentwicklung entstand für den Bereich der stationären psychosomatischen Versorgung die Psy-BaDo-PTM (Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik) [81], die inzwischen in 17 Einrichtungen eingesetzt wird. Das Datenmanagement erfolgt durch das Institut für Qualitätssicherung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP). Die 17 Kliniken setzen sich aus 8 Einrichtungen der Rehabilitation, 4 der Krankenhausversorgung und 5 Mischeinrichtungen (Rehabilitation und Krankenhausversorgung) zusammen. Insgesamt entfallen 479 Betten auf die Krankenhausversorgung und 1.431 auf den Rehabilitationsbereich. Angesichts dieser noch etwas begrenzten Größenordnung kann gegenwärtig noch nicht von einem die typische Versorgungsstruktur abbildenden externen Qualitätssicherungsprogramm im Bereich der psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung gesprochen werden.

Das Stuttgart-Heidelberger-Modell [82, 83] wurde zunächst als ein »aktiv-internes« Qualitätssicherungsmodell konzipiert. Es baut primär auf einem Dokumentationssystem sowie Verfahren zur Erfassung der Ergebnisqualität (Therapeuten- sowie Patientenperspektive) auf. Ermittelt werden Differenzen zwischen dem Ist-Wert und dem erwarteten Soll-Wert im Behandlungsverlauf. Wenn diese Differenzen eine substantielle Größe erreicht haben, werden sie als sog. Aufmerksamkeitssignale an die Therapeuten und Therapeutinnen zurückgemeldet. Das System wird inzwischen in einer größeren Zahl von Kliniken eingesetzt. Über die Forschungsstelle Psychotherapie in Stuttgart ist mittlerweile ein externer Klinikvergleich möglich.

Im Bereich der Konsiliar- und Liaisondiensten entstanden vor allem im Kontext der europaweit durchgeführten European Consultation Liaison Workgroup Initiativen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement. Zu nennen sind hier insbesondere ein Dokumentationssystem

(EuroQar-CL) sowie eine Leitlinienentwicklung [84, 85, 86].

Ergänzend ist an dieser Stelle anzumerken, dass im Bereich der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen wie in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung in den letzten Jahren mit der Entwicklung von Leitlinien begonnen wurde. Diese Bemühungen finden sich in allen drei oben genannten Versorgungssystemen. Sie sind unterschiedlich weit fortgeschritten und verlaufen relativ unabhängig voneinander. Da sich Leitlinien vorrangig an Diagnosen orientieren und sich das Diagnosespektrum der behandelten Patientinnen und Patienten der drei Versorgungsbereiche erheblich überlappt, muss es zwangsläufig zu sich überschneidenden Entwicklungen kommen. Versteht man die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in einem Versorgungsbereich als Beitrag dazu, dass alle am Behandlungsprozess Beteiligten ihre Handlungsentscheidungen möglichst evidenzbasiert treffen, dann könnte die Befassung mit Leitlinien für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen ein Weg sein, die hier nur cursorisch dargestellten, bisher strittigen Diskussionen um Zuständigkeiten und Abgrenzungen auf eine stärker rationale Basis zu stellen.

6.2 Ambulante Psychotherapie

Die Qualitätssicherung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beruht vor allem auf dem Gutachterverfahren im Rahmen der Antragsstellung auf Finanzierung der Behandlung. Nach Auskunft der KBV lag die durchschnittliche Ablehnungsquote im Jahr 2005 bei 3 % bis 4 %, die Änderungsquote (Nachbesserungen) bei 8 % bis 10 %. Die im Jahr 2005 in Gutachterstatistiken der KBV ermittelten erheblichen Varianzen in den Ablehnungsquoten von 1 % bis 21 % weisen auf eine eingeschränkte Objektivität des Verfahrens hin. Auch die Reliabilität und Validität des Gutachterverfahrens wird angezweifelt [87]. Darüber hinaus gibt es in diesem Versorgungsbereich bisher keine übergreifenden Qualitätssicherungsprogramme z. B. im Sinne eines Routine-Monitoring-Systems. Allerdings werden regional erste Modelle der

Qualitätssicherung entwickelt und zunehmend Qualitätszirkel für die ambulanten psychotherapeutische Praxis etabliert [88]. Deutlich darüber hinaus geht ein zur Zeit laufender Modellversuch der Techniker-Krankenkasse, in dessen Rahmen in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen, Westfalen-Lippe und Südbaden ein zum Gutachterverfahren alternatives Qualitätsmonitoringsystem (mit Eingangs-, Verlaufs- und Schlussdokumentation auf der Basis standardisierter Verfahren) getestet wird [89].

Für die psychotherapeutische Behandlung in Tageskliniken und Ambulanzen sind bisher keine übergreifenden Qualitätssicherungsprogramme implementiert. Obwohl in einzelnen Tageskliniken bereits Qualitätsmonitoringsysteme eingeführt wurden [90], fehlen vor allem Standards hinsichtlich der Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Trotz einer steigenden Anzahl durchgeführter randomisiert-kontrollierter Studien zum Vergleich vollstationärer und teilstationärer psychotherapeutischer Behandlung [91] sind die Indikationskriterien für eine tagesklinische Behandlung bisher nicht ausreichend überprüft. Es gibt jedoch eine Initiative, eine einheitliche Basisdokumentation in ausgewählten Institutionen einrichtungsübergreifend zu implementieren und damit auch in der Folge Überprüfungen langfristiger Behandlungsergebnisse (Katamnesen) durchführen zu können [77].

