

Psychotherapeutische Versorgung

Status Quo und Perspektiven

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Vortrag
BIOS Behandlungsinitiative Opferschutz eV
Karlsruhe, 27.04.2023

- Einleitung: Geschichte und Eindrücke zur Psychotherapie-Debatte
- Gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen
- Zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Zum Bedarf: Sind Psychotherapiepatienten „wirklich“ krank
- Kosten psychischer Erkrankungen, Verteilung der Mittel
- Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie
- Zusammenfassung/Ausblick

Kurze Geschichte (kassenfinanzierter) Psychotherapie in Deutschland

- **Bis 1967: rein private Finanzierung** einer ambulanten Psychotherapie → behandelt wurden nur Menschen, die es sich finanziell leisten konnten
- **1967: Aufnahme in die Kassenleistungen** (Psychotherapie-Richtlinien) nach der Studie von A. Dührssen (einer Berliner Psychoanalytikerin) zum positiven Einfluss von Psychotherapie auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten (Senkung der AU-Tage nach Psychotherapie)
- **1991: Vorlage des Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz** durch A.E. Meyer, K. Grawe, R. Richter et al
- **1999 Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes** (PsychTgG)
- **2017 Psychotherapiereform**
- **2019 Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung**

Psychotherapierichtlinie – Verfahren und Methoden

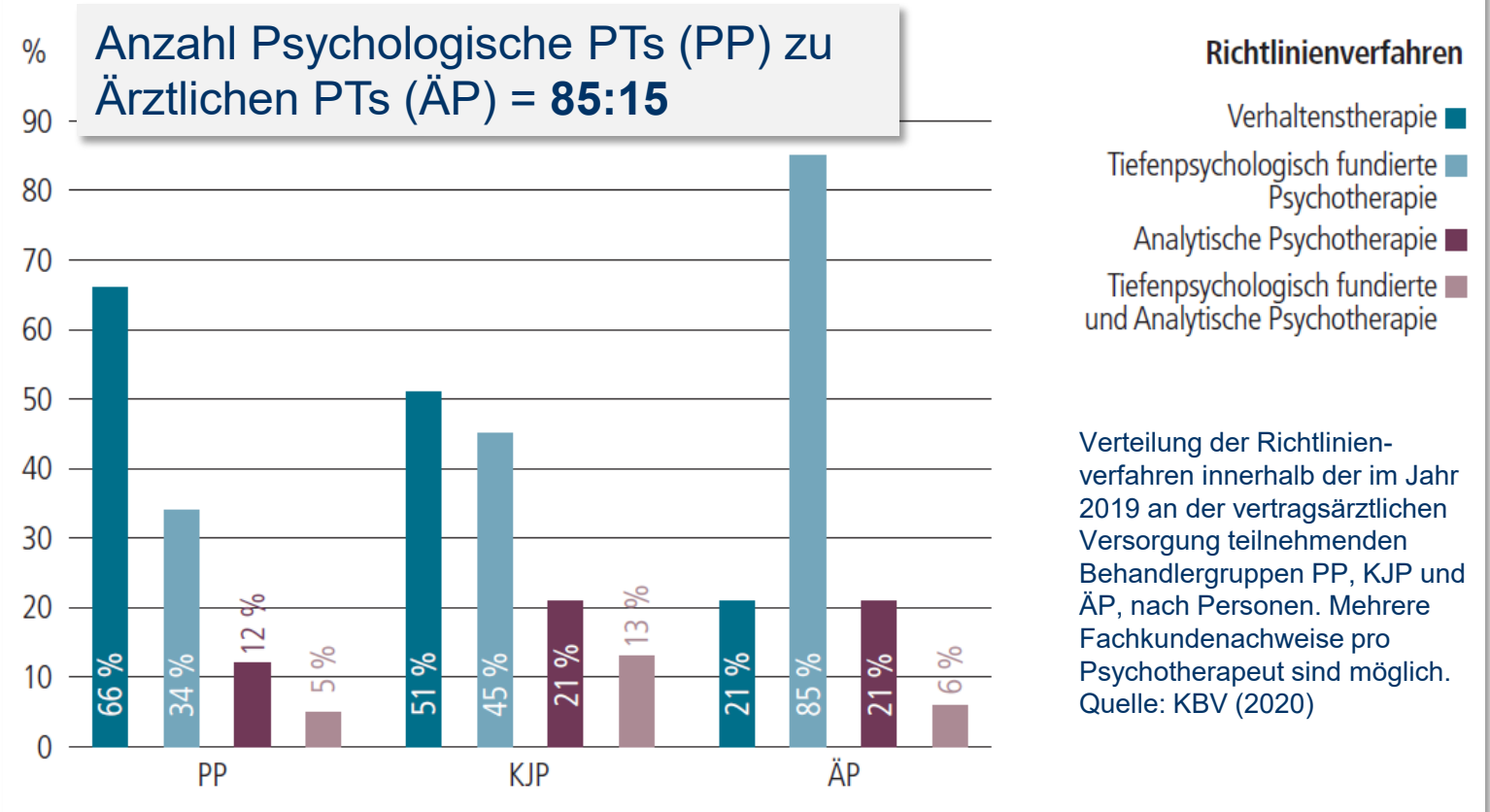
Verfahren

- Tiefenpsychologisch fundierte PT
- Analytische PT
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

Methoden

- Katathymes Bilderleben
- Rational Emotive Therapie (RET)
- Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Verteilung der Richtlinienverfahren

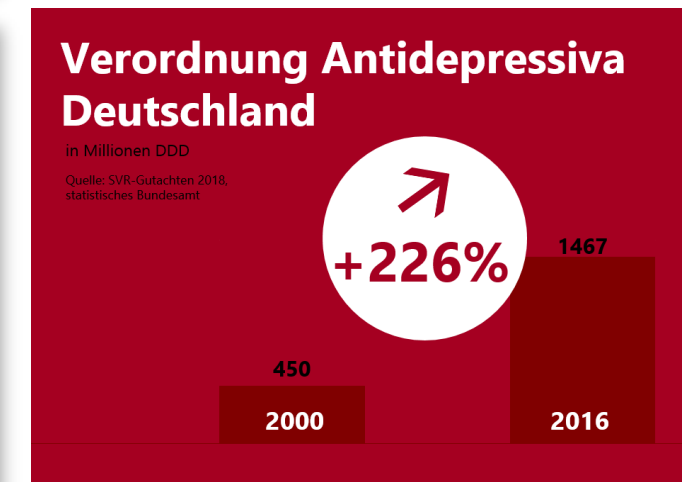
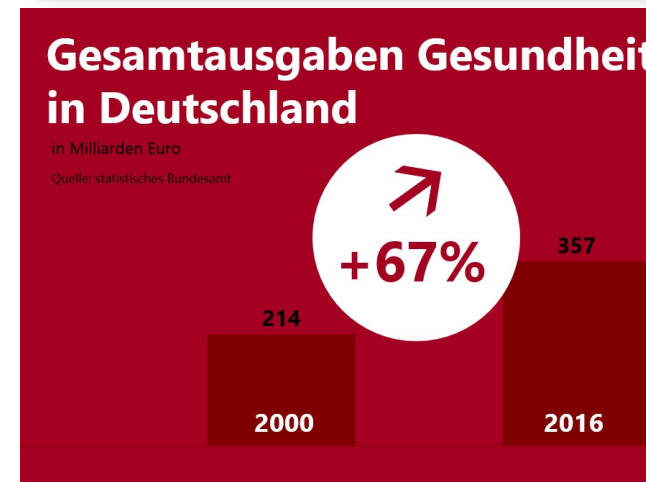
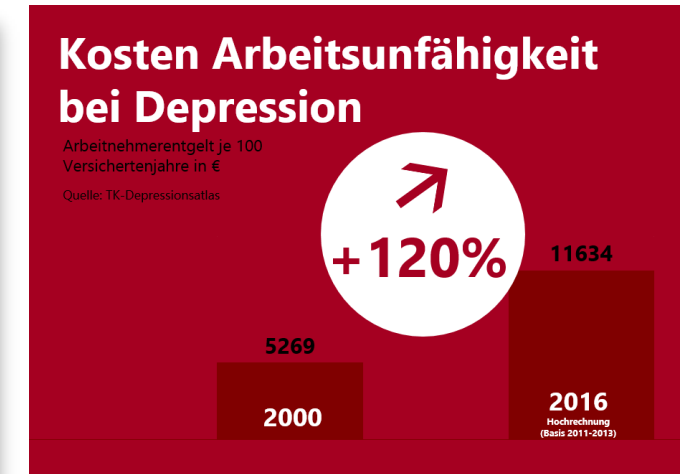
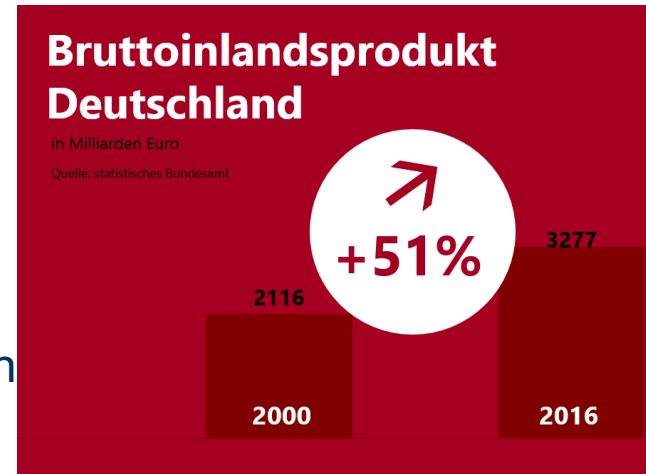


