

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

**Eine Befragung von
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in
fünf Bundesländern als ein Beitrag zur
psychotherapeutischen Versorgungsforschung**

Ergebnisbericht

Rüdiger Nübling¹, Karin Jeschke², Matthias Ochs³ & Jürgen Schmidt¹

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

² Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

³ Hochschule Fulda (bis 2013 LPK Hessen)

Autoren

Dr. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Referat Psychotherapeutische Versorgung und
Öffentlichkeitsarbeit
Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart
Tel.: +49 (0)711/674470-40, Fax: 0711/674470-15
nuebling@lpk-bw.de, www.lpk-bw.de

Dipl.-Psych. Karin Jeschke

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder-
und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
(PTK Berlin)
Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel: +49 (0)30 887140-0, Fax: 030 887140-40
jeschke@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Prof. Dr. Matthias Ochs

Hochschule Fulda - University of Applied Sciences
Fachbereich Sozialwesen
Fachgebiet Psychologie und Beratung
Marquardstr. 35, 36039 Fulda
Tel: +49 (0)661 / 9640 2205
matthias.ochs@sw.hs-fulda.de

Dr. Jürgen Schmidt

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Ressort Aus-, Fort-, Weiterbildung/ Qualitätssicherung
Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart
Tel.: +49 (0) 711/674470-30, Fax: 0711/674470-15
schmidt@lpk-bw.de, www.lpk-bw.de

Dank

Wir danken allen, die an der Studie faktisch oder ideell mitgewirkt haben, insbesondere den über 2000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich die Zeit genommen haben, unseren Fragebogen auszufüllen und durch ihr Engagement die dringend notwendige Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgungsforschung unterstützen, also der Forschung, die versucht die alltägliche Versorgungssituation abzubilden. Wir danken ferner allen Mitgliedern der Facharbeitsgruppe der wissenschaftlichen Referentinnen und Referenten der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer. Im Rahmen der Arbeiten dieser Arbeitsgruppe zum Faktenpapier Psychotherapie, dessen wichtigste Ergebnisse später als BPTK-Standpunkt „10 Tatsachen zur Psychotherapie“ (BPTK, 2013) publiziert wurden, entstand die Idee einer kammereigenen Befragung. Wir danken des Weiteren den Unterstützern der Befragung der LPK Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz, vor allem den Vorständen sowie den beteiligten Mitarbeitern der jeweiligen Geschäftsstellen, die zusätzlichen Aufwand hatten; darüber hinaus auch den Mitgliedern der Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg für die konstruktive und kritische Diskussion der Ergebnisse am 05. April 2014. Und nicht zuletzt danken wir cand. psych. Elena Nübling für die verlässliche und kompetente Dateneingabe bzw. das Dateneinlesen.

Inhalt

1	Hintergrund.....	4
2	Zielsetzung und Fragestellungen	9
3	Methodik.....	10
3.1	Fragebogen.....	10
3.2	Durchführung.....	11
3.3	Datenauswertung	11
4	Ergebnisse	12
4.1	Beteiligung/Rücklauf	12
4.2	Beschreibung der Stichprobe	13
4.3	KV-Zulassung, Ermächtigung und Eintrag ins Arztregister	15
4.4	Kontext der psychotherapeutischen Tätigkeit	18
4.5	Therapieverfahren	19
4.5.1	KV-zugelassene Psychotherapeuten	19
4.5.2	Psychotherapeuten in „freier“ Praxis.....	23
4.6	Arbeitszeiten	24
4.7	Therapieausfälle/Patientenseitige Absagen.....	28
4.8	Finanzierungsgrundlage der Psychotherapien	29
4.9	Behandelte „besondere“ Patientengruppen	30
4.10	Therapiedauer	32
4.11	Wartezeiten.....	37
4.12	Antragsverfahren.....	42
5	Zusammenfassung und Diskussion	43
6	Ausblick	50
7	Literatur.....	51
8	Anhang.....	54

1 Hintergrund

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland wird im 1998 erhobenen Bundes-Gesundheitssurvey auf ca. 30 Prozent geschätzt (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004), nach der aktuellen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) liegt sie mit 29 Prozent nur wenig darunter (Jacobi, Höfler, Strehle et al., 2014; Wittchen, Jacobi, Mack et al. 2012). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit im Mittelfeld. Auf Basis vergleichbarer Angaben wird die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung (18 bis 65 Jahre) auf europaweit 27 Prozent geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2005). Neuere Erhebungen, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen (inklusive Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen) ergeben eine Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 38 Prozent der europäischen Bevölkerung (Wittchen, Jacobi, Rehm et al., 2010). 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 am Arbeitsplatz vor wie bei Menschen ohne. Neben erhöhten Krankschreibungen tragen sie auch wesentlich zu Frühberentungen bei.

Die direkten Behandlungskosten für psychische Erkrankungen (ohne Demenzerkrankungen) liegen deutschlandweit bei aktuell ca. 7% der Gesamtausgaben des Gesundheitssektors (Statistisches Bundesamt, 2013), dies sind ca. 20 Mrd. € (hierin sind alle Kosten eingeschlossen, u.a. ambulante und stationäre Psychotherapie, ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen, psychopharmakologische Behandlungen). Dabei werden ca. 4,7 Mrd. € für die stationäre Psych-Versorgung (4,0 Mrd. € Psychiatrie, 0,5 Mrd. € Rehabilitation und 0,2 Mrd. € Akut-Psychosomatik), ca. 2,0 Mrd. € für die ambulante Psych-Versorgung (1,5 Mrd. € Richtlinien-Psychotherapie, 0,5 Mrd. € ambulante psychiatrische Behandlung) und 2,8 Mrd. € für die psychopharmakologische Behandlung (davon 0,8 Mrd. € für Antidepressiva und 1,1 Mrd. € für Neuroleptika) ausgegeben. Die verbleibenden ca. 10 Mrd. € werden für die Behandlung psychischer Erkrankungen in „nicht-psychischen“ Versorgungsstrukturen vorgehalten. Europaweit verursachen psychische Erkrankungen nach Schätzungen von Wittchen & Jacobi (2005, 2006) jährliche Kosten von circa 300 Milliarden € (heutige Schätzungen belaufen sich 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. Nicht eingerechnet sind intangible Kosten (z.B. Verlust an Lebensqualität) und v.a. Opportunitätskosten (Kosten durch Nicht- oder Fehlbehandlung).

In der Primärversorgung wird nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen erkannt (Kruse, Heckrath, Schmitz 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). Nach Schätzungen des Bundes-Gesundheitssurvey erhalten 36% der Menschen mit psychischen Erkrankungen

eine Behandlung. Der Anteil der Betroffenen, die eine „im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien“ erhalten, wird auf 10 Prozent geschätzt. Diese Aussage wird u.a. gestützt durch Daten der KV Bayern, nach denen nur ca. 12% aller Patienten mit einer erkannten, d.h. diagnostizierten Depression psychotherapeutisch behandelt werden (BPtK, 2008). In einer aktuellen Studie auf der Basis der Versichertendaten von ca. 3,3 Mio. Versicherten dreier großer gesetzlicher Krankenkassen, die eine psychische Erstdiagnose (ICD10, F-Diagnose) aufwiesen, kommen Gaebel, Kowitz, Fritze & Zielasek (2013) zum Ergebnis, dass lediglich ca. 2,5% ambulant psychotherapeutisch versorgt werden. Die allermeisten Patienten (ca. 40%) werden ausschließlich hausärztlich oder von einem Facharzt für somatische Medizin behandelt, weitere ca. 20% an einen Facharzt für Psychiatrie verwiesen und noch einmal ca. 10% gehen den umgekehrten Versorgungspfad vom Psychiater zum Allgemeinmediziner. Insgesamt konnten die Autoren über 500 unterschiedliche Versorgungspfade dokumentieren (vgl. auch Nübling, 2014).

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 (psychotherapeutisch und pharmakologisch), ist der Anteil der pharmakologisch behandelten Depressiven deutlich höher als der Anteil der psychotherapeutisch behandelten Depressiven. Dies steht neben der Forschungslage zur Wirksamkeit darüber hinaus auch im Widerspruch zur gesellschaftlichen Akzeptanz von Psycho- und Pharmakotherapie in der Bevölkerung, die Psychotherapie wird deutlich häufiger als Psychopharmakotherapie zur Behandlung gewünscht (Schomerus, Schwahn, Holzinger et al., 2012). Auch in diesem Kontext ist kritisch zu sehen, dass die Gesamtausgaben für Psychopharmaka mit aktuell jährlich ca. 2,8 Mrd. € (Fritze, 2011) nahezu doppelt so hoch sind wie die für Richtlinien-Psychotherapie (ca. 1,5 Mrd. €, BPtK, 2013).

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es nach Modellrechnungen der LPK Baden-Württemberg ebenfalls Hinweise auf eine deutliche Unterversorgung (Nübling, Reisch & Raymann, 2006). In der Gegenüberstellung von epidemiologisch geschätztem Behandlungsbedarf und tatsächlich vorhandenen Behandlungskapazitäten gehen die Autoren davon aus, dass 4 bis maximal 35% der von psychischen Störungen betroffenen Kinder und Jugendlichen behandelt werden können. Hierbei wurde nach vorliegenden epidemiologischen Studien (Ihle & Esser, 2002; Petermann, 2005; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007; Wille, Bettge & Ravens-Sieberer, 2008; Sauer, Barkmann, Klasen, Bullinger, Glaeske & Ravens-Sieberer, 2014) von einer Jahresprävalenz zwischen 7% und 20% ausgegangen. Barkmann & Schulte-Markwort (2012) kommen auf der Basis einer Metaanalyse auf durchschnittlich 17,6%.

Zuletzt besteht nach wie vor zwischen dem ersten Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer therapeutischen Behandlung eine erhebliche Latenz, nach wie vor muss von einer mittleren Chronifizierungsdauer von circa sieben Jahren ausgegangen werden (z.B. Zielke, Bogart, Carls, et al., 2004; Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg & Wittmann, 2006; Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007). Meyer, Richter, Graue, Schulenberg & Schulte (1991) konstatierten im ersten Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz, dass es „statt früh zu einer ambulanten (Psychotherapie) spät zu

einer stationären“ komme und sprachen von einer „erheblichen Fehlallokation öffentlicher Mittel“. Dies dürfte angesichts oben beschriebener Datenlage auch heute noch richtig sein.

In Anlehnung an Schulz, Barghaan, Harfst & Koch (2008) kann die aktuelle Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zahlenmäßig wie folgt skizziert werden:

- Die **ambulante Versorgung** wird zu einem großen Teil von niedergelassenen Psychotherapeuten geleistet. Insgesamt sind ca. 13.500 Psychologische und ca. 2.400 ärztliche Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig, des Weiteren ca. 2.600 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ca. 2.000 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Darüber hinaus werden psychisch kranke Kinder und Jugendliche von ca. 3.100 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ca. 850 Kinder- und Jugendpsychiatern versorgt (Stand 2011, vgl. Herpertz et al., 2011).
- Die **stationäre Versorgung** 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 ca. 55.000 Betten zur Verfügung (wobei hier nur zu einem kleineren Teil psychotherapeutisch behandelt wird), im Bereich der psychosomatischen Medizin ca. 9.500 Betten sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ca. 5.800. Darüber hinaus bestehen im Bereich der Rehabilitation weitere ca. 31.000 Betten für Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Aus diesen verfügbaren Daten kann unter Einschluss der jeweiligen Therapiedauer die Versorgungskapazität der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung geschätzt werden: Insgesamt werden demnach jährlich ca. 1,1 Mio. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen psychotherapeutisch behandelt (ca. 600.000 ambulant und ca. 500.000 stationär; vgl. Nübling, 2009)¹. Im Vergleich zu den epidemiologisch ermittelten Bedarfszahlen (ca. 15 Millionen Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland) würde damit der Versorgungsgrad bei ca. 8% liegen.

Entsprechend lang sind die Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Nach einer Studie der BPTK (2011) warten Menschen, die aufgrund psychischer Beschwerden einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen, durchschnittlich 9 Wochen auf ein Erstgespräch und ca. 17 Wochen auf einen Behandlungsplatz. Die Dauer der Wartezeit unterscheidet sich dabei erheblich zwischen den Bundesländern sowie zwischen städtischen und ländlichen Regionen. In Großstädten warten Patienten zwei bis drei Monate auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten, auf dem Land knapp vier Monate.

Im (ersten) Forschungsgutachten zum PsychThG (Meyer et al., 1991) wurde die Datenlage zur psychotherapeutischen Versorgung als unzureichend bezeichnet, eine systematische psychotherapeutische Versorgungsforschung wird auch aktuell wiederholt gefordert (Kordy, 2008, Nübling, 2011, 2012; Schulz et al., 2008; Tritt, Bidmon, Heymann et al., 2007). Ziel der Versorgungsforschung besteht in der Generierung von grundlegendem und vor allem anwendungsnahem Wissen über die Praxis der Kranken- und Gesundheitsversorgung, das

¹ Herzog, Kruse, Hofmann & Larisch (2012) kommen in einem Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage von Behandlungsfällen je Quartal zu deutlich höheren Fallzahlen (für PP ca. 1,1 Mio. Fälle pro Jahr).

der Öffentlichkeit wie auch Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt wird (vgl. Pfaff, 2003). Psychotherapeutische Versorgungsforschung bezieht sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, erforscht Bedarf, Indikation, Zugangswege, Inanspruchnahme von Psychotherapie, ihre Schnittstellen bzw. Vernetzung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen, ihren Outcome (unter Alltagsbedingungen) oder ihre Kosten-Nutzen-Relation (Schulz, Barghaan, Harfst, Dirmaier, Watzke & Koch, 2006). Zentrale Fragen und Schwerpunkte betreffen daneben auch die Prävalenz, mögliche Ursachen und Auswirkungen von Unter-, Über- und Fehlversorgung, die Interaktionen zwischen Diagnostik und Therapie, transsektorale Verläufe und komplexe Interdependenzen der Versorgung (Glaeske, Augustin, Abholz et al. 2009). Aufgabe der Versorgungsforschung ist deshalb vor allem die Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation („Ist“- und Defizit-Analysen) und hierauf aufbauend die Entwicklung von neuen Versorgungskonzepten und deren wissenschaftliche Begleitung sowie die Evaluierung von Versorgungskonzepten unter realen Bedingungen („Routineversorgung“) auf der Ebene der Gesamtbevölkerung oder relevanter Populationen (ebd.).

Die Datenlage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung hat sich inzwischen gebessert. Während frühere Studien noch die Situation vor und um die Zeit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes zum Gegenstand hatten (Löcherbach, Henrich, Kemmer et al., 2000; Seeger, Caspar, Bastine, et al., 2004; Schütte, Peschken & Friedrich, 2003; Zepf, Mengele, Marx & Hartmann, 2001), liegen inzwischen einige aktuelle und umfassendere Erhebungen vor. Zu nennen sind hier vor allem die von Walenzik, Rabe-Menssen, Lux, Wasem & Jahn (2011) durchgeführte Befragung der Mitglieder der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung DPtV, die o.g. Wartezeitenstudie der BptK (BptK, 2011) oder die Mitgliederbefragung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK; Peikert, Hoyer, Mrazek, Rosendahl, Hannich & Jacobi, 2011). Eine weitere wichtige Versorgungsstudie auf der Basis von KBV-Daten wurde kürzlich von Herzog & Kruse (2012) vorgelegt.

Darüber hinaus sind v.a. auch die auf Patientensicht fokussierenden aktuellen Studien zur Inanspruchnahme und Effektivität der psychotherapeutischen Versorgung zu erwähnen, wie die sogenannte TK-Studie (Wittmann, Lutz, Steffanowski et al., 2011; Wittmann und Steffanowski, 2012, Lutz et al., 2013), die Studie von Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer & Brähler (2010, 2011), die QS-PSY-Bay-Studie (Steffanowski, Kramer, Fembacher et al., 2011, Strauss, Lutz, Steffanowski et al., 2013) sowie die Trans-OP-Studie (Gallas, Kächele, Kraft, Kordy & Puschner, 2008; Gallas, Puschner, Kühn & Kordy, 2010; Puschner & Kraft, 2008; Puschner & Kordy, 2010).

Ergebnisse dieser Studien zeigen zum einen eine hohe Akzeptanz und Nutzenbewertung aus Sicht der Patienten sowie auch eine hohe Effektivität und auch Effizienz der untersuchten ambulanten Psychotherapien. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis oder der sogenannte Return on Investment (ROI) liegt je nach Berechnung zwischen ca. 1:2,5 und 1:5,2 (vgl. Wittmann & Steffanowski, 2011, Wunsch, Kliem, Grochowski & Kröger, 2013), d.h. Psychotherapie rechnet sich auch rein volkswirtschaftlich, also neben der Verbesserung der Symptomatik, der Beziehungsfähigkeit oder der Lebensqualität der Patienten (um nur einige patientenbezogene Outcomeparameter zu nennen). Wunsch et al. (2013) schätzen den volkswirtschaftlichen Gesamtgewinn durch Psychotherapie bei Psychischen Erkrankungen auf ca. 24 bis 37

Mrd. € jährlich für den Fall, dass konservativ 33% oder progressiv 50% der betroffenen Menschen eine psychotherapeutische Behandlung erhalten würden.

Die hier vorgelegte Studie versteht sich als weiterer Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Sie knüpft unmittelbar an die beiden großen aktuellen Therapeutenbefragungen (Walendzik et al., 2011 sowie Peikert et al., 2011) mit 2.500 bzw. 1.100 Teilnehmern an. Nach Tritt et al. (2007) liegt ein Hauptanliegen der psychotherapeutischen Versorgungsforschung in der Schließung der Lücke zwischen der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis und der Forschung. In diesem Sinne bezieht sich die Studie auf die aktuelle und reale Versorgungssituation in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterschiedlicher Finanzierungsgrundlagen (also sowohl gesetzlich (GKV) als auch anderweitig finanziert, z.B. private Krankenversicherung, Selbstzahler), wie sie von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in fünf Bundesländern gesehen bzw. angegeben wird. Sie erweitert damit die Datenlage zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgung und trägt zu einer Steigerung der Transparenz bei.

2 Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, möglichst umfangreiche und flächendeckende Daten zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auf der Basis von Therapeutenangaben zur Verfügung zu stellen. Zunächst war eine bundesweite Befragung der Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern angestrebt worden. Die Idee zu einer Mitgliederbefragung entstand im Rahmen der auf Länderratsinitiative gegründeten Arbeitsgruppe der wissenschaftlichen Referenten der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landespsychotherapeutenkammern. Eine der Aufgabenstellungen dieser Arbeitsgruppe war es, die Faktenlage zur Psychotherapie bzw. zur psychotherapeutischen Versorgung v.a. in Hinblick auf den epidemiologisch begründbaren Bedarf, den Versorgungsgrad, den Tätigkeitsumfang der Psychotherapeuten und die Effektivität und Effizienz von Psychotherapie zusammenzustellen (vgl. auch BPtK, 2013).

Kernfragestellungen der Studie sind (in Klammer der Verweis auf die jeweiligen Kapitel dieses Berichts):

- Wie hoch ist der Anteil der Psychotherapien im Verfahren der Kostenerstattung bzw. das Verhältnis Praxen mit KV-Zulassung und „freie“ Praxen (→ 4.3/4.5)?
- In welchen Arbeitsfeldern sind Psychotherapeuten ambulant tätig, mit welchen Arbeitsschwerpunkten (→ 4.4)?
- Welche Therapieverfahren werden angewandt (→ 4.5)?
- Wie hoch ist der Arbeitszeitaufwand der in der ambulanten Versorgung tätigen Psychotherapeuten für die psychotherapeutische Versorgung unter Berücksichtigung der Anteile und Größenordnung von Ausfallzeiten (durch kurzfristige Patientenabsagen), Zeiten für die Erstellung von Gutachten, Fortbildungszeiten und allgemeinem Verwaltungsaufwand (→ 4.6)?
- Wie hoch ist der Umfang der durch Patientenabsagen bedingten Therapieausfälle (→ 4.7)?
- Auf welcher Finanzierungsgrundlage werden Behandlungen durchgeführt (→ 4.8)?
- Wie häufig werden „besondere“ Patientengruppen behandelt, z.B. Patienten mit bestimmten Störungen, wie z.B. Borderline-Störung, psychotische Störungen, ADHS oder geistige Behinderung, oder bestimmten anderen Merkmalen, z.B. Patienten mit höherem Lebensalter (>60 Jahre) oder niedriger Bildungsschicht (→ 4.9).
- Wie hoch ist der Umfang der Behandlungen bzw. die durchschnittlichen Behandlungsdauer (→ 4.10)?
- Wie hoch sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein Erstgespräch/Therapieplatz (→ 4.11)?
- Wie häufig sind Gutachterrückmeldungen, die nur Teilkontingente beantragter Sitzungen bewilligen (→ 4.12)?

3 Methodik

3.1 Fragebogen

Ausgehend von den Hauptfragestellungen sowie unter Bezug auf früher und aktuell durchgeführte Befragungen (insbesondere Seeger et al., 2005 und Walendzik et al., 2011) wurde von der Autorengruppe ein 2-seitiger Kurzfragebogen entwickelt, der insgesamt ca. 60 Variablen erfasst. Neben allgemeinen Fragen zur Soziodemographie wurden u.a. Daten zu den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und zur Art der Niederlassung/Praxis, zum angewandten Therapieverfahren, zu Finanzierung und Umfang der Behandlungen, zu (besonderen) Patientengruppen und zur Arbeitszeit (inkl. Ausfallstunden, Fortbildung, Anträge zum Gutachterverfahren, Verwaltungsaufwand) erhoben (vgl. Tabelle 1; vgl. Fragebogen im Anhang).