In psychosozialen Beratungsstellen, insbesondere Erziehungsberatungsstellen und Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, gibt es in den letzten Jahren Bestrebungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen einzuführen [93]. Es wurden u. a. fachliche Standards und Richtlinien zur Ausstattung von Beratungsstellen, zur Beratungsarbeit und zur Qualifikation der Berater eingeführt [94].

7 Fazit

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass es in Deutschland eine vielfältige und differenzierte Versorgungsstruktur im ambulanten und stationären Bereich mit einer erheblichen Versorgungskapazität gibt. Anders als in vielen anderen westlichen Industrienationen werden diese Ange-

bote im Wesentlichen durch die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme finanziert (GKV, GRV). Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich gab es in den letzten beiden Jahrzehnten einen erheblichen Ausbau der Angebotskapazität. Die vorliegenden Daten lassen noch nicht erkennen, ob diese Zuwachsentwicklung in absehbarer Zeit abgeschlossen sein wird.

Im internationalen Vergleich sind, vor allem was die stationäre Versorgung angeht, einige Besonderheiten zu nennen. Während international die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen als psychopharmakologische und psychotherapeutische Kombinationsbehandlung im Rahmen des psychiatrischen Versorgungssystems stattfindet, werden in Deutschland in drei verschiedenen Versorgungssystemen (Krankenhausbehandlung Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Rehabilitation) Patientinnen und Patienten mit einem in wesentlichen Teilen vergleichbaren Spektrum psychischer Störungen psychotherapeutisch behandelt oder mitbehandelt. Ob die damit gegebene Vielfalt der Angebotsformen eine qualitativ bessere Versorgung psychisch Kranker ermöglicht, ist schon deshalb nicht zu beantworten, weil differenzielle Indikationskriterien nicht erkennbar und die Zuweisungsprozesse zu den verschiedenen Angeboten noch nicht ausreichend transparent sind. Auch in Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Variablen des Behandlungsprozesses und Behandlungserfolges fehlen Basisinformationen. Eine andere ungeklärte Frage betrifft die Notwendigkeit stationärer Behandlung in dem Ausmaß, wie sie für das deutsche Versorgungssystem kennzeichnend ist.

Sowohl im ambulanten, als auch im stationären Versorgungsbereich hat es durch die Definition von Weiterbildungsanforderungen im Facharztbereich (Arzt bzw. Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt bzw. Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Arzt bzw. Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie) und Neuregelungen im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten und den damit verbundenen Zulassungsregelungen erhebliche qualifikatorische Verbesserungen gegeben, von denen auszugehen ist, dass

sie sich sowohl in einer höheren Wirksamkeit wie auch in einer Verhinderung von für die Patientinnen und den Patienten schädlichen Therapieverläufen widerspiegeln. Im Hinblick auf das Letztgenannte ist die vorgelegte Muster-Berufsordnung von besonderer Bedeutung, in der exemplarisch alle Rechte und Pflichten zusammengefasst sind, an denen sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Praxis orientieren sollen und die als wesentlichen Bestandteil auch die Formulierung von Patientenrechten enthält [95].

Gleichzeitig haben sich auch Veränderungen in der Versorgungsstruktur ergeben.

Ein Vergleich der Versorgungsdichte in den verschiedenen Regionen Deutschland zeigt, mit Ausnahme des Bereichs der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine eklatante Ost-West-Differenz zu Ungunsten der neuen Bundesländer (vgl. Abschnitt 3.1.1).

Darüber hinaus besteht erwartungsgemäß ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. In dem Bericht »Psychiatrie in Deutschland« wird daher festgestellt, dass die unterschiedliche Dichte der Versorgung in Stadt und Land sowie in West und Ost Anlass für eine Prüfung der Bedarfsplanung sein sollte [23].

Integrierte Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren (nach § 95 SGB V) oder die Integrierte Versorgung gemäß § 140a–d SGB V stellen noch kein festes Element der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung dar. Mit Stand Januar 2007 erfasste die DGPNN 31 realisierte Projekte zur Integrierten Versorgung für Psychiatrie, Sucht und Psychosomatik, davon 4 für Psychosomatik [96].

Weiterhin ist festzustellen, dass sich die Gruppenpsychotherapie trotz nachgewiesener guter Wirksamkeit und gesundheitsökonomischer Effizienz in der ambulanten Psychotherapie kaum etablieren konnte. Ein wesentlicher Grund dafür ist vermutlich die bis vor kurzem noch inadäquate Honorierung ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen. In der Bedarfsplanung findet die Frage, ob Gruppentherapie in einer Region angeboten wird, gegenwärtig keine Berücksichtigung.

Im Rahmen der durch die Gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Psychotherapie nimmt die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen den Großteil der Versor-

