

Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie

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

Zusammenfassung: Dieser Beitrag befasst sich mit der Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland, vor allem dem Bedarf und der Inanspruchnahme sowie der Effektivität und Effizienz von Psychotherapie.¹ Ausgehend von der Epidemiologie psychischer Erkrankungen werden die durch psychische Erkrankungen entstehenden versorgungsbezogenen sowie volkswirtschaftlichen Kosten skizziert. Seit In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes 1999 hat sich die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie deutlich verbessert. Aber obwohl die bundesdeutsche psychotherapeutische Versorgung im Vergleich mit anderen Ländern als gut bezeichnet werden kann, wird nur ein kleinerer Teil der Menschen, die auf der Grundlage epidemiologischer Studien als psychisch krank gelten, auch psychotherapeutisch behandelt.

Die Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands liegt bei circa 30%, das heißt circa 15 Mio. Menschen. Demgegenüber liegen die patientenbezogenen Fallzahlen für die Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen bei hochgerechnet circa 4,0 bis 4,5 Mio., dies entspricht einer Versorgung von circa 25% bis 30% der betroffenen Menschen. Im engeren Sinne psychotherapeutisch behandelt werden nur etwa 10% bis 15% der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der größte Anteil der Versorgung erfolgt in Psychiatrischen Krankenhäusern (0,8 Mio. Patienten² jährlich) sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (circa 1,6 Mio.), in der ambulanten Psychotherapie werden deutlich weniger Patienten (circa 570.000 bis 1 Mio.) versorgt.

Für psychische Erkrankungen (ohne demenzielle Erkrankungen) werden aktuell jährlich etwa 20 Mrd. € ausgegeben, davon circa 9,5 Mrd. € für „psych-spezifische“ Leistungen, also stationäre und ambulante fachspezifische psychotherapeutische, kli-

nisch-psychologische und psychiatrische Versorgung sowie für Psychopharmaka, und circa 10,5 Mrd. € für andere, nicht-spezifische Leistungen. Die Kosten ambulanter Psychotherapie liegen bei circa 1,5 Mrd. €, das sind 7,5% der jährlichen Gesamtausgaben für Behandlungen von Menschen mit psychischen Störungen. Demgegenüber wird für die stationär psychiatrische sowie auch für die psychopharmakologische Behandlung in etwa der doppelte bzw. dreifache Betrag ausgegeben.

Die Ausgaben für psychotherapeutische Behandlungen relativieren sich vor allem im Hinblick auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen. Zu den o. g. direkten Behandlungskosten hinzu kommt ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € sowie ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von circa 45 Mrd. €. Unabhängig von den Kosten gehören psychische Erkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten lebensbeeinträchtigenden Krankheiten.

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

¹ Die Ergebnisse basieren auf dem von den wissenschaftlichen Referentinnen und Referenten der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer zusammengestellten und im April 2013 veröffentlichten BPTK-Standpunkt „10 Tatsachen zur Psychotherapie“. Die Autorinnen und Autoren danken den Mitgliedern dieser Arbeitsgruppe für die offene, fundierte und intensive Diskussion und den Erfahrungsaustausch.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Hintergrund/ Fragestellungen

Der hohe Versorgungsbedarf für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird inzwischen nicht mehr infrage gestellt, allerdings werden die für die Behandlung notwendigen Versorgungsstrukturen kritisch diskutiert. Verbesserungsvorschläge zur psychotherapeutischen Versorgung werden häufig mit Verweis auf die „hohen“ Kosten abgelehnt. Aus Sicht der Leistungsträger wird oft darauf verwiesen, dass die Kosten ambulanter Psychotherapie in den letzten Jahren massiv gestiegen seien. Außerdem wird auch der Nutzen von Psychotherapie im Gesundheitssystem immer wieder infrage gestellt (vgl. zur aktuellen Diskussion Ochs & Thom, 2014).

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich vor diesem Hintergrund auf folgende Fragen:

1. Wie hoch ist der Bedarf für Psychotherapie?
2. Welche Behandlungen werden bei psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen und wie hoch ist dabei der Anteil an fachspezifischen/psychotherapeutischen Behandlungen?
3. Welche Kosten entstehen durch psychisch Erkrankungen, speziell bezogen auf die Gesundheitsversorgung wie auch gesamtgesellschaftlich?
4. Wie effektiv ist Psychotherapie? Wie können die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Behandlungen bewertet werden?
5. Wie effizient ist Psychotherapie? Was kann über das Kosten-Nutzen-Verhältnis bzw. den Return on Investment ausgesagt werden?

Prävalenz psychischer Erkrankungen – Bedarf an Psychotherapie

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland wird im 1998 erhobenen Bundes-Gesundheitssurvey auf circa 30% der 18- bis 65-Jährigen geschätzt (Jacobi et al., 2004), nach der aktuellen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) liegt sie mit 29% nur wenig

darunter (Jacobi et al., 2014; Wittchen et al., 2012). Im Europäischen Vergleich liegt Deutschland damit im Mittelfeld. Auf Basis vergleichbarer Angaben wird die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung auf europaweit 27% geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2005). Neuere Erhebungen, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen, das heißt Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen einschließen, ergeben eine Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 38% der Europäischen Bevölkerung (Wittchen et al., 2010).

In der Primärversorgung (das heißt der hausärztlichen Versorgung) wird nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen erkannt (Kruse et al., 1999; Wittchen & Jacobi, 2001). Nach Schätzungen des Bundes-Gesundheitssurvey erhalten 36% der Menschen mit psychischen Erkrankungen irgendeine Behandlung. Der Anteil der Betroffenen, die eine „im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien“ erhalten, wird auf 10% geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2001). Diese Aussage wird unter anderem gestützt durch Daten der KV Bayern, nach denen nur circa 12% aller Patienten mit einer erkannten, das heißt diagnostizierten Depression psychotherapeutisch behandelt werden (BPTK, 2008). In einer aktuellen Studie auf der Basis der Versicherungendaten von circa 3,3 Mio. Versicherten dreier großer gesetzlicher Krankenkassen, die eine psychische Erstdiagnose (ICD 10, F-Diagnose) aufwiesen, kommen Gaebel et al. (2013) zum Ergebnis, dass lediglich circa 2,5% der Betroffenen ambulant psychotherapeutisch versorgt werden. Die meisten Patienten (circa 40%) werden ausschließlich hausärztlich oder von einem Facharzt für somatische Medizin behandelt, weitere circa 20% an einen Facharzt für Psychiatrie weiterverwiesen und noch einmal circa 10% gehen den umgekehrten Versorgungspfad vom Psychiater zum Allgemeinmediziner (vgl. auch Nübling, 2014).

