

# **Versorgung psychisch Kranker/Seelische Gesundheit als Aufgabe des Gesundheitswesens**

zur Publikation in der Dokumentation "Islamische Seelsorge im Aufbruch", Herausgeber Kooperationspartner für Islamische Seelsorge: Ev. Akademie der Pfalz in Landau und das Mannheimer Institut für Integration und interreligiösen Dialog e. V.

R. Nübling, LPK Baden-Württemberg  
November 2011

## **Einleitung/Übersicht**

Dieser Beitrag befasst sich mit der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland. Er basiert auf einen Vortrag, der anlässlich des 2. Sufi-Treffens am 14.01.2011 in Ludwigshafen gehalten wurde (Nübling, 2011a). Ausgehend von der Epidemiologie psychischer Erkrankungen werden die durch diese Erkrankungen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten sowohl deutschland- als auch europaweit skizziert. Dabei wird u.a. auf das Problem des mangelhaften Erkennens psychischer Erkrankungen und Störungen in der (hausärztlichen) Primärversorgung, der Angst vor Stigmatisierung und der damit häufig einhergehenden längjährigen Chronifizierung eingegangen. Hinsichtlich der aktuellen Versorgungslage kann festgehalten werden, dass seit in-Kraft-treten des Psychotherapeutengesetzes 1999 eine deutliche Verbesserung eingetreten ist. Obwohl die bundesdeutsche psychotherapeutische Versorgung im Vergleich mit anderen Ländern als ausgesprochen gut bezeichnet werden kann, kann nur ein kleinerer Teil der nach epidemiologischen Studien ausgewiesen psychisch erkrankten Menschen auch psychotherapeutisch behandelt werden. Ein weiteres Problem stellt die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund dar, die häufig, v.a. wenn es sich um schwer traumatisierte Flüchtlinge handelt, psychisch besonders belastet und zu einem größeren Teil auch behandlungsbedürftig sind. Demgegenüber ist der Nutzen psychotherapeutischer Interventionen nicht nur für die betroffenen Patienten belegt, sondern es kann auch unter gesundheitsökonomischer Perspektive von einem nicht unerheblichen volkswirtschaftlichen Beitrag gesprochen werden. Auf der Grundlage aktueller Studien aus der psychotherapeutischen Versorgungsforschung wird der gesellschaftliche Nutzen im Sinne eines Return-on-Investment abschätzbar. Abschließend werden Parameter der mittel- und langfristigen psychotherapeutischen Versorgung bzw. der künftigen Versorgungslage diskutiert.

## **Epidemiologie psychischer Erkrankungen**

In der International Classification of Diseases (ICD10) der WHO sind die psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Kapitel F „Psychische und Verhaltensstörungen“ zusammengefasst.

Gelistet sind dort u.a. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Affektive Störungen (z. B. Major Depression, depressive Episode), Angst- und Zwangsstörungen (z. B. Panikstörung, soziale Angststörung, generalisierte Angststörung), Somatoforme und dissoziative Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Ess-Störungen, Abhängigkeit und Missbrauch von Substanzen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, nicht-organische Schlafstörungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Erschöpfungssyndrom oder Chronische Schmerzstörung. Darüber hinaus existiert eine größere Gruppe primär körperlicher Erkrankungen, bei denen eine mehr oder weniger hohe Komorbidität psychischer Erkrankungen besteht.

Epidemiologische Studien (u.a. Jacobi et al. 2004, Jacobi, 2009, Wittchen & Jacobi, 2001, 2006, 2007, Ravens-Sieberer et al., 2007) sowie Gesundheitsberichte diverser Krankenkassen (z.B. Barmer Ersatzkasse, 2009; BKK Bundesverband, 2008; Gmünder Ersatzkasse, 2007; Techniker Krankenkasse, 2009) weisen seit Jahren immer deutlicher auf die Bedeutung psychischer Erkrankungen hin. In Deutschland liegt der Anteil von Menschen mit irgendeiner psychischen Störung bei ca. 30% (12-Monats-Prävalenz), das betrifft etwa 15 Millionen Menschen. Europaweit gelten ganz ähnliche Prävalenzraten, danach kann davon ausgegangen werden, dass insgesamt ca. 140 Millionen Europäer innerhalb eines Jahres eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung oder Störung aufweisen. Die häufigsten Erkrankungen liegen dabei im Bereich der depressiven und Angsterkrankungen, der Suchterkrankungen sowie der somatoformen Störungen (vgl. Abb. 1 und 2).

\*\*\*\*\* hier etwa Abb. 1 und 2 einfügen \*\*\*\*\*

Nicht bzw. nur teilweise in diese Berechnungen einbezogen sind Studien über die Häufigkeit einer psychischen Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen. Diese liegen beispielsweise bei chronischen Rückenschmerzen oder kardiovaskulären Erkrankungen bei ca. 60%, d.h. dass mehr als die Hälfte dieser Patienten weist zusätzlich oder parallel zur körperlichen Erkrankung eine psychische Beeinträchtigung auf, die ggf. fachpsychotherapeutisch behandelt werden sollte (vgl. Härter, Baumeister & Bengel, 2007).