gung wahr. Dies ist nicht nur begründet durch die im Verhältnis zu den ärztlichen Psychotherapeuten und -therapeutinnen deutlich größere Zahl der Psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen, sondern auch dadurch, dass bei letzteren der Anteil von verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten und Therapeutinnen erheblich höher ist. Bei dieser Behandlungsmethode ist die durchschnittliche Behandlungsdauer pro Patient/Patientin deutlich geringer, weshalb Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten im gleichen Zeitraum deutlich mehr Patientinnen und Patienten behandeln. Dies hat Relevanz für die weitere Versorgungsplanung. Die nach § 101 Abs. 4 SGB V vorläufig bis 2008 vorgeschriebene 40 %-Quotierung für Niederlassungen der beiden psychotherapeutischen Berufsgruppen kann die Lage in den bisher unterversorgten Regionen (ländliche Gebiete und neue Bundesländer) zusätzlich verschärfen. Da weniger ärztliche als psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, kann es in bestimmten Bezirken zur Unterversorgung kommen, wenn sich in einem Bezirk weniger Ärzte und Ärztinnen als die definierten 40 % niedergelassen haben. In der derzeitigen Bedarfsplanung wird der Bedarf an ambulanter Psychotherapie vom Gesetzgeber über den Bestand an niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 1999 definiert. Versorgungsdefizite, die in bestimmten Regionen bereits bestehen, werden dadurch auch für die Zukunft festgeschrieben. Die Bedarfsplanung nimmt dabei gegenwärtig keine verfahrensspezifische Gewichtung vor, obwohl die Anzahl der Patienten und Patientinnen, die von einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin, ausgehend von der eingeschätzten erforderlichen Behandlungsdauer bzw. den verfahrensspezifischen Stundenkontingenten (vgl. Abschnitt 3.1.1.4), in einem Jahr behandelt werden können, von Art und Umfang des jeweils praktizierten Therapieverfahrens abhängt. Darüber hinaus unberücksichtigt bleibt auch eine eventuelle verfahrensspezifische Überlegenheit bei bestimmten Störungsbildern, wie sie im Rahmen der Empirically Supported Treatments (EST) oder der Leitlinienentwicklung diskutiert wird [97]. Auch möglichen Patientenpräferenzen für die verschiedenen Verfahren wird dadurch nicht systematisch Rechnung getragen.

Aus den bisherigen Darlegungen ergeben sich einerseits Implikationen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und andererseits für die Versorgungsforschung im Bereich der Psychotherapie. Dort, wo besondere Versorgungsgänge (z. B. die psychotherapeutische Versorgung in den neuen Bundesländern) bestehen, ist eine qualitativ angemessene ambulante psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen.

Seit dem »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung« der Psychiatrie-Enquetekommission im Jahr 1975 hat sich die Versorgung psychisch kranker Menschen nachhaltig verbessert. Die Enquetekommission deckte seinerzeit gravierende Missstände in der Qualität der psychiatrischen Versorgung und beträchtliche Lücken in der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland auf. Als wichtigste Reformziele wurden in dem Bericht die folgenden Aspekte genannt: gemeindenaher stationärer Versorgung; Kooperation und Koordination aller Versorgungsdienste; bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken; Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern; Enthospitalisierung der Langzeitpatienten; Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken. Die meisten dieser Ziele wurden in den letzten 30 Jahren umgesetzt. In dieser Zeit sind in Deutschland aber auch einige der zuvor beschriebenen deutschlandspezifischen Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung entstanden, für die gegenwärtig auf Grund einer fehlenden Transparenz und Empirie nicht eindeutig zu beurteilen ist, ob es sich um Stärken oder Schwächen des deutschen Versorgungssystems handelt. Beispielsweise wird in dem Bericht »Psychiatrie in Deutschland« festgestellt, dass die Strukturen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung verbesserungs- und abstim-mungsbedürftig sind und der hohen fachlichen Heterogenität durch verstärkte wissenschaftliche Überprüfung und durch verbindliche Leitlinien und Qualitätssicherungsmaßnahmen zu begegnen ist. Die erforderliche Datenbasis zu wesentlichen versorgungsrelevanten Fragestellungen ist zurzeit nur sehr eingeschränkt vorhanden. Für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker

besteht wie in anderen Gesundheitsbereichen ein gravierendes Defizit an empirischen Ergebnissen der Versorgungsforschung. Damit fehlen wichtige empirische Grundlagen für eine rational begründete Versorgungsplanung in diesem Bereich.

Dieses Forschungsdefizit betrifft ein breites Spektrum an Fragestellungen. Trotz einiger Fortschritte in der Versorgungsepidemiologie sind wichtige Fragen des Bedarfs, der Inanspruchnahme und des Zugangs zu psychotherapeutischen Leistungen weiterhin ungeklärt. So besteht keine Transparenz bezüglich der Steuerungsprozesse bei der Art der in Anspruch genommenen unterschiedlichen ambulanten und stationären Angebote. Hier bedarf es einer wissenschaftlichen Begründung der zur Anwendung kommenden Zuweisungskriterien und der Bedarfsfeststellung. Weitere Fragen betreffen den Behandlungsprozess. Zu klären sind hier u. a. die Angemessenheit des Umfangs und der Dauer sowie die Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der verschiedenen Behandlungsangebote. Dieses gilt auch für die häufiger in Anspruch genommenen niederschweligen Angebote, wie z. B. der hausärztlichen Versorgung. Weiterhin sollte untersucht werden, inwieweit für bestimmte Diagnosegruppen geschlechtsspezifische Kontexte bei der Behandlung berücksichtigt werden sollten, um eine angemessenere und bedarfsgerechtere Versorgung zu gewährleisten.

Erforderlich sind darüber hinaus vor allem naturalistische Studien zur Wirksamkeit (nach Möglichkeit mit randomisierter Zuweisung), die Vergleiche von ambulanten und stationären Angeboten, von unterschiedlichen psychotherapeutischen Angebotsformen (Krankenhaus- vs. Rehabilitationsversorgung) wie auch von Angeboten unterschiedlicher anerkannter Psychotherapieverfahren erlauben. Unter störungsspezifischen Gesichtspunkten besteht ein Bedarf an Studien, welche die Adäquatheit von Psychotherapie-Maßnahmen bei spezifischen psychischen Störungen untersuchen. Die Ergebnisse dieser Studien könnten eine wesentliche Grundlage für die erforderliche Evidenzbasierung der auch im psychotherapeutischen Sektor begonnenen Leitlinienentwicklung schaffen.