Wartezeiten auf Psychotherapie und Chronifizierung psychischer Erkrankungen

Nach einer bundesweiten Umfrage unter niedergelassenen Psychotherapeuten (BPTK,

2011) warten in Deutschland psychisch kranke Menschen 12,5 Wochen auf ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz beträgt im Bundesdurchschnitt etwa 17 Wochen. Dabei gibt es deutliche regionale Unterschiede: Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch liegen in ländlichen Kreisen bei 14,5 Wochen und im Ruhrgebiet sogar bei 17 Wochen. In zwei weiteren umfangreichen Versorgungsstudien wurden auf der Basis von Selbstauskünften von Psychotherapeuten ähnliche Wartezeiten ermittelt. In der Studie von Walendzik et al. (2011) lag die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei 79,2 Tagen, das entspricht 11,3 Wochen, und bei einer Erhebung in den fünf vergleichsweise gut versorgten Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Berlin und Hamburg lag die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei etwas über sieben, auf einen Psychotherapieplatz bei circa 15 Wochen (Nübling et al., 2014).

Nach wie vor besteht zwischen dem ersten Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung eine erhebliche Latenz, die mittlere Chronifizierungsdauer liegt auch heute noch bei circa sieben Jahren (z. B. Zielke et al., 2004; Schmidt et al., 2003; Steffanowski et al., 2007). Meyer et al. (1991) konstatierten schon im ersten Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz, dass es „statt früh zu einer ambulanten spät zu einer stationären“ Behandlung komme und sprachen von einer „erheblichen Fehlallokation öffentlicher Mittel“. Diese Aussage dürfte auch heute noch richtig sein.

Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Behandlungsmenge bzw. -kapazität

In Anlehnung an Schulz et al. (2008) kann die aktuelle fachspezifische Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Erwachsene) zahlenmäßig wie folgt skizziert werden:

- Die **ambulante Versorgung** wird zu einem großen Teil von niedergelassenen

Psychotherapeuten geleistet. Insgesamt sind circa 15.700 psychologische und circa 5.600 ärztliche Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig (Stand 2013, vgl. KBV, 2013). Darüber hinaus werden psychisch erkrankte Menschen von circa 5.700 Fachärzten (Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie; vgl. ebd.) in circa 450 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA; Spengler, 2012) sowie circa 40 Hochschulambulanzen und circa 150 Ambulanzen der Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapeuten versorgt. Darüber hinaus findet eine ambulante Versorgung psychisch Kranker in circa 5.000 Beratungsstellen sowie in circa 550 psychiatrischen oder psychosomatischen Tageskliniken statt.

- Die **stationäre Versorgung** von Menschen mit psychischen Erkrankungen teilt sich im Wesentlichen auf in den Bereich der Krankenhausbehandlung und den Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung stehen in der psychiatrischen Versorgung bundesweit circa 54.000 Behandlungsplätze zur Verfügung (wobei hier nur zu einem kleineren Teil psychotherapeutisch behandelt wird) sowie im Bereich der psychosomatischen Medizin circa 9.000 Behandlungsplätze. Darüber hinaus bestehen im Bereich der medizinischen Rehabilitation weitere circa 32.000 stationäre Behandlungsplätze für Patienten mit psychischen Erkrankungen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013a, b).

Aus den verfügbaren Daten kann in Anlehnung an Nübling (2009) unter Einschluss der jeweiligen durchschnittlichen Psychotherapiedauer die fachspezifische Versorgungskapazität der ambulanten und stationären Versorgung geschätzt werden: Insgesamt werden auf der Basis dieser Hochrechnung jährlich circa 3,9 Mio. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen psychotherapeutisch, klinisch-psychologisch und/oder psychiatrisch behandelt (circa 2,8 Mio. ambulant und circa 1,1 Mio. stationär; vgl. Tabelle 1 und Tabelle 2). Dies entspricht den potenziell innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereichs behandelten Menschen mit psychischen

Erkrankungen, die Zahlen schließen Patienten mit sektorenübergreifenden Mehrfachbehandlungen (z. B. zuerst stationäre und im Anschluss ambulante Behandlung), mit ein. Das heißt, die „wahre“ Behandlungskapazität dürfte insgesamt niedriger sein, weil Patienten, die im selben Jahr mehrere Behandlungen wahrnehmen, doppelt gezählt werden. In einem zweiten Schritt wurde in den Tabellen 1 und 2 differenziert, wie viele Patienten innerhalb der psychosozialen Versorgung etwa primär psychotherapeutisch versorgt werden können. Hierzu wurden für die verschiedenen Sektoren Schätzungen vorgenommen. So wird nur ein kleinerer Teil der Patienten in der stationär psychiatrischen Versorgung sowie in den psychiatrischen Institutsambulanzen psychotherapeutisch behandelt. Der letzte Präsident der DGPPN³, Peter Falkai, geht etwa davon aus, dass nur etwa ein Drittel aller stationären Psychosepatienten auch psychotherapeutisch (mit-)behandelt werden (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 18.6.2014). Dies dürfte in den psychiatrischen Institutsambulanzen ähnlich sein. So zeigt eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, dass etwa 75% der Ambulanzen einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt haben, wobei davon ausgegangen werden kann, dass Psychotherapie keine Regelleistung ist (DKI, 2011). In der von uns vorgenommenen Schätzung wird davon ausgegangen, dass maximal circa 30% der Patienten in diesen beiden Versorgungssektoren auch psychotherapeutisch behandelt werden. Bei niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten wird von einer noch geringeren Rate ausgegangen (max. 10%).