Psychische Erkrankungen haben nicht nur für Betroffene schwerwiegende Folgen, auch die volkswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Konsequenzen sind enorm. Nach Jacobi & Wittchen (2005) liegen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa doppelt so viele Ausfalltage vor, wie bei Menschen ohne. Neben erhöhten Krankschreibungen tragen sie auch wesentlich zu Frühberentungen bei. Die direkten Behandlungskosten liegen deutschlandweit bei ca. 10% der Gesamtausgaben des Gesundheitssektors (Statistisches Bundesamt, 2008), dies sind aktuell ca. 30 Mrd. €. Europaweit verursachen psychische Erkrankungen nach Schätzungen von Wittchen & Jacobi (2005, 2006) jährliche Kosten von circa 300 Milliarden € (heutige Schätzungen belaufen auf etwa das Doppelte). Von diesen sind nur knapp die Hälfte (ca. 45%) direkt im Zusammenhang mit der Behandlung

entstehende Kosten, der Rest wird veranschlagt für indirekte Kosten wie krankheitsbedingte Ausfalltage, verringerte Arbeitsproduktivität oder Frühberentungen. Hier nicht eingerechnet sind die intangiblen Kosten (z.B. Verlust an Lebensqualität) und die Opportunitätskosten (Kosten durch Nicht- oder Fehlbehandlung).

In der Primärversorgung wird nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen erkannt (Kruse et al., 1999; Wittchen & Jacobi, 2001). Die meisten psychischen Erkrankungen bleiben unbehandelt, nur etwa 25% der Betroffenen werden durch das Versorgungssystem erreicht und erhalten zumindest eine minimale Betreuung (z.B. kurze Beratung oder kurzes Gespräch mit dem Hausarzt; Wittchen & Jacobi, 2005). Diese Befunde sind möglicherweise zu optimistisch: aus aktuellen Daten der KV Bayern geht hervor, dass nur ca. 12% aller Patienten mit einer erkannten, d.h. diagnostizierten Depression psychotherapeutisch behandelt werden (BPtK, 2008). Auch im Bereich der Kinder und Jugendlichen nehmen nur circa 15-20 % der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen eine psychologische Beratung oder gar psychotherapeutische Behandlung in Anspruch (Lehmkuhl et al., 1998). Und nach wie vor besteht zwischen dem ersten Auftreten psychischer Beschwerden und den Beginn einer therapeutischen Behandlung eine erhebliche Latenz, nach wie vor muss von einer mittleren Chronifizierungsdauer von circa sieben Jahren ausgegangen werden (z.B. Zielke et al., 2004, Schmidt et al., 2006, Steffanowski et al., 2007). Ein auch heute noch manifestes Problem bzgl. Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung besteht in den Ängsten vieler Betroffener hinsichtlich einer Stigmatisierung. Wenngleich psychische Erkrankungen inzwischen eine deutlich höhere Akzeptanz in der Bevölkerung gefunden haben, befürchten viele psychisch erkrankte Menschen bei Offenlegung ihrer Erkrankung Nachteile oder erfahren diese auch tatsächlich (z.B. bei der Übernahme von Referendaren in den Schuldienst, beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung). Oft mit dieser Barriere hinsichtlich des Zugangs zu einer qualifizierten Versorgung im Zusammenhang steht auch die Tatsache, dass das Wissen in der Bevölkerung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit, Erfolg und Finanzierungsmöglichkeit psychotherapeutischer Versorgung begrenzt ist (Schulz et al., 2008).

### **Behandlungsmöglichkeiten/Aktuelle Versorgungslage**

Mit dem am 16. Juni 1998 im Bundesgesetzblatt verkündeten und am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wurde ein neuer Heilberuf geschaffen, nach dem erstmals neben Ärzten auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eigenständig im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Psychotherapie durchführen konnten. Sie wurden voll in das kassenärztliche Vergütungssystem eingebunden, in dem sie Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen werden konnten. Mit dem PsychThG wurde eine deutliche Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen eingeleitet. Darüber hinaus wurde mit dem Gesetz der Titel bzw. die Bezeichnung „Psychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“ geschützt (§ 1 Abs. 1 PsychThG), was die qualifizierte Psychotherapie abgrenzt gegenüber vielen anderen Verfahren des „Psycho-Marktes“. Durch die Verkammerung

wurde der Berufsstand abgesichert, die Kammern sorgen seitdem für die Überprüfung und Einhaltung der Standards in Fort- und Weiterbildung sowie auch der Qualitätssicherung der durchgeführten Behandlungen. Verpflichtende Berufsordnungen definierten die Grundsätze einer qualitativ hochstehenden Psychotherapie bzw. der Vertreter ihrer Profession und die Einführung der Berufsgerichtsbarkeit dient dem Schutz vor allem der Patienten, aber auch der Therapeuten.