Tabelle 1: Befragungsinhalte

Bereich	Einzelvariablen
Soziodemographie	Alter, Geschlecht
Approbation	Approbation als PP, als KJP
sozialrechtlichen Rahmendbedingungen	Kassenzulassung, Ermächtigung, Eintrag in das Arztregister
Art Niederlassung/Praxis	Abrechnungsgenehmigung KV; freie Praxis ohne Kassenzulassung
Art des angewandten Therapieverfahrens	Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie, jeweils unterteilt in Erwachsene, Kinder/Jugendliche und Gruppe; weitere Verfahren; %-Anteil der Arbeitszeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bei doppelt Approbierten
Finanzierung der Behandlungen	geschätzte %-Anteile: GKV Richtlinien-Psychotherapie, GKV Kostenerstattung, private KV, Selbstzahler, Sonstige (+Freitext)
Umfang Behandlungen, Behandlungsdauer	Gesamtstundenzahl letzte 5 abgeschlossene Behandlungen (Patient 1-5)
Patientengruppen	Borderline-Störung, ADHS, Psychosen, ältere Patienten (60+), Patienten mit geistiger Behinderung, mit niedriger Bildungsschicht, Sonstige (+Freitext)
Arbeitszeit insgesamt	Arbeitszeit pro Jahr (in Wochen); Arbeitszeit pro Woche (in Stunden)
Arbeitszeit bezogen auf Arbeitssituation	geschätzte %-Anteile: allein eigener Praxis, Beratungsstelle, Praxisgemeinschaft, stationäre Einrichtung, angestellt in Praxis, Anteil Institutsambulanz, Anteil Sonstiges
Therapeutisches Setting	Probatorische Sitzungen, Einzeltherapie-Sitzungen, 10-Minuten-Gespräche, Gruppentherapie-Sitzungen, jeweils bezogen auf Erwachsene und Kinder/Jugendliche; durchschnittliche Anzahl Sitzungen pro Monat
Ausfallstunden	kurzfristige patientenseitige Absagen, tatsächliche Stundenausfälle
Arbeitszeit Verwaltung, Fortbildung	Berichte an Gutachter (v.a. im Gutachterverfahren)/Kostenträger, sonstige Verwaltungsaufgaben, sonstige Aufgaben wie Supervision etc.; jeweils Aufwand in Stunden je Monat
Wartezeiten	durchschn. Wartezeit Erstgespräch, auf Therapieplatz
Gutachterrückmeldungen	Wurden Therapieanträge weder befürwortet noch abgelehnt, Anzahl im letzten halben Jahr, in den letzten 2 Jahren
Region	Stadt-/Landkreiskennzeichen

3.2 Durchführung

Für die Durchführung der Befragung wurden im Vorfeld die Vorstände und Geschäftsführer aller Landespsychotherapeutenkammern um Unterstützung angefragt. Letztlich haben insgesamt 5 Landeskammern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz) zugesagt und den Fragebogen im Frühsommer 2012 einschließlich eines Infoschreibens an ihre Mitglieder versandt. In zwei der Kammern (BW und RLP) wurden die Mitglieder postalisch angeschrieben (mit freier Rückantwort), in den drei anderen Kammern wurde der Fragebogen per E-Mail zugestellt mit der Möglichkeit, ihn online auszufüllen. Um möglichst auch jene Mitglieder zu erreichen, die trotz fehlender KV-Zulassung in eigenen oder auch in fremden Praxen (z.B. im Kostenerstattungsverfahren, als Angestellte in einer KV-Praxis u.ä.) arbeiten, wurden alle aktiven (d.h. beitragspflichtigen) Kammermitglieder angeschrieben. Ausgeschlossen bzw. nicht angeschrieben wurden Mitglieder im Ruhestand, nichtstimmberechtigte Mitglieder und freiwillige Mitglieder. Mitglieder, die in keiner Weise an der ambulanten Versorgung beteiligt sind, wurden gebeten, den Fragebogen zu ignorieren.

3.3 Datenauswertung

Die Datenanalyse umfasst vorwiegend deskriptive Statistiken. In Abschnitten, in denen Gruppen verglichen wurden (z.B. KV-zugelassene Psychotherapeuten vs. Psychotherapeuten in freier Praxis) wurden Chi²-Tests oder Mittelwertvergleiche (zumeist t-Test für unabhängige Stichproben) sowie einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Verwendet wurde die Statistikprogrammsoftware SPSS.

4 Ergebnisse

4.1 Beteiligung/Rücklauf

Insgesamt nahmen n=2365 Mitglieder der einbezogenen fünf Landespsychotherapeutenkammern an der Befragung teil. Nach Überprüfung der eingehenden Fragebögen mussten wegen fehlerhafter und/oder zu vielen fehlenden Angaben n=37 Fälle eliminiert werden. Insgesamt liegen damit Daten von n=2328 Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verfügung. Von diesen ist etwas über die Hälfte aus Baden-Württemberg, ca. ein Fünftel aus Rheinland-Pfalz, jeweils etwa jeder 10. Teilnehmer aus Berlin oder Hamburg und knapp über 5% aus Hessen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Beteiligte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je Landeskammer

Landeskammer	n	%	kumulierte %
Hamburg	261	11,2	11,2
Rheinland-Pfalz	399	17,1	28,3
Berlin	254	10,9	39,3
Baden-Württemberg	1263	54,3	93,5
Hessen	151	6,5	100,0
Gesamt	2328	100,0	

Da alle aktiven Kammermitglieder angeschrieben wurden, kann die Beteiligungsquote nur näherungsweise über eine Ober- und Untergrenze berechnet werden. Eine Untergrenze der Rücklaufquote bezieht sich dabei auf die Grundgesamtheit aller aktiven Mitglieder, die Obergrenze auf die Summe der Mitglieder mit KV-Zulassung. Die „wahre“ Rücklaufquote liegt zwischen diesen beiden Werten, wobei sie mit größerer Wahrscheinlichkeit mehr an der Obergrenze angenommen werden kann, da nur ein geringer Teil der nicht KV-zugelassenen Psychotherapeuten in ambulanter Praxis arbeitet. Tabelle 3 zeigt diese Ober- und Untergrenzen für die Gesamtstichprobe sowie im Vergleich der einzelnen Kammern. Nach dieser Berechnung kann davon ausgegangen werden, dass die Gesamtbeteiligung zwischen 16 und 30% liegt, in den beiden Kammern mit postalischer Befragung (BW, RLP) zwischen knapp über 25 bis deutlich über 50%, in Hamburg zwischen 17 und 34% und in Hessen sowie Berlin zwischen 5 und 10%.

Tabelle 3: Rücklauf-/Beteiligungsquoten je Landeskammer zwischen ca. 5 bis ca. 10%.

Landeskammer	1 n approbierte Mitglieder ¹	2 n nieder- gelassene Psychotherapeuten ²	3 n Rücklauf	RQ bezogen auf 1	RQ bezogen auf 2
Hamburg	1533	757	261	17,0	34,5
Rheinland-Pfalz	1391	746	399	28,7	53,5
Berlin	3578	2268	254	7,1	11,2
Baden-Württemberg	4781	2237	1263	26,4	56,5
Hessen	3305	1779	151	4,6	8,5
Gesamt	14588	7787	2328	16,0	29,9

¹ aktuelle Mitgliederzahlen, approbierte Mitglieder (Stichtag: 31.05.2012)

² Zahlen entnommen aus der Wartezeiten-Studie, BPTK (2011)

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Von den befragten Psychotherapeuten sind 69% weiblich, der Altersdurchschnitt liegt bei 53 Jahren (SD = 9,4 Jahre; Abbildung 1 und Abbildung 2). Fast $\frac{3}{4}$ der Befragten sind Psychologische Psychotherapeuten, etwa 16% Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie knapp 11% doppelt Approbierte (Tabelle 4).

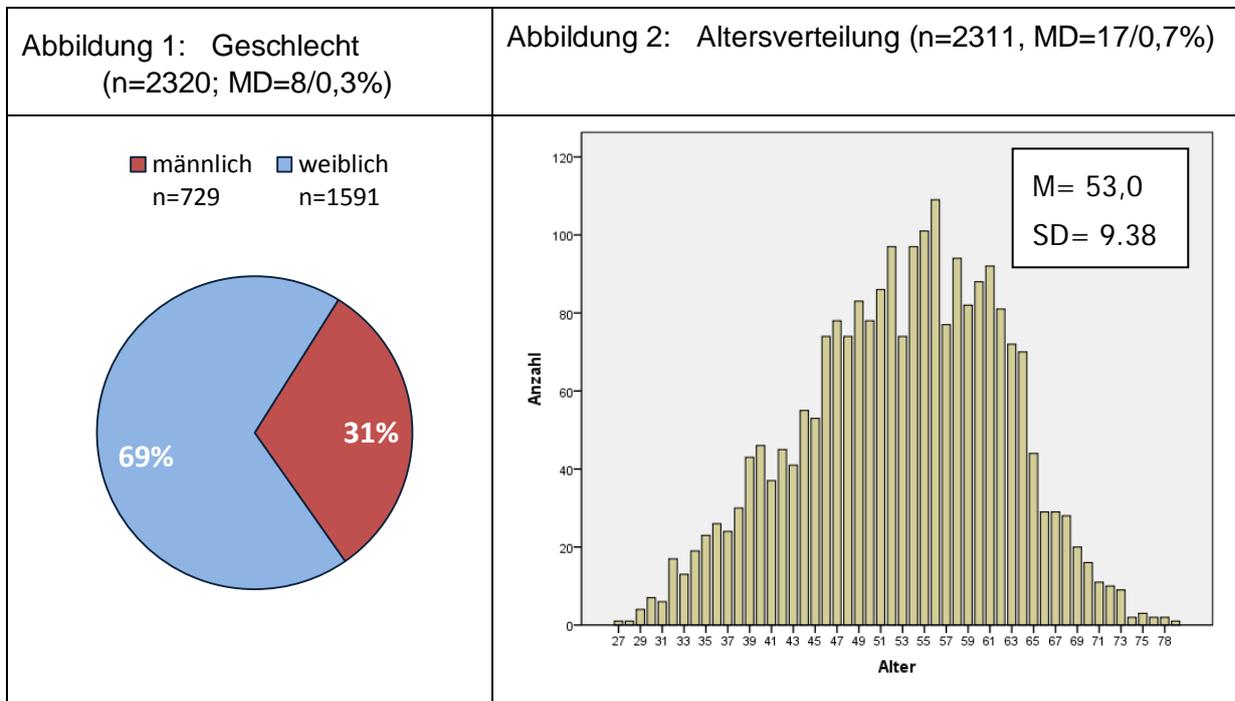


Tabelle 4: Art der Approbation

Approbation als	N	%	gültige %	kum. %
Psychologische Psychotherapeuten (PP)	1700	73,0	73,2	73,2
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP)	374	16,1	16,1	89,3
Doppelt approbierte (PP und KJP)	247	10,6	10,7	100,0
Gesamt	2321	99,7	100,0	
Approbation nicht angegeben	7	0,3		
Gesamt	2328	100,0		

Um einen Anhaltspunkt dafür zu haben, in welchem örtlichen Umfeld die in dieser Befragung repräsentierten Praxen liegen, wurden die Kfz-Kürzel des Stadt- bzw. Landkreises, in dem der Praxissitz liegt, erhoben (Item 25 im Fragebogen; vgl. Anhang) und im Rahmen der vorliegenden Arbeit fünf Umfeldtypen zugeordnet. Diese entsprechen nicht den in der offiziellen Bedarfsplanung definierten „Raumgliederungstypen“, sondern sollen hier nur als Orientierung dienen. Unterschieden werden Großstadtkreise, Kreise von Universitätsstädten (ohne Großstädte), Kreise mittelgroßer Städte (ohne Universität), Kleinstadtkreise und ländliche Kreise.

Wie Tabelle 5 zeigt, liegt ein starkes Viertel der hier erfassten Praxen in den Großstädten Berlin, Hamburg, Frankfurt und Stuttgart sowie etwa ein Drittel in Kreisen von Universitätsstädten wie Freiburg, Gießen, Heidelberg, Marburg, Mainz oder Tübingen. Insgesamt etwa jede sechste Praxis liegt in einem Kreis einer mittelgroßen Stadt wie z.B. Böblingen, Esslingen, Offenbach oder Wiesbaden, jede zehnte in einem Kleinstadtkreis wie z.B. Alzey, Biberach, Emmendingen, Freudenstadt, Ravensburg oder Waldshut. Ebenfalls befindet sich etwa jede sechste Praxis in einem ländlichen Kreis (alle anderen in Tabelle 5 nicht genannten Kennzeichen/Kreise; zur Unterscheidung zwischen KVPT und FPT siehe Tabelle 7).

Tabelle 5: Örtliches Umfeld des Praxissitzes in Abhängigkeit vom Praxisrahmen; Vergleich zwischen KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis (in Prozent); Chi²-Test, p=Signifikanz

(Kfz-Bereiche)	KV-zugelassene PT n=1707	FPT n=426	Gesamt n=2133	Chi ² /p
Großstadtkreise (B, HH, F, S)	26,7	29,1	27,2	Chi ² =1,386 p=.847 df=4
Kreise Universitätsstädte (BN, DA, FR, GI, HD, LD, KA, KL,KS, KN, KO, MA, MR, MZ, SB, TR, Tü, UL)	33,0	31,7	32,7	
Kreise mittelgroßer Städte (BB, ES, GG, GP, HN, LB, LÖ, LU, OF, OG, PF, RT, WI)	15,0	13,6	14,7	
Kleinstadtkreise (AA, AZ, BAD, BC, EM, FDS, FN, KH, PS, RA, RV, SP, TUT, VS, WN, WT)	10,0	9,9	10,0	
Ländliche Kreise (alle anderen genannten)	15,3	15,7	15,4	
Gesamt	100	100	100	

Für eine grobe Abschätzung der Repräsentativität der Stichprobe konnten nur die drei Variablen Geschlecht, Alter und Approbation der aktuellen Mitgliederstatistiken der beteiligten Landeskammern herangezogen werden, da nur diese drei Variablen einheitlich in allen Kammern erfasst werden. Und dies auch nur für die Gesamtheit aller Psychotherapeuten, d.h. einschließlich der Mitglieder, die ausschließlich im institutionellen Umfeld arbeiten. Stichtag für diese Routinedaten ist der 31.5.2012. Wie Tabelle 6 zeigt, sind die Stichprobemerkmale für die Gesamtstichprobe und die Mitgliederstatistik hinsichtlich Geschlecht und Alter nahezu identisch, hinsichtlich Approbation hingegen ergeben sich geringfügige Unterschiede. Hier ist der Anteil der psychologischen Psychotherapeuten in der Untersuchungsstichprobe etwas erniedrigt (73,2 vs. 78,1%) und demgegenüber der Anteil der doppeltapprobierten Psychotherapeuten erhöht (10,7 vs. 6,7%). Innerhalb der einzelnen Landeskammern zeigen sich teilweise auch hinsichtlich Alter und Geschlecht Unterschiede. Auf der Ebene der Gesamtstichprobe kann für die drei verfügbaren Variablen eine annähernde Repräsentativität der untersuchten Psychotherapeuten hinsichtlich der Gesamtheit der Mitglieder der einbezogenen LPKen angenommen werden (zur Repräsentativität hinsichtlich weiterer Variablen, v.a. bzgl. der Therapieverfahren, für die eine Zulassung besteht vgl. 4.5.1).

Tabelle 6: Geschlecht, Alter und Approbation je Landeskammer; Vergleich Befragung (jeweils Zeile 2) mit aktuellen Mitgliederstatistiken (jeweils Zeile 1)

Landeskammer	N	Weiblich (%)	Alter (M/sd)	PP	KJP	PP und KJP
Hamburg	1527	70,7	53,2 / 9,7	79,3	10,9	9,8
	261	73,8	53,1 / 8,9	79,3	10,4	10,0
Rheinland-Pfalz	1443	67,0	50,6 / 9,1	78,7	12,4	8,9
	399	68,9	51,7 / 8,9	73,2	13,5	13,3
Berlin	3600	70,2	53,8 / 9,9	82,9	14,2	2,8
	254	69,7	52,6 / 9,5	82,9	9,6	7,6
Baden-Württemberg	4880	65,8	54,1/10,2	74,4	17,4	7,9
	1263	67,4	53,7 / 9,4	70,2	19,2	10,6
Hessen	3271	70,4	52,1 / 9,6	76,9	16,3	6,8
	151	66,9	50,8/10,1	72,2	17,9	9,9
Gesamt	14711	68,3	53,2 / 9,6	78,1	15,2	6,7
	2328	68,6	53,0 / 9,4	73,2	16,1	10,7

aktuelle Mitgliederzahlen, approbierte Mitglieder (Stichtag: 31.05.2012)

4.3 KV-Zulassung, Ermächtigung und Eintrag ins Arztregister

Von den befragten Psychotherapeuten geben knapp 2/3 (65,6%) an, über einen vollen KV-Sitz zu verfügen, weitere 9% haben eine halbe und ca. 25% keine Zulassung. Von n=591 Psychotherapeuten, die keine KV-Zulassung haben, geben ca. 3/4 an, in „freier“ Praxis zu arbeiten; dies entspricht ca. 19% der Gesamtstichprobe (Abbildung 3). Als Psychotherapeuten in „freier“ Praxis werden diejenigen definiert, die eine Praxis ohne KV-Zulassung betrei-

ben und z.B. im Kostenerstattungsverfahren und/oder vorwiegend mit privat zahlenden Patienten arbeiten. Einen Eintrag ins Arztregister haben 92,4%, eine Ermächtigung 5,5% der befragten Psychotherapeuten (Abbildung 4).

Abbildung 3: KV-Zulassung (in %), $n_{\text{ges}}=2264$ (MD: $n=64/2,7\%$)

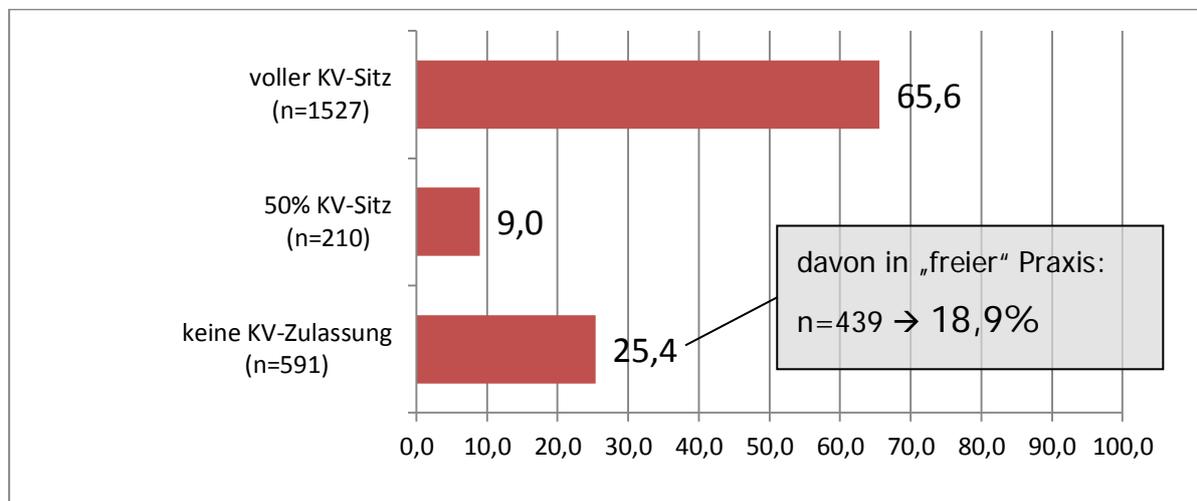
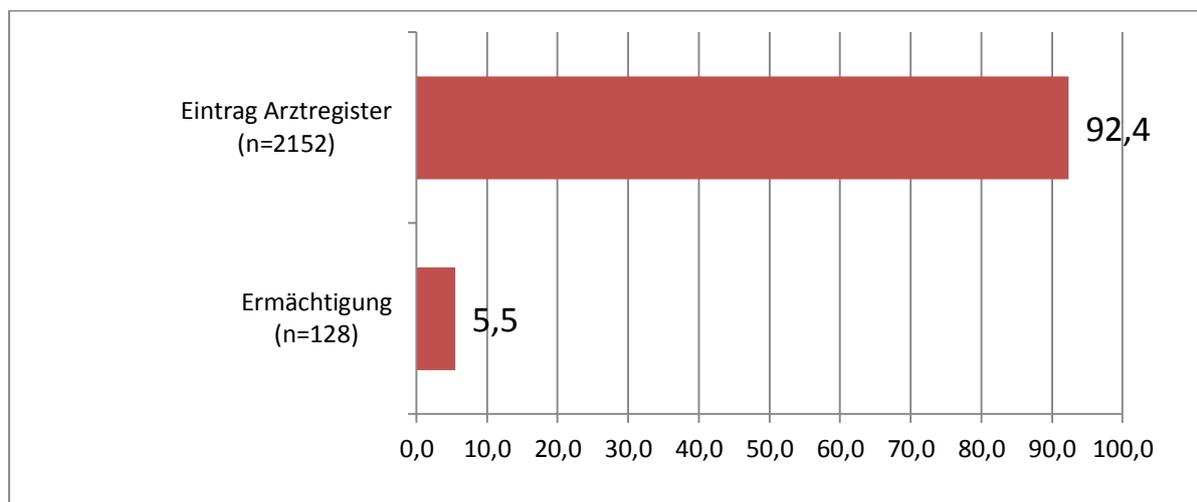


Abbildung 4: Ermächtigung und Eintrag ins Arztregister (in %), $n_{\text{ges}}=2328$



Die sich aus der Kreuztabellierung bei gleichzeitiger Betrachtung der beiden Variablen Zulassung und „freie“ Praxis ergebenden Kategorien sind in Tabelle 7 dargestellt. Danach sind etwa 3/4 ($n=1707$) der hier befragten Psychotherapeuten ausschließlich als KV-zugelassene Psychotherapeuten tätig sowie knapp 20% ($n=426$) ausschließlich in „freier“ Praxis. Von Letzteren verfügen ca. 75% über einen Eintrag ins Arztregister und ca. 7% über eine Ermächtigung; etwa 20% der Psychotherapeuten in „freier“ Praxis geben weder Arztregistereintrag noch Ermächtigung an. Sowohl KV-Zulassung als auch „freie“ Praxis gaben lediglich $n=19$ (0,8%) Befragte an, hierbei handelt es sich überwiegend um Therapeuten, die einen 50%-KV-Sitz halten und entsprechend darüber hinaus noch auf privater Basis Patien-

ten behandeln. Schließlich geben insgesamt knapp über 7% (n=161) der befragten Psychotherapeuten an, weder in KV-Zulassung noch in freier Praxis zu arbeiten; hiervon haben n=106 (65,8% von 161) einen Eintrag ins Arztregister und n=19 (11,8%) eine Ermächtigung. Der berufliche Kontext der Arbeit ist in Kap. 4.4 näher ausgeführt.

Tabelle 7: Zulassung vs. „freie“ Praxis; n_{ges}=2311 (MD: n=17/0,7%)

	n	%	kum. %
Ausschließlich KV-Zulassung (voll/50%)	1707	73,9	73,9
Ausschließlich in „freier“ Praxis	426	18,4	92,1
sowohl KV-Zulassung als auch „freie“ Praxis	19	0,8	92,9
weder/noch	161	7,0	100,0
Gesamt	2313	100,0	

In Tabelle 8 sind die vier Gruppen hinsichtlich Geschlecht, Alter und Approbation dargestellt. Der Anteil weiblicher Psychotherapeutinnen liegt in allen Gruppen um 70%, er ist mit ca. 80% erhöht für die Gruppe der Befragten, die sowohl in KV- als auch in „freier“ Praxis arbeiten. Es zeigt sich, dass die Gruppe der ausschließlich KV-zugelassenen Psychotherapeuten mit knapp 55 Jahren das höchste Durchschnittsalter hat, wohingegen PTs in „freier“ Praxis im Schnitt etwa 4 Jahre jünger sind. Das niedrigste Durchschnittsalter weist mit ca. 45 Jahren die Gruppe der Psychotherapeuten auf, die nicht im Rahmen einer Praxis an der ambulanten Versorgung (z.B. in einer Beratungsstelle) teilnehmen. Hinsichtlich der Approbation zeigt sich, dass der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Gruppe der KV-zugelassenen Psychotherapeuten mit 17,4% etwas höher ist als in den anderen Gruppen, der Anteil der doppelt approbierten hingegen in der Gruppe „beides“ mit 26,3% deutlich erhöht ist.