Kruse et al. (2012) kommen in einem Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bei der Auszählung von Behandlungsfällen je Quartal im Vergleich zur hier durchgeführten Hochrechnung zu höheren Fallzahlen für die ambulante Psychotherapie (1,1 Mio. Fälle pro Jahr), wobei hier auch Fälle einbezogen sind, für die nur ein, zwei oder drei Stunden abgerechnet wurden (z. B. Abbrecher oder Patienten, die nach probatorischen Sitzungen nicht in Behandlung kommen u. ä.). Im Verhältnis zu den epidemiologisch ermittelten Präva-

lenzen (30%, entsprechend circa 15 Mio. Menschen der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands im Alter zwischen 18 und 65 Jahren würde der Gesamtversorgungsgrad nach unserer Berechnung bei circa 26%, unter Einbezug der Daten von Kruse et al. (2012) bei circa 29% liegen. Beide Berechnungen schließen den Anteil der nicht psychotherapeutischen Behandlungen in der stationären Psychiatrie sowie den psychiatrischen Institutsambulanzen und ambulanten psychiatrisch-nervenärztlichen Versorgung mit ein. Der Versorgungsgrad hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung(smöglichkeiten) für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt niedriger, er dürfte bei circa 10% bis maximal 15% liegen.

Pharmakologische Behandlung

Obwohl gut belegt ist, dass eine rein pharmakologische Behandlung bei vielen psychischen Störungen (z. B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung, Zwangsstörungen) weniger effektiv ist als Psychotherapie oder eine Kombinationsbehandlung beider (vgl. z. B. Aherne, 2012) oder sogar häufiger schadet als nutzt (Morrison et al., 2014), ist der Anteil der pharmakologisch behandelten Depressiven deutlich höher als der Anteil der psychotherapeutisch behandelten. Psychotherapie wird demgegenüber in den AWMF-Leitlinien zu den einzelnen psychischen Erkrankungen⁴ eine zentrale Rolle bei der Behandlung diverser Krankheitsbilder zugesprochen, so für die Behandlung aller Schweregrade von Depression empfohlen, bei leichter Depression sogar ausschließlich (S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression). In den S2-Praxisleitlinien „Persönlichkeitsstörungen“ wird Psychotherapie ebenfalls als die Methode der Wahl für die Behandlung beschrieben, während Psychopharmakotherapie z. B. im Hinblick auf die konflikthafte Medikamenteneinnahme problematisiert wird (vgl. BPTK, 2013). Die häufig einseitige psycho-

³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

⁴ www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien10.html

Tabelle 1: Ambulante fachspezifische Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

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

- 1 bei einer jährlichen Behandlungskapazität von ca. 1.200 Behandlungsstunden pro Psychotherapeut (Nübling et al., 2014) und ca. 45 Std. pro Fall/Patient (Schätzung auf der Datenbasis aktueller Studien der psychotherapeutischen Versorgungsforschung, dabei wurde die durchschnittliche Behandlungsdauer je Studie mit der jeweiligen Stichprobengröße gewichtet und im Anschluss über alle Studien gemittelt; zu den Studien vgl. Albani et al., 2012 a, b; Nübling et al., 2014; Walendzik et al., 2011; Wittmann et al., 2011). Eine aktuelle Erhebung auf der Grundlage von Daten der KBV (Multmeier, 2014) kommt zu z. T. deutlich kürzeren Behandlungsdauern, in diesen Daten sind allerdings nur die kassenfinanzierten Psychotherapiestunden enthalten, sie dürften so eine Unterschätzung der tatsächlichen Behandlungsdauern darstellen und werden hier bei der Kapazitätsberechnung nicht berücksichtigt.
- 2 in psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen werden ca. 6 Mio. Fälle pro Jahr behandelt (Melchinger, 2008), dies sind in der Regel Patienten, die jedes Quartal in den Praxen erscheinen, d. h., es werden ca. 1,5 Mio. Patienten durch diese Arztgruppen fortlaufend versorgt.
- 3 nach Spengler, 2012
- 4 Fydrich & Unger, 2013
- 5 Aktuell schließen bundesweit ca. 1.500 Ausbildungsteilnehmer ihre Ausbildung als Psychologische Psychotherapeuten ab (vgl. Siegel, 2013). Im Rahmen ihrer Ausbildung leisten sie 600 Stunden Psychotherapie, dies ergibt 900.000 Behandlungsstunden je Jahrgang, bei durchschnittlich 45 Sitzungen sind das 20.000 Patienten jährlich
- 6 geschätzter Anteil an Psychotherapie: Die jeweiligen %-Anteile an psychotherapeutisch versorgten Patienten sind Schätzungen der Autoren (in Anlehnung an Nübling et al., 2006).

Tabelle 2: Stationäre fachspezifische Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

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

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013 a, b

pharmakologische Behandlung steht auch im Widerspruch zur gesellschaftlichen Akzeptanz von Psycho- und Pharmakotherapie in der Bevölkerung, Psychotherapie wird deutlich häufiger als Psychopharmakotherapie zur Behandlung gewünscht (Schomerus et al., 2012). Laut „Faktencheck Depression“, einer von der Bertelsmann Stiftung in Auftrag gegebenen repräsentativen Studie (Melchior et al., 2014) erhält nur etwa ein Viertel der Patienten mit schwerer Depression eine leitliniengerechte Behandlung: etwa 12% die empfohlene Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie mit entsprechender Mindstdauer und etwa 14% stationäre Behandlung. 56% erhielten demgegenüber ausschließlich eine Monotherapie mit Antidepressiva oder Psychotherapie, wobei die Monotherapie mit Antidepressiva deutlich überwog (circa 80% der Patienten mit Monotherapie). Fast ein Fünftel der Betroffenen wurde im dreijährigen Untersuchungszeitraum gar nicht behandelt.