Mit dem PsychThG wurde die ambulante Psychotherapie auch in die vertragsärztliche Bedarfsplanung integriert, die für diesen Bereich weitgehend die 1999 (nach Einschluss der PP und KJP) vorhandenen Versorgungslage festschrieb. Die seinerzeit definierte und noch gültige Grundlage für die Bedarfsplanung, die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (aktuelle Fassung: G-BA, 2009) wird allerdings heute als veraltet und nicht mehr bedarfsgerecht angesehen. Der hieraus ermittelte Grad der Über- oder Unterversorgung führte in den entsprechenden Städten und Kreisen schon kurz nach 1999 zur Sperrung vieler Zulassungsbezirke, vor allem in Ballungsgebieten. Die Bedarfsplanung ist aus heutiger Sicht deshalb überholt, weil sie nicht dem tatsächlichen epidemiologischen Bedarf gerecht wird.

In Anlehnung an den 2008 innerhalb der Gesundheitsberichterstattung erschienen Band zur psychotherapeutischen Versorgung (Schulz et al. 2008) kann die aktuelle Versorgungssituation zahlenmäßig wie folgt skizziert werden:

- die **ambulante Versorgung** wird zu einem großen Teil von niedergelassenen Psychotherapeuten geleistet. Insgesamt sind ca. 12.500 Psychologische und ca. 3.750 ärztliche Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Darüber hinaus ca. 2.500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ca. 500 Kinder- und Jugendpsychiater. Diese behandeln ca. 300.000 Patienten jährlich. Ein weiterer größerer Teil (ca. 180.000 Patienten) wird in Ambulanzen (Institutsambulanzen psychiatrischer Kliniken, Hochschulambulanzen sowie Ambulanzen der Ausbildungsinstitute) versorgt. Mit den Bereichen der Beratungsstellen sowie der Tageskliniken ergibt sich für den ambulanten Versorgungssektor eine Behandlungskapazität von ca. 560.000 Behandlungsfälle jährlich (vgl. Nübling, 2009).
- die **stationäre psychotherapeutische Versorgung** teilt sich im Wesentlichen auf in den Bereich der Krankenhausbehandlung und den Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen. Die mit Abstand größten Fallzahlen ergeben sich für die psychiatrische Versorgung, in der jährlich ca. 240.000 Patienten psychotherapeutisch (mit-)behandelt werden. In der psychosomatischen Akutversorgung besteht darüber hinaus eine Behandlungskapazität von ca. 45.000, in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung von ca. 40.000 Behandlungsfällen und in der Rehabilitation von ca. 160.000 jährlichen Behandlungsfällen zur Verfügung. Insgesamt ergeben sich somit stationäre Behandlungsmöglichkeiten für ca. 500.000 Patienten jährlich, vgl. ebd.).

Insgesamt können nach diesen Schätzungen ca. 1,1 Mio. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen behandelt werden. Im Vergleich zu den epidemiologisch ermittelten Bedarfszahlen (ca. 15. Millionen Menschen in Deutschland) würde damit der Versorgungsgrad bei unter 10% liegen. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang auch das Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie, wobei es auch heute noch im Trend „statt früh zu einer ambulanten (Psychotherapie) spät zu einer stationären“ kommt, wie es Meyer et al. (1991) bereits vor 20 Jahren konstatierten.

### **Situation bei Menschen mit Migrationshintergrund**

Eine gute Übersicht zur Situation bei Menschen mit Migrationshintergrund findet sich z. B. bei Bär (2011). Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen mit eigener Migrationserfahrung kann auf der Grundlage der Daten einer von Bermejo et al. (2010) durchgeführten Reanalyse des Bundesgesundheits surveys (Wittchen & Jacobi, 2001) als erhöht eingeschätzt werden: vor allem Depressionen und somatoforme Störungen kommen häufiger vor als bei Einheimischen (12-Monatsprävalenz für affektive Störungen: 17,9% vs. 11,3%, für somatoforme Störungen: 19,3% vs. 10,3%). Ähnlich erhöhte Prävalenzen wurden auch für Kinder und Jugendliche gefunden (Hölling et al., 2007), deren Repräsentativität allerdings unsicher ist (Bär, 2011). Als Ursachen werden mehrere Stressfaktoren angenommen, denen Menschen mit Migrationshintergrund ausgesetzt sein können, u.a. unklare Zukunft, ungesicherte Aufenthaltssituation, Identitätskrisen, Entwurzelungsgefühle, geringes soziales Netzwerk, prekäre Arbeits- und Wohnsituation, Verständigungsprobleme, kritische Lebensereignisse/Traumatisierungen, belastende Migrationsgeschichte (vgl. Muthny & Bermejo, 2009). Insbesondere bei traumatisierten Flüchtlingen besteht ein besonderer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf. Für die Psychotherapie mit Menschen mit Migrationshintergrund wurden in der Vergangenheit spezielle Behandlungskonzepte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ausgearbeitet und klinisch erfolgreich erprobt (Kahraman; 2008, Gavranidou & Abdallah-Steinkopf, 2007; Erim & Senf, 2002; Pfeiffer et al., 2010; Rodewig, 2000; Schmelting-Kludas et al. 2003). Hinsichtlich Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen zeigen sich Hinweise auf eine gegenüber der einheimischen Bevölkerung verminderte Nutzung. Bär (2011) weist darauf hin, dass Migranten das psychosoziale Versorgungssystem häufig erst am Ende der Versorgungskette erreichen, was als Ausdruck einer erheblichen Fehlversorgung interpretiert werden kann. Neben bestehenden Ängsten vor einer Stigmatisierung sind häufig auch die Informationen über Behandlungsmöglichkeiten sowie auch die interkulturelle Kompetenz z.B. bei Behörden unzureichend. Als eine wesentliche Behandlungsbarriere wird allerdings auch die derzeit noch geringe Verfügbarkeit „muttersprachlicher“ Psychotherapeuten angesehen. Hier könnte die Berücksichtigung dieses Kriteriums in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss eine Verbesserung ermöglichen (vgl. Bär, 2011). Ein gutes Beispiel und wichtiger Schritt in Richtung Verbesserung der Versorgung stellt der von der Landesärzte- und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg herausgegebene 1. Versorgungsbericht zur ambulanten medizinischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Migranten dar (LÄK/LPK BW, 2011).