8 Literatur

1. Bastine RHE (1998) *Klinische Psychologie* (3. ed. Vol. 1). Kohlhammer, Stuttgart
2. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Übersetzt nach der vierten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association, 3. ed. Hogrefe-Verlag, Göttingen
3. Koch U, Potreck-Rose F (1994) Stationäre psychosomatische Rehabilitation – ein Versorgungssystem in der Diskussion. In: Strauß B, Meyer AE (Hrsg) *Psychoanalytische Psychosomatik – Theorie, Forschung und Praxis*. Schattauer-Verlag, Stuttgart, S 193–212
4. Bundesministerium für Gesundheit (1999) *Psychotherapeutengesetz (PsychThG) – erläuterte Textausgabe zu der seit dem 1. Januar 1999 geltenden berufsrechtlichen und krankenversicherungsrechtlichen Neuregelung der psychotherapeutischen Versorgung*. Bundesanzeiger Verlag, Köln
5. Hoffmann SO, Margraf J (2001) Anforderungen des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie an den Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweis und der Mangel an entsprechenden Studien. *Psychotherapie* 6(2): 188–191
6. Lambert MJ, Ogles BM (2003) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5. ed. John Wiley, New York, S 139–193
7. Franz M, Schepank H, Reister G et al. (1994) Epidemiologische Befunde zum Langzeitspontanverlauf psychogener Erkrankungen über 10 Jahre. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 44: 22–28
8. Fichter M (1990) *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Springer, Berlin
9. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34(4): 594–611
10. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Kohlhammer, Berlin, S 577
11. Wittchen HU, Müller N, Storz S (1998) Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 60 (Sonderheft 2): S95–S100
12. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) *Angststörungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21. RKI, Berlin
13. Kurth BM (2006) Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 49: 1050–1058
14. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 784–793
15. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2006) Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie). In: *Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 49: 1050–1058
16. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 871–878
17. Hölling H, Schlack R (2007) *Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 794–799
18. Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) *Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 827–835
19. Ihle W, Esser G (2002) *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede*. *Psychologische Rundschau* 53(4): 159–169
20. *Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006) Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2004*. KBV, Köln
21. *Statistisches Bundesamt (2006c) ISGBE: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2005*. Wiesbaden
22. *Statistisches Bundesamt (2005) Bevölkerungsstatistik nach Altersgruppen und Ländern, Stand 31.12.2004*. Wiesbaden

23. Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007) Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg)
http://www.gmkonline.de/?&navbeschluesse_80&id80_10.02
24. Zepf S, Mengele U, Marx A (2001) Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Psychosozial-Verlag, Gießen
25. Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 53: 152–162
26. Bühring P (2003) Psychotherapeutische Versorgung: Mangel an Therapieplätzen. Deutsches Ärzteblatt (PP) 2(7): 303–305
27. Borchers H (2004) Information zur Kostenerstattung. Was tun, wenn die psychotherapeutische Versorgung nicht gewährleistet ist? Psychotherapeutenjournal 2
28. Löcherbach P, Henrich T, Kemmer H et al. (1999) Entwicklung von Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 31(4): 615–643
29. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999) Frequenzstatistiken zu abgerechneten Leistungen 1999. KBV, Köln
30. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000) Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung. Programmpunkt 1: Klinikkonzepte. Auswertungen zur Strukturhebung 1998. VDR, Frankfurt am Main
31. Janssen PL, Franz M, Herzog T et al. (1999) Psychotherapeutische Medizin: Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Schattauer-Verlag, Stuttgart
32. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001) Bundesarztregister, Stand 31.12.2001. KBV, Köln
33. Spengler A (2003) Psychiatrische Institutsambulanzen – Ein Überblick. Der Nervenarzt 74: 476–478
34. Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs (2002) Hochschulambulanzen für Psychotherapie an Psychologischen Instituten/Fachbereichen. Stand 21.11.2002
35. Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (2006) Anerkannte Ausbildungsinstitute für Psychotherapie <http://www.vpp.org/beruf/institute/Ausbildungsinstitute.pdf>
36. Pschyrembel W (Hrsg) (2002) Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch (Vol. 259). Walter de Gruyter, Berlin
37. Jungmann J (2003) Bundesweite Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. zur Versorgungssituation der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland. In: Warnke A, Lehmkuhl G (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Schattauer-Verlag, Stuttgart
38. Vogel H (1996) »Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung – eine kritische Übersicht«. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 28(1): 106–126
39. Dorenberg, Moeser-Jantke, Schall (2002/03) Beratungsführer – Band 1. AWi-Druck, München
40. Seidler KP, Garlipp P, Machleidt W et al. (2006) Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. European Psychiatry
41. Zeeck A, Herzog T, Kuhn K et al. (2002) Teilstationäre Psychotherapie – Settingsbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 52: 492–499
42. Wietersheim J v, Zeeck A, Küchenhoff J (2005) Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 55(2): 79–83
43. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2003) Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Unpublished manuscript
44. Schulz H, Koch U (2002) Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland – Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 52: 244–247 und T241–T226
45. Koch U, Schulz H (2003) Voraussetzungen und Strategien zur Entwicklung von Leitlinien in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Die Rehabilitation 42: 118–123