Tabelle 8: Zulassung vs. „freie“ Praxis hinsichtlich Geschlecht, Alter und Approbation; n_{ges}=2311 (MD: n=17/0,7%)

	KVPT n=1707	FPT n=426	beides n=19	weder/ noch n=161	Gesamt n=2313
Geschlecht weiblich (%)	67,8	70,4	78,9	70,4	68,7
Alter (M/sd)	54,4/7,9	50,6/12,0	49,4/10,2	45,0/10,3	53,0/9,4
PP (%)	71,0	79,8	63,2	81,4	73,2
KJP (%)	17,4	12,2	10,5	13,0	16,1
PPKJP (%)	11,6	8,0	26,3	5,6	10,7

Legende: KVPT=KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT=Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

4.4 Kontext der psychotherapeutischen Tätigkeit

In anderen aktuellen Erhebungen (z.B. Walendzik et al, 2012) zeigte sich, dass viele Psychotherapeuten beruflich in unterschiedlichen Kontexten arbeiten. So arbeiten Psychotherapeuten häufig im Hauptberuf als Angestellte einer Rehabilitationsklinik, einer psychologischen Beratungsstelle oder Institutsambulanz und parallel dazu in einer eigenen (freien) Praxis bzw. in einer Gemeinschaftspraxis mit Kollegen, d.h. durchaus im Sinne eines „Berufsfeld-Patchworks“. Um den (institutionellen) Kontext der psychotherapeutischen Tätigkeit genauer zu erfassen, wurden die Psychotherapeuten gebeten, ihre berufliche Tätigkeit zu differenzieren. Der Wortlaut des entsprechenden Itemblocks: „Ausgehend von Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit im letzten Jahr: Wie haben sich diese in etwa auf die folgenden Bereiche verteilt?“ (vgl. Item 9, Anhang). Hierzu sollte angegeben werden, zu wie viel Prozent in den einzelnen Bereichen gearbeitet wird; die Summe dieser Prozentangaben sollte die gesamte psychotherapeutische Arbeit umfassen (gleich 100%). Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe sowie für die in Kapitel 4.3 differenzierten Tätigkeits-Gruppen. Wie in der jeweils ersten Zeile zu sehen, arbeiten die KV-zugelassenen Psychotherapeuten die überwiegende Zeit alleine in eigener Praxis (durchschnittlich 77,3% der gesamten therapeutischen Arbeitszeit) oder in einer Praxengemeinschaft/Gemeinschaftspraxis (16,1%).

Tabelle 9: Kontext der psychotherapeutischen Tätigkeit; Vergleich Mitglieder mit KV-Zulassung und/oder „freier“ Praxis; durchschnittliche Arbeitszeit-Anteile in Prozent; $n_{\text{ges}}=2296$ (MD: $n=32/1,4\%$)

	KVPT n=1707	FPT n=426	Beides n=19	weder/ noch n=161	Gesamt n=2313
alleine in eigener Praxis	77,3	52,1	50,7	0,5	66,9
in einer Beratungsstelle	0,9	6,5	0,0	20,2	3,3
freiberuflich in Praxengemeinschaft, Gemeinschaftspraxis	16,1	13,3	30,3	4,5	14,9
in einer stationären Einrichtung	0,9	12,2	2,1	28,6	4,9
angestellt in einer Praxis	0,8	1,9	5,3	9,4	1,6
in einer Institutsambulanz	0,6	4,6	2,6	16,5	2,5
Sonstiges	2,0	7,3	9,0	14,1	3,9
Summe	98,4	97,9	100	93,8	98,0

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei den Psychotherapeuten in „freier“ Praxis: Sie verbringen insgesamt durchschnittlich etwas mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit in ihrer Praxis bzw. zu durchschnittlich 13% in einer Praxengemeinschaft/Gemeinschaftspraxis, darüber hinaus etwa 12% in einer stationären Einrichtung, 6,5% in einer Beratungsstelle und knapp 5% in einer Institutsambulanz. Demgegenüber ergibt sich für Psychotherapeuten, die weder über eine KV-Zulassung verfügen noch in „freier“ Praxis arbeiten, ein erwartungsgemäß

deutlich anderes Bild: Die Arbeitszeit dieser Psychotherapeutengruppe setzt sich durchschnittlich zusammen aus ca. 30% Tätigkeit in einer stationären Einrichtung (z.B. Rehaklinik, Akutkrankenhaus), 20,2% in einer Beratungsstelle, 16,5% in Institutsambulanzen und 14,1% in „sonstigen“ Arbeitsfeldern (genannt wurden hier u.a.: ambulante (Sucht-)Reha, Dozenten-/Lehrtätigkeit/Tätigkeit in Fort- und Ausbildung, Notfallpsychotherapie, Prävention). Die zu 100% fehlenden Prozentangaben der Gesamtwerte ergeben sich aus Einzelangaben, deren Summe unter 100% liegen.

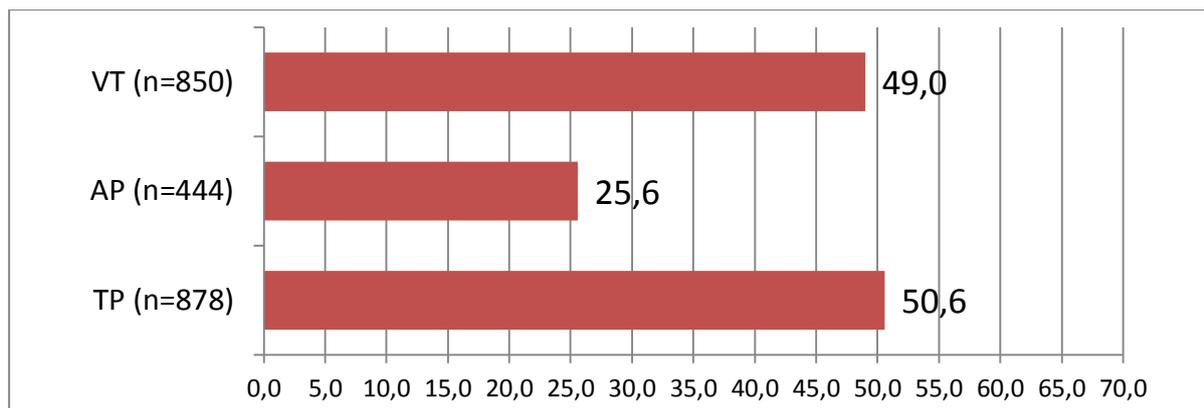
4.5 Therapieverfahren

Bezüglich der in der Versorgungspraxis angewandten Therapieverfahren wurden Psychotherapeuten mit KV-Zulassung und Psychotherapeuten, die in „freier“ Praxis oder auch in einem anderen Kontext arbeiten, separat befragt (vgl. Fragebogen, Anhang, Item 3 und 5). Im Folgenden werden die Ergebnisse für diese beiden Gruppen getrennt dargestellt.

4.5.1 KV-zugelassene Psychotherapeuten

Gefragt wurde, für welche(s) Verfahren eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV vorliegt (vgl. Fragebogen, Item 3: „Für welche Verfahren haben Sie bei der KV eine Abrechnungsgenehmigung“). Für die Psychotherapeuten mit KV-Zulassung ergibt sich folgendes Bild: Jeweils ca. 50% geben an, Verhaltenstherapie (VT) oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) abrechnen zu können, ca. 25% analytische Psychotherapie (AP; vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Therapieverfahren bei KV-Zulassung, volle oder 50%-Zulassung; Mehrfachantworten möglich; $n_{\text{ges}}=1734$;

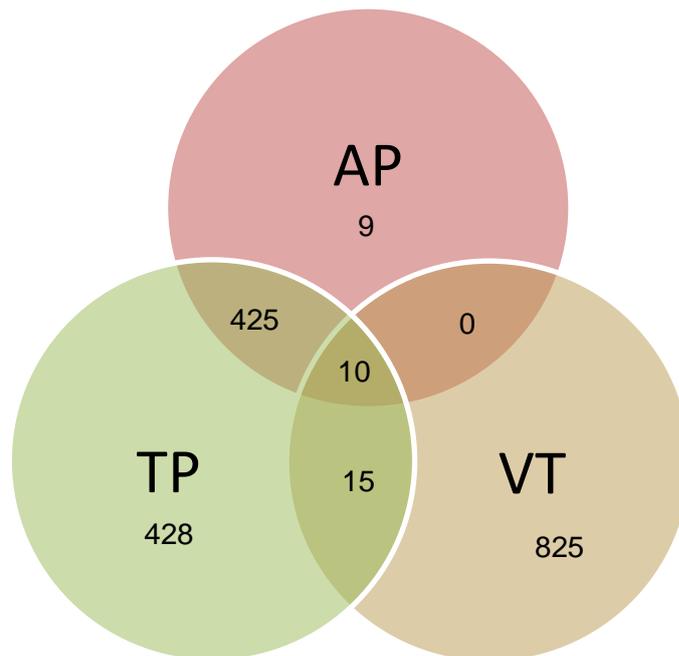


Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

Die häufigste Überschneidung besteht dabei erwartungsgemäß zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie dergestalt, dass etwa die Hälfte der Befragten mit Abrechnungsgenehmigung in TP auch eine Abrechnungsgenehmigung in AP besitzt, umgekehrt haben nahezu alle mit Abrechnungsgenehmigung in AP auch eine für die TP. Insgesamt

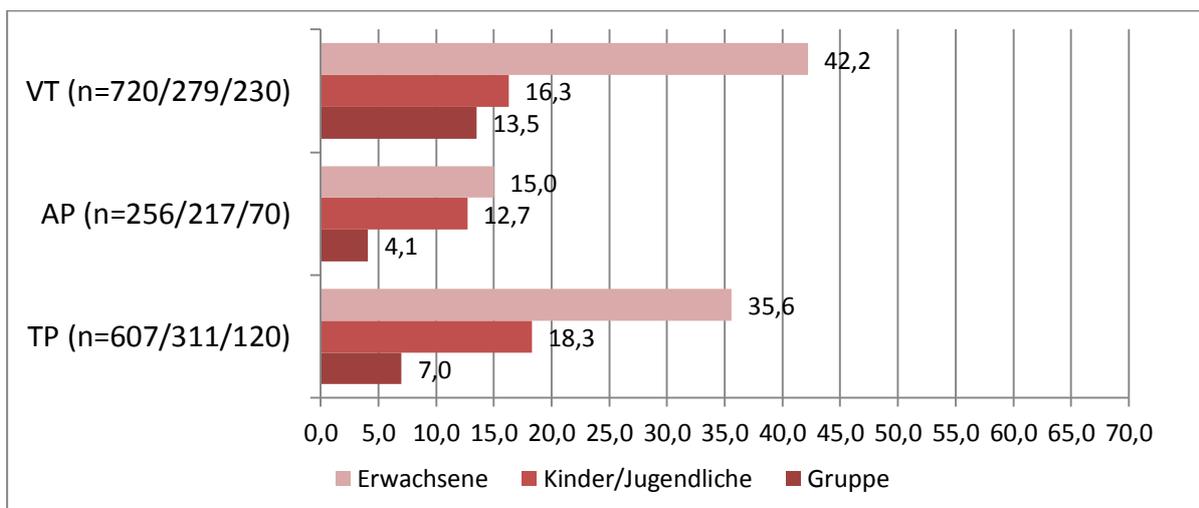
samt 15 Befragte verfügen über eine tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Abrechnungsgenehmigung, weitere 10 eine in allen 3 Verfahren. Nur etwa 3 % der Verhaltenstherapeuten haben auch eine Zulassung für die anderen beiden Verfahren (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Überschneidung der Therapieverfahren bei KV-Zulassung, volle oder 50%-Zulassung; Mehrfachantworten möglich; $n_{ges}=1712$, $n=25$ Mitglieder ohne Angabe; Schematische Darstellung.



Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

Abbildung 7: Therapieverfahren bei KV-Zulassung, Mehrfachantworten möglich; $n_{ges}=1704$



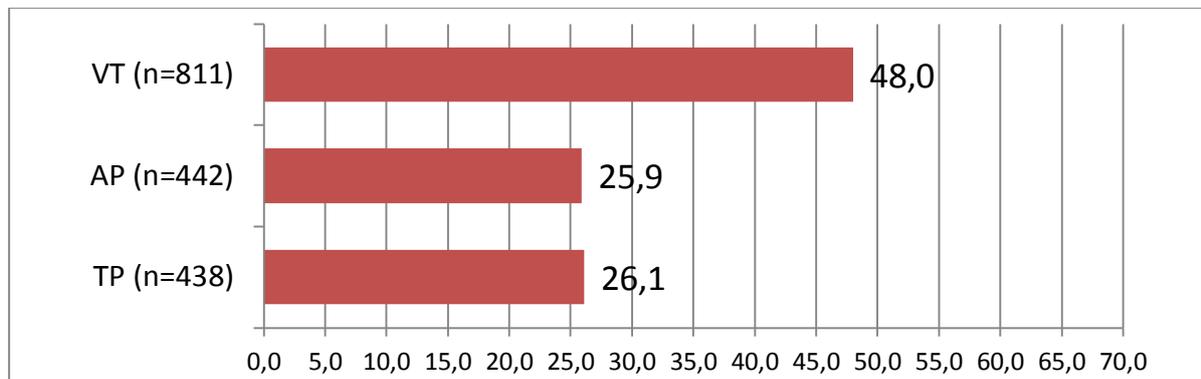
Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

Differenziert man die Therapieverfahren nach der Abrechnungsgenehmigung für Erwachsene, Kinder/Jugendliche oder Gruppe, so zeigt sich, dass sich die Anteile der Verfahren im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie deutlich weniger unterscheiden als im Erwachsenenbereich. Bezüglich des gruppentherapeutischen Settings besteht ein deutliches Übergewicht bei der Verhaltenstherapie; dort liegt zwei bis dreimal häufiger eine Abrechnungsgenehmigung hierfür vor, als bei den anderen beiden Verfahren (vgl. Abbildung 7).

Die doppelt approbierten Psychotherapeuten gaben im Durchschnitt an, dass sie ca. 1/4 ihrer Therapiesitzungen (26,5%) für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen aufwenden.

Für die späteren Vergleiche zwischen den Verfahren wurden drei Gruppen gebildet: Zum einen Psychotherapeuten, die angaben, eine Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie (VT) zu besitzen. Hinsichtlich der Unterscheidung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und analytischer Psychotherapie (AP) wurden wegen der häufigen Überschneidung zwischen beiden Verfahren (vgl. Abbildung 6) alle mit Abrechnungsmöglichkeit für beide Verfahren (TP und AP) der analytischen Psychotherapie zugeschlagen, während als TP nur die gekennzeichnet wurden, die ausschließlich eine Abrechnungsgenehmigung hierfür besitzen; dies sind knapp 50% der Mitglieder, die insgesamt TP angegeben hatten. Befragte, die mehrere Verfahren angeben haben und somit nicht eindeutig zugeordnet werden konnten, wurden bei dieser Klassifikation nicht berücksichtigt. Somit ergibt sich folgende neue Verteilung nach Verfahren (vgl. Abbildung 8): der Anteil der Therapeuten mit Abrechnungsgenehmigung in VT liegt bei 48%, der für AP (mit TP) bei 25,9% und der für TP (ohne AP) bei 26,1%.

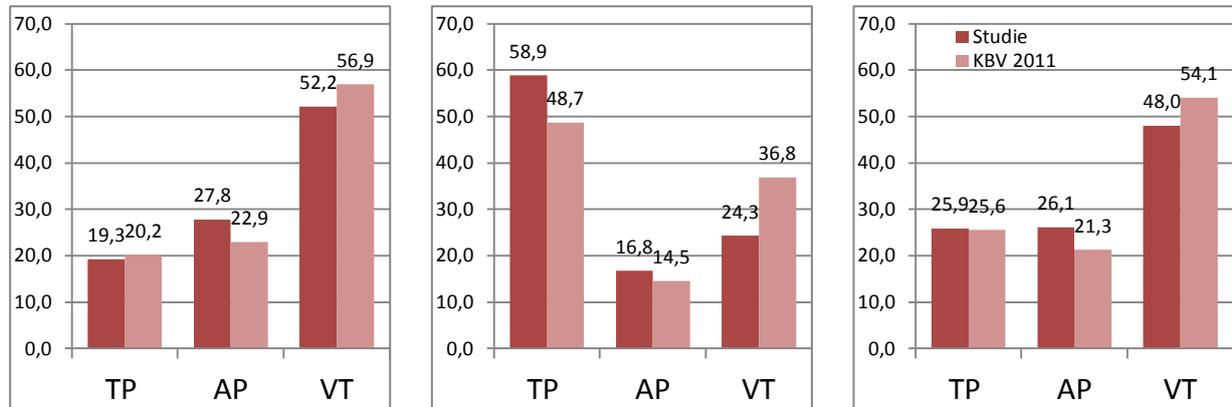
Abbildung 8: Therapieverfahren bei KV-Zulassung, volle oder 50%-Zulassung; einfache Zuordnung zu den Verfahren (alle TP mit AP wurden AP zugeordnet); $n_{\text{ges}}=1691$;



Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte PT

Die folgenden beiden Abbildungen gehen der Frage nach, inwieweit die vorliegende Stichprobe hinsichtlich der Therapieverfahren mit anderen Versorgungsstudien und -daten vergleichbar ist. Hierzu werden zum einen die von der kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegebenen Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland von 2011 (KBV, 2011), zum anderen die Daten der entsprechenden Versorgungsstudien (Walendzik et al., 2011; Wittmann et al., 2012; Albani et al., 2010; Steffanowski et al., 2013) herangezogen.

Abbildung 9: Therapieverfahren bei KV-Zulassung, einfache Zuordnung zu den Verfahren (alle TP mit AP wurden AP zugeordnet); Vergleich Studien-Daten mit Daten der KBV von 2010 (vgl. KBV, 2011); Anteile in Prozent



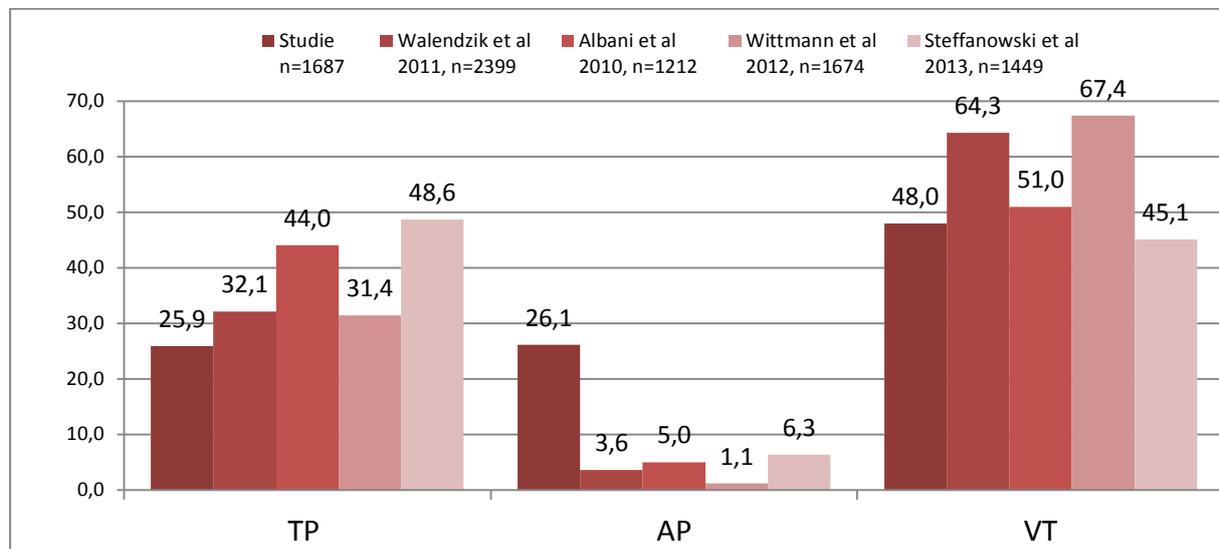
Psychologische Psychotherapeuten
Studie: n=1395; KBV: n=13801

Kinder-/Jugendlichenpsychother.
Studie: n=292; KBV: n=3507

Gesamt PP + KJP
Studie: n=1687 KBV: n=17308

Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte PT

Abbildung 10: Therapieverfahren bei KV-Zulassung; einfache Zuordnung zu den Verfahren (alle TP mit AP wurden AP zugeordnet); PP und KJP insgesamt; Vergleich Studien-Daten mit aktuellen Daten der psychotherapeutischen Versorgungsforschung; Anteile in Prozent



Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte PT

In Abbildung 9 ist der Vergleich mit dem KBV-Daten dargestellt, sowohl getrennt für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, als auch für die Gesamtgruppe. Wie zu sehen (rechte Grafik), sind die Studien-Daten und die Daten der KBV bezogen auf die Gesamtgruppe recht ähnlich, der Anteil der analytischen Psychotherapeuten ist gegenüber dem KBV-Daten etwas erhöht (26 versus 21 %), der Anteil der Verhaltenstherapeuten hingegen etwas erniedrigt (48 versus 44 %). Der TP-Anteil hingegen ist fast

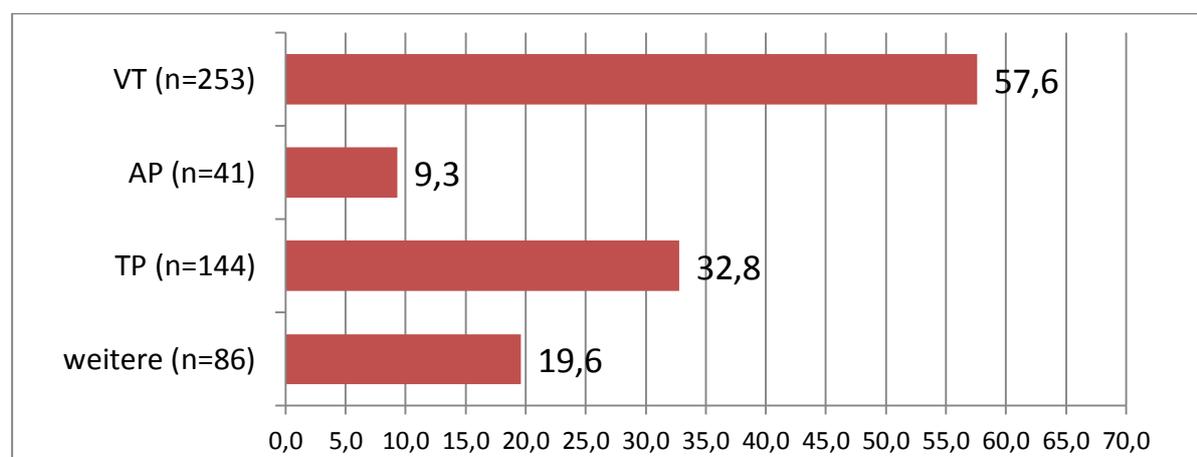
identisch. Betrachtet man nur die psychologischen Psychotherapeuten ergibt sich ein ähnliches Bild wie für die gesamte Stichprobe, bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist in der Studie gegenüber dem KBV-Daten der VT-Anteil unter- (24 versus 37 %) und der TP-Anteil überrepräsentiert (59 versus 49 %).