Sichtweise der Krankenkassen

Twitter-#rotebildchenkampagne des GKV-SV 2018 – Adaption



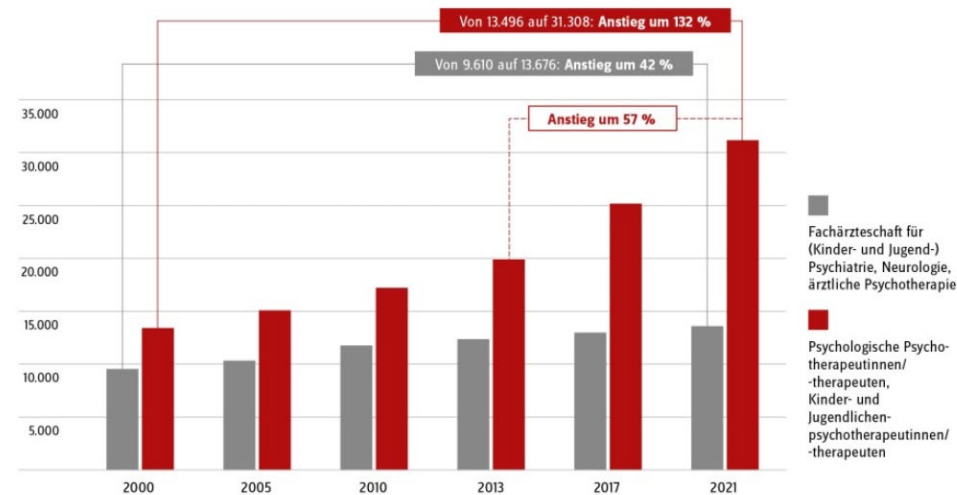
Adaption
RN



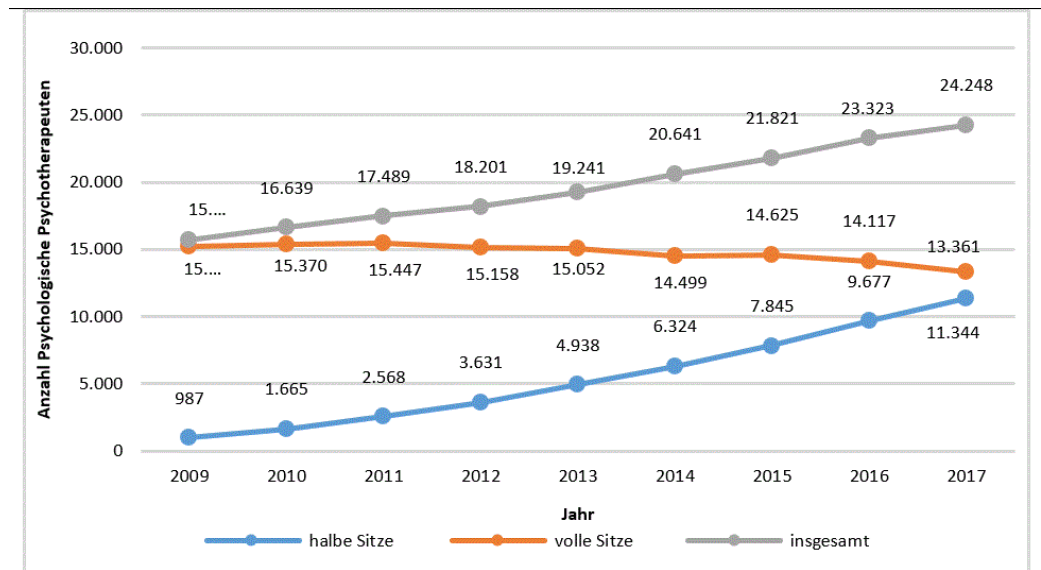
Zunahme Anzahl Psychotherapeut*innen: Köpfe vs Sitze

Entwicklung der Anzahl Psychotherapeut*innen
(Sicht des GKV-Spitzenverbands)