46. Statistisches Bundesamt (2006a) Fachserie 12/Reihe 6.1 – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2004. Wiesbaden
47. Statistisches Bundesamt (2006b) Fachserie 12/Reihe 6.2 – Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2004. Wiesbaden
48. Statistisches Bundesamt (2006d) Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2004. Wiesbaden
49. Janssen PL, Koch U, Lieb K et al. (2005) Medführer – Psychische und psychosomatische Erkrankungen. Nitsch M/Medführer GmbH, Heidelberg
50. Statistisches Bundesamt (2004) Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2002. Wiesbaden
51. Härter M, Bermejo I (2005) Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPPN). *Der Nervenarzt* 1: 68–89
52. Herzog T, Hartmann A (1990) Psychiatrische, psychosomatische und mediznpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. *Der Nervenarzt* 61: 281–293
53. Dahlbender RW (2000) Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen. In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Praxis der Psychotherapie*, 2 ed. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S 24–31
54. Statistisches Bundesamt (2003) Fachserie 12/Reihe 6.1 – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001. Wiesbaden
55. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) (2005) VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004 (Vol. 154). DRV, Frankfurt am Main
56. Barghaan D, Harfst T, Watzke B et al. (2007) Merkmale stationärer psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland. *Psychotherapie im Dialog* 8: 79–84
57. Weig W (2003) Rehabilitation psychisch Kranker unter den Bedingungen des Deutschen Sozialrechts in Abgrenzung von der Psychotherapie. *Krankenhauspsychiatrie* 14: 134–137
58. Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 44: 993–1000
59. Löcherbach P, Weber I (2000) Versorgungspolitische Auswirkungen – Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben. *Journal für Psychologie: Theorie, Forschung, Praxis* 8(4): 27–40
60. Kruse J, Heckrath C, Schmitz N et al. (1999) Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 49: 14–22
61. Linden M, Helmchen H (1995) Results from the Berlin Centre. In: Üstün TB, Sartorius N (Hrsg) *Mental Illness in General Health Care*. Chichester Wiley
62. Lehmkuhl G, Döpfner M, Plück J et al. (1998) Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatische Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26: 83–96
63. Potreck-Rose F, Koch U (1994) Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer-Verlag, Stuttgart
64. Franz M, Kuns M, Schmitz N (1999) Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 45(2): 95–112
65. Mojtabei R, Olfson M, Mechanic D (2002) Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 59(1): 77–84
66. WHO (2005) Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit, Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki, Finnland, 12.–15. Januar 2005 <http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoco6.pdf>
67. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005) Grünbuch zur psychischen Gesundheit: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0484de01.pdf
68. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2007) Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit <http://www.seelischegesundheit.net/index.php>

69. Dilling H, Weyerer S, Enders I (1978) Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Häfner H (Hrsg) *Psychiatrische Epidemiologie*. Springer, Berlin, Heidelberg
70. Linden M, Maier W, Achberger M et al. (1996) Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland – Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Der Nervenarzt* 67(3): 205–215
71. Tress W, Kruse J, Heckrath C et al. (1999) Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen. In: Badura B, Siegriest J (Hrsg) *Evaluation im Gesundheitswesen*. Juventa, München
72. Ruggaber G (2003) Drei Jahre Psychotherapieausbildung nach dem PsychThG – eine Zwischenbilanz. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 35(1): 37–42
73. Kawski S, Koch U (2002) Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er-Jahren. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 45(3): 260–266
74. Cording C, Gaebel W, Sengler A (1995) Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-) stationären Bereich. *Spektrum* 24: 3–38
75. Härter M, Sitta P, Keller F et al. (2004) Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlung in Baden-Württemberg. *Der Nervenarzt* 75: 1083–1091
76. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2003) *Kompetenznetze in der Medizin*
77. Benchmarking im Gesundheitswesen (BIG) Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung <http://www.benchmarking-qm.de/FachThema/Projekte/akutbehandlung/ergebnisse.htm>
78. Benchmarking im Gesundheitswesen (BIG) Depression bei der Parkinson-Krankheit <http://www.benchmarking-qm.de/FachThema/Projekte/depression/index.htm>
79. Benchmarking im Gesundheitswesen (BIG) ERZ: Erfassung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in Psychiatrischen Kliniken <http://www.benchmarking-qm.de/FachThema/Projekte/psychiatrie/index.htm>
80. Heuft G, Senf W (1998) *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual der Psy-BaDo*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
81. Heymann F v, Zaudig M, Tritt K (2003) Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 62: 209–221
82. Kordy H, Hannover W, Bauer S (2003) Das Stuttgart-Heidelberger Modell zur Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie. In: Härter M, Linster HW, Stieglitz RD (Hrsg) *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, S 287–301
83. Kordy H, Lutz W (1995) Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychotherapie Forum* 3: 197–206
84. Herzog T, Stein B, Söllner W et al. (2003) *Konsiliar-/Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie (Teil 1): Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst*. Schattauer-Verlag, Stuttgart
85. Huyse FJ, Herzog T, Malt UF et al. (1996) The European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. I. General overview. *General Hospital Psychiatry* 18: 44–55
86. Stein B, Herzog T (2003) Qualitätsmanagement in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisonversorgung. In: Härter M, Linster HW, Stieglitz RD (Hrsg) *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Hogrefe-Verlag, Göttingen
87. Merod FR, Vogel H (2003) Gutachterverfahren. In: Härter M, Linster HW, Stieglitz RD (Hrsg) *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, S 189–209
88. Laireiter AR (2003) Qualitätsmanagement in der Verhaltenstherapie-Praxis. In: Härter M, Linster HW, Stieglitz RD (Hrsg) *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, S 213–237
89. Fydrich T, Nagel A, Lutz W et al. (2003) Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie* 13: 291–295