Vergleicht man die Verteilung der Verfahren mit den aktuell vorliegenden, oben genannten Studien aus der psychotherapeutischen Versorgungsforschung, so zeigt sich ein unterschiedliches Bild: der Anteil der analytischen Psychotherapeuten ist gegenüber allen genannten Studien deutlich überrepräsentiert (26 versus 1,1-6,3 %). Demgegenüber ist in zwei Studien (Albani et al., 2010, Steffanowski et al., 2013) der TP-Anteil, in zwei anderen (Walendzik et al., 2011, Wittmann et al., 2012) der VT-Anteil deutlich erhöht. Insgesamt betrachtet können die hier erhobenen Daten nicht eindeutig mit den Daten aus den zitierten Versorgungsstudien verglichen werden, was zum Beispiel für die Betrachtung der mittleren Behandlungsdauer (siehe unten) von Bedeutung sein wird. Demgegenüber scheinen die Daten hinsichtlich der Therapieverfahren allerdings recht gut vergleichbar zu sein mit den vorliegenden Daten der KBV.

4.5.2 Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

Betrachtet man die Angaben der Psychotherapeuten, die ohne KV-Zulassung in „freier“ Praxis tätig sind, so unterscheiden sich diese deutlicher hinsichtlich der angewandten Verfahren. Erfragt wurde das Psychotherapieverfahren, das zur Approbation führte (Item 5 des Fragebogens, vgl. Anhang). Hierzu liegen Daten von n=439 Befragten vor. Es zeigt sich, dass weit über die Hälfte dieser frei praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verhaltenstherapeutisch arbeitet, ein weiteres knappes Drittel tiefenpsychologisch fundiert und unter 10 % analytisch. Insgesamt knapp jeder 5. gab ein weiteres Verfahren außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie als Arbeitsgrundlage für die Behandlungen an. Letzteres wurde im Fragebogen nicht näher spezifiziert (vgl. Fragebogen, Anhang, Item 5).

Abbildung 11: Therapieverfahren bei „freier“ Praxis (Mehrfachantworten möglich); n_{ges}=439



Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

4.6 Arbeitszeiten

In diesem und den folgenden Abschnitten (Ausnahme: Abschnitt 4.12) werden die Daten jeweils vergleichend dargestellt zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine KV-Zulassung haben und jenen, die in „freier“ Praxis arbeiten. Tabelle 10 zeigt die angegebenen durchschnittlichen Arbeitszeiten; es handelt sich dabei um eine konservative Schätzung, da die Arbeitszeiten für die Mitglieder, die keine Angabe dazu machten und falls die Daten nicht aus anderen Variablen hergeleitet werden konnten, auf null gesetzt wurde (MD=0). Die Jahresarbeitszeit beträgt für die Gesamtgruppe 42,7 Wochen (sd=5,2), wobei die Mitglieder in „freier“ Praxis mit ca. 41 Wochen bei höherer Streubreite eine etwas geringere Jahresarbeitszeit aufweisen, als jene mit KV-Zulassung (knapp über 43 Wochen). Die Wochenarbeitszeit liegt bei durchschnittlich 35 Stunden bei relativ hoher Streuung (sd=13,6); hier und auch in den anderen Parametern der Wochenarbeitszeiten unterscheiden sich KV-zugelassene Psychotherapeuten mit durchschnittlich 38 Stunden deutlich von den Psychotherapeuten in "freier" Praxis mit ca. 26 Stunden im Schnitt. Berechnet man die Zeiten nur für die Gruppe der Psychotherapeuten mit einer 100%-Zulassung, so liegt das durchschnittlich wöchentliche Zeitvolumen bei ca. 39 Stunden. Von diesen werden ca. 75% (29,0 Stunden; Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen) für Psychotherapie bzw. die Arbeit mit Patienten und ca. 25 (9,3 Std.) für Verwaltung, d.h. Berichte an Gutachter/Kostenträger, sonstige Verwaltungsaufgaben wie Telefonate oder Dokumentation und sonstige Aufgaben, z.B. Supervision und Intervention aufgewendet. Hinzu kommt noch durchschnittlich ca. 1 Stunde pro Woche tatsächlicher Therapieausfall (s.u.), der nicht kompensiert werden kann, z.B. durch Verlegung oder Vergabe an andere Patienten.

Tabelle 10: Arbeitszeiten; Vergleich Psychotherapeuten (PTs) mit KV-Zulassung vs. Psychotherapeuten in „freier“ Praxis; $n_{\max}=2133$

	KVPT n=1707	KVPT mit 100% Zulas- sungen n=1525	FPT n=426	Gesamt PTs in Praxis n=2133
	jeweils M/sd			
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	43,1/4,5	43,1/4,6	41,4/7,4	42,7/5,2
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	38,4/12,1	38,6/11,8	26,0/15,5	35,4/13,6
Behandlungsstunden	25,6/10,7	26,3/10,6	18,9/13,6	24,3/11,6
Probatorische Sitzungen	2,6/2,0	2,7/2,1	1,2/1,5	2,4/2,0
Abfassung Berichte/Anträge	3,2/2,1	3,2/2,0	1,7/2,1	2,9/2,2
sonstige Verwaltungsaufgaben	6,0/3,8	6,1/3,7	3,9/3,5	5,6/3,8
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	1222,5/ 506,2	1259,8/ 500,9	882,2/ 623,7	1160,0/ 545,7
Jährliche Stundenbelastung insge- samt ²	1623,6/ 556,7	1670,0/ 545,4	1131,5/ 712,9	1533,1/ 618,4

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis; ¹ entspricht (Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen) x Jahresarbeitszeit; ² entspricht Wochenarbeitszeit x Jahresarbeitszeit; geringfügige Abweichungen durch Missing-Data-Korrekturen

Nicht explizit erfragt wurden in dieser Studie u.a. Zeiten für Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement, berufspolitische Arbeiten, Fremdsupervisionen, Lehr- oder eigene gutachterliche Tätigkeiten, ebenso Tätigkeiten im „erweiterten“ Praxisumfeld (z.B. für Praxisreinigung, Quartals/-Jahresabrechnung etc.; vgl. Fragebogen im Anhang).

Die durchschnittliche jährliche Behandlungskapazität liegt zwischen ca. 900 Stunden für Psychotherapeuten in „freier“ Praxis und 1200 Stunden bei Psychotherapeuten mit einer 100%-KV-Zulassung. Alle Unterschiede zwischen KVPT und FPT sind hochsignifikant ($p < .001$). Berechnet man die gesamte Kapazität der hier befragten KV-zugelassenen Psychotherapeuten, so ergibt sich ein Stundenvolumen von 2,09 Millionen Stunden (1222 Stunden x 1707 Psychotherapeuten). Dem stehen in dieser Erhebung ca. 375000 Stunden (882 x 426) gegenüber, die von Psychotherapeuten in „freien“ Praxen erbracht werden. Dies entspricht ca. 18% der Leistungen, die von den KV-zugelassenen Psychotherapeuten erbracht werden, und ca. 15% aller hier erfassten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen.

Tabelle 11: Patientenzeit und Arbeitszeit von Psychotherapeuten; Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Studien (zit. nach BPtK, 2013)

	GKV Patientenzeit	GKV Arbeitszeit I (Patientenzeit + 40 % Doku- mentation, analog zur EBM-Prüfzeit)	GKV Arbeitszeit II: GKV (Patientenzeit + 50 % Doku- mentation)	Gesamt Patientenzeit	Gesamt Gesamt- Arbeitszeit
Walenzik et al. 2011 N = 1.747	21,6	30,2	32,4	24,5	36,8
Seeger et al. 2005 N = 899	24,4	34,2	36,6	27,7	36,0
Peikert et al. 2011 N = 905	22,6	31,6	33,9	25,6	38,4
ZI 2012 N = 447	27,3	38,3	41,0	31,0	47,0
KBV-Ärztemonitor 2012	25,5	35,7	38,2	28,9	42,4

Angaben in Stunden pro Woche. Patientenzeit bezieht sich auf direkten Kontakt mit Patienten, Arbeitszeit I ist analog zum Verhältnis Prüfzeit/Mindestpatientenkontaktzeit im EBM berechnet; die Arbeitszeit II beinhaltet die Patientenzeit und die realistischere Schätzung von zusätzlichen 50 Prozent weiterer Arbeitszeit; schwarz gedruckte Ergebnisse gehen direkt aus den Umfragen hervor; grau gedruckte Ergebnisse sind daraus abgeleitet.

Aktuell liegen Umfrageergebnisse von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPTV; Walenzik et al., 2010), der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Seeger et al., 2005), der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (Peikert et al., 2011), dem ZI (2012) und der KBV (2012) vor.

Quelle: BPtK 2013

Im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Versorgungsstudien zur Patienten- und Arbeitszeit von Psychotherapeuten (vgl. Tabelle 11, die aus dem BPtK-Standpunkt „10 Tatsachen zur Psychotherapie“ (BPtK, 2013) entnommen ist) entsprechen die in der vorliegenden Studie für Praxen mit 100%iger Kassenzulassung ermittelten Zeiten hinsichtlich direkter Arbeit mit Patienten (26,3+2,7=29,0) den höheren Werten der ZI- bzw. der KBV-Daten. Bezüglich der Anteile der Patientenzeit an der jeweiligen Gesamtarbeitszeit beträgt der hier ermittelte Anteil

75%. Berücksichtigt werden muss dabei allerdings, dass in der vorliegenden Studie die Zeiten für die o.g. Arbeiten außerhalb der direkten Patientenversorgung nicht erhoben wurden. Auf der Basis von Schütte et al. (2003) kann ein zusätzliches wöchentliches Stundenvolumen von etwa 5 Stunden angenommen werden. Unter Einbezug dieser Schätzung beträgt der wöchentliche Stundenaufwand außerhalb des direkten Patientenkontaktes insgesamt ca. 14,5 Stunden, dies entspricht einem Anteil von ca. 33% bei einer Gesamtwochenstundenzahl von durchschnittlich ca. 43,5 Stunden. Dieser Umfang ist vergleichbar mit den oberen Grenzen der in Tabelle 11 genannten Studien. Wichtig für die *Bewertung* der %-Anteile ist, dass für eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zusätzliche, für den Betrieb der Praxis relevante Kosten z.B. für Putzhilfen, Raummiete etc. mit einzubeziehen sind.

Tabelle 12 zeigt die Arbeitszeiten auf der Grundlage der o.g. Studien im Vergleich. Wie zu sehen, liegen sowohl die jährlichen Behandlungskapazitäten also auch die jährliche Gesamtstundenbelastung für die hier untersuchte Stichprobe im oberen Bereich, nur die Daten des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung liegen noch einmal deutlich darüber, die Daten der KBV sind annähernd identisch.

Tabelle 12: Arbeitszeiten; Vergleich Psychotherapeuten mit KV-Zulassung der vorliegenden Studie mit Vergleichserhebungen/-daten, Mittelwerte

Studien/Daten	1	2	3	4	5	6
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	43,1	42,8	43,4	43,7 ¹	45,3	43,7 ¹
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	43,4	36,3	36,0	38,4	47,0	42,7
Behandlung+Probatorik	28,2	24,5	27,7	25,6	31,0	28,9
Sonstiges (in Studie erfasst)	9,2	11,8	8,3	12,8	16,0	13,8
Nicht erfasst; Schätzung (nur 1)	5,0	--	--	--	--	--
Prozentanteil Patientenkontakt	66,2	67,5	76,9	66,7	65,9	67,7
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ²	1222,5	1048,6	1202,2	1118,7	1404,3	1262,9
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ²	1839,1	1644,9	1562,4	1678,1	2129,1	1866,0

Legende: 1=vorliegende Studie, n=1707; 2=Walendzik et al 2011, n=2497; 3=Seeger et al., 2005, n=1481, 4=Peikert et al, 2011, n=1110; 5= ZI 2012, n=447; 6= KBV 2012, n=?; ¹ keine Angabe in der Studie enthalten, zur Berechnung der jährlichen Stundenzahlen wurde hier der Mittelwert der anderen vier Studien eingesetzt; ² zur Berechnung vgl. Tab. 10.

Tabelle 13 zeigt die unterschiedlichen Arbeitszeiten für männliche und weibliche Psychotherapeuten im Vergleich. Einbezogen wurden hier nur Psychotherapeuten mit einer 100%-KV-Zulassung. Hinsichtlich der Jahresarbeitszeit in Wochen ist der Unterschied zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von knapp einer Woche zwar signifikant aber dennoch gering. Demgegenüber ergibt sich für die Gesamtwochenarbeitszeit in Stunden bei männlichen Psychotherapeuten (ca. 44 Stunden) ein deutlich höherer Wert als für die Psychotherapeutinnen (ca. 36 Stunden). Männliche Psychotherapeuten arbeiten dabei ca. 34 Stunden direkt mit Patienten (Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen), während

ihre weiblichen Kolleginnen dies im Schnitt 26 Stunden pro Woche tun. Keine bedeutsamen Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der Zeiten für die Abfassung von Berichten, Anträgen und sonstigen Verwaltungsaufgaben, sie lagen für beide Therapeuten-Gruppen bei knapp 10 Stunden pro Woche (die jeweils ca. 5 weiteren Std. außerhalb des direkten Patientenkontakts sind hier und in der folgenden Tabelle nicht einbezogen).

Tabelle 13: Arbeitszeiten; Vergleich hinsichtlich Geschlecht, nur Psychotherapeuten mit 100%-KV-Zulassung (KVPT); n_{max}=1452; t-Test für unabhängige Stichproben

jeweils M/sd	Männer n=515	Frauen n=1010	Gesamt n=1525	T/p
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	43,7/3,2	42,8/5,1	43,1/4,6	3,85/.001
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	43,7/11,4	36,0/11,1	38,6/11,8	12,47/.000
Behandlungsstunden	30,6/10,5	24,1/9,9	26,3/10,6	11,77/.000
Probatorische Sitzungen	3,1/2,3	2,5/1,9	2,7/2,1	5,13/.000
Abfassung Berichte/Anträge	3,4/2,2	3,2/2,0	3,2/2,1	1,74/.082
sonstige Verwaltungsaufgaben	6,4/4,0	6,1/3,7	6,2/3,8	1,44/.150
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	1480,9 501,3	1144,6 460,3	1259,8/ 500,9	12,48/.000
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ¹	1911,0/ 519,2	1544,7/ 516,1	1670,0/ 545,4	12,82/.000

Legende: T=Prüfgröße des t-Tests, p=Signifikanzniveau; ¹ zur Berechnung vgl. Tab. 10

Die aus Jahres- und Wochenarbeitszeit errechnete jährliche Behandlungskapazität liegt demnach für die männlichen Psychotherapeuten bei 1500 und für die weiblichen Psychotherapeutinnen bei ca. 1150 Stunden, die jährliche Gesamtstundenbelastung bei ca. 1900 versus ca. 1550 Stunden (sowie jeweils ca. 215 weitere Stunden - ca. 43 Wochen x 5 Std. -, entsprechend einem Gesamtumfang von ca. 2100 bzw. 1750 Stunden). Hierbei ist sowohl für die Behandlungskapazität als auch für die Gesamtstundenbelastung für beide Therapeutengruppen eine hohe Variabilität zu verzeichnen.

Tabelle 14 zeigt die unterschiedlichen Arbeitszeiten für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Auch hier wurden nur Psychotherapeuten mit einer 100%-KV-Zulassung einbezogen. Hinsichtlich Jahresarbeitszeit ergibt sich ein signifikanter Überhang bei den PPs von ca. 1,5 Wochen. Nicht statistisch bedeutsam hingegen ist der Unterschied in der Wochenarbeitszeit (38,4 vs. 37,4 Stunden). Allerdings scheint der Anteil der verwaltungsbezogenen Arbeitszeit im Verhältnis zu der Zeit, die direkt mit Patienten (Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen) verbracht wird, bei den KJP deutlich höher zu sein. Während die Anzahl an Behandlungsstunden bei KJP signifikant niedriger ist als bei PP (27,4 vs. 29,0), ist die Stundenzahl für Verwaltungsaufgaben (Berichte, Anträge und sonstige Verwaltungsaufgaben) erhöht (9,9 vs. 9,2 Stunden wöchentlich + jeweils ca. 5 Std.). Der Anteil dieser Verwaltungsaufgaben an der Wochenarbeitszeit beträgt bei den KJP 26,5%, bei den PP 24,0%. Auch hinsichtlich der jährlichen Gesamtbehandlungs-

kapazität sowie der jährlichen Gesamtstundenbelastung unterscheiden sich PP und KJP derart, dass diese beiden Parameter bei den PP gegenüber den KJP erhöht ist.

Tabelle 14: Arbeitszeiten; Vergleich Psychologische Psychotherapeuten (PP) mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), jeweils nur einfach Approbierte bei 100% Kassenzulassung; $n_{\max}=1381$

	Nur PP n=1063	Nur KJP n=278	Gesamt n=1341	T/p
jeweils M/sd				
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	43,4/4,4	41,8/4,6	43,1/4,6	5,14/.000
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	38,4/11,6	37,4/11,6	38,6/11,8	1,36/.173
Behandlungsstunden	26,4/10,2	24,6/10,6	26,3/10,6	2,66/.008
Probatorische Sitzungen	2,6/2,0	2,8/2,2	2,7/2,1	-0,89/.419
Abfassung Berichte/Anträge	3,3/2,1	3,1/1,9	3,2/2,1	1,60/.111
sonstige Verwaltungsaufgaben	5,9/3,6	6,8/4,1	6,2/2,8	-3,33/.001
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	1268,4/ 484,7	1158,3/ 506,9	1245,7/ 491,2	2,69/.007
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ¹	1675,8/ 536,5	1576,1/ 533,2	1655,7/ 537,1	3,25/.001

Legende: PP = Psychologische Psychotherapeuten, KJP = Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten;

¹ zur Berechnung vgl. Tab. 10

4.7 Therapieausfälle/Patientenseitige Absagen

Durchschnittlich werden monatlich 6,3 Therapiestunden kurzfristig seitens der Patienten abgesagt, davon können durchschnittlich 4,5 Stunden nicht an andere Patienten vergeben werden, d.h. es handelt sich um tatsächliche Therapieausfälle (vgl. Tabelle 15). Demzufolge wird wöchentlich etwas mehr als eine Stunde Therapiezeit bereitgehalten, die nicht für andere Patienten bzw. für die Gesamtversorgung zur Verfügung steht. Dabei sind die Ausfallzeiten für Psychotherapeuten mit KV-Zulassung etwas höher als bei Psychotherapeuten in "freier" Praxis (kurzfristige Absagen 6,9 vs. 3,8; tatsächliche Therapieausfälle: 4,8 vs. 3,1).

Tabelle 15: Therapieausfälle: kurzfristige Absagen seitens der Patienten sowie tatsächliche Therapieausfallstunden; Vergleich Mitglieder mit KV-Zulassung vs. „freie“ Praxis; $n_{\text{ges}}=2126$

	KVPT n=1669/1651	FPT n=371/358	Gesamt n=2040/2009
jeweils M/sd			
kurzfristige Absagen seitens der Patienten	6,9/6,2	3,8/3,4	6,3/5,9
davon nicht kurzfristig an andere Patienten weitergebbar (tatsächliche Absagen/zu Verfügung gehalten, aber nicht besetzbare Stunden)	4,8/4,7	3,1/3,0	4,5/4,5

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

Anders als in einer haus- oder fachärztlichen (d.h. nicht-psychotherapeutischen) Praxis können kurzfristig abgesagte Termine nicht direkt an wartende Patienten weitergegeben werden. Würde man diese tatsächlichen Therapieausfälle auf die ca. 16.500 in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen (PPs und KJPs) hochrechnen, ergäbe sich ein jährlicher Stundenausfall von ca. 800.000 Stunden (4,8 monatlich x 43 Wochen bzw. 10 Monate x 16.500 Psychotherapeuten), die nicht für die Versorgung behandlungsbedürftiger und auf einen frei werdenden Behandlungsplatz wartender psychisch kranker Menschen zur Verfügung steht. Bei ca. 40 Therapiestunden jährlich könnten hier allein ca. 20.000 Patienten jährlich mehr behandelt werden.

Signifikante Unterschiede ergeben sich zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sowohl bei den kurzfristigen Absagen ($M_{PP}=6,1$; $sd_{PP}=5,4$; $M_{KJP}=6,9$; $sd_{KJP}=6,5$; $T=-2,498$, $p=.013$, $n=1819$) als auch bei den tatsächlichen Therapieausfällen ($M_{PP}=4,3$; $sd_{PP}=4,2$; $M_{KJP}=5,4$; $sd_{KJP}=4,6$; $T=-3,744$, $p=.000$, $n=17949$).

4.8 Finanzierungsgrundlage der Psychotherapien

Befragt nach der Finanzierungsgrundlage der durchgeführten Therapien (Item 10: „Wie hoch war im letzten Jahr in etwa der Anteil der von Ihnen behandelten Patienten, deren Psychotherapie über folgende Wege finanziert wurde?“; vgl. Anhang) geben die hier befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an, dass die Behandlungen in etwas mehr als 70% der Fälle im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden. Insgesamt etwa 14% der Psychotherapien werden durch private Krankenversicherungen finanziert und knapp 5% erfolgen im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens durch die GKV. Darüber hinaus werden knapp 6% der Behandlungen von den Patienten selbst bezahlt.

Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Verteilungen der Psychotherapeuten in „freier“ Praxis von den KV-zugelassenen Psychotherapeuten. Während Letztere etwa 86% ihrer Behandlungen als Richtlinien-Psychotherapie über die GKV und weitere 9% über private Krankenversicherungen abrechnen, bei lediglich 0,6% Kostenerstattung und 1,6% Selbstzahlern, ergibt sich für die Psychotherapeuten in „freier“ Praxis ein völlig anderes Bild: Dort ist der größte Block die private Krankenversicherung (34%), gefolgt von 23% Selbstzahlern; in weiteren 20% erfolgen die Behandlungen im Kostenerstattungsverfahren sowie 9% über die GKV im Rahmen der PT-Richtlinien (Letztere wahrscheinlich als Angestellte in Kassenarztpraxis oder MVZ). Bei knapp 14% der Behandlungen sind andere als die genannten Finanzierungen Grundlage. Die Unterschiede sind alle statistisch hochsignifikant (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Finanzierung der ambulanten Psychotherapie, Anteile in Prozent; $n_{\text{ges}}=2125$ (MD: $n=1/0,05\%$)

	KVPT n=1705	FPT n=419	Gesamt n=2125
GKV im Rahmen der PT-Richtlinien	86,3	8,8	71,4
GKV im Rahmen der Kostenerstattung	0,6	20,1	4,4
private Krankenversicherung	9,3	34,4	14,3
Selbstzahler	1,6	22,5	5,8
Sonstiges	2,2	14,2	4,1
Gesamt	100	100	100

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

4.9 Behandelte „besondere“ Patientengruppen

Die Frage nach der Behandlung von Patienten mit besonderen Merkmalen wurde im globalen Ja/Nein-Format gestellt (Item 12 des Fragebogens, vgl. Anhang) und ergibt folgendes Bild für die Gesamtgruppe (KVPT + FPT): Ca. 74% behandeln Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, 72% Patienten aus „niedrigeren“ Bildungsschichten, 66% auch ältere Patienten (60 Jahre und älter), 45% Patienten mit ADHS, 38% Patienten mit Psychosen und 16% geistig behinderte Patienten. Darüber hinaus gaben ca. 45% der Befragten an, „sonstige“ besondere Patientengruppen zu behandeln; häufiger genannt wurden hierbei unter anderem Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Autismus, Patienten mit chronischen Schmerzen bzw. einer chronischen körperlichen, zum Beispiel onkologischen oder neurologischen Erkrankung, Patienten mit Migrationshintergrund, Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen oder Patienten mit einer Suchterkrankung.

Vergleicht man die Psychotherapeuten mit KV-Zulassung und die in „freier“ Praxis Tätigen, so ergeben sich in allen Gruppen statistisch hoch signifikante Unterschiede zumeist derart, dass die Behandlungsraten in der Gruppe der KV-zugelassenen Psychotherapeuten deutlich höher ist als in der Gruppe der Psychotherapeuten in „freier“ Praxis (vgl. Tabelle 17). So gaben zum Beispiel fast doppelt so viele KV-Psychotherapeuten an, Patienten mit Psychosen zu behandeln (41 versus 26%), ebenfalls deutlich erhöht ist der Anteil bei Patienten mit niedriger Bildung (78 versus 46%) und bei Borderline-Patienten (79 versus 54%). Auch signifikant erhöht, wenn auch nicht ganz so deutlich, ist der Anteil der Psychotherapeuten mit KV-Zulassung, die Patienten behandeln, die 60 Jahre und älter sind (70 versus 52%), die ADHS haben (48 versus 33%) oder die geistig behindert sind (17 versus 11%). Demgegenüber sind die „sonstigen“ Patientengruppen als einzige hier definierte bzw. mögliche Angabe bei den Psychotherapeuten in „freier“ Praxis deutlich erhöht (57 versus 41%).

Abbildung 12: Behandelte „besondere“ Patientengruppen, nur Mitglieder mit KV-Zulassung oder in „freier“ Praxis (Mehrfachantworten möglich); n_{ges}=2114

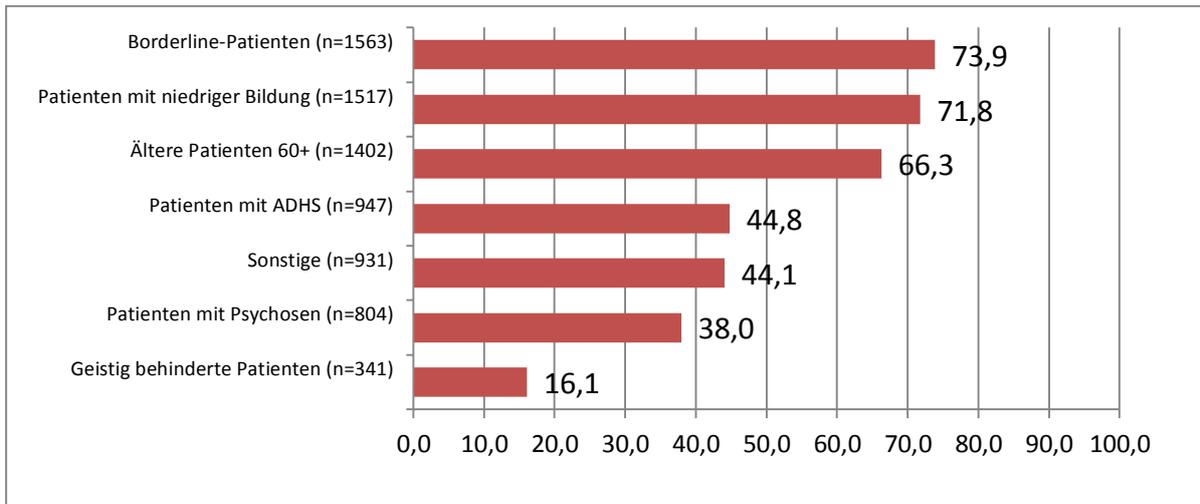


Tabelle 17: Behandelte „besondere“ Patientengruppen, Vergleich Psychotherapeuten mit KV-Zulassung und in „freier“ Praxis (Mehrfachantworten möglich); n_{ges}=2114

	KVPT n=1698	FPT n=416	Gesamt n=2114	Chi ²	p
Borderline-Patienten	78,8	54,1	73,9	105,9	.000
Patienten mit Psychosen	40,9	26,2	38,0	30,8	.000
Geistig behinderte Patienten	17,4	10,8	16,1	10,8	.000
Patienten mit ADHS	47,8	32,5	44,8	31,9	.000
Ältere Patienten 60+	69,9	51,7	66,3	49,7	.000
Patienten mit niedriger Bildung	78,0	46,3	71,8	166,2	.000
Sonstige	40,9	56,9	44,1	34,4	.000

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

Beim Vergleich Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) – hier wurden der besseren Vergleichbarkeit wegen wieder nur die Psychotherapeuten mit einer 100%-KV-Zulassung ausgewählt – ergeben sich bzgl. der Behandlung von spezifischen Patientengruppen für vier der Gruppen statistisch signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle 18). Deutlich erhöht ist bei den PP der Anteil der Behandlung von Patienten mit Psychosen (47 versus 15%) und etwas erhöht der Anteil an Borderline-Patienten (83 versus 72%). Demgegenüber behandeln deutlich mehr KJP Patienten wegen ADHS (88 versus 35%) oder die geistig behindert sind (35 versus 12%). In den Kategorien „Patienten mit niedriger Bildung“ (78 versus 46%) sowie „Sonstige“ (43 versus 39%) gibt es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen PP und KJP. In einem Fall, der Behandlung von älteren Patienten (60+), macht die Unterscheidung zwischen PP und KJP natürlich keinen Sinn, die %-Angaben sind dennoch aufgeführt, weil sie zeigen, dass es im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie inzwischen absolut üblich geworden ist, ambulant ältere

re Patienten zu behandeln: über 85% der PT geben an, Patienten über 60 Jahre zu behandeln.

Tabelle 18: Behandelte „besondere“ Patientengruppen, Vergleich Psychologische Psychotherapeuten und Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten; jeweils nur mit 100% KV-Zulassung (Mehrfachantworten möglich); $n_{\text{ges}}=1341$

	Nur PP n=1063	Nur KJP n=278	Gesamt n=1341	Chi ²	p
Borderline-Patienten	81,3	72,1	79,4	11,23	.001
Patienten mit Psychosen	47,3	14,9	40,6	95,56	.000
Geistig behinderte Patienten	11,5	35,3	16,4	89,45	.000
Patienten mit ADHS	34,6	87,7	45,6	248,33	.000
Ältere Patienten 60+	86,2	---	68,5	---	---
Patienten mit niedriger Bildung	78,8	78,6	78,8	0,01	.947
Sonstige	39,2	43,1	40,0	1,42	.233

Legende: PP = Psychologische Psychotherapeuten, KJP = Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten

4.10 Therapiedauer

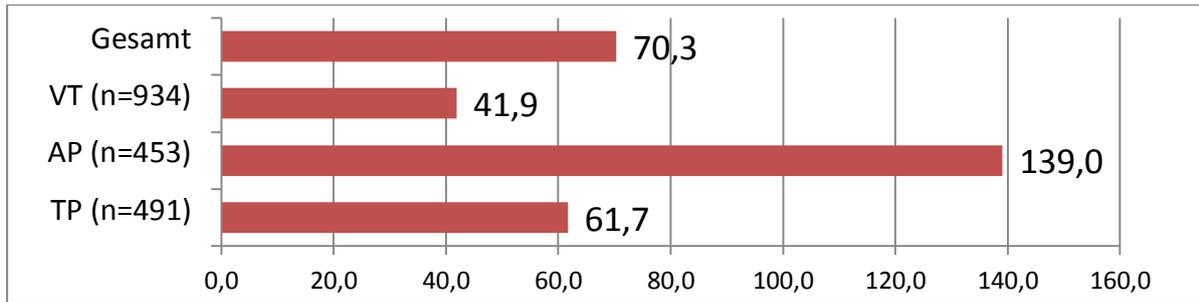
Zur Erfassung der durchschnittlichen Dauer der durchgeführten Behandlungen wurden die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebeten, den Gesamtstundenumfang der letzten 5 abgeschlossenen ambulanten Psychotherapien anzugeben (Item 11 des Fragebogens, vgl. Anhang). Dabei wurde nicht unterschieden, wie viele Stunden auf welcher Finanzierungsgrundlage durchgeführt wurden. Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe (Mitglieder mit KV-Zulassung und in "freier" Praxis) sind in Abbildung 13 zusammengefasst. Demnach wurden durchschnittlich etwa 70 Behandlungsstunden pro Patient aufgewandt (sd=60,8, n=1878).

Wie bereits in 4.5.1. ausgeführt, wurden für die Unterscheidung zwischen den Verfahren drei Gruppen gebildet: Zum einen Psychotherapeuten, die angaben, eine Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie (VT) zu besitzen. Hinsichtlich der Unterscheidung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und analytischer Psychotherapie (AP) wurden wegen der häufigen Überschneidung zwischen beiden Verfahren (vgl. Abbildung 6) alle mit Abrechnungsmöglichkeit für beide Verfahren (TP und AP) der analytischen Psychotherapie (AP) zugeschlagen², während als TP nur die gekennzeichnet wurden, die ausschließlich eine Abrechnungsgenehmigung hierfür besitzen; dies sind knapp 50% der Mitglieder, die insgesamt TP angegeben hatten. Es liegen Daten von n=9075 abgeschlossenen Psychotherapien von n=1.878 Psychotherapeuten zu Grunde (durchschnittlich 4,83 je Therapeut).

² Hier müsste korrekterweise die Bezeichnung „AP/TP“ lauten, da in dieser Gruppe nur vereinzelt Therapeuten enthalten sind, die nur eine AP-Abrechnungsgenehmigung (ohne TP) angegeben hatten.

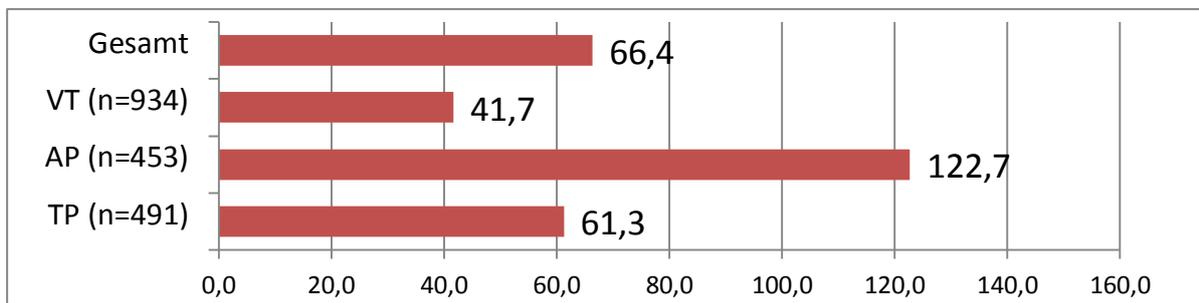
Wie Abbildung 13 zeigt, liegt der Mittelwert für die verhaltenstherapeutischen Behandlungen bei 42 (sd=15,2, n=921), für die analytische Psychotherapie bei 139 (sd=89,1, n=441) und für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei 62 (sd=22,9, n=484) Sitzungen. Die maximale Sitzungszahl liegt für die Verhaltenstherapie bei 250 Sitzungen, für die analytische Psychotherapie bei 1123 Sitzungen bzw. für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei 252 Sitzungen.

Abbildung 13: Mittlere Behandlungsdauer letzte 5 Patienten in Abhängigkeit vom Verfahren, Gesamtstichprobe (Mitglieder mit KV-Zulassung und in "freier" Praxis), n=1878



Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

Abbildung 14: Mittlere Behandlungsdauer letzte 5 Patienten in Abhängigkeit vom Verfahren, Gesamtstichprobe (Mitglieder mit KV-Zulassung und in "freier" Praxis), alle > 240 Sitzungen auf 240 gesetzt, n=1878



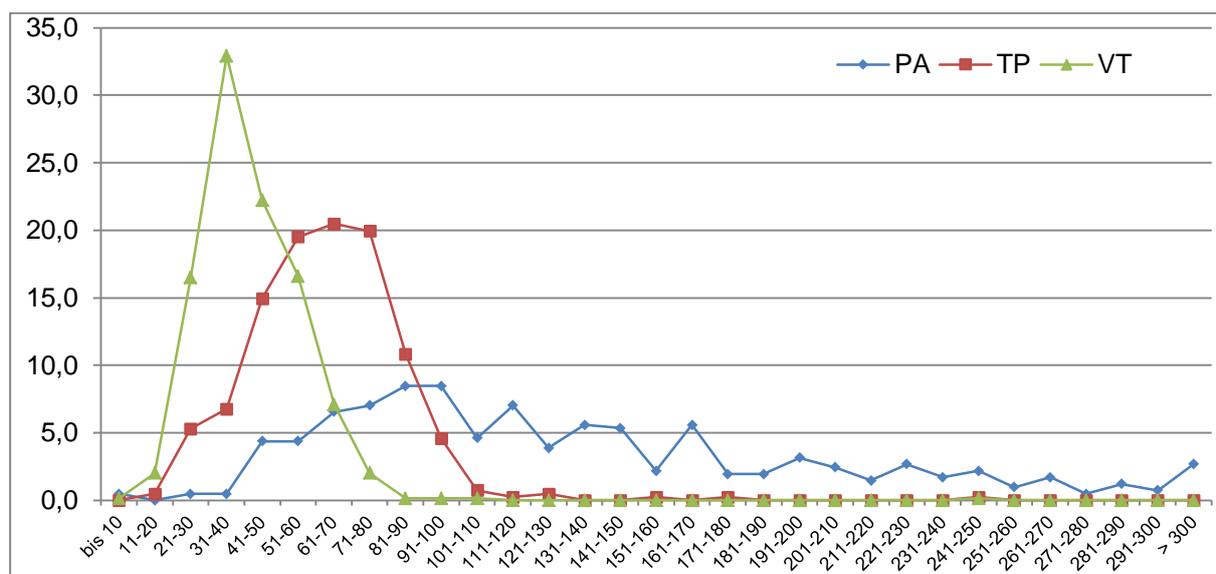
Legende: VT=Verhaltenstherapie, AP=analytische Psychotherapie, TP=tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

Da in den psychoanalytischen bzw. den tiefenpsychologischen Verfahren in diesen Durchschnittswerten in einem kleineren Anteil auch Langzeittherapien mit mehr als 240 bis – in Einzelfällen – zu über 1000 Stunden enthalten sind (bei ca. 2,5 % der hier angegebenen Therapien), wurden in einem zweiten Schritt die Mittelwerte berechnet für Therapien bis maximal 240 Sitzungen. Hierbei wurden zur Abschätzung der für den Bereich der GKV-Versorgung relevanten Durchschnittszahlen, d.h. der Behandlungszeiten, die durch die GKV finanziert werden, jene Fälle, in denen eine Sitzungszahl von >240 angegeben wurde, einheitlich auf 240 gesetzt. Derzeit liegt die Obergrenze der durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Therapiekontingente bei maximal 240 Sitzungen, in begründeten Ausnahmefällen bei 300, ganz selten bei 360 Sitzungen. Behandlungen, die über dieses maximale Kontingent hinausgehen, müssen i.d.R. vom Patienten selbst finanziert werden. Auch die

Sitzungszahl 240 wird meist in nur gut begründeten Einzelfällen von den Gutachtern genehmigt und von Krankenkassen bezahlt. Auch bei der Korrektur auf maximal 240 Sitzungen kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Durchschnittswerte eher eine *Überschätzung* der von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Stunden darstellt (da die Kassen oftmals schon bei einer Sitzungszahl > 160 nicht weiter finanzieren). Insgesamt ergibt sich auf der Grundlage dieser Voreinstellung für die Patienten der hier befragten Psychotherapeuten somit ein Durchschnitt von ca. 66 Sitzungen (sd=51,9), wobei sich erwartungsgemäß nur für die Analytische Psychotherapie eine Korrektur von durchschnittlich ca. 17 Sitzungen nach unten ergibt (M=139,0 vs. M=122,7/sd=61,6; vgl. Abbildung 14).

Abbildung 15 zeigt die prozentuale Häufigkeitsverteilung der von den KV-zugelassenen Psychotherapeuten genannte, auf die letzten 5 Patienten bezogene durchschnittlichen Behandlungsdauer für die drei Verfahren. Wie zu sehen, hat die VT ihren Häufigkeitsgipfel bei einer Therapiedauer zwischen 31-40 und die TP bei 61-70 Stunden. Die Verteilung der PA-Therapien ist deutlich flacher, die höchsten Prozentanteile liegen zwischen 80 und 100 Sitzungen.

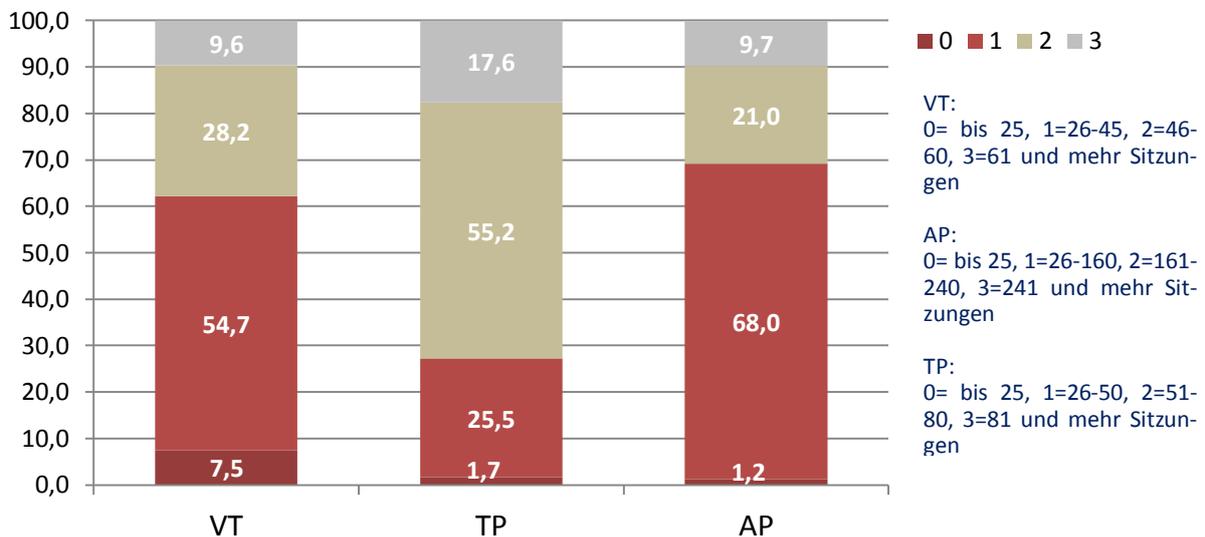
Abbildung 15: Mittlere Behandlungsdauer letzte 5 Patienten in Abhängigkeit vom Verfahren, nur Psychotherapeuten mit KV-Zulassung, Verteilung der prozentualen Häufigkeiten, n=1577



Fasst man die Sitzungszahlen in Anlehnung an die jüngst publizierten Daten der KBV (Multmeier & Trenckhoff, 2014) in die Kontingente zusammen, die je Verfahren maximal bewilligt werden können, so zeigt sich, dass in dieser Stichprobe, dass bei ca. 62% der VT- und ca. 70% der AP-Behandlungen maximal das Limit des ersten Kontingents erreicht wird. Anders sieht dies bei TP-Behandlungen aus, dort gehen nur ca. 26% bis zum ersten Limit und weitere 55% zum zweiten (=80 Stunden; Abbildung 16). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen mit denen von Multmeier & Trenckhoff (2014) nur begrenzt vergleichbar sind, da in der vorliegenden Studie die erfragten fünf einzelnen Behandlungen nicht nach Kostenträger unterschieden wurden.

In Tabelle 19 sind die durchschnittlichen (nicht auf 240 Sitzungen beschränkten, d.h. nicht korrigierten; vgl. Abbildung 13) Behandlungszeiten je Verfahren für die KV-zugelassenen Psychotherapeuten und die Psychotherapeuten in „freier“ Praxis vergleichend dargestellt. Für VT und TP ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, für AP ein Trend. Bei VT und TP liegen die Durchschnittswerte für die KV-zugelassenen Psychotherapeuten höher, bei der AP niedriger. Die sehr hohen Durchschnittswerte ($M=163,6$) der wenigen analytischen Psychotherapien in „freier“ Praxis beruhen möglicherweise darauf, dass ein Teil dieser Analysen Lehranalysen mit deutlich über 500 Stunden sind. Berechnet man für die Unterschiede zwischen KVPT und FPT Effektstärken nach Cohen (1972), so ergeben sich eher niedrige Werte (zwischen .20 und .30).