## Kosten und Nutzen der Psychotherapeutischen Versorgung

Eine wichtige Grundlage für die Bewertung der aktuellen Versorgungssituation sind Daten der psychotherapeutischen Versorgungsforschung (Kordy, 2008, Schulz et al., 2006, Nübling, 2011b, c). An aktuellen Studien, u.a. der von der Techniker Krankenkasse initiierten und finanzierten Studie „Qualitätsmonitoring ambulanter Psychotherapie“ (sog. TK-Studie; Wittmann et al. 2011), kann gezeigt werden, welche volkswirtschaftliche bzw. gesundheitsökonomische Bedeutung der psychotherapeutischen Versorgung zukommen kann. Auf der Basis der von Wittmann et al. (2002) nach Brogden, Cronbach und Gleser (Brogden, 1949; Cronbach & Gleser, 1965) eingeführten Formel zur Abschätzung des ökonomischen Nettonutzens bzw. des Return of Investment (ROI) lässt sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis auf der Basis von Effektstärken berechnen (vgl. Abb. 3).

\*\*\*\*\* hier etwa Abb. 3 einfügen \*\*\*\*\*

Mit der Berechnung von Effektstärken werden die Behandlungseffekte unterschiedlicher Studien in der Regel nach der Formel  $d = (M_{\text{post}} - M_{\text{prä}}) / sd_{\text{prä}}$  (M: Mittelwert, sd: Streuung) standardisiert. Nach Cohen (1992) gelten  $d > 0,80$  als große Effekte. 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, sie sind deutlich höher als z.B. für Bypass-Operationen bei Angina Pectoris, für medikamentöse Therapie der Arthritis, für den Einsatz von Antikoagulanzen zur Blutverdünnung, für die bei der Chemotherapie von Brustkrebs oder bzgl. der Einnahme von Aspirin zur Herzinfarktprävention (Margraf, 2009, Leichsenring & Rabung, 2009; vgl. Tab. 1).

In der TK-Studie wurde eine Effektstärke von  $d = 1,23$  bzw.  $1,16$  ermittelt (Wittmann et al., 2011), die nach Bereinigung eines Selektionseffekts auf  $d = 1,0$  geschätzt wird. Für die ambulante Psychotherapie ergibt sich daraus auf der Grundlage konservativer Modellschätzungsparameter (z.B. nur 1-jähriges Anhalten des Effektes der Psychotherapie) der o.g. Brogden-Conbach-Gleser-Formel ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von ca. 1:3,25 (ROI = 3,25; Wittmann et al. 2011, Wittmann & Steffanowski, 2011). Bezogen auf die jährlich auf ca. 1,3 Mrd. € (BpTK, 2011) belaufenden Kosten für die von den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) finanzierten ambulanten Psychotherapien würde bei einem ROI von 3,25 ein volkswirtschaftlicher Nutzen von ca. 4,2 Mrd. € gegenüberstehen. Summa summarum lässt sich so eine positive Bilanz von ca. 2,9 Mrd. € jährlich allein für die GKV errechnen (vgl. Abb. 4). In diese Schätzung nicht einbezogen ist dabei z.B. der Nutzen, der der Rentenversicherung u.a. durch Verbesserung der Arbeitsfähigkeit oder durch Vermeidung/Hinauszögern von Frühberentungen entsteht.

\*\*\*\*\* hier Abb. 4 einfügen \*\*\*\*\*

Bei Einbeziehen der schwer schätzbaren, aber vorhandenen Opportunitätskosten, die u.a. durch langjährige Chronifizierung und/oder den hohen Anteil an Nicht-Behandelten bzw. fehlbehandelter Patienten entstehen, kann davon ausgegangen werden, dass der gesamtgesellschaftliche Nutzen bei durch Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung um ein Vielfaches höher ist.