90. Seidler KP, Garlipp P, Brüggemann B et al. (2001) Evaluation und Qualitätskontrolle tagesklinischer Behandlung. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (Sonderheft): 37–44
91. Kallert TW, Schutzwahl M (2002) Klientel, Bewertung und Effektivität tagesklinischer psychiatrischer Behandlung: Konsequenzen aus vorliegenden Forschungsergebnissen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 3: 144–153
92. Aderrholt V, Schmitz H, Boelicke T et al. (2003) Evaluation des Behandlungsergebnisses der psychiatrischen Tagesklinik. Design einer prospektiven Katamnese studie zu Prozess- und Ergebnisqualität einer tagesklinischen Einrichtung für psychiatrische Patienten. Paper presented at the Fachtagung zum Wirkspektrum tagesklinischer Therapie. Krankheitsmodell, Evaluation und gesundheitspolitische Perspektiven, Wuppertal
93. Vogel H (2002) Qualitätssicherung in der Beratung. In: Nestmann E, Sickendiek (Hrsg) Handbuch der Beratung. DGVT-Verlag, Tübingen
94. Gerth U, Menne K, Roth X (1999) Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern. QS – Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, 22
95. Stellpflug MH, Berns I (2006) Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg, München, Landsberg, Berlin
96. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) Integrierte Versorgung
http://www.dgppn.de/de_integrierteversorgung_25.html
97. Chambless DL, Ollendick TH (2001) Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual Review of Psychology 52: 685–716
98. Kallert TW, Schutzwahl M, Matthes C (2003) Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Psychiatrische Praxis 30(2): 72–82
99. Institut für Therapieforchung (IFT)
<http://www.ift.de/index.php?id=94>
100. Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK)
<http://www.bagrpk.de/>

Weiterführende Literatur

- Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C et al. (2005) Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Springer, Berlin, Heidelberg
- Härter M, Linster HW, Stieglitz RD (2003) Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Löcherbach P, Henrich T, Kemmer H et al. (2000) Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 125). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Baden-Baden
- Ravens-Sieberer U, Thomas C, Erhart M (2003) Die subjektive Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland – körperliche, psychische und soziale Aspekte. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) Jugendgesundheits survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim, München

Weiterführende Internetadressen

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes
www.gbe-bund.de
- Deutsche Rentenversicherung
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)
www.bfa.de
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
www.kbv.de
- Statistisches Bundesamt
www.destatis.de, www.gbe-bund.de
- Bundespsychotherapeutenkammer
www.bundespsychotherapeutenkammer.org
- Bundesärztekammer
www.bundesaerztekammer.de
- Deutscher Psychotherapeutenverband e. V. (DPTV)
www.psychotherapeutenverband.org
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
www.bdp-verband.org
- Patienteninformationen
www.therapie.de
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
www.dgppn.de

9 Glossar

akut	unvermittelt auftretend, schnell und heftig verlaufend
Approbation	staatliche Zulassung zur Berufsausübung als Arzt, Apotheker oder Psychotherapeut
Basisdokumentation	bezeichnet bei stationären Klinikaufhalten eine standardisierte Dokumentation (durch Behandler und/oder Patienten) zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung des Patienten
Bedarfsgerechtigkeit	ausgewogenes Verhältnis zwischen Behandlungsbedarf und angemessenem Behandlungsangebot
Behandlungs-episode	die Behandlung eines Patienten von Aufnahme bis Entlassung
behavioral	das beobachtbare Verhalten betreffend
Bettendichte	Bettenzahl pro Einwohner
Chronifizierungszeit	Zeitraum von Beschwerdebeginn bis zur Aufnahme einer fachspezifischen Behandlung
chronisch	sich langsam entwickelnd, langsam verlaufend, lang anhaltend
Diagnose	aufgrund genauerer Beobachtungen, Untersuchungen abgegebene Feststellung, Beurteilung über den Zustand, die Beschaffenheit von etw. (z. B. von einer Krankheit)
Differentialdiagnose	Krankheitsbestimmung durch unterscheidende, abgrenzende Gegenüberstellung mehrerer Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen
Differentielle Indikation	Veranlassung, bei bestimmten Personen ein bestimmtes Heilverfahren anzuwenden oder ein Medikament zu verabreichen
»doctor-shopping«	bezeichnet ein bestimmtes Krankheitsverhalten, welches dadurch gekennzeichnet ist, dass die Betroffenen, oft aufgrund derselben körperlichen Symptome, häufig und wiederholt verschiedene Ärzte aufsuchen, auch wenn kein organischer Befund als Ursache für diese Symptome festzustellen ist
emotional	die Emotionen (Gefühle) betreffend
Empirie	Methode, die sich auf Erfahrung stützt, um (wissenschaftliche) Erkenntnisse zu gewinnen
Epidemiologie	Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Epidemien, zeittypischen Massenerkrankungen und Zivilisationsschäden
Ermächtigungsambulanz	an Kliniken angegliederte Einrichtung zur ambulanten Behandlung im Rahmen von persönlichen Chefärzttermächtigungen oder für spezielle Indikationsbereiche (z. B. Psychoonkologie)
evidenzbasiert	durch wissenschaftliche Studien als wirksam bewiesen
Gerontopsychiatrie	Teilgebiet der Psychiatrie, welches sich mit der Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen im Alter befasst
»gestützter Punktwert«	Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten, die über 90% psychotherapeutisch tätig sind, erhalten für antragspflichtige Psychotherapieleistungen einen stabilen Honorarsatz pro Vergütungseinheit (Punkt) der ärztlichen Gebührenordnung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM). Die meisten anderen Facharztgruppen erhalten einen »floatenden Punktwert«, der am Ende des Quartals nach der Menge der angefallenen Leistungen und nach dem Umfang der von den Krankenkassen vertraglich festgelegten Vergütungen jeweils neu berechnet wird und in der Regel deutlich geringer als der gestützte Punktwert ausfällt.
implementieren	ein Programm in die Praxis einführen und umsetzen
Indikation	Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren anzuwenden oder ein Medikament zu verabreichen. Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem Krankheitsfall, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt.
Indikationsbereiche	Gruppen mit derselben Indikation, z. B. Diagnosen
Indikationsstellung	Entscheidung, welche Indikation zutrifft
indikationsübergreifend	Personen mit unterschiedlichen Indikationen betreffend
Indikationskriterien	Kriterien, die bei der Indikationsstellung maßgeblich sind
Indikatoren	Umstand oder Merkmal, das als (beweiskräftiges) Anzeichen oder als Hinweis auf etwas anderes dient