Kostenseite

Auf der Kostenseite kann zwischen tangiblen bzw. materiellen und intangiblen Kosten unterschieden werden, innerhalb der tangiblen Kosten wiederum zwischen direkten und indirekten Kosten. Unter tangiblen Kosten versteht man alle in Geldwert berechenbaren Kosten von Gesundheitsleistungen, also die Kosten, die direkt oder indirekt in Zusammenhang mit der Behandlung einer Erkrankung stehen. Bei den direkten Kosten handelt es sich dabei um die tatsächlichen unmittelbaren Ausgaben, also alle monetär bezifferbaren Kosten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Intervention stehen. Indirekte Kosten sind demgegenüber Kosten, die einer Volkswirtschaft außerhalb des medizinisch-therapeutischen Sektors z. B. durch krankheitsbedingtes Fernbleiben vom Arbeitsplatz entstehen (entsprechend Kosten durch produktivitätsrelevante Krankheitsfolgen). Intangible, also nicht in Geld bezifferbare Kosten bilden die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen wie z. B. Schmerzen oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität ab. Im Folgenden

werden zunächst die direkten tangiblen Kosten, also die direkten Versorgungskosten in Zusammenhang mit der Behandlung psychischer Erkrankungen, und in einem zweiten Abschnitt die indirekten (gesellschaftlichen) Kosten dargestellt sowie abschließend auch auf die intangiblen Kosten eingegangen. Eine weitere wichtige Kostenart, die hier unberücksichtigt bleibt, betrifft die sogenannten Opportunitätskosten, also Kosten für Nicht- oder Fehlbehandlung (vgl. z. B. Greiner, 2000; Hessel et al., 1999; Porzsolt et al., 2006; Schmidt, 2004; v. d. Schulenburg, 2007; vgl. für die Psychotherapie auch z. B. Margraf & Schneider, 2009; Margraf, 2009).

Direkte Versorgungskosten psychischer Erkrankungen

Die direkten Behandlungskosten für psychische Erkrankungen (ohne Demenzerkrankungen) liegen deutschlandweit bei aktuell circa 7% der Gesamtausgaben des Gesundheitssektors (Daten von 2012; Statistisches Bundesamt, 2013a, b), dies sind circa 20 Mrd. €. Hierin sind alle Kosten eingeschlossen, u. a. ambulante und stationäre Psychotherapie, ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen, psychopharmakologische Behandlungen.

Insgesamt werden circa 4,7 Mrd. € für die stationäre fachspezifische Versorgung ausgegeben, davon circa 4,0 Mrd. € für die psychiatrische Versorgung, 0,5 Mrd. € für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen und 0,2 Mrd. € für die Akut-Psychosomatik (Statistisches Bundesamt 2013a, b, c; vgl. auch www.destatis.de). Die Kosten für Psychopharmaka (Psycholeptika und Psychoanaleptika) beliefen sich im Jahr 2011 auf 2,8 Mrd. €, davon allein 1,1 Mrd. € für Neuroleptika und weitere 0,8 Mrd. € für Antidepressiva (Fritze, 2011). Für die ambulante fachspezifische Versorgung psychisch kranker Menschen wurden 2011 circa 2,0 Mrd. € ausgegeben, davon circa 1,5 Mrd. € für die Richtlinien-Psychotherapie sowie circa 0,5 Mrd. € für die ambulante psychiatrische Behandlung.

Insgesamt ergibt sich für die stationäre und ambulante fachspezifische Versorgung sowie für Psychopharmaka eine Gesamtsumme von circa 9,5 Mrd. €. Die von

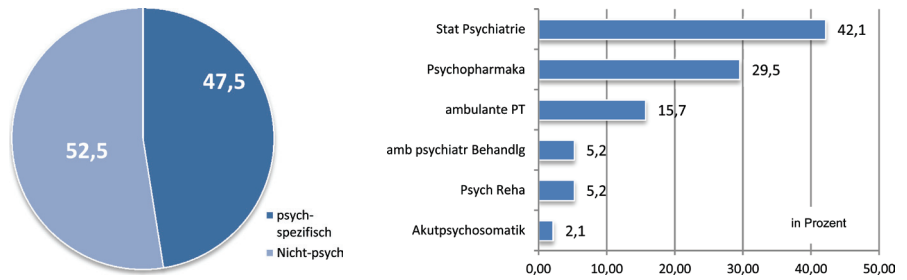


Abbildung 1: Ausgaben für psychische Erkrankungen in Deutschland 2012 (ohne Demenzerkrankungen) und Verteilung auf Versorgungsbereiche

den 20 Mrd. € verbleibenden circa 10,5 Mrd. € werden für die Behandlung psychischer Erkrankungen in „nicht psychischen“, also nicht primär psychotherapeutischen, psychosomatischen oder psychiatrischen Versorgungsstrukturen (z. B. Behandlung psychischer Erkrankungen durch Hausärzte) aufgewandt (vgl. Abbildung 1). Von den fachspezifischen bzw. „psych“-spezifischen Ausgaben werden über 40% in der stationären psychiatrischen Versorgung ausgegeben, weitere 30% für die psychopharmakologische Behandlung. Nur etwa 15% hingegen werden für ambulante Psychotherapie veranschlagt, die Ausgaben für ambulante psychiatrische Behandlungen sowie für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen liegen bei jeweils etwa 5%, die für die Akutupychosomatik bei 2%.