### **Künftige Versorgungslage**

Nach 10 Jahren PsychThG wird es Aufgabe der nächsten Dekade(n) sein, die bestehende psychotherapeutische Versorgung möglichst – und zwar dort, wo es am nötigsten ist, z.B. im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, im Osten der Republik und/oder in ländlichen Regionen – auszubauen, zumindest aber zu halten. Einige Landespsychotherapeutenkammern sowie die Bundespsychotherapeutenkammer haben zum künftigen „Bestand“ verfügbarer Psychotherapeuten bereits Prognosen vorgelegt (vgl. zusammenfassend Nübling, Munz & Schmidt, 2009). Sie prognostizieren z.T. einen Erhalt der aktuellen Anzahl von PPs (BPtK, 2007), sie legen aber z.T. auch eine mehr oder weniger deutliche Unterversorgung nahe (z.B. Kümmler et al., 2007). In den nächsten 20 Jahren werden bundesweit voraussichtlich ca. 70% der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden. Nach einer Modellschätzung für Baden-Württemberg für die Zeit bis 2030, ist nicht auszuschließen, dass zum Ende dieses Zeitraumes eine gegenüber der heutigen Versorgungslage deutlich schlechtere Versorgung entstehen könnte (Nübling et al. 2009).

Ein unmittelbar für die künftige Versorgung wesentlicher Parameter besteht bzgl. der ambulanten Psychotherapie auch in der Grundlage der Bedarfsplanung. Die aktuelle Berechnungsmethode ist epidemiologisch nicht haltbar und bedarf einer dringenden Änderung bzw. Anpassung. Welche Versorgungsquoten sich errechnen lassen, wenn die Planung auf epidemiologischer Datenbasis erfolgen würde, zeigt die für den Bereich der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung für Baden-Württemberg ermittelten Werte (Nübling et al., 2006, Reisch et al., 2007), die weit unter den offiziellen Versorgungsquoten liegen und – angesichts der langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz (vgl. BPtK, 2011) – wahrscheinlich realistischer sind.

Für die aktuelle und künftige Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie insbesondere mit Migrationserfahrungen v.a. als Flüchtlinge aus Krisengebieten sollte/muss bundesweit das Angebot muttersprachlicher psychotherapeutischer Möglichkeiten erhöht werden (vgl. Brähler et al., 2010; Kobelt et al., 2010). Dies kann/könnte kurzfristig über lokale Sonderbedarfszulassungen erfolgen (vgl. Bär, 2011), muss aber mittel- und langfristig auch stärker Gegenstand der psychotherapeutischen Ausbildung werden. So könnten kultursensible Ansätze eine (breitere) curriculare Verankerung finden und/oder über mögliche Anreize nachgedacht werden, wie mehr Studenten bzw. Studienabgänger mit eigenem Migrationshintergrund bzw. entsprechender Verfügbarkeit der jeweiligen Muttersprache für eine Psychotherapie-Ausbildung gewonnen werden können.

## **Zusammenfassung und Ausblick**

Insgesamt kann die psychotherapeutische Versorgung bzw. die Versorgung psychisch kranker oder beeinträchtigter Menschen in Deutschland vor allem im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern als gut bezeichnet werden. Dennoch werden zum einen viele bedürftige Menschen nicht erreicht, zum anderen bestehen in vielen Regionen – entgegen der „offiziellen“ Bedarfsplanung – erhebliche Versorgungslücken, was dazu führt, dass lange Wartezeiten (BPtK, 2011) entstehen oder diese Menschen anderweitig im medizinischen System behandelt werden. Nach wie vor spielen Barrieren im Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung eine große Rolle, u.a. Informationsdefizite, aber auch Ängste vor Stigmatisierung. Für Menschen mit Migrationshintergrund kommt häufig noch die sprachliche Barriere sowie nicht selten auch die je nach Herkunftsland mehr oder weniger kontrastierenden kulturellen Rahmenbedingungen hinzu.

Psychische Erkrankungen/Störungen sind sowohl in Deutschland als auch der EU weit verbreitet und verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten, sowohl bezogen auf die Behandlungen selbst als auch hinsichtlich der Folgen der Erkrankungen (Arbeitsfehlzeiten, Frühberentungen) sowie hinsichtlich nicht durgeführter oder inadäquater Behandlungen. Dem steht ein auch im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen beträchtlicher gesundheitsökonomischer Nutzen durch Psychotherapie gegenüber. Die Kosten-Nutzen-Relation oder der Return on Investment (ROI) ergibt für jeden in die Behandlung investierten Euro einen volkswirtschaftlichen Nutzen von ca. 3 Euro.

Für die Entwicklung der Versorgung in den letzten Jahren kann ein positives Resümee gezogen werden: durch das 1999 in Kraft getretene PsychThG wurde sowohl der Zugang zur Psychotherapie als auch Qualität(-ssicherung) von Psychotherapie verbessert. Patienten können sich sicherer sein, dass sie es mit qualifizierten Psychotherapeuten zu tun haben, wenn sie sich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung um einen Therapieplatz bemühen. Allerdings ist die Versorgung gemessen an der Häufigkeit psychischer Erkrankungen keinesfalls ausreichend. Nur ein geringerer Teil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erhalten eine adäquate fachpsychotherapeutische Behandlung. So sind die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie beträchtlich (BPtK, 2011), die Chronifizierungsraten hoch.

Die künftige psychotherapeutische Versorgung wird von einer Reihe von bedeutenden Parametern abhängig sein. U.a. sind zu nennen die Bedarfsplanung, die Nachwuchssituation, die Schaffung einer psychotherapeutischen Versorgungsforschung, die Honorierung von Psychotherapie, der Zugang zu einzelnen psychotherapeutischen Verfahren oder die Öffnung gegenüber gesundheitsökonomischen Betrachtungsweisen.