»Integrative/ Integrierte Ver- sorgung«	bezeichnet eine durch den Gesetzgeber geforderte Versorgungsform zur arbeitsteiligen und strukturierten Zusammenarbeit verschiedener am Gesundheitswesen beteiligter Leistungserbringer mit dem vorrangigen Ziel, die sektoralen Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation und Pflege zu überwinden. Durch Vernetzung von Haus- und Fachärzten, ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringern sowie zwischen dem ambulanten und stationären Bereich soll die Qualität, Gesamt-Effizienz und die Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung verbessert werden.
Internist	Facharzt für Innere Medizin
interpersonal	zwischen zwei oder mehreren Personen ablaufend
kognitiv	die Erkenntnis (Gedanken) betreffend
Komorbidität	vorliegen von mehr als einer diagnostizierten Erkrankung
Krisenintervention	stützendes psychotherapeutisches Verfahren im akuten Krisenfall
Latenz	zeitweiliges Verborgensein, unbemerktes Vorhandensein einer Krankheit
Leitlinien	systematisch entwickelte Feststellungen, um die Entscheidungen von Klinikern und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände zu unterstützen
Morbidität	Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe
Mortalität	Sterblichkeit, Sterblichkeitsziffer; Verhältnis der Zahl der Todesfälle zur Gesamtzahl der berücksichtigten Personen
motivational	die Beweggründe betreffend, die jemandes Entscheidung, Handlung beeinflusst
multimodal	die Zusammensetzung mehrerer Module/Elemente betreffend
multiprofessionell	die Zusammenarbeit vieler Disziplinen/Berufsgruppen/Professionen betreffend
naturalistische Studie	Studie, die einen Sachverhalt unter lebensweltlichen Bedingungen im natürlichen Umfeld (z. B. in einer Klinik) untersucht
neuropsychiatrisch	den Zusammenhang zwischen nervalen und psychischen Vorgängen betreffend
Objektivität	Kriterium für die Güte eines Testverfahrens. Bezeichnet den Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind.
Onkologie	Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Entstehung und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten beschäftigt
organisch	ein Organ oder den Organismus betreffend
Peer-Review	bezeichnet die Bewertung eines Objekts oder Prozesses durch unabhängige Gutachter, die so genannten »Peers« (engl. für »Ebenbürtige«)
psychisch	die Psyche betreffend
Psychoonkologie	Forschungsgebiet, das sich mit den psychologischen Fragen zur Krebsneigung, den psychosozialen Auswirkungen der Krebserkrankung und der Psychologie der Krebsvorsorge befasst und psychotherapeutische Betreuung der Betroffenen und ihrer Familien bereitstellt
Psychopharmaka	Arzneimittel, das eine steuernde Wirkung auf psychische Funktionen hat
Psychophysiologie	Lehre von den Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele, insbesondere zwischen physischen Reizen und den ihnen entsprechenden Erlebnissen
Psychosomatik	medizinisch-psychologische Krankheitslehre, die psychischen Prozessen bei der Entstehung körperlicher Leiden wesentliche Bedeutung bemisst
psychosozial	soziale Gegebenheiten betreffend, die die Psyche beeinflussen
Prävalenz	Häufigkeit des Vorkommens einer bestimmten Erkrankung in einer bestimmten Population zu einer bestimmten Zeit oder einer bestimmten Zeitperiode (Prävalenzrate: Anzahl der Erkrankten im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen, z. B. in Prozent)
6-Monats-Prävalenz	Häufigkeit der Personen, die innerhalb von 6 Monaten an einer bestimmten Erkrankung leiden
Ein-Jahres-Prävalenz	Häufigkeit der Personen, die innerhalb eines Jahres an einer bestimmten Erkrankung leiden
Lebenszeit-Prävalenz	Häufigkeit der Personen, die einmal in ihrem Leben an einer bestimmten Erkrankung leiden
Periodenprävalenz	Häufigkeit der Personen, die innerhalb einer festgelegten Zeitperiode an einer bestimmten Erkrankung leiden
Primärversorgung	erste medizinische Anlaufstellen für Menschen mit gesundheitlichen Problemen (vor allem niedergelassene Hausärzte und Frauenärzte)