Gesellschaftliche (indirekte, tangible) Kosten psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben auch enorme volkswirtschaftliche Konsequenzen. Nach Jacobi und Wittchen (2005) liegen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa doppelt so viele Ausfalltage vor wie bei Menschen ohne psychische Erkrankungen. Nach Berechnungen der BPTk (2012) gingen im Jahr 2011 circa 5% aller Krankschreibungsfälle auf psychische Erkrankungen zurück. Aufgrund der bei psychischen Erkrankungen durchweg besonders langen Krankschreibungen hat dies zu einem Anteil von 12,5% der betrieblichen Fehltag geführt. Der Anteil der auf psychische Erkrankungen zurückgehenden Arbeitsunfähigkeitstage nimmt seit 1990 kontinuierlich zu. Neben erhöhten Krankschreibungen und Beeinträchtigung der Produktivität tragen psychische Erkrankungen auch wesentlich zu Frühber-

tungen bei. Dies führt zu einem geschätzten Produktionsausfall von 26 Mrd. € und ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von 45 Mrd. € (das sind 1,8% des Bruttoinlandsprodukts; vgl. BT-Drs. 17/9478). Der Produktionsausfall wird dabei als Produkt von verlorenen Erwerbsjahren und durchschnittlichem Arbeitnehmerinkommen berechnet, die Bruttowertschöpfung ist ein Gesamtwert der im Produktionsprozess erzeugten Waren und Dienstleistungen, abzüglich dem Wert der Vorleistungen.

Intangible, nicht monetär bewertbare Kosten psychischer Erkrankungen

Zur Abschätzung der intangiblen Kosten wird u. a. der DALY-Ansatz (disability-adjusted life years) verwendet, der von der WHO u. a. im Rahmen der „Global Burden of Disease“-Studien (vgl. Murray & Lopez, 1996, Murray et al., 2012) entwickelt wurde. Er erfasst die Anzahl verlängerter Lebensjahre aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit (years of lost life, YLLs) oder Beeinträchtigung (years lived with disability, YLDs). Die Erhebungen im Rahmen dieser beiden weltweit durchgeführten Studien beziehen sich auf die Jahre 1990 und 2010. Psychische Störungen gehören nach dieser Analyse zur Spitzengruppe der kostenintensivsten und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten nach kardiovaskulären Krankheiten und noch vor Krebserkrankungen. Dies allerdings noch ohne Berücksichtigung von alkoholbedingten Erkrankungen bei den psychischen Störungen. Bezieht man zusätzlich auch alle Belastungen durch Alkohol und andere Drogen mit in die Betrachtung ein, so verursachen psychische Störungen die höchsten krankheitsinduzierten Belastungen („Burden of Disease“ erfasst durch DALY). Der Vergleich der beiden Erhebungen zeigt,

dass die DALYs für psychische Erkrankungen 2010 deutlich höher sind als noch 1990, sie stiegen um circa 40%, das heißt, die intangiblen Kosten für psychische Erkrankungen haben im 20-Jahreszeitraum zugenommen (Murray et al., 2012).

Nicht berücksichtigt in der Darstellung der Kosten sind die sogenannten Opportunitätskosten, das heißt Kosten durch Nicht- oder Fehlbehandlung, zum Beispiel, wenn eine Erkrankung (Angst, Depression) nicht oder zu spät erkannt wird und deswegen chronifiziert und dann nur mit deutlich höherem Aufwand behandelt werden kann oder wenn eine alternative, nicht durchgeführte Behandlung (z. B. Psychotherapie) deutlich effektiver und effizienter wäre als die tatsächlich durchgeführte Behandlung (z. B. Psychopharmaka). Die Opportunitätskosten können allerdings schwer beziffert werden, weshalb sie hier auch nicht weiter ausgeführt werden.

Wirksamkeit und gesamtgesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie

Die Bewertung der Wirksamkeit von therapeutischen Methoden (das heißt alle medizinischen Interventionen inklusive pharmakologischer Behandlung und Psychotherapie) wird nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2008; 2. Kapitel, § 11 Absatz 3) nach einer „Evidenzklassifizierung (...) und einer Qualitätsbewertung (...)“ vorgenommen, wobei die wissenschaftliche Güte der Studien und deren Übertragbarkeit auf die Versorgungsrealität berücksichtigt werden soll.

Wissenschaftstheoretische Vorbemerkung zur methodischen Qualität von Psychotherapiestudien

Um die Wirksamkeit einer Behandlung nachzuweisen, müssen Behandlungsergebnisse von Patienten, die mit einem spezifischen psychotherapeutischen Verfahren behandelt wurden, mit den Ergebnissen einer Gruppe von anderen Patienten verglichen werden, die zum Beispiel keine Behandlung, die übliche klinische

Versorgung oder eine andere aktive Behandlung erhielten (Kontrollgruppe). Die Verlässlichkeit der Studienergebnisse wird nach herrschender methodischer Auffassung zusätzlich dadurch erhöht, dass die Patienten per Zufall einer der Behandlungsgruppen zugewiesen werden. Diese randomisiert-kontrollierten Studien (*randomized controlled trials, RCTs*) werden als die methodisch hochwertigsten angesehen, um die gemessene Veränderungen im Anschluss an eine Behandlung auch kausal auf diese Behandlung zurückführen zu können, das heißt, um eine hohe interne Validität zu ermöglichen. RCT-Studien werden in diesem Sinne häufig als „Gold-Standard“ klinischer Forschung angesehen. Weitere Qualitätsmerkmale von Interventionsstudien sind u. a. manualisierte Behandlung, Verblindung sowie Kontrolle von Störgrößen (vgl. z. B. Rossi et al., 1999). Der G-BA akzeptiert Studienergebnisse nur dann als „evidenzbasiert“, wenn sie auf der Grundlage von mehreren RCTs (*level of evidence 2*) oder Metaanalysen von RCTs (*level 1*) basieren (G-BA, 2008).

Die Fixierung auf RCTs wird von einer ganzen Reihe von anwendungsorientierten Forschern und Methodikern als Überschätzung oder Überbewertung kritisiert. RCTs zeichnen sich zwar durch eine hohe interne Validität aus, sie vernachlässigen aber in bedeutendem Umfang die sogenannte externe Validität, also die Generalisierbarkeit der Befunde (vgl. z. B. Campbell et al., 2000; Leichsenring, 2004a, b; Seligman, 1995; Porzolt et al., 2006; Tschuschke, 2005; Zurhorst, 2003). Revenstorf (2005) spricht von „notorischer Irrepräsentativität“ der RCT-Studien. Auf die in diesem Kontext relevante wissenschaftstheoretische Diskussion zur Paradigmenabhängigkeit von Forschung kann hier nur verwiesen werden (vgl. Slife, 2004; Westmeyer, 1989).