Abbildung 16: Mittlere Behandlungsdauer letzte 5 Patienten in Abhängigkeit vom Verfahren, nur Psychotherapeuten mit KV-Zulassung, Anteile bezogen auf die bei den durch die GKV-finanzierten Behandlungen möglichen Sitzungslimits in Prozent, $n=1577$



Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich in der durchschnittlichen Behandlungsdauer zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sowohl bei den KV-zugelassenen Psychotherapeuten ($M_{PP}=72,0$; $sd_{PP}=54,7$; $M_{KJP}=73,9$; $sd_{KJP}=36,1$; $T=-.690$, $p=.491$, $n=1398$) als auch bei den in „freier Praxis“ ($M_{PP}=50,9$; $sd_{PP}=40,8$; $M_{KJP}=49,5$; $sd_{KJP}=29,3$; $T=.207$, $p=.836$, $n=310$) bezogen auf die Gesamtstichprobe. Demgegenüber zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen PP und KJP bei der Analytischen Psychotherapie bei KV-zugelassenen Psychotherapeuten. Hierzu wurden nur die einfach Approbierten herangezogen (vgl. Tabelle 20).

Beim Vergleich mit anderen Daten, z.B. den von der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich veröffentlichten Statistiken oder der DPTV-Befragung (Walendzik et al., 2001) ist zu beachten, dass zum einen im Rahmen der vorliegenden Studie nach der Gesamtstundenzahl der letzten 5 „abgeschlossenen“ Therapien gefragt wurde, d.h. abgebrochene Therapien eher nicht berücksichtigt und die probatorischen Sitzungen eher eingeschlossen wurden („Gesamtstundenzahl“), und dass zum anderen nicht nach der jeweiligen Finanzierungsgrundlage bezogen auf die einzelnen Therapien unterschieden wurde. Die durchschnittlichen Stunden-

zahlen der KV, die alle Patienten, die eine psychotherapeutische Leistung erhalten haben, einschließen, liegen mit ca. 40 Stunden Gesamtdurchschnitt deutlich niedriger.

Tabelle 19: Mittlere Behandlungsdauer letzte 5 Patienten in Abhängigkeit vom Verfahren; . Vergleich zwischen KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis; t-Test für unabhängige Stichproben, T=T-Wert, p=Signifikanz

	M/sd	KVPT n=1575	FPT n=327	Gesamt n=1902	T/p
Verhaltenstherapie		42,5/15,2	39,3/14,9	41,9/15,2	2,41/.016
	n	747	168	915	
Analytische Psychotherapie		137,4/85,9	163,6/129,9	139,1/89,2	-1,48/.140
	n	413	27	440	
Tiefenpsychologisch fundierte PT		62,7/22,1	54,7/26,4	61,7/22,9	2,62/.009
	n	415	63	478	
Sonstige Verfahren		nicht erhoben	44,0/38,3	--	--
	n		69		
Gesamt		72,9/61,1	53,2/54,4	69,4/60,5	5,48/.000

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

Tabelle 20: Mittlere Behandlungsdauer letzte 5 Patienten in Abhängigkeit vom Verfahren; Vergleich zwischen Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), nur KV-zugelassene Psychotherapeuten mit 100%-Zulassung und einfacher Approbation (ohne doppelt Approbierte); t-Test für unabhängige Stichproben, T=T-Wert, p=Signifikanz

	M/sd	PP n=1004	KJP n=261	Gesamt n=1265	T/p
Verhaltenstherapie		43,1/13,5	39,1/11,0	42,6/13,3	1,94/.053
	n	483	61	549	
Analytische Psychotherapie		146,4/53,2	90,9/32,1	123,0/53,1	10,6/.000
	n	211	154	365	
Tiefenpsychologisch fundierte PT		63,7/20,6	62,7/25,0	63,6/21,2	0,33/.743
	n	295	40	335	
Gesamt		71,3/49,2	73,6/35,1	71,8/46,7	1,38/.191

Vergleicht man die hier ermittelten Durchschnittswerte mit denen in der Studie von Walendzik et al. (2011), so kann eine Abschätzung vorgenommen werden, wie hoch der Anteil der Stunden an der gesamten Therapiedauer ist, der von Patienten aller Wahrscheinlichkeit nach privat finanziert wird. Tabelle 21 zeigt den Vergleich der durchschnittlichen Therapiedauer der letzten 5 Patienten mit den Daten der DPtV-Befragung (Walendzik et al., 2011) für die drei Richtlinienverfahren. Die unterschiedliche relative Zusammensetzung bzw. das relative Gewicht der einzelnen Verfahren wurde bereits beschrieben: in der DPtV-Studie sind Verhaltenstherapeuten mit ca. 62% deutlich stärker vertreten als in der vorliegenden Studie (48%), während der Anteil analytischer Psychotherapeuten mit 4,2% nur etwa ein Fünftel der aktuellen Befragung (25,5%) beträgt. D.h., dass in der vorliegenden Stichprobe VT als den Behandlungen zu Grunde liegendes Verfahren gegenüber der Erhebung von Walendzik et al. (2011) eher unter- und AP hingegen deutlich überrepräsentiert ist (vgl. auch

Kap.4.5.1). Die durchschnittlichen Gesamtdauer der Behandlungen sind deshalb nicht vergleichbar (ebenso mit den Daten der TK-Studie; Wittmann et al., 2012). Vergleicht man hingegen die mittlere Behandlungsdauer für die drei Verfahren einzeln, so zeigen sich etwas niedrigere, aber ähnliche Werte für VT und TP. Deutliche Unterschiede ergeben sich nur für die analytische Psychotherapie, die einer Differenz von 31 Stunden bzw. 23% entspricht. Für die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie liegt die prozentuale Differenz bei 15%, für die Verhaltenstherapie bei 9%. Diese Ergebnisse könnten dahingehend interpretiert werden, dass die Patienten der vorliegenden Studie durchschnittlich zwischen 9 und 23% der Kosten für ihre psychotherapeutische Behandlung privat, d.h. aus eigenen Mitteln finanzieren.

Tabelle 21: Mittlere Behandlungsdauer letzte 5 Patienten in Abhängigkeit vom Verfahren; Vergleich zwischen KV-zugelassenen Psychotherapeuten mit den Ergebnissen der DPtV-Befragung (Walendzik et al., 2011); n bezogen auf befragte Therapeuten

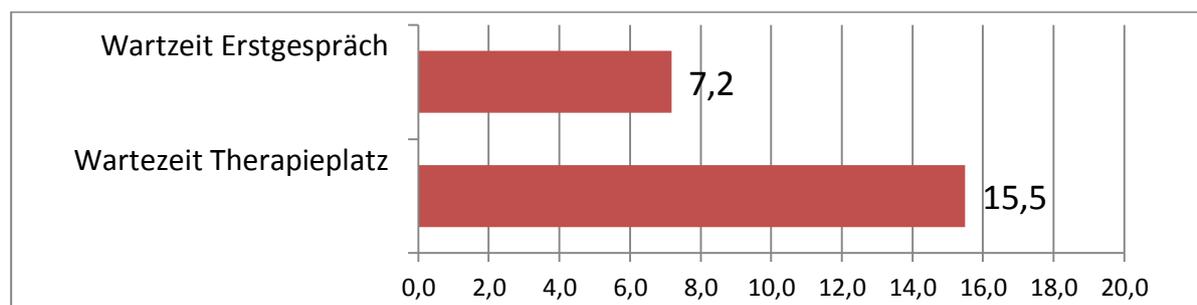
	M/sd	KVPT n=1624	Walendzik et al n=1674	Differenz in Stunden	Differenz in %
Verhaltenstherapie		42,5/15,2	38,6/22,3,	-3,9	-9,2
	N	747	1030		
Analytische Psychotherapie		137,4/85,9	106,0/91,0	-31,4	-22,8
	N	413	70		
Tiefenpsychologisch fundierte PT		62,7/22,1	53,4/32,0	-9,3	-14,8
	n	415	574		
Gesamt		72,9/61,1	46,0/34,0	-26,9	-36,9

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten

4.11 Wartezeiten

Neben der Therapiedauer wurden auch die Wartezeiten auf einen Therapieplatz erhoben. Gefragt wurde nach der derzeitigen durchschnittlichen Wartezeit (in Wochen) auf ein Erstgespräch sowie auf einen Therapieplatz. Die Mitglieder waren dabei angehalten, Schätzwerte anzugeben. Im Durchschnitt lag die Wartezeit auf ein Erstgespräch für die Gesamtgruppe der Mitglieder mit KV-Zulassung und in „freier“ Praxis bei 7,2 Wochen (sd=9,3; n = 2126), die Wartezeit auf einen Therapieplatz bei 15,5 Wochen (sd=13,8).

Abbildung 17: Wartezeit Erstgespräch und Therapieplatz in Wochen, nur Mitglieder mit KV-Zulassung und in „freier“ Praxis, n=2126 (1707 + 419)



Differenziert man wiederum die Wartezeiten nach Verfahren, so zeigt sich, dass Patienten, die bei einem KV-zugelassenen Psychotherapeuten eine Verhaltenstherapie machen wollen, deutlich länger auf ein Erstgespräch warten müssen, als Patienten, die analytisch oder tiefenpsychologisch behandelt werden wollen. Die Wartezeit auf ein Erstgespräch liegt bei der VT durchschnittlich bei 10 Wochen (sd=11,3), für die AP bei 5 Wochen (sd=6,4) und für die TP bei ca. siebeneinhalb Wochen (sd=8,3). Demgegenüber sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz bei KV-Psychotherapeuten weitgehend vergleichbar: Auf einen Therapieplatz für VT warten Patienten durchschnittlich ca. 19 Wochen (sd=14,9), für TP durchschnittlich ca. 17 (sd=12,3) und für AP durchschnittlich ca. 15 Wochen (sd=12,4; Tabelle 22).

Tabelle 22: Wartezeit Erstgespräch und Therapieplatz in Abhängigkeit vom Verfahren und vom Praxisrahmen, Mittelwert (M)/Streuung (sd); Vergleich zwischen KV-zugelassenen Psychotherapeuten (KVPT) und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis (FPT); t-Test für unabhängige Stichproben, T=T-Wert, p=Signifikanz

	M/sd	KVPT	FPT	Gesamt	T/p
Erstgespräch					
Verhaltenstherapie		10,2/11,3	4,2/6,1	9,0/10,8	7,50/.000
	N	811	215	1026	
Analytische Psychotherapie		4,9/6,4	2,4/5,4	4,7/6,4	2,37/.018
	N	442	39	481	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		7,5/8,3	2,4/3,0	6,8/8,0	5,33/.000
	N	438	77	515	
Sonstige Verfahren		--	3,5/6,3	3,5/6,3	--
	N	0	83	83	
Gesamt		8,1/9,7	3,5/5,7		8,74/.000
Therapieplatz					
Verhaltenstherapie		18,8/14,9	8,4/11,9	16,7/14,9	9,46/.000
	N	811	215	1026	
Analytische Psychotherapie		15,2/12,4	4,5/7,1	14,4/12,4	5,31/.000
	N	442	39	481	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		16,7/12,3	6,6/8,0	15,2/12,3	6,95/.000
	N	438	77	515	
Sonstige Verfahren		--	8,1/14,5	8,1/14,5	
	N	0	83	83	
Gesamt		17,3/13,7	7,6/11,5		12,64/.000

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

Völlig anders stellen sich die Wartezeiten sowohl auf ein Erstgespräch als auch auf einen Therapieplatz bei den Psychotherapeuten in „freier“ Praxis dar: Hier warten Patienten auf ein Erstgespräch im Schnitt zwischen 2 und 4 Wochen, auf einen Therapieplatz zwischen 4 und 8 Wochen. Die Wartezeiten sind somit bei Psychotherapeuten in „freier“ Praxis um 50% und mehr kürzer. Die Unterschiede zwischen KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis sind mit Ausnahme der Wartezeit auf ein Erstgespräch bei AP allesamt hochsignifikant.

Tabelle 23: Wartezeit Erstgespräch und Therapieplatz, Vergleich zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Abhängigkeit vom Verfahren, Mittelwert (M)/Streuung (sd); t-Test für unabhängige Stichproben, T=T-Wert, p=Signifikanz

	M/sd	Nur PP n=1459	Nur KJP n=321	Gesamt n=1780	T/p
Erstgespräch					
Verhaltenstherapie		8,7/10,0 781	8,2/9,5 76	8,7/10,0 857	0,45/.653
Analytische Psychotherapie	N	5,0/6,8 242	4,6/6,1 173	4,8/6,5 415	0,62/.533
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	N	6,2/7,0 381	7,8/7,3 54	6,4/7,3 435	-1,51/.132
Sonstige Verfahren	N	3,9/7,3 55	3,2/2,4 18	3,7/6,4 73	0,39/.700
Gesamt		7,2/8,9	5,9/7,3	7,0/8,7	2,57/.010
Therapieplatz					
Verhaltenstherapie		15,8/12,9 781	20,7 78	16,2/13,7 857	-3,04/.002
Analytische Psychotherapie	N	15,6/12,4 230	12,8/10,8 170	14,4/11,8 400	2,45/.015
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	N	14,6/12,0 374	16,1/12,5 54	14,8/12,1 428	-0,87/.386
Sonstige Verfahren	N	8,0/15,8 53	11,2/12,1 18	8,9/15,0 71	-0,78/.439
Gesamt		15,2/12,8	15,1/14,0	15,2/13,0	0,02/.988

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis; nicht enthalten: n=247 doppelt approbierte PTs (PP/KJP)

Tabelle 23 zeigt den Vergleich der Wartezeiten zwischen Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Hierbei nicht berücksichtigt sind wiederum die doppelt approbierten Psychotherapeuten. Hinsichtlich Wartezeit auf ein Erstgespräch ergibt sich ein geringer aber signifikanter Unterschied zwischen PP und KJP auf der Ebene der für die beiden Gruppen verfügbaren Gesamtstichprobe (7,2 versus 5,9 Wochen). Dieser Unterschied besteht hingegen nicht mehr, wenn man auf die Ebene der Verfahren geht, dort sind die Wartezeiten annähernd gleich. Hinsichtlich der Wartezeiten auf einen Therapieplatz ist das Umgekehrte der Fall: Auf der Ebene der Gesamtstichprobe ergeben sich keine Unterschiede, die durchschnittliche Wartezeit ist nahezu identisch. Auf der Ebene der Verfahren hingegen zeigen sich signifikante Differenzen für die VT sowie die AP in jeweils umgekehrter Richtung: Während die Wartezeiten auf einen Therapieplatz für eine VT für Kinder und Jugendliche (KJP) deutlich länger sind als bei den Erwachsenen (PP; 20,7 versus 15,8 Wochen), sind sie für die AP deutlich kürzer (12,8 versus 15,6 Wochen).

Tabelle 24 zeigt die Wartezeiten auf einen Therapieplatz bei KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in freier Praxis zusammengefasst für fünf Kreistypen (zur Bildung dieser Klassen vgl. Abschnitt 4.2). Während die längsten Wartezeiten auf eine Psychotherapie bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten in den ländlichen Kreisen und

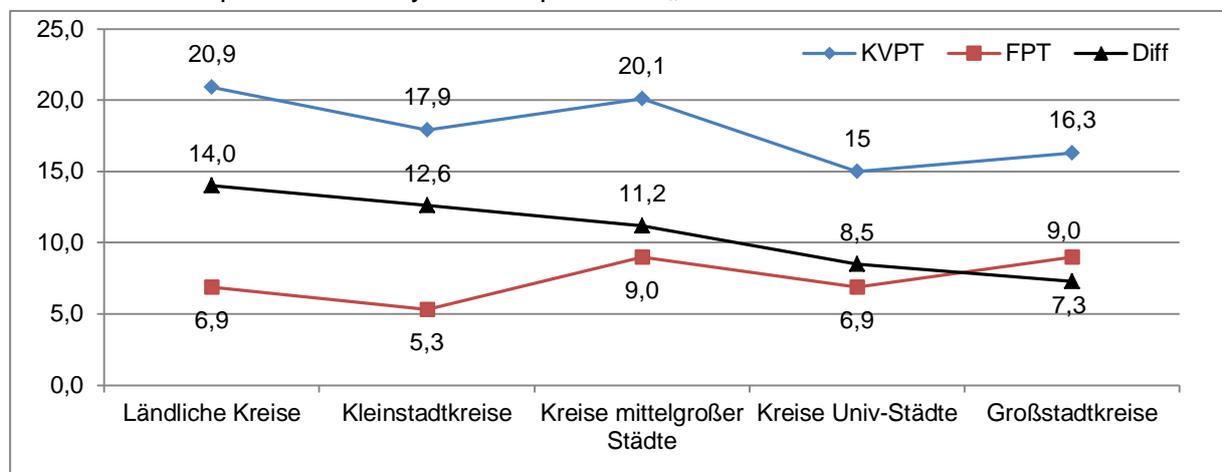
den Kreisen mittelgroßer Städte mit ca. 20 Wochen bestehen, liegen die Wartezeiten in den Großstädten und Kreisen der Universitätsstädte bei ca. 15-16 Wochen. Dazwischen liegen die Kleinstadtkreise mit einer Wartezeit von 18 Wochen. Die Wartezeiten bei Psychotherapeuten in freien Praxen hingegen liegen zwischen 9 (Großstädte) und 5 Wochen (Kleinstadtkreise).

Tabelle 24: Wartezeit (in Wochen) in Abhängigkeit vom örtlichen Umfeld des Praxissitzes und vom Praxisrahmen, Mittelwert (M)/Streuung (sd); Vergleich zwischen KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis; einfaktorielle Varianzanalyse, F=F-Wert, p=Signifikanz

(KFZ-Bereiche)	M/sd	KVPT n=1551	FPT n=374	Gesamt n=1925	Diff KVPT-FPT	Varianzanalyse
Großstadtkreise		16,3/14,6	9,0/14,4	14,7/14,7	7,3	F=23,65/p=.000 Faktor 1 KVPT/FPT: F=162,81/p=.000 Faktor 2 Kreis F=3,03/p=.017 Wechselwirkung Faktor 1 x 2: F=2,68/ p=.030
Kreise Universitätsstädte		15,0/11,5	6,9/8,0	13,5/11,4	8,5	
Kreise mittelgroßer Städte		20,1/13,7	9,0/16,3	18,0/14,9	11,2	
Kleinstadtkreise		17,9/13,8	5,3/8,8	15,6/13,9	12,6	
Ländliche Kreise		20,9/15,3	6,9/6,3	18,3/15,3	14,0	
Gesamt		17,3/13,7	7,6/11,5	15,4/13,8	9,7	

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier“ Praxis

Abbildung 18: Wartezeit (in Wochen) in Abhängigkeit vom örtlichen Umfeld des Praxissitzes und vom Praxisrahmen, Mittelwert (M); Vergleich zwischen KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis



Für beide Gruppen ergeben sich bezogen auf die Kreistypen keine linearen Zusammenhänge. Bildet man demgegenüber die Differenz zwischen der Wartezeit bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung und der in freier Praxis, so ergibt sich ein fast linearer Zusammenhang: Die größte Differenz ergibt sich in den ländlichen Kreisen (14 Wochen) und die geringste in den Großstädten (7 Wochen). Die einfaktorielle Varianzanalyse mit der Wartezeit als abhängige Variable und den fünf Kreistypen sowie der Variable KV-Zulassung vs. „freie“ Praxis als unabhängige Faktoren ergibt einen signifikanten F-Wert für das Gesamtmodell, der vor allem auf den Unterschied zwischen KVPT und FPT zurückzuführen ist, aber auch eine signifikante Wechselwirkung beider Faktoren, die sich auch in der o.g. „ansteigenden“ Differenz der Wartezeiten widerspiegelt (vgl. auch Abbildung 18). Dies kann als ein Hinweis darauf verstanden

werden, dass in ländlichen und kleinstädtischen Kreisen ein Teil der langen Wartezeiten, die für Patienten bei KV-zugelassenen Praxen entstehen, durch die in „freier“ Praxis arbeitenden Psychotherapeuten „kompensiert“ werden. In den groß-/universitätstädtischen Gebieten hingegen ist die Versorgung ausgeglichener, weshalb sich die Wartezeiten zwischen den beiden Gruppen annähern.

Tabelle 25: Wartezeit auf einen Therapieplatz, Rangplätze nach Stadt-/Landkreisen, nur für Kreise/Städte mit n ≥ 10 Nennungen

Rangplatz (nur Kreise n ≥ 10)	KFZ-Kürzel	Bundesland	n	Wartezeit In Wochen	
				M	Sd
Neuwied	NR	RLP	11	27,6	33,0
Aalen	AA	BW	22	23,1	21,0
Kaiserslautern	KL	RLP	25	23,0	16,2
Darmstadt	DA	HE	10	21,9	14,1
Ludwigsburg	LB	BW	25	21,3	13,4
Westerwaldkreis	WW	HE	10	21,1	10,2
Dürkheim/Weinstraße	DÜW	RLP	13	20,7	16,2
Reutlingen	RT	BW	32	20,3	15,4
Esslingen	ES	BW	40	20,1	15,4
Offenburg	OG	BW	30	19,9	19,9
Wiesbaden	WI	HE	18	18,8	20,1
Trier	TR	RLP	33	18,6	17,7
Rems-Murr-Kreis/Waiblingen	WN	BW	29	18,5	13,5
Heilbronn	HN	BW	29	18,3	11,2
Frankfurt	F	HE	22	17,6	14,3
Lörrach	LÖ	BW	17	17,5	12,4
Hamburg	HH	HH	209	17,2	14,2
Alzey	AZ	RLP	10	16,9	6,1
Bad Kreuznach	KH	RLP	10	16,6	20,4
Bernkastel-Wittlich	WILL	RLP	10	15,8	15,5
Freudenstadt	FDS	BW	11	15,7	12,5
Böblingen	BB	BW	34	15,3	12,6
Gesamt			2039	15,3	13,7
Südliche Weinstraße	SÜW	RLP	11	15,1	11,0
Koblenz	KO	RLP	12	15,1	10,5
Göppingen	GP	BW	13	15,1	12,9
Ravensburg	RV	BW	25	14,9	13,4
Stuttgart	S	BW	89	14,7	19,9
Landau	LD	RLP	11	14,4	15,3
Tübingen	TÜ	BW	48	14,3	12,8
Karlsruhe	KA	BW	62	14,2	11,7
Konstanz	KN	BW	37	14,1	12,2
Mainz	MZ	RLP	61	13,8	13,1
Calw	CW	BW	14	13,5	9,2
Pforzheim	PF	BW	24	13,5	11,2
Ludwigshafen	LU	RLP	29	13,2	7,4
Zollernalbkreis/Balingen	BL	BW	21	13,2	9,9
Villingen-Schwenningen	VS	BW	11	13,2	10,9
Ulm	UL	BW	33	12,7	9,8
Berlin	B	B	220	12,0	11,4
Freiburg	FR	BW	143	11,1	8,4
Mannheim	MA	BW	50	10,9	6,5
Waldshut	WT	BW	14	10,9	8,5
Heidelberg	HD	BW	118	10,8	9,6
Friedrichshafen	FN	BW	22	9,5	11,8
Emmendingen	EM	BW	11	9,2	7,9
Rastatt	RA	BW	15	9,1	7,5

In Tabelle 25 sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Therapieplatz in einer Rangfolge der Stadt bzw. Landkreise dargestellt, für die von 10 oder mehr Psychotherapeuten Nennungen vorlagen. Die Wartezeiten variieren dabei von knapp unter 30 Wochen (Landkreis Neuwied, Rheinland-Pfalz) bis knapp unter 10 Wochen (Landkreise Rastatt, Emmendingen und Friedrichshafen, alle Baden-Württemberg).