Qualitätsmonitoring-system	kontinuierliche Überwachung eines Behandlungsprogramms (z. B. mit Hilfe kurzfristiger Rückmeldungen im Behandlungsprozess)
Qualitätszirkel	freiwillige Arbeitsgruppen/Initiativen von Ärzten und Psychotherapeuten, die an der Verbesserung der Versorgungsqualität interessiert sind
randomisiert-kontrollierte Studie	Studie, z. B. zum Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie, bei der zur Eingrenzung tatsächlicher, spezifischer Therapieeffekte die Wirkung einer Behandlungsform (Experimentalgruppe) mit Nicht- bzw. Alternativbehandlung (Kontrollgruppe) verglichen wird. Die Zuweisung der Versuchspersonen zu Experimental- und Kontrollgruppe erfolgt dabei nach dem Zufallsprinzip (randomisierte Zuweisung)
Reliabilität	Kriterium für die Güte eines Testverfahrens. Bezeichnet die Zuverlässigkeit, die Messgenauigkeit eines Tests
Repräsentativität	Vertretung einer Gesamtheit von Personen durch eine einzelne Person oder eine Gruppe von Personen. Repräsentativität ist gegeben, wenn eine Stichprobe von Personen der Gesamtpopulation aus der sie entstammt (z. B. Gesamtbevölkerung in Deutschland) hinsichtlich wesentlicher Merkmale gleicht
Richtlinien	Handlungsempfehlungen
RPK	Rehabilitation psychisch kranker Menschen
SGBV	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGBVI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (Gesetzliche Rentenversicherung)
somatisch	den Körper betreffend
somatomedizinisch	die Organmedizin betreffend
Soziotherapie	Bezeichnung für alle Verfahren, mit denen eine Erkrankung durch Veränderung des sozialen Kontexts des Patienten günstig beeinflusst werden soll
Spezialtherapeut	Sammelbezeichnung für nicht-ärztliche und nicht-psychologische Behandler im Rehabilitationsprozess (z. B. Ergotherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten)
standardisierte Verfahren	bezeichnet Testverfahren (v. a. Fragebögen) mit konstant gehaltenen Durchführungsbedingungen (z. B. festgelegten Fragen- und Antwortformaten, identischen Instruktionen und genauen Anleitungen)
Status quo	Ist-Zustand
Stigmatisierung	Zuschreibung von Merkmalen, die von der Gesellschaft als negativ bewertet werden und eine Person in diskriminierender Weise kennzeichnen
Validität	Kriterium für die Güte eines Testverfahrens. Bezeichnet die Gültigkeit, den Grad der Genauigkeit mit dem ein Test dasjenige Merkmal, das er messen soll, tatsächlich misst
Versorgungsgrad	Ausmaß, in dem der Behandlungsbedarf durch angemessene Behandlungsangebote gedeckt ist
Vertragsärzte	Ärzte und Psychologen, die für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sind

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Cornelia Lange, Jutta Wirz, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Dr. Holger Schulz, Dipl.-Psych. Dina Barghaan
Dipl.-Psych. Timo Harfst, Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Adressen

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
Informations- und Dokumentationszentrum
Gesundheitsdaten
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 030-18644-8121
Fax: 030-18644-8996
E-Mail: gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können im Abonnement oder als
einzelne Hefte kostenlos bezogen werden.

Grafik/Satz

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Oktoberdruck AG, Berlin

ISBN

978-3-89606-180-5

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit
mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 41

Juni 2008

Psychotherapeutische Versorgung

Berlin: Robert Koch-Institut

ISBN 978-3-89606-180-5

ISSN 1437-5478

By international comparison, the Federal Republic of Germany has a dense, well-developed system of psychotherapeutic health care mostly financed by the statutory social insurance systems. It covers the full range of inpatient care (hospitals, clinics), semi-inpatient care (day centres) and outpatient care (surgeries, hospital outpatient departments, advice centres).

Since the Psychotherapy Act came into force in 1999, ambulatory care of the mentally ill has been mainly in the hands of medical and psychological psychotherapists.

Over 12,000 psychological psychotherapists, 2,500 child and adolescent psychotherapists and about 3,700 doctors working in the psychotherapy field (over 50% of the time), are working as statutory health insurance (SHI-accredited) physicians treating the mentally ill.

Inpatient psychotherapy is provided in hospitals and rehabilitation clinics. In 2004 more than 62,000 beds were available overall in special hospital wards and just under 12,500 beds in rehabilitation and preventive clinics providing psychotherapeutic care for children, adolescents and adults.

The infrastructure density of psychotherapeutic care in Germany is subject to regional variations. In both the inpatient and the outpatient fields there is a significant east-west difference to the disadvantage of eastern Germany and an urban-rural difference to the disadvantage of rural areas. Only in the field of inpatient child and adolescent psychiatry is the picture different. Here, the density of beds in eastern Germany is almost twice as high as in the former West Germany. A review of requirements planning and an expansion of the pool of data relevant to infrastructure issues could contribute towards improving care-provision structures.

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt im internationalen Vergleich sowohl im stationären (Krankenhäuser, Kliniken), als auch im teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten Bereich (Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen) über ein dicht ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung, das weitestgehend durch die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme finanziert wird.

Seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 wird die ambulante Versorgung psychisch Erkrankter hauptsächlich durch niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten geleistet. Über 12.000 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 2.500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie rund 3.700 Ärztinnen und Ärzte, die zu über 50 % psychotherapeutisch tätig sind, behandeln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung psychisch Erkrankte.

Die stationäre Psychotherapie erfolgt in Krankenhäusern und Rehakliniken. Insgesamt standen für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie von Erwachsenen im Jahr 2004 über 62.000 Betten in Krankenhaus-Fachabteilungen sowie knapp 12.500 Betten in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen zur Verfügung. Die Angebotsdichte der psychotherapeutischen Versorgung ist in Deutschland regional ungleich verteilt. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gibt es ein starkes Ost-West-Gefälle zu Ungunsten der neuen Länder und ein Stadt-Land-Gefälle zu Ungunsten der ländlichen Gebiete. Lediglich im Bereich der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie unterscheidet sich das Bild. Dort ist in den neuen Ländern die Bettendichte fast doppelt so hoch wie im früheren Bundesgebiet. Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen könnten eine Prüfung der Bedarfsplanung und der Ausbau der Datenbasis zu versorgungsrelevanten Fragestellungen beitragen.

© Robert Koch-Institut

ISBN 978-3-89606-180-5

ISSN 1437-5478

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