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat in seinem letzten Methodenpapier (WBP, 2010) vorgegeben, dass neben den RCTs auch sogenannte naturalistische, in der konkreten Versorgungspraxis stattfindende Studien zur wissenschaftlichen Anerkennung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren heranzuziehen sind. Damit werden beide methodi-

schen Varianten gewissermaßen gleichberechtigt gesehen. Eine ähnliche methodische Konzeptualisierung wurde auch von Leichsenring (2004 a, b) für die Psychotherapieforschung vorgelegt. So müssen Verfahren und Methoden nach Auffassung des WBP nicht nur intern valide sein, also RCT-basierte Ergebnisse nachweisen, sondern auch ihre Generalisierbarkeit (externe Validität) in der bzw. in die Alltagsversorgung (vgl. auch Nübling, 2008).

Wirksamkeit von Psychotherapie auf der Grundlage von RCTs

Es existieren inzwischen aus über 50 Jahren Psychotherapieforschung ausreichend viele Meta-Analysen über Tausende von Einzelstudien, die unzweifelhaft die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen, sowohl hinsichtlich der Symptomatik als auch anderer Outcome-Parameter. Dieses gilt sowohl für Selbstberichte der Patienten als auch für von außen beobachtbare Verhaltensänderungen. Die Effektstärke (d) von Psychotherapie ist im Vergleich zu nicht therapeutischen Kontrollgruppen mit Werten von 0,75 bis 1,25 in der Terminologie von Cohen (1992) als hoch bis sehr hoch einzuschätzen (Shapiro & Shapiro, 1982; Smith et al., 1980; Wampold, 2001; Leichsenring & Rabung, 2008).

Nicht alle der zahllosen Studien, die in diesen Übersichtsarbeiten zitiert werden, entsprechen den oben genannten geforderten Mainstream-Methoden-Standards. Die Anzahl der Studien dieser beiden Evidenzstufen ist aber so hoch, dass Psychotherapie auch hier als eine der am besten untersuchten Behandlungsmethoden im Gesundheitssystem gelten kann. Übersichten über entsprechende störungsspezifische Wirknachweise zu psychoanalytisch begründeten und verhaltenstherapeutischen Psychotherapien wurden von der BpTK im Rahmen der Stellungnahmen zur Überprüfung der Richtlinienverfahren erstellt (BpTK, 2009a, b). Darüber hinaus existieren gute Wirksamkeitsbelege für andere psychotherapeutische Verfahren, z. B. für Gesprächspsychotherapie oder systemische Psychotherapie (z. B. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999/2002; Ochs & Schweitzer, 2012; Crane & Christenson, 2012). Weiterhin verweisen die anerkan-

ten Behandlungsleitlinien psychischer Erkrankungen (z. B. zur Behandlung von Depressionen, S3-Leitlinie Depression, 2012) nachhaltig auf die Wirksamkeit von Psychotherapie, ebenso wie zahlreiche Cochrane-Reviews (z. B. Abbass et al., 2006; Hunot et al., 2007; Hay et al., 2004; Gava et al., 2007).

Vergleich der Wirksamkeit von Psychotherapie mit anderen Behandlungsformen

Margraf (2009) hat Effektstärken psychotherapeutischer Behandlung anderen Behandlungsformen gegenübergestellt. Diese liegen deutlich höher als z. B. für Bypass-Operationen bei Angina Pectoris ($d = .70$), für medikamentöse Therapie der Arthritis ($d = .61$), für den Einsatz von Antikoagulantien zur Blutverdünnung ($d = .30$), für die bei der Chemotherapie von Brustkrebs ($d = .11$) oder bezüglich der Einnahme von Aspirin zur Herzinfarktprävention ($d = .07$). Die in der Psychotherapieforschung bzw. der psychotherapeutischen Versorgungsforschung bislang ermittelten Effekte können sich, v. a. auch im Vergleich zu anderen Behandlungen im Gesundheitswesen, gut sehen lassen. Darüber hinaus sind Abbrecherquoten bei psychotherapeutischen Verfahren deutlich geringer als bei medikamentösen Therapien (zusammenfassend Margraf, 2009).

Effektivität von Psychotherapie in der Versorgung

Aktuelle Studien, u. a. die von der Techniker Krankenkasse (TK) initiierte und finanzierte Studie „Qualitätsmonitoring ambulanter Psychotherapie“ (Wittmann et al., 2011), geben darüber hinaus deutliche Hinweise, dass Psychotherapie auch in der Anwendung durch niedergelassene Leistungserbringer wirksam ist. In der TK-Studie, bei der 1.708 Patienten untersucht wurden, die eine Psychotherapie in der ambulanten Versorgungsrealität durchführten, wurde eine Effektstärke von $d = 1,23$ bzw. $1,16$ ermittelt, die nach Bereinigung eines Selektionseffekts auf $d = 1,0$ geschätzt wird. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in der sogenannten QS-PSY-BAY-Studie, in der 1.696 Psychotherapien in Bayern über mehrere Messzeitpunkte untersucht wurden. Hier lag die Effektstärke

je nach Outcome-Maß sogar noch deutlich darüber, bis $d = 1,57$ (vgl. zusammenfassend Strauß et al., 2013).

In ähnlicher Weise sprechen die Ergebnisse der in Anlehnung an die Methodik der Consumer Report Studie (Seligman, 1995) von Albani et al. (2010a, b) durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dafür, dass die Symptomatik der Patienten ($N = 1.212$) sich im Rahmen einer Psychotherapie deutlich besserte. Die ambulante Psychotherapie wurde von den Patienten als sehr wirksam eingeschätzt. Effektstärken konnten in dieser Studie nicht berechnet werden, da es sich um eine 1-Punkt-Messung im Sinne einer direkten Veränderungseinschätzung handelte. Die durchschnittlichen Besserungsraten lagen für fast alle Beschwerden bei über 50%, häufig bei mehr als 65%, zum Teil auch über 80%, zum Beispiel für generelle Ängste (86%), Magersucht (86%) oder depressive Beschwerden (83%). Die niedrigsten Besserungsraten wurden für Übergewicht (37%) und sexuellen Funktionsstörungen (44%) angegeben. Die Patienten bzw. ehemaligen Patienten gaben an, dass sich die Psychotherapie auch auf weitere relevante Lebensbereiche sehr positiv auswirke, unter anderem auch auf ihre Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität (vgl. Albani et al., 2010b).