4.12 Antragsverfahren

Abschließend wurden alle KV-zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu einem spezifischen Aspekt des Antragsverfahrens auf Genehmigung einer Richtlinien-Psychotherapie befragt. Hintergrund sind Rückmeldungen von antragstellenden Psychotherapeuten, dass in der jüngsten Vergangenheit häufiger (im Vergleich zu früher) nur Teilkontingente des beantragten Stundenumfangs genehmigt wurden. Das heißt, dass die beantragten Psychotherapien weder voll befürwortet noch abgelehnt wurden und die betroffenen Psychotherapeuten in der Regel dann nach dem bewilligten Teil-Kontingent einen Zwischenbericht erstatten mussten und damit z.T. erheblichen zusätzlichen Aufwand hatten. Wie Abbildung 19 zeigt, bejahte ziemlich genau die Hälfte der hier erfassten KV-zugelassenen Psychotherapeuten ($n=1523$), dass dies in letzter Zeit häufiger vorgekommen sei.

In einem 2. Schritt wurden die Mitglieder, die mit „ja“ geantwortet hatten, nach der Häufigkeit gefragt. Es konnten Angaben dazu gemacht werden, wie häufig dies im letzten halben Jahr sowie in den 2 Jahren davor vorgekommen war (Item 24 des Fragebogens, vgl. Anhang). Wie Abbildung 20 zeigt, hat sich die Häufigkeit nahezu vervierfacht. Während sie im unmittelbar zurückliegenden 6-Monatszeitraum bei durchschnittlich etwa knapp 2 Anträgen lag, lag sie in den 2 Jahren davor durchschnittlich bei einem „halben“ Antrag je 6-Monatszeitraum. Umgerechnet auf einen Jahreszeitraum ergibt sich die Häufigkeit von einem vs. von knapp 4 Anträgen.

Abbildung 19: Anteil Mitglieder, die angeben, dass deren Anträge auf Therapiebewilligung weder befürwortet noch abgelehnt wurden (in Prozent); Mitglieder mit KV-Zulassung ($n=1523$; MD=184/10,8%)

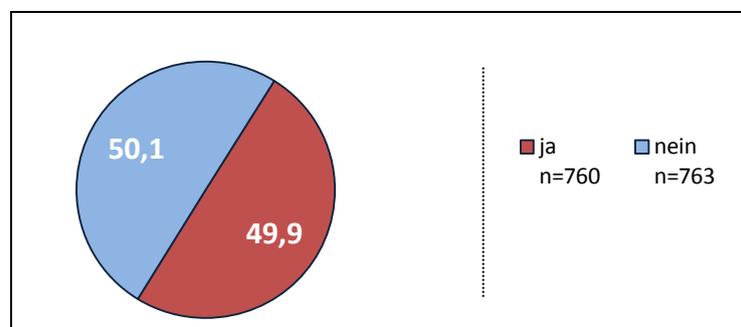
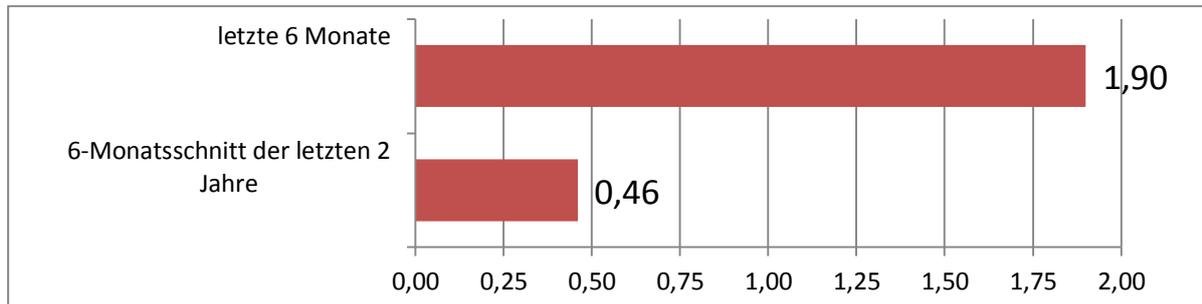


Abbildung 20: Anzahl an Anträgen, die weder befürwortet noch abgelehnt wurden, Halbjahresdurchschnitt, letzte 2 Jahre und letzte 6 Monate (n=734)



5 Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, möglichst umfangreiche und auch flächendeckende Daten zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung zu stellen. Sie versteht sich als Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ursprünglich wurde eine Befragung angestrebt, die bundesweit möglichst alle Landespsychotherapeutenkammern beteiligt. Aus unterschiedlichen Gründen war der Mehrzahl der Länderkammern eine Teilnahme nicht möglich, was wir sehr bedauern. Schließlich haben sich fünf von 12 Landeskammern, drei Kammern im Süd-Westen (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen) sowie die LPKs in Hamburg und Berlin, an der Befragung mitgewirkt.

Methodik: unter Bezug auf früher und aktuell durchgeführte Befragungen (insbesondere Seeger et al., 2005 und Walenzik et al., 2011) wurde ein 2-seitiger Kurzfragebogen entwickelt, der neben soziodemographischen Daten u.a. Daten zu den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und zur Art der Niederlassung/Praxis, zum angewandten Therapieverfahren, zu Finanzierung und Umfang der Behandlungen, zu (besonderen) Patientengruppen und zur Arbeitszeit (inkl. Ausfallstunden, Fortbildung, Anträge zum Gutachterverfahren, Verwaltungsaufwand) erfasst. Zu beachten ist hinsichtlich der Befragungsmethodik, dass es sich um Einschätzungen der Therapeuten handelt, die ähnlich auch wie Patientenselbsteinschätzungen, möglichen subjektiven Verzerrungsmöglichkeiten unterliegen können. Allerdings besteht gerade auch für die Versorgungsforschung eine wichtige Grundlage möglicher Datenerhebungen in den Datenquellen Therapeut/Arzt und Patient. Die daneben relevanten „objektiven“ Daten wie Versicherten- und/oder Inanspruchnahmestatistiken sind gegebenenfalls zu ergänzen bzw. gegen die „subjektiven“ Angaben abzuwägen. Welche Datenquelle die validere ist, kann sehr kontrovers diskutiert werden. Die Autorengruppe dieses Berichts sieht sogenannte „subjektive“ Angaben als zumindest gleichwertig an.

In der vorliegenden Studie wurden zwei *Befragungsvarianten* realisiert: a) Postversand, Paper/Pencil-Fragebogen, freies Rückantwort-Kuvert (BW, RLP) und b) Onlineversand mit elektronischem Fragebogen, elektronische Rückantwort per E-Mail/Fax (HH, Hessen, Berlin). Die

Rücklaufquoten dieser beiden Varianten war sehr unterschiedlich, bei der postalischen Befragung ca. 40-50%, bei der elektronischen hingegen nur ca. 10%. Möglicherweise wäre die Beteiligung bei der Online-Variante besser ausgefallen, wenn allen Mitgliedern (postalisch) eine PIN für die (ansonsten zugangsbeschränkte) Befragung übermittelt worden wäre, analog z.B. Angestelltenbefragung durch das IGES-Institut (vgl. Barthelmes, Nolting, Krieger, & Rellecke, 2014); dort lag der Rücklauf bundesweit bei knapp unter 30%.

Stichprobe der teilnehmende Psychotherapeuten: insgesamt nahmen n=2365 Mitglieder der einbezogenen fünf Landespsychotherapeutenkammern an der Befragung teil, davon waren die Daten von n=2328 Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verwertbar. Von diesen ist etwas über die Hälfte aus Baden-Württemberg, ca. ein Fünftel aus Rheinland-Pfalz, jeweils etwa jeder 10. Teilnehmer aus Berlin oder Hamburg und etwa 5% aus Hessen

Auswertung: Die Datenanalyse erfolgte vorwiegend deskriptiv, daneben wurden auch einfache Gruppenvergleiche, vorwiegend Chi²-Tests, paarweise Mittelwertvergleiche (zumeist t-Test für unabhängige Stichproben) sowie einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet.

Die *Repräsentativität der Daten* ist zumindest für die bundesweite Situation sehr in Frage zu stellen, v.a. bzgl. der durchschnittlich schlechter versorgten ostdeutschen Bundesländer, aber auch sonst. Unklar ist auch die Repräsentativität der Stichprobe bzgl. der hier einbezogenen Länder, da zu wenige einheitliche und damit direkt vergleichbare Daten aus den Datenbanken der LPKen zur Verfügung stehen. Hier wären mittelfristig einheitlichere Datenbankstrukturen absolut wünschenswert. Dennoch gibt es für die hier untersuchte Stichprobe Hinweise auf eine weitgehende Vergleichbarkeit mit den Mitgliederdaten der beteiligten Landeskammern hinsichtlich Geschlecht, Alter und Approbation. Zur Repräsentativität hinsichtlich weiterer Variablen, v.a. bzgl. der Therapieverfahren, für die eine Zulassung besteht siehe unten.

Zum *Verhältnis zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und Psychologischen Psychotherapeuten (PP)*: In der vorliegenden Stichprobe sind etwa $\frac{3}{4}$ PP und $\frac{1}{4}$ KJP vertreten, bei ca. 10% doppelt approbierten Mitgliedern. Dies entspricht in etwa auch der Verteilung der Mitgliederstruktur der beteiligten Kammern. Neu ist der Befund, dass doppelt approbierte Psychotherapeuten im Schnitt ca. $\frac{1}{4}$ ihrer Therapiezeit für Kinder und Jugendliche aufwenden, die restliche Zeit für erwachsene Patienten.

Verhältnis KV-zugelassene und „freie“ Praxen: Knapp 75% der hier befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gaben an, eine KV-zugelassene Psychotherapiepraxis zu betreiben, weitere knapp 20% arbeiten ohne Zulassung in „freier“ Praxis. Weitere 7% beteiligen sich an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in einem institutionellen Rahmen (Beratungsstelle, Psychotherapie-Ambulanz u.ä.).

Kontext der psychotherapeutischen Tätigkeit: Der überwiegende Anteil kassenzugelassener Psychotherapeuten arbeitet alleine in eigener Praxis (ca. 80%), ein kleinerer Teil in einer Praxengemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis (ca. 16%). Demgegenüber arbeiten Psychotherapeuten in „freier“ Praxis ca. 50% ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit alleine in eigener Praxis, weitere 13% in einer Praxengemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis. Die restlichen Zeiteile verteilen sich insbesondere auf die Tätigkeiten in stationären Einrichtungen, Beratungsstellen oder Institutsambulanzen. Psychotherapeuten, die weder eine Kassenzulassung aufweisen, noch in freier Praxis arbeiten, sind primär in solchen Einrichtungen tätig. Vor allem für Psychotherapeuten in „freier“ Praxis spiegelt damit eine Art „Patchwork-Tätigkeit“ wieder, das heißt, es wird in sehr unterschiedlichen Tätigkeitsumfeldern gearbeitet, letztlich verbunden mit entsprechendem ggf. zusätzlichem organisatorischen bzw. zeitlichen Aufwand (z.B. für Wegstrecken).

Therapieverfahren: Jeweils ca. 50% der KV-zugelassenen Psychotherapeuten haben eine Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie (VT) oder für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), ca. 1/4 für analytische Psychotherapie (AP). Für die Unterscheidung zwischen den Verfahren drei Gruppen gebildet: Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie (VT) sowie nur für tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP). Der Gruppe mit analytischer Psychotherapie (AP) wurden wegen der häufigen Überschneidung alle Psychotherapeuten mit Abrechnungsmöglichkeit für beide Verfahren (TP und AP) der analytischen Psychotherapie (AP) zugeschlagen (die korrekterweise eigentlich als „AP/TP“ bezeichnet werden müsste. Nach dieser Aufteilung ergeben sich folgende Prozentanteile: VT 48%, TP 26% und AP ebenfalls 26%. Hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit anderen Versorgungsstudien (Albani et al., 2010, Steffanowski et al., 2013, Walendzik et al., 2011, Wittmann et al., 2012) ist bedeutsam, dass z.T. deutliche Unterschiede in den Anteilen je Verfahren im Vergleich zur vorliegenden Studie bestehen. So liegt der VT-Anteil in zwei der Vergleichsstudien (DPtV-Studie, Walendzik et al., 2001 und TK-Studie, Wittmann et al., 2012) bei deutlich über 60% liegt und der Anteil AP bei allen Studien bei nur 1-6%. Demgegenüber ist die untersuchte Teilstichprobe der KV-zugelassenen Psychotherapeuten hinsichtlich der Verfahren recht gut mit den Daten der KBV vergleichbar, der Anteil der analytischen Psychotherapeuten ist gegenüber dem KBV-Daten nur etwas erhöht (26 versus 21 %), der Anteil der Verhaltenstherapeuten hingegen etwas erniedrigt (48 versus 44 %), der TP-Anteil hingegen dagegen fast identisch (KBV, 2011).

Eine andere Verteilung zeigt sich bei den Psychotherapeuten in „freier“ Praxis. Das der Approbation zu Grunde liegende Therapieverfahren ist hier mit knapp 60% die VT, bei etwa einem Drittel TP und nur bei knapp 10% AP. Weitere Verfahren außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie wurden von knapp 20% angegeben. Der hohe Anteil der Verhaltenstherapie korrespondiert vermutlich mit dem Anteil an Neuapprobierten. Aktuell liegt der Anteil der verhaltenstherapeutischen Ausbildung in den Psychotherapie-Ausbildungsinstituten bei ca. 80%. Insgesamt dürfte sich in den nächsten Jahren die Verteilung zugunsten der Verhaltenstherapie und zulasten der tiefenpsychologischen Verfahren noch deutlich verändern, dann

auch bei den KV-Zulassungen. Hier wäre eine Wiederholungsbefragung zum Beispiel in 5 Jahren interessant und wünschenswert.

Die *durchschnittliche Jahresarbeitszeit* der hier untersuchten Stichprobe liegt bei ca. 43 Wochen, die *Wochenarbeitszeit* bei durchschnittlich 35 Stunden, die durchschnittliche *Therapiezeit* bei ca. 27 Behandlungsstunden (einschließlich probatorische Sitzungen). Auch hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen den KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis in dem Sinne, dass letztere deutlich weniger Behandlungsstunden und entsprechend Behandlungskapazität anbieten (können), u.a. da ja noch in anderen Rahmenbedingungen gearbeitet wird bzw. werden muss. Betrachtet man nur die Psychotherapeuten mit einer 100%-KV-Zulassung (das sind ca. 85% aller Psychotherapeuten mit Zulassung) ergibt sich eine Wochenarbeitszeit von 39 Stunden bei einer durchschnittlichen Behandlungsstundenzahl von 29 einschließlich probatorischen Sitzungen. Der Anteil dieser hier erhobenen Verwaltungsaufgaben liegt dabei bei ca. 25% (9,3 Stunden) der wöchentlichen Arbeitszeit. Die in der vorliegenden Studie nicht erhobenen Zeiten für Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement, berufspolitisches Arbeiten, Fremdsupervisionen, Lehre oder eigene gutachterliche Tätigkeiten können auf ca. 5 Stunden pro Woche geschätzt werden (vgl. Schütte et al., 2003), d.h. der eigentliche wöchentliche Stundenaufwand für Zeiten außerhalb des direkten Patientenkontaktes beträgt unter Einbeziehung dieser Zeiten ca. 14,5 Stunden, dies entspricht einem Anteil von 33% bei einer Gesamtwochenstundenzahl von durchschnittlich 43,5 Stunden. Dieser Anteil ist mit den Obergrenzen der Ergebnisse aktueller Studien vergleichbar (z.B. Walenzik et al. 2011: 36,5%; ZI 2012: 34%; KBV Ärztemonitor 2012: 31,8%; vgl. Tabelle 11). Wichtig für die Bewertung der %-Anteile ist auch, dass für eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zusätzliche, für den Betrieb der Praxis relevante Kosten z.B. für Putzhilfen, Raummiete etc. mit einzubeziehen sind.

Die aus den Daten errechenbare *jährliche Behandlungskapazität* liegt für die Psychotherapeuten mit einer 100%-KV-Zulassung bei knapp 1250 Stunden, die *jährliche Gesamtarbeitszeit* bei etwa 1700 Stunden. Berücksichtigt man bei der Gesamtarbeitszeit die in dieser Studie nicht erhobenen Arbeiten (s.o.), so ergibt sich eine um ca. 215 Std. (43 Wochen x 5 Std.) erhöhte Stundenzahl von 1900 Stunden im Jahr. Diese sind gut vergleichbar mit den Daten von Vergleichsstudien, sie liegen dabei aber eher im oberen Bereich. Für die Psychotherapeuten in „freier“ Praxis liegen die Werte mit 880 Std. Behandlungskapazität und 1350 Gesamtarbeitszeit um ca. 25% niedriger. Hinsichtlich der jährlichen Behandlungskapazität liegt der Gesamtanteil der durch die „freien“ Praxen geleisteten Stunden bei ca. 10% aller hier erfassten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen (bezogen auf die Summe der Leistungen der kassen-zugelassenen Praxen und der „freien“ Praxen).

Interessant und für die künftige Entwicklung wichtig ist hier der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Psychotherapeuten: Betrachtet man nur die Gruppe der 100% KV-Zugelassenen, so zeigt sich, dass Psychotherapeuten deutlich mehr arbeiten als Psychotherapeutinnen. Der Unterschied beträgt ca. 5 Stunden wöchentliche Behandlungszeit oder ca. 250 Stunden jährliche Behandlungskapazität. Noch deutlichere Unterschiede lassen zwischen älteren Psychotherapeuten und jüngeren Psychotherapeutinnen finden. In diesem Zusammenhang könnten bzw. müssten entsprechende Zukunftsszenarien diskutiert werden, da aktuell ca. 80% der Psychotherapie-Ausbildungskandidaten Frauen sind.

Bei den hier genannten Zahlen zu den Arbeitszeiten ist zu berücksichtigen, dass die in geringen Umfang bestehenden fehlenden Angaben, die nicht aus anderen Variablen her/abgeleitet werden konnten, mit Null korrigiert wurden, das heißt, dass es sich hier um eine eher *konservative Schätzung der Arbeits-/Therapiezeiten* handelt und die *Durchschnittswerte in der Realität tatsächlich noch etwas höher* sein können.

Therapieausfallzeiten: Die Studie liefert erstmals Daten zu Therapieausfallzeiten bzw. den kurzfristigen patientenseitigen Absagen. Insgesamt werden monatlich im Durchschnitt ca. 6 Stunden von Patienten abgesagt, von denen etwa 4 ½ Stunden kurzfristig nicht mehr wieder belegt werden können. Rechnet man diese Zahlen auf die Gesamtzahl aller niedergelassenen Psychotherapeuten hoch, so ergibt sich ein jährlicher Stundenausfall von ca. 800.000 Stunden, d.h. bei durchschnittlich 40 Stunden Therapieumfang könnten hier jährlich 20.000 Patienten zusätzlich behandelt werden, bei durchschnittlich 80 Stunden entsprechend 10.000. Spannend wäre die Frage, ob und wie diese Stundenausfälle gemindert oder vielleicht insgesamt vermieden werden können, zum Beispiel wenn es kurzfristig zentral meldbare niedrigschwellige Akutsprechstunden gäbe, die Menschen mit akutem Behandlungsbedarf zumindest eine erste Kontaktaufnahme und eine diagnostische Grobabklärung bieten könnten.

Finanzierungsgrundlage der Psychotherapien: In Praxen mit KV-Zulassung wird die überwiegende Mehrzahl der Behandlungen (86%) über die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen der Psychotherapierichtlinien finanziert; der Anteil der privat versicherten Patienten liegt bei knapp 10%, der der Selbstzahler bei knapp 2%. In den „freien“ Praxen hingegen liegen die höchsten Anteile der Finanzierung bei den privaten Krankenversicherungen (34%), den Selbstzahlern (42%) sowie der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens (20%). Bundesweit sind die Ausgaben für Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren in den letzten 5 Jahren auf zuletzt 40 Millionen € jährlich deutlich angestiegen. Vergleicht man allerdings die Ausgaben für Kostenerstattung mit den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Psychotherapie (aktuell ca. 1,7 Milliarden €), so entspricht dies einem Anteil von ca. 2,3%. Der hier in der Befragung ermittelte Anteil der durch Kostenerstattung finanzierten Psychotherapien liegt mit 4,4% etwa doppelt so hoch.

Behandlung „besonderer“ Patientengruppen: Die Behandlung besonderer Patientengruppen wurde nur relativ undifferenziert erfragt, die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konnten lediglich angeben, ob sie grundsätzlich mit den vorgegebenen Gruppen arbeiten (im Sinne einer allgemeinen ja/nein-Antwort). Die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Psychotherapeuten behandelt demnach Patienten mit Borderline-Störungen (74%), Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau (72%) oder Patienten, die älter als 60 Jahre sind (66%), weniger als die Hälfte behandelt Patienten mit ADHS (45%), ein starkes Drittel Patienten mit Psychosen (38%) und ca. 16% geistig behinderte Patienten. Beim Vergleich zwischen Praxen mit Kassenzulassung und „freien“ Praxen zeigte sich durchgehend ein Unterschied derart, dass in KV-Praxen die Anteile jeweils höher sind, lediglich für die Kategorie

„Sonstige“ ist es umgekehrt. Man könnte dies so interpretieren, dass für Praxen mit Kassenzulassung ein entsprechend höherer Behandlungsdruck besteht, auch schwierigere Patienten zu behandeln.