V. a. hinsichtlich Ausbildung künftiger Psychotherapeuten bedarf es einiger Anstrengungen, um wenigstens den heutigen Versorgungsgrad zu erhalten. Hier sollte u.a. auch über eine Ausweitung verfügbarer Studienplätze insbesondere der Psychologie, aber auch der anderen für eine Psychotherapieausbildung qualifizierenden Studiengänge (z.B. Pädagogik, Sozialpädagogik),



nachgedacht und entsprechende Initiativen unterstützt werden. Wichtiger wird auch werden, dass mehr Psychotherapie in der jeweiligen Muttersprache von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund zur Verfügung stehen wird, weshalb v.a. zwei- oder mehrsprachig aufgewachsene junge Menschen für die entsprechenden Studiengänge motiviert werden sollten.

In einer Zeit, in der durch Analysen von Versichertendaten (s.o.) oder auch durch Burn-out von Prominenten das Thema psychische Erkrankungen (v.a. auch in der Arbeitswelt) immer deutlicher in das öffentliche Bewusstsein drängen, ist es außerordentlich bedeutsam, die Möglichkeiten und v.a. die Ergebnisse von Psychotherapie als eine wesentliche Behandlungsmethode für solche Erkrankungen herauszustellen. Psychotherapie ist hoch effektiv und v.a. effizient, der volkswirtschaftliche Nutzen ist enorm und wird in der Regel massiv unterschätzt. Und es geht den Menschen besser: mehr Lebensfreude, bessere Beziehungsfähigkeit, höhere Arbeitszufriedenheit, u.v.a.m.

## Literatur

- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal* 10, 5-10.
- Bermejo, I., Ruf, D., Mösko, M. & Härter, M. (2010). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Urban & Fischer.
- Brogden, H. E. (1949). When testing pays off. *Personnel Psychology*, 2, 171-183.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2007). Mitgliederdaten: Altersstruktur und Nachwuchsbedarf. Unveröff. Paper. Berlin, BPtK.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2008). BPtK-Spezial zum Morbi-RSA (Morbiditäts-Risiko-Strukturausgleich). Download unter [http://www.bptk.de/publikationen/bptk\\_spezial/1999796.html](http://www.bptk.de/publikationen/bptk_spezial/1999796.html)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK 2011. [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Wartezeiten\\_in\\_der\\_Psychotherapie/20110622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf)
- Barmer Ersatzkasse (2009). *Barmer Gesundheitsreport 2009 – Psychische Gesundheit und psychische Belastungen*. Wuppertal, Barmer.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen BKK (2008). *BKK-Gesundheitsreport 2008 – Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen*. Essen, BKK-Bundesverband.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. (1965). *Psychological Test and Personnel Decisions*. 2nd Ed., Urbana, University of Illinois Press.
- Erim, B. & Senf, W. (2002). Brauchen Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 6, 353-361
- Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopf, B. (2007). Brauchen Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 6, 353-361.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A)(2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). *Bundesanzeiger* 2009 S. 1655.
- Gmünder Ersatzkasse GEK (Hrsg)(2007). *GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59. St. Augustin, Asgard.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg, Springer.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34 (1/2009), 16-28.
- Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.
- Jacobi, F. & Wittchen, H.-U. (2005). "Diagnoseträger" und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehalteter psychischer Störungen in Deutschland. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (25-36). Göttingen: Hogrefe.
- Kahraman, B. (2008). *Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Kobelt, A., Winkler, M., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2010). Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Zts. Psychiatr Psychol Psychother ZPPP*, 58, 189-197.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N. et al. (1999) Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Krankheiten. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 49: 14–22