Zur Kostenersparnis durch bzw. zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapie

Viele Studien weisen darauf hin, dass durch Psychotherapie auch (gesamtgesellschaftliche) Folgekosten eingespart werden können, beispielsweise durch die Reduzierung medizinischer Folgekosten (auch: Vermeidung stationärer Aufenthalte durch ambulante Psychotherapie), Vermeidung von Erwerbsunfähigkeitsberentung oder Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit. Margraf (2009) fasst zusammen, dass „in 95% der einschlägigen Studien (54 Studien mit über 13.000 Patienten zwischen 1998 und 2008) (...) eine bedeutsame Kostenreduktion durch Psycho-

therapie (Cost Offset Effekt) gefunden wurde“. Des Weiteren habe sich in 86% der entsprechenden Studien zudem eine Nettoeinsparung gezeigt (positives Kosten-Nutzen-Verhältnis nach Abzug der Psychotherapiekosten). In 76% dieser Studien war Psychotherapie darüber hinaus gegenüber medikamentösen Strategien überlegen bzw. erbrachte einen signifikanten Zusatznutzen (Margraf, 2009).

Eine hilfreiche und leider noch wenig bekannte Betrachtungsweise ist eine von Brogden (1949) vorgelegte und später von Cronbach und Gleser (1965) wieder aufgegriffene und adaptierte Gleichung, die inzwischen als Brogden-Cronbach-Gleser-Gleichung zur Berechnung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Interventionen bekannt ist (vgl. Wittmann et al., 2002; Wittmann & Steffanowski, 2011). Mit dieser kann der Netto-Nutzen einer Intervention nach der Gleichung

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

über die Effektstärke abgeschätzt werden, wobei U dem Netto-Nutzen, T dem Anhalten des Effektes in Jahren, ES der Prä-Post-Effektgröße, SD_{prod} der Standardabweichung der Produktivität (entspricht 40% bis 70% des geschätzten durchschnittlichen Jahreseinkommens von circa 40.000 €, vgl. Wittmann et al., 2002) und K den direkten Behandlungskosten entspricht. Bei mit 50% konservativ angenommenem Anteil des Jahreseinkommens ergibt sich ein SD_{prod} von 20.000 €. Geht man von einem Anhalten des Effektes von mindestens einem Jahr sowie einer Effektstärke von 1,0 aus, stehen bei durchschnittlich 45 Sitzungen je Patient und 85 € je Sitzung direkte Behandlungskosten von 3.825 € gegenüber; der Nettonutzen U beträgt damit 16.175 €. Stellt man Nettonutzen und direkte Behandlungskosten gegenüber, so ergibt sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis (oder „Return on Investment“, ROI) von 1:4,2. Bei Konstanzhaltung aller übrigen Variablen würde eine Effektstärke von $ES = 0,7$ einen $ROI = 2,7$, eine Effektstärke von $ES = 1,25$ einen $ROI = 5,5$ bedeuten. Das heißt, für einen in die Psychotherapie investierten Euro kann volkswirtschaftlicher „Gewinn“ von 2,70 € bis 5,50 € erzielt werden. In einer ähnli-

chen Modellrechnung kamen Wunsch et al. (2013) auf einen ROI von 2,8 bei 25 Stunden Verhaltenstherapie und Wittmann und Steffanowski (2011) anhand der Daten der TK-Studie auf einen ROI von 2,0 bis 3,0. Ähnliche Modellrechnungen liegen auch für den Bereich der stationären Psychosomatik bzw. der psychosomatischen Rehabilitation vor (Zielke, 1993, 2008; Zielke et al., 2004; Steffanowski et al., 2007).

Für eine präzisere Ermittlung volkswirtschaftlicher bzw. gesamtgesellschaftlicher Kosten in Versorgungsstudien wäre eine anspruchsvollere Datenbasis nötig und hilfreich (z. B. pseudonymisierte Angaben vom Patienten zu seiner Symptomatik, ambulante und stationäre Abrechnungsdaten (detailliert, möglichst kassenübergreifend), Daten von Rentenversicherung, Arbeitgeber usw.) über einen hinreichend langen Beobachtungszeitraum. Vor diesem Hintergrund kann die Kostenersparnis derzeit nur in Modellrechnungen wie den obigen abgeschätzt werden. Kritisch kann man auch sehen, dass die Berechnung des ROI als monetäre Betrachtung nur eine – wichtige, aber zugleich auch eingeschränkte – Teilperspektive für die Bewertung des Nutzens einer Behandlung abbilden kann.

Diskussion und Fazit

Etwa 25% bis 30% der psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland werden mit fachspezifischen Leistungen versorgt; im engeren Sinne psychotherapeutisch behandelt werden etwa 10% bis 15%. Der größte Anteil dieser fachspezifischen Versorgung erfolgt in Psychiatrischen Krankenhäusern sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung.

Für psychische Erkrankungen (ohne demenzielle Erkrankungen) werden aktuell jährlich etwa 20 Mrd. € ausgegeben, davon circa 1,5 Mrd. € für ambulante Psychotherapie, das sind 7,5% der jährlichen Ausgaben. Demgegenüber wird für die stationär psychiatrische sowie auch für die psychopharmakologische Behandlung etwa der doppelte bzw. dreifache Betrag aufgewendet.