Die *durchschnittliche Therapiedauer* liegt bei ca. 70 Sitzungen, das ist deutlich mehr als in anderen Erhebungen ermittelt wurde und auch mehr als in den offiziellen KV-Statistiken berichtet wird. So liegt die mittlere Behandlungsdauer zum Beispiel in der TK-Studie bei etwa 41 (Interventionsgruppe) bzw. 36 Stunden (Kontrollgruppe), in den dort berichteten Routinedaten bei 38 ($n = 31.543$) bzw. bei 43 Sitzungen ($n = 25.915$; vgl. Wittmann et al., 2011), in der Studie der DPtV bei 46 Stunden (Walenzik et al., 2011) und in den aktuellen KV-Daten bei ca. 40 Stunden. Die Unterschiede zwischen der Therapiedauer in der vorliegenden Befragung und der genannten Vergleichswerte liegt u.a. darin begründet, dass hier nicht nach genehmigten und nicht genehmigten, d.h. anderweitig finanzierten Therapiesitzungen unterschieden wurde. Vergleicht man zum Beispiel die Therapiedauer mit den Werten aus der DPtV-Befragung, so ergibt sich eine Differenz von 10-23%, was als der Anteil an Therapiesitzungen interpretiert werden könnte, der von Patienten privat finanziert wird. Die für die Gesamtstichprobe bestehende Differenz von im Mittel ca. 25-30 Behandlungsstunden kommt vor allem auch durch die deutlich unterschiedliche Zusammensetzung der Vergleichsstichproben hinsichtlich der Anteile der Therapieverfahren zu Stande. In hier untersuchte Therapeutengruppe war die VT als Verfahren unterrepräsentiert und vor allem AP überrepräsentiert; vor allem durch letztere ergeben sich die höheren mittleren Behandlungsdauern für die Gesamtgruppe. Ein weiterer Grund für die Unterschiede (hier vor allem im Vergleich mit den KV-Zahlen) könnte auch darin liegen, dass in die KV-Daten alle psychotherapeutischen Leistungen eingehen, also auch jene mit wenigen probatorischen Sitzungen sowie auch Behandlungsabbrüche nach wenigen Stunden. In der vorliegenden Studie hingegen wurde explizit nach abgeschlossenen Behandlungen gefragt.

Erwartungsgemäß zeigten sich deutliche Unterschiede in der Therapiedauer zwischen den Therapieverfahren, so liegt die mittlere Therapiedauer bezogen auf die letzten 5 regulär abgeschlossenen Therapien für Verhaltenstherapie (VT) bei ca. 40 Stunden, für tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (TP) bei 62 Stunden und für analytische Psychotherapie (AP) bei 139 Stunden; in Letzteren sind auch einige Analysen mit einem Stundenkontingent zwischen 600 und über 1000 Stunden enthalten. Nicht enthalten sind Therapieabbrecher. Da bei der Frage zur Therapiedauer nicht explizit nach dem jeweiligen Kostenträger gefragt wurde, kann nicht unterschieden werden, wie viele Stunden über die GKV oder PKV und wie viele anderweitig (v.a. durch den Patienten selbst) finanziert wurden. Aus diesem Grund wurde eine korrigierte Behandlungsdauer berechnet, in der die langen Behandlungen auf 240 Stunden limitiert wurden. Nach dieser Berechnung bleiben VT und TP-Behandlungen annähernd gleich, die AP-Therapiedauer verringert sich auf $M=122$ Stunden.

Betrachtet man die prozentuale Häufigkeitsverteilung durchschnittlichen Behandlungsdauer für die drei Verfahren, so hat die VT ihren Häufigkeitsgipfel bei einer Therapiedauer zwischen 31-40 und die TP bei 61-70 Stunden. Die Verteilung der PA-Therapien ist deutlich flacher, die höchsten Prozentanteile liegen zwischen 80 und 100 Sitzungen. Fasst man die Sitzungszah-

len in Anlehnung an die jüngst publizierten Daten der KBV (Multmeier & Trenckhoff, 2014) in die Kontingente zusammen, die je Verfahren maximal bewilligt werden können, so zeigt sich, dass in dieser Stichprobe, dass bei ca. 62% der VT- und ca. 70% maximal das Limit des ersten Kontingents erreicht wird. Anders sieht dies bei TP-Behandlungen aus, dort gehen nur ca. 26 bis zum ersten Limit und weitere 55% zum zweiten (=80 Stunden; Abbildung 16). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen mit denen von Multmeier & Trenckhoff (2014) nur begrenzt vergleichbar sind, da in der vorliegenden Studie die erfragten fünf einzelnen Behandlungen nicht nach Kostenträger unterschieden wurden.

Beim Vergleich KV-zugelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in „freier“ Praxis zeigt sich, dass VT- und TP-Behandlungen Letzterer durchschnittlich etwa 3 bis 6 Stunden kürzer sind. Umgekehrt ist dies bei AP: Dort liegt die Dauer bei „freien“ Praxen mit 164 Stunden deutlich über den KV-zugelassenen Praxen (137 Stunden). Obwohl dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ist, könnte er als Hinweis dafür gesehen werden, dass vor allem ältere (nicht mehr KV-zugelassene) Psychoanalytiker mit einem gewissen Anteil an langen Lehranalysen häufiger in freier Praxis arbeiten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der letzten fünf regulär abgeschlossenen Behandlungen unterscheidet sich nicht im Vergleich der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten bzgl. der Gesamtgruppe, wohl aber innerhalb der Verfahren: KJP-Therapien sind vor allem bei AP mit ca. 90 Stunden deutlich kürzer als bei PP (ca. 140 Std.), ebenfalls im Trend bei VT (KJP: 39 Std., PP: 43 Std., $p < .10$).

Wartezeiten auf Erstgespräch und Therapieplatz: In der vorliegenden Studie betrug die Wartezeit auf ein Erstgespräch im Durchschnitt 7,2 Wochen, die Wartezeit auf einen Therapieplatz 15,5 Wochen. Diese Zahlen entsprechen, bezogen auf die untersuchten Bundesländer, in etwa denen in der Wartezeiten-Studie der BPTK (BPTK, 2011). Ein interessantes Ergebnis dabei ist, dass die Wartezeiten für Verhaltenstherapie sowohl hinsichtlich Erstgespräch als auch hinsichtlich Therapieplatz höher (9,0/16,7 Wochen) sind als für die tiefenpsychologischen (6,8/15,2 Wochen) bzw. analytischen Verfahren (4,7/14,4 Wochen). Nicht überraschend ist demgegenüber der für alle Verfahren deutliche Unterschied zwischen den Wartezeiten für eine Psychotherapie bei einer KV-zugelassenen Praxis im Vergleich zu einer „freien“ Praxis; letztere Wartezeiten liegen zum Teil weit mehr als die Hälfte niedriger als bei KV-zugelassenen Psychotherapeuten. Obwohl hier im Bundesvergleich relativ gut versorgte Regionen erfasst wurden, sind die regionalen Schwankungen beeindruckend. So liegen für die hier untersuchten Städte bzw. Kreise die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Therapieplatz zwischen ca. 9 (Kreise Rastatt, Emmendingen und Friedrichshafen) und ca. 28 Wochen (Kreis Neuwied). Von den Universitätsstädten liegen erwartungsgemäß Heidelberg, Mannheim, Freiburg, Berlin, Ulm, Mainz und Tübingen mit kürzeren Wartezeiten unter dem Gesamtdurchschnitt, während dessen Hamburg, Frankfurt oder Trier mehr oder weniger deutlich über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Interessant ist auch der Befund, dass die Unterschiede zwischen KV-zugelassenen Praxen und freien Praxen in den Großstadtkreisen am geringsten und in den ländlichen Kreisen am höchsten sind.

Antragsverfahren: Wegen der im Planungsstadium dieser Studie häufiger von niedergelassenen Psychotherapeuten vorgetragenen Beschwerden über eine *Verkomplizierung des Antragsverfahrens* dergestalt, dass häufig auch bei Kurztherapieanträgen nur Teilkontingente (zum Beispiel 10 von 25 Stunden) bewilligt würden, wurde dieser Punkt auch in die Befragung mit aufgenommen. Demnach berichten etwa 50% der Befragten mit KV-Zulassung davon, dass es in der letzten Zeit häufiger vorgekommen sei, dass Anträge auf Therapiebewilligung weder voll befürwortet noch abgelehnt wurden, sondern nur ein Teil des möglichen Kontingentes vom Gutachter bewilligt wurde. Insgesamt ist dies nach den vorliegenden Daten ungefähr viermal so häufig der Fall wie in den vergangenen Jahren. Hier könnte diskutiert werden, wie viel Therapiezeit für diesen bürokratischen Aufwand „verschenkt“ wird. Im einem beispielhaften Einzelfall, der den Autoren vorliegt, umfasste die Zeit von der Antragstellung bis zur letztendlichen Bewilligung einschließlich unterschiedlichster Telefonate mit der Krankenkasse, der Gutachterin sowie diverser Schreiben einen Umfang von ca. 5 Monaten. Dies ist vor allem für den Patienten, aber auch für den betroffenen Psychotherapeuten schwer zumutbar. Es ist an dieser Stelle zu diskutieren, ob das ohnehin sehr kontrovers betrachtete Gutachterverfahren (vgl. z.B. Nübling, 2011) hier nicht unnötig strapaziert, vielleicht sogar etwas missbraucht sein könnte.

6 Ausblick

Abschließend ist einschränkend hervorzuheben, dass der Bericht vorwiegend deskriptiv gehalten ist und auf differentielle Analysen weitgehend verzichtet wurde. Dies soll in einem zweiten Schritt in inhaltlich umschriebenen Fachpublikationen erfolgen.

Im Rahmen des vorliegenden Datensatzes sind u.a. folgende Fragenstellungen von weiterem Interesse:

- Lassen sich Unterschiede zwischen Landeskammern finden, z.B. hinsichtlich Kontext der psychotherapeutischen Tätigkeit, der Behandlungskapazität oder Therapiedauer?
- Durch welche Parameter lassen sich die jährliche Behandlungskapazität bzw. die Gesamtarbeitszeit „vorhersagen“?
- Wie unterscheiden sich ältere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von jüngeren, noch relativ zeitnah zur Approbation stehenden?
- Wie stehen die Ergebnisse dieser Studie im Verhältnis zu den genannten Versorgungsstudien, wie sind sie im Lichte dieser Studien zu bewerten?

Da im Rahmen dieser Studie die Versorgung in drei Bundesländern (Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz) und zwei Stadtstaaten (Berlin und Hamburg) betrachtet werden konnte, wäre eine Ausweitung auf weitere Bundesländer wünschenswert. Alternativ sollte geprüft werden, ob die Planung einer neuen bundesweiten und in einzelnen Teilen auch in-

haltlich erweiterten Befragung realistisch erscheint. Diese könnte dann zu deutlich repräsentativeren Ergebnissen führen.

7 Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler, E (2010) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55, 503-514.
- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler, E (2011) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*; 56: 51-60.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of Emotional and Behavioral Disorders in German Children and Adolescents - a Meta-Analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 194-203.
- Barthelmes., I. Nolting, H.-D., Krieger, J. & Rellecke, J. (2014). Befragung der angestellten Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Bestandsaufnahme zu den beruflichen Positionen, Tätigkeitsspektren und Funktionen in der Organisation sowie zum Status der psychotherapeutischen Versorgung Ergebnisbericht für die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Unveröff. Bericht, IGES Institut, Berlin.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2008). BPTK-Spezial zum Morbi-RSA (Morbiditäts-Risiko-Strukturausgleich). Download unter 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. Berlin, BPTK, Download unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2013). 10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPTK-Stellungnahme. Download unter http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPTK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf
- Fritze, J. (2011). Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2011. *Psychopharmakotherapie*, 18, 245-256.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 414-423.
- Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A. & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychother Psych Med*, 60: 5 – 13.
- Glaeske, G. Augustin, M., Abholz, H. et al. (2009). Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 71, 685-693.
- Herpertz, S. C., Herpertz, St., Schaff, C., Roth-Sackenheim, C. Falkai, P., Henningsen, P., Holtmann, M., Bergmann, F. & Langkafel, M. (2011). Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie. Vorläufiger Abschlussbericht, download unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf>
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K. & Remschmidt, H. (2013). Erwachsenwerden ist schwer. *Psychische Störungen in der Adoleszenz. Dtsch Arztebl*, 110 (25), 432-440.
- Hölling, H., Schlack, R., Kamtsiuris, P., Butschowsky, H., Schlaud, M. & Kurth, B.M. (2012). Die KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55, 836-842.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, Heft 4, 159-169.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34 (1/2009), 16-28.
- Jacobi, F., Kloese, 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 unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (25-36). Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV und NAV-Virchow-Bund (2012). Tabellenband Ärztemonitor 2012. <http://www.kbv.de>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV (2011). Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Zahlen, Fakten, Informationen. Download unter: http://www.kbv.de/media/sp/Grunddaten_2011.pdf
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Kruse, J., Herzog, W., Hofmann, M. & Larisch, A. (2012). Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV. Download unter: http://s255669059.online.de/pdf/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf.
- Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N. et al. (1999) Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 49: 14-22
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater M. Rieckmann, N., Schneider, A. & Weber, I. (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg, Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz - aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8, 239-252.
- Nübling, R. (2011). Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Versorgungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 10, 57-61.
- Nübling, R. (2012). Noch einmal (und immer wieder): Die Psychotherapie braucht (eine gute, kontinuierliche, überregionale, substanzielle, ...) Versorgungsforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 11, 235-240.
- Nübling, R. (2014). Zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker im ambulanten und stationären Rahmen – Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 13, 44-49.
- Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. *PTJ*, 10, 43-50.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 48-57.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand, Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K.W. Lauterbach, U. Engelmann & M. Halber (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Disease Management* (S. 13–23). Bern: Huber.
- Puschner, B. & Kordy, H. (2010). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 60, 350 – 357.
- Puschner, B. & Kraft, S. (2008). Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 268 – 276.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M: Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 871–8.
- Sauer, K., Barkmann, C., Klasen, F., Bullinger, M., Glaeske, G. & Ravens-Sieberer, U. (2014). How often do German children and adolescents show signs of common mental health problems? Results from different methodological approaches – a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 229-243.
- 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.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A. et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125(6): 440-52.
- Schütte, I., Peschken, O. & Friedrich, H. (2003). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Göttingen, Cuvillier-Verlag.
- 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.
- Seeger, S., Caspar, F., Bastine, R., Klöß-Rotmann, L., Meyerberg, J., Neumann, U., Wiegand, W., Fydrich, T. & Schmidt, J. (2005). Erste Ergebnisse der Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4, Heft 2, 145.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Statistisches Jahrbuch 2006*. www.destatis.de.
- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., Glahn, E. M., Bruckmayer, E., von Heymann, F., Kriz, D., Pfaffinger, I. & Wittmann, W.W. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Erste Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“. *Zts Klin Psychol Psychother*, 40, 267–282.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern, Huber.
- Strauss, B.M., Lutz, W., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., Boehnke, J.R., Rubel, J., Scheidt, C.E., Caspar, F., Vogel, H., Altmann, U., Steyer, R., Zimmermann, A., Bruckmayer, E., von Heymann, F., Kramer, D., & Kirchmann H. (2013). Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2013.856046
- Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2009). *Gesundheitsreport 2008 – Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen*. Schwerpunkt: Psychische Störungen. Hamburg, Techniker Krankenkasse.
- Tritt, K., Bidmon, R.K., Heymann, F. v., Joraschky, P., Lahmann, C., Nickel, M. & Loew, T. (2007). Zehn Thesen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung – ein Positionspapier. *Psychotherapie*, 12, 47-59.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R., Duncker, C. & Farrenkopf, N. (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Universität Duisburg-Essen, Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPTV.
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 17 Suppl 1, 133-147.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - 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.
- Wittchen HU, Jacobi F, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Gaebel W, Zielasek W, Maier W, Wagner M, Hapke U, Siegert J & Höfler M (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). Vortrag auf dem Symposium „Gemessen und gefragt – die Gesundheit der Deutschen unter der Lupe“, Berlin, 14.6.2012.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EurNeuropsychopharmacol*. 21(9):655-79.

- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völke, 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/centauros/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). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell*, Heft 3/2011, 6-12.
- Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grochowski, A. & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland *Psychologische Rundschau*, 64 (2), 75 – 93
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2012). ZI Praxis-Panel 2010. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2006 bis 2008. https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2010_final.pdf
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A. & Hartmann, S. (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen Psychosozial-Verlag.
- 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., Lehenhagen, 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.

8 Anhang



Fragebogen zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung

Ihr Alter: <input style="width: 40px;" type="text"/> Jahre	Ihr Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
1. Approbation als: <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut			
2. Haben Sie eine Kassenzulassung?		... eine Ermächtigung?	
<input type="checkbox"/> ja, voll <input type="checkbox"/> ja, 50% <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		... einen Eintrag in das Arztregister ?	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Für welche Verfahren haben Sie bei der KV eine Abrechnungsgenehmigung?			
<input type="checkbox"/> für kein Verfahren → Bitte weiter mit Frage 5			
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie.....		<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Gruppe	
<input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie.....		<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Gruppe	
<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie.....		<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Gruppe	
4. Bei Abrechnungsgenehmigungen für Erwachsene UND Kinder/Jugendliche:			
Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenbehandlungen beträgt in etwa <input style="width: 40px;" type="text"/> %			
5. Arbeiten Sie in freier Praxis ohne Kassenzulassung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Psychotherapieverfahren, das zur Approbation führte		<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> weitere Verfahren	
		<input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie	
		<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie	
6. Wenn Sie mit Erwachsenen UND Kindern/Jugendlichen arbeiten:			
Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenbehandlungen beträgt in etwa <input style="width: 40px;" type="text"/> %			
7. Wie viele Wochen haben Sie im letzten Jahr insgesamt gearbeitet (d.h. ohne Urlaub, Krankheit, Fortbildungen, Kongresse, etc.)?		ca. <input style="width: 40px;" type="text"/> Wochen	
8. Wie viele Stunden haben Sie dabei etwa durchschnittlich pro Woche gearbeitet?		ca. <input style="width: 40px;" type="text"/> Std/Wo	
9. Ausgehend von Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit im letzten Jahr: wie haben sich diese 100 % in etwa auf die folgenden Bereiche verteilt?			
<input type="text"/> % alleine in eigener Praxis		<input type="text"/> % in einer Beratungsstelle	
<input type="text"/> % freiberuflich in Praxengemeinschaft, Gemeinschaftspraxis		<input type="text"/> % in einer stationären Einrichtung	
<input type="text"/> % angestellt in einer Praxis		<input type="text"/> % in einer Institutsambulanz	
<input type="text"/> % sonstiges (bitte angeben): _____			
10. Wie hoch war im letzten Jahr in etwa der Anteil der von Ihnen behandelten Patienten, deren Psychotherapie über folgende Wege finanziert wurde? (GKV: gesetzliche Krankenversicherung)			
<input type="text"/> % GKV im Rahmen der PT-Richtlinien		<input type="text"/> % GKV im Rahmen der Kostenerstattung	
<input type="text"/> % private Krankenversicherung		<input type="text"/> % Selbstzahler	
<input type="text"/> % sonstiges (bitte angeben): <input style="width: 300px;" type="text"/>			

11. Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten 5 von Ihnen durchgeführten ambulanten Psychotherapien (abgeschlossene Behandlungen)? Patient 1: <input type="text"/> Std. Patient 2: <input type="text"/> Std. Patient 3: <input type="text"/> Std. Patient 4: <input type="text"/> Std. Patient 5: <input type="text"/> Std.	
12. Behandeln Sie Patienten mit folgenden besonderen Merkmalen? <input type="checkbox"/> Patienten mit Borderline-Störungen <input type="checkbox"/> Patienten mit AHDS <input type="checkbox"/> Patienten mit Psychosen <input type="checkbox"/> ältere Patienten (60+) <input type="checkbox"/> Patienten mit geistigen Behinderungen <input type="checkbox"/> Patienten aus niedriger (Bildungs-)Schicht <input type="checkbox"/> Patienten mit <input style="width: 150px;" type="text"/> (bitte angeben)	
13. Falls Sie eine ambulante Praxis haben oder in einer ambulanten Praxis mitarbeiten: Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen (13-22) bezogen auf das Jahr 2011 Schätzungen in Stunden pro Monat (= 4 x 1 Woche) an (Bitte machen Sie Angaben in Bezug auf einen durchschnittlichen regulären Arbeitsmonat ohne Feiertage/Urlaub/Krankheit). In welchem Umfang etwa...	
14. ... haben Sie probatorische Sitzungen durchgeführt?	bei erwachsenen Patienten ca. <input type="text"/> Std/Mo bei Kindern/Jugendlichen ca. <input type="text"/> Std/Mo
15. ... haben Sie <u>einzel</u> therapeutische Sitzungen (ohne probatorische Sitzungen) durchgeführt?	bei erwachsenen Patienten ca. <input type="text"/> Std/Mo bei Kindern/Jugendlichen ca. <input type="text"/> Std/Mo
16. ... haben Sie 10-minütige psychotherapeutische Gespräche gem. EBM-Ziffer 23220 durchgeführt?	bei erwachsenen Patienten ca. <input type="text"/> Std/Mo bei Kindern/Jugendlichen ca. <input type="text"/> Std/Mo
17. ... haben Sie <u>gruppent</u> herapeutische Sitzungen (ohne probatorische Sitzungen) durchgeführt?	bei erwachsenen Patienten ca. <input type="text"/> Std/Mo bei Kindern/Jugendlichen ca. <input type="text"/> Std/Mo
18. Wie viele Therapiestunden wurden von Ihren Patienten kurzfristig, z.B. aus Krankheitsgründen o.ä., abgesagt?	ca. <input type="text"/> Std/Mo
19. Bei wie vielen der kurzfristig abgesagten Sitzungen handelte es sich um tatsächliche Stundenausfälle (d.h. Sie konnten sie nicht an andere Patienten (weiter-)vergeben)?	ca. <input type="text"/> Std/Mo
20. Wie viele Stunden haben Sie pro Monat für das Abfassen von Berichten an Gutachter oder Kostenträger etc. (z.B. Kassenanträge) verwandt?	ca. <input type="text"/> Std/Mo
21. Wie viele Stunden haben Sie pro Monat für sonstige Verwaltungsaufgaben (z.B. Telefonate, Dokumentation) verwandt?	ca. <input type="text"/> Std/Mo
22. Wie viele Stunden haben Sie pro Monat für sonstige Aufgaben (z.B. Supervision, Intervention) verwandt?	ca. <input type="text"/> Std/Mo
23. Wie lange ist Ihre derzeitige durchschnittliche Wartezeit	... auf ein Erstgespräch <input type="text"/> Wochen ... auf einen Therapieplatz <input type="text"/> Wochen
24. Für PP/KJP mit KV-Zulassung: Kommt es in der letzten Zeit vor, dass Ihre Anträge auf Richtlinienpsychotherapie weder voll befürwortet noch abgelehnt werden, d.h. nur ein Teil des möglichen Kontingentes (z.B. 10 von 25 beantragten Stunden) vom Gutachter bewilligt wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → falls ja, wie häufig im letzten halben Jahr? ca. <input type="text"/> mal → falls ja, wie häufig davor? (Bitte Schätzung der 2 Jahre davor) ca. <input type="text"/> mal
25. In welchem Stadt-/Landkreis liegt Ihre Praxis/die Praxis, in der Sie arbeiten (bitte Stadt-/Landkreiskürzel des KFZ-Kennzeichens angeben)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!