- Kümmeler, P., Tritt, K. & Vogel, H. (2007). Nachwuchssituation und Bedarfsprognose der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten in Bayern. Bayerische Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bericht 11. Internetveröffentlichung unter: <http://www.ptk-bayern.de/startseite/stellungnahmen/sstehungnahmen-gesundheit.htm>.
- Landesärztekammer und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg LÄK/LPK BW (Hrsg.). Traumatisierte MigrantInnen. Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. 1. Versorgungsbericht. Download unter [http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/111013\\_versorgungsbericht\\_traumatisierte\\_migranten.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/pdf/111013_versorgungsbericht_traumatisierte_migranten.pdf).
- 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
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. *JAMA*, 300, 1551-1565.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Heidelberg, Springer.
- Menne, K. (2009). Der stumme Skandal der Erziehungsberatung. Stagnation oder Innovationspotential in der Krise? Vortrag auf der efb-Fachtagung 2009 Berlin, 1. April 2009.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg, Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Muthny, F.A. & Bermejo, I. (Hrsg.). (2009). *Interkulturelle Medizin. Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz - aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8, 239-252.
- Nübling, R. (2011a). Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland. Bedarf – Inanspruchnahme – Outcome – Kosten-Nutzen. Vortrag auf dem 2. Sufi-Treffen „Spiritualität und Gesundheit“, 14.11.2011 in Ludwigshafen. Download unter: [http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb\\_vortraege/nuebling\\_pt\\_versorgung\\_sufi-treffen\\_ludwigshafen\\_14012011.pdf](http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_vortraege/nuebling_pt_versorgung_sufi-treffen_ludwigshafen_14012011.pdf)
- Nübling, R. (2011b). Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Versorgungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 10, 57-61.
- Nübling, R. (2011c). Über den Tellerand hinaus – Taugen naturalistische Studien als Goldstandard für psychotherapeutische Versorgungsforschung. *Projekt Psychotherapie*, Heft 3/2011, 21-24.
- Nübling, R. (2011, in Druck). Bei aller Kritik - Gutachten hin oder her. In der Reaktionswut verfehlen die Kritiker eine zentrale Aussage der TK-Studie und damit ihren gesundheitspolitischen Einfluss. *Projekt Psychotherapie*, Heft 4/2011.
- Nübling, R., Munz, D. & Schmidt, J. (2009). Zur künftigen psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg – eine Prognose des Bedarfs an Psychologische Psychotherapeuten 2009 – 2028. unveröff. Paper, Stuttgart, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.
- Nübling, R., Reisch, M. & Raymann, T. (2006): Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*, 5, Heft 3/2006, 247-257.
- Pfeiffer, W., Göbber, J., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Versicherten mit Migrationshintergrund. In: F. Petermann (Hrsg), *Neue Ansätze in der psychosomatischen rehabilitation* (S. 49-70). Regensburg, Roderer.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 50, 871–878
- Reisch, M., Raymann, T. & Nübling, R. (2007). Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal PTJ*, 6, Heft 2, 129-138.
- Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. *Psychotherapeut*, 6, 350-355.
- Sachverständigenrat Gesundheit (2002). *Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Baden-Baden, Nomos (Download unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de))
- Sachverständigenrat Gesundheit (2007). *Gutachten 2007 - Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bundestags-Drucksache 16-6339 (Download unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de))
- Schmelting-Kludas, C., Fröschlin, R. & Boll-Klatt, A. (2003). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische3 Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Die Rehabilitation*, 62, 37-44.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2006). Assessment of outcome quality in inpatient psychosomatic rehabilitation – Comparison of different evaluation strategies and development of new assessment instruments. In: Jäckel, W.H., Bengel, J. & Herdt, J.: *Research in Rehabilitation – Results from of a Research Network in Southwest Germany* (p. 124-139). Stuttgart, Schattauer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 49, 175-187.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin, Robert-Koch-Institut.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Statistisches Jahrbuch 2006*. [www.destatis.de](http://www.destatis.de).
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern, Huber.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2009). *Gesundheitsreport 2008 – Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneverordnungen. Schwerpunkt: Psychische Störungen*. Hamburg, Techniker Krankenkasse.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Psychische Störungen in Deutschland und der EU - Größenordnung und Belastung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, 189-192.
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf>.

- Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.
- Wittmann, W.W. & Steffanowski, A. (2011, in Druck). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. Psychotherapie Aktuell, Heft 3/2011.
- Zielke, M. (2008). Kosten-Nutzen-Relation der psychosomatischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In: Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R & Lamprecht, F. (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik (S. 399-443). Stuttgart, Schattauer.
- Zielke, M., Bogart, E.-J., Carls, W., Herder, F., Lebenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R., Reschenberg, I. & Schwickerath, J. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Pabst, Lengerich.
- Zielke, M. & Mark, N. (1989). Effizienz und Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlungen. Prax Klin Verhaltensmed Rehab, 2, 132-147.
- Zielke, M. & Mark, N. (1991). Iatrogene Chronifizierung – Überlegungen zu Ursachen und Wirkungen medizinischer Fehlbehandlungen. Report Psychologie, 16, 22-33.

Dr. Rüdiger Nübling  
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg  
Jägerstr. 40  
70174 Stuttgart  
Tel. 0711/67447040  
mail: [nuebling@lpk-bw.de](mailto:nuebling@lpk-bw.de)  
[www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)

Abb. 1: Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen von 18-65 Jahren in Deutschland, vier häufigste Diagnosegruppen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen; vgl. Schulz et al, 2008)