Die Ausgaben für psychotherapeutische Behandlungen relativieren sich vor allem im Hinblick auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen. Neben den direkten Behandlungskosten ergibt sich ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € bzw. ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von circa 45 Mrd. € (Daten von 2008). Darüber hinaus gehören psychische Erkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten lebensbeeinträchtigenden Krankheiten. Psychotherapie ist für die Behandlung nahezu aller psychischen Erkrankungen langfristig wirksam. Die Kosten-Nutzen-Relationen bzw. der „Return on Investment“ liegen zwischen 1:2 und 1:5,5, das heißt, für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2,00 bis 5,50 €. Neben der hohen Wirksamkeit von Psychotherapie weist die positive Kosten-Nutzen-Relation auf die gesundheitspolitische Bedeutung von Psychotherapie hin.

Kritisch gesehen werden kann die Art der Schätzung des Versorgungsgrades auf der Grundlage der „wahren“ Prävalenzraten. Selbstverständlich kann nicht angenommen werden, dass alle Menschen mit einer festgestellten psychischen Erkrankung auch psychotherapeutisch oder psychiatrisch versorgt werden müssen, z. B. wenn sie selbst keine Behandlungsbedürftigkeit sehen (vgl. Jacobi & Harfst, 2011). Aus dieser Perspektive ist der tatsächliche Versorgungsgrad vermutlich höher als hier geschätzt. Allerdings ist bei der Bewertung auch einzubeziehen, dass die berechneten jährlichen Patientenzahlen addiert wurden, ohne zu berücksichtigen, dass Patienten, die zwei oder mehrere Versorgungsbereiche in Anspruch genommen haben, mehrfach in die Modellschätzung eingehen. Dies wiederum ist ein Hinweis darauf, dass möglicherweise weniger Patienten versorgt werden, als geschätzt wurde. Die Zahlen der durch psychotherapeutische, psychologische oder psychiatrische Leistungen versorgten psychisch kranken Menschen stellen auf jeden Fall Modellschätzungen dar, die mehrere Unbekannte beinhalten. So existieren kaum veröffentlichte und vor allem bundesweite Inanspruchnahmedaten zur psychotherapeutischen Versorgung in psychiatrischen Klini-

ken. Es muss angenommen werden, dass die dort behandelten Patienten überwiegend oder z. T. auch ausschließlich pharmakologisch behandelt werden und Psychotherapie nur bei einem geringeren Teil der Patienten zur Anwendung kommt. Ähnliches kann auch für die ambulante psychiatrische Versorgung vermutet werden, für die sehr hohe Patientendurchläufe dokumentiert sind (vgl. Melchinger, 2011).

Unzweifelhaft ist, dass der mit Abstand höchste Anteil an Gesundheitsausgaben für Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen in der stationären psychiatrischen und der psychopharmakologischen Behandlung bereitgestellt wird. Ausgenommen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, die einen komplexeren Hilfebedarf benötigen, gibt es Hinweise darauf, dass ein Teil der in der stationären Psychiatrie behandelten Patienten sich hinsichtlich ihres Krankheitsbildes und Schweregrades nicht bedeutsam von den Patienten der ambulanten Psychotherapie unterscheidet. So liegt der Durchschnittswert des Beck-Depressions-Inventars (BDI) bei Behandlungsbeginn für eine Stichprobe von in Baden-Württemberg stationär-psychiatrisch behandelten Patienten mit der Diagnose Depression bei $M=26,4$ ($sd=11,4$, $n=3.189$) und für ambulant psychotherapeutisch behandelte Patienten mit entsprechender Diagnose bei $M=22,0$ ($sd=9,2$, $n=547$; vgl. BPTK, 2012). Der Anteil der nach BDI erfassten Patienten mit einer schweren Depression ($BDI>25$) liegt bei 53% vs. 35%. Würden sich diese Zahlen auf der Grundlage systematisch vergleichender Forschung, das heißt einem direkten Vergleich der Patienten in ambulanter Psychotherapie und stationärer Psychiatrie (bei vergleichbaren Diagnosen), bestätigen, könnte/müsste über mögliche Fehlallokationen von Mitteln bzw. Kostenverlagerungen nachgedacht werden. Wie oben beschrieben, liegen die Ausgaben in einem Verhältnis von 1:3 (ambulante Psychotherapie zu stationär psychiatrischer Versorgung), es wäre nicht nur mit Blick auf die betroffenen Patienten, sondern auch unter gesundheitsökonomischer Perspektive zu prüfen, ob nicht ein (noch zu bestimmender) Teil der stationär behandelten Patienten ebenso gut oder mit vergleichbarem Erfolg auch

ambulant behandelt werden könnte. Hierzu müssten dann selbstverständlich mehr ambulante Behandlungsplätze zur Verfügung stehen, z. B. mehr Kassenzulassungen erfolgen. Auch für die (häufig abschließliche) psychopharmakologische Behandlung bestehen gute Behandlungsalternativen durch Psychotherapie, ggf. bzw. in Abhängigkeit vom Erkrankungsbild und leitliniengerecht auch in Kombination mit der Pharmakotherapie. Auch hier könnte das bestehende Ausgabenverhältnis von 1:2 (ambulante Psychotherapie zu Pharmakotherapie) diskutiert werden im Sinne einer deutlicheren Gewichtung der Psychotherapie zu Ungunsten der Pharmakotherapie.

Insgesamt gesehen findet die Versorgung psychisch kranker Menschen weiter zu häufig stationär vor allem in psychiatri-

schen Kliniken sowie psychopharmakologisch statt. Eine Umorientierung in eine deutlich erweiterte ambulante psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen, wie das schon vor über 20 Jahren Meyer et al. (1991) gefordert hatten, würde auch gesundheitsökonomisch Sinn machen. Die Frage der Kostenverteilung ist allerdings nicht nur innerhalb der fachspezifischen Leistungen zu stellen, sondern auch im Blick auf die hohen Ausgaben für psychische Erkrankungen für nicht fachspezifische, z. B. hausärztliche oder internistische sowie auch (unspezifische) Krankenhausbehandlungen.

Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.



Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er ist darüber hinaus Mitgesellschafter der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) Karlsruhe. Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de