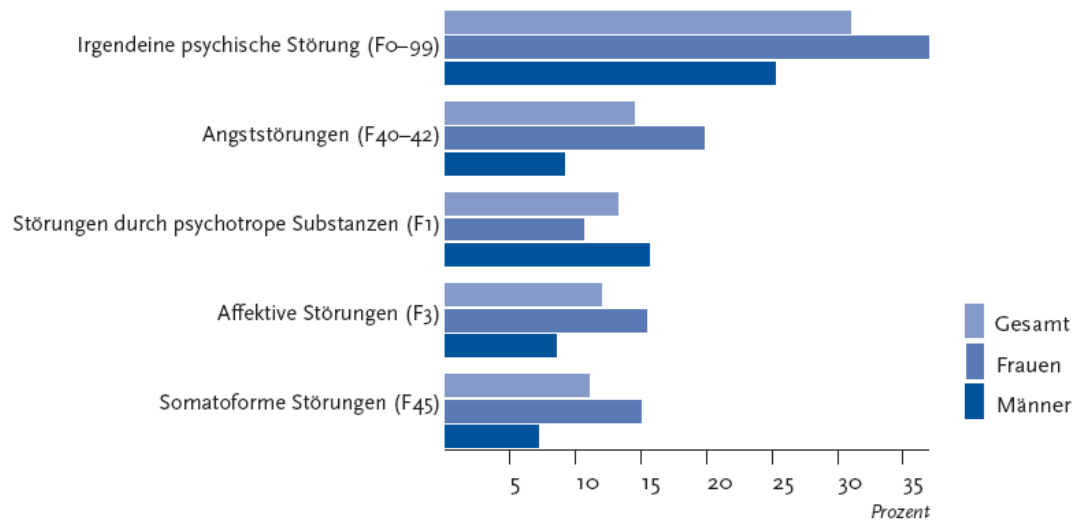
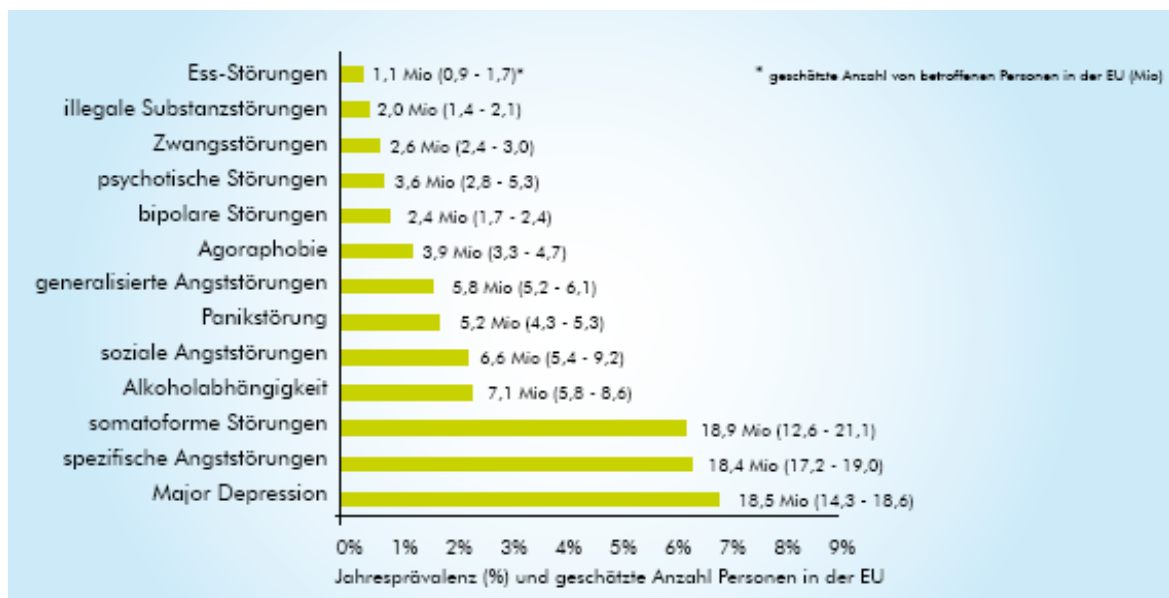


Abb. 2: Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen in der EU (Wittchen & Jacobi, 2007)



**Tab. 1:** Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich, Effektstärken nach Cohen Margraf (2009), Leichsenring & Rabung (2009)

Maßnahme	Effektstärke des Erfolges
Kognitive Verhaltenstherapie	1,23
Psychodynamische Langzeitpsychotherapie	1,03/1,25
Psychotherapie Allgemein	0,88
Bypass-Op bei Angina Pectoris	0,70
Medikamentöse Therapie Arthritis	0,61
Antikoagulanzen (Blutverdünnung)	0,30
Chemotherapie Brustkrebs	0,11
Aspirin zur Herzinfarktprävention	0,07

**Abb. 3:** Brogden-Cronbach-Gleser-Gleichung zur Berechnung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Interventionen (entnommen aus Wittmann & Steffanowski 2011)

$$\underbrace{U}_{\text{Nettonutzen}} = \underbrace{N * T}_{\text{Quantität}} * \underbrace{SD_{\text{PROD}} * d * a}_{\text{Qualität}} - \underbrace{N * K}_{\text{Kosten}}$$

d = Effektgröße der Intervention  
 T = Wirkungsdauer des Effektes  
 N = Anzahl behandelter Patienten  
 K = Gesamtkosten der Behandlung je Patient  
 SD<sub>PROD</sub> = Standardabweichung der Produktivität  
 a = Pfadkoeffizient des Effekts zum monetären Produktivitätsmaß

**Abb. 4:** Kosten-Nutzen-Analyse ambulante Psychotherapie – bundesweite Hochrechnung

**Nutzen-Kosten-Verhältnis 1 : 3,25 (ROI=3,25)**

**Modellrechnung  
nur ambulante psychotherapeutische Versorgung**

→ **Gesamtkosten:** ca. **1,3 Mrd. €**

→ **Gesamtnutzen:** ca. 1,3 Mrd. € x 3,25 = **ca. 4,2 Mrd. €**

→ **Bilanz: + 2,9 Mrd. € jährlich**