Psychotherapie: Anzahl Leistungserbringende

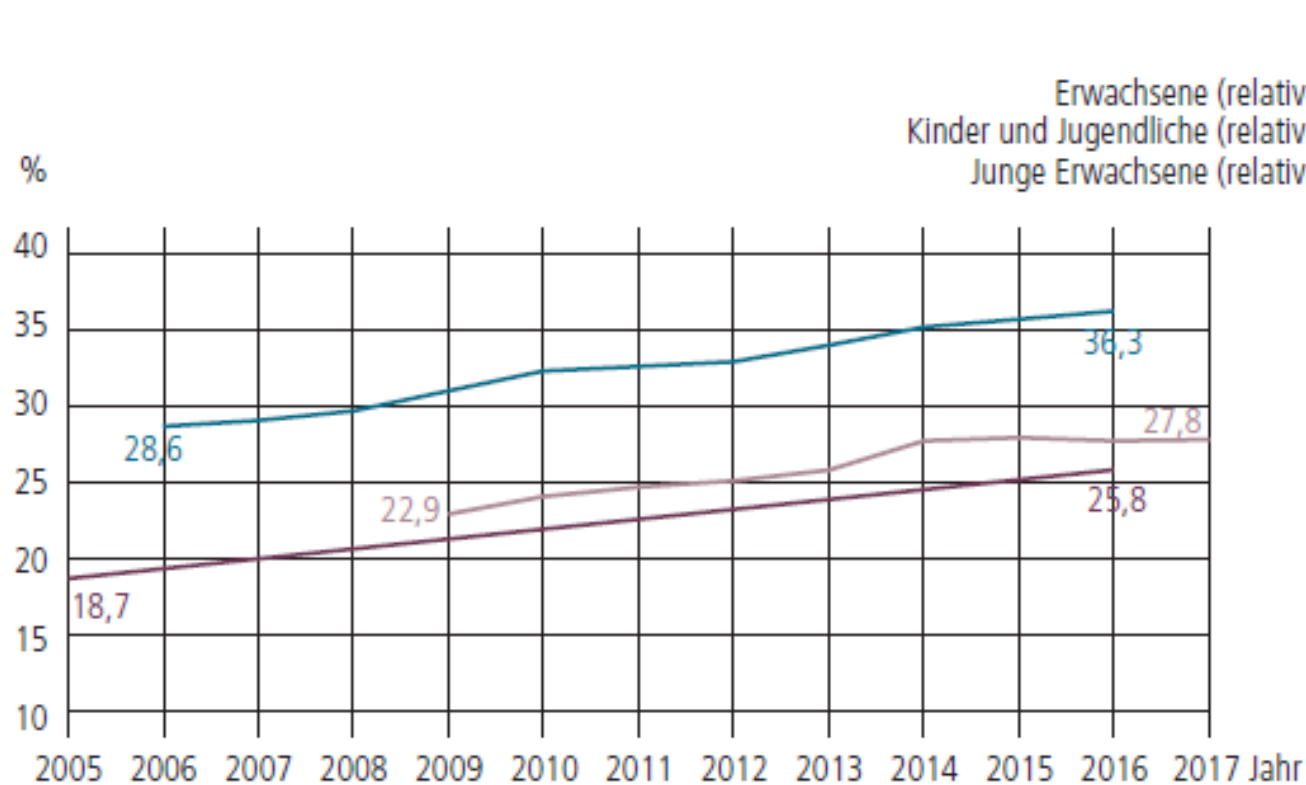


Entwicklung der Anzahl an psychologischen Psychotherapeuten mit hälftigem und vollem Versorgungsauftrag (KBV 2009-2017)



Fazit: die „Kopfzahl“ ist zwar stark gestiegen, durch die Veränderung des Verhältnisses von 100%- zu 50%-Kassensitzen ist der Zuwachs an Kapazität deutlich geringer!

Diagnostische Prävalenz Psychischer Störungen 2005-2017



Stetiger Zuwachs der diagnostischen Prävalenz
→ **Psychische Erkrankungen werden häufiger erkannt/diagnostiziert**
(epidemiologische Prävalenz bleibt weitgehend konstant)

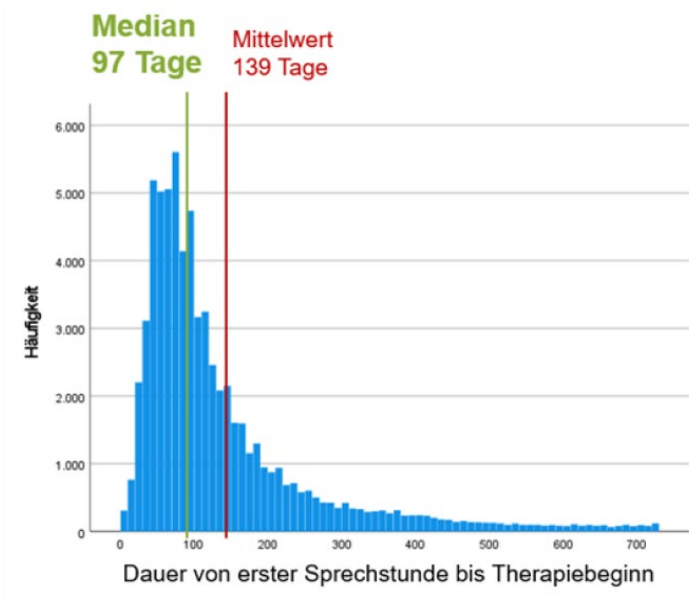
Quelle: Grobe et al. (2018);
Steffen et al. (2019) zit. nach Rabe-Menssen & Maaß (2021)

Wartezeit auf Behandlungsplatz – Bayern 2021 und Bund 2018

Bayern 2021: Ø139 Tage, d.h. ca. **20 Wochen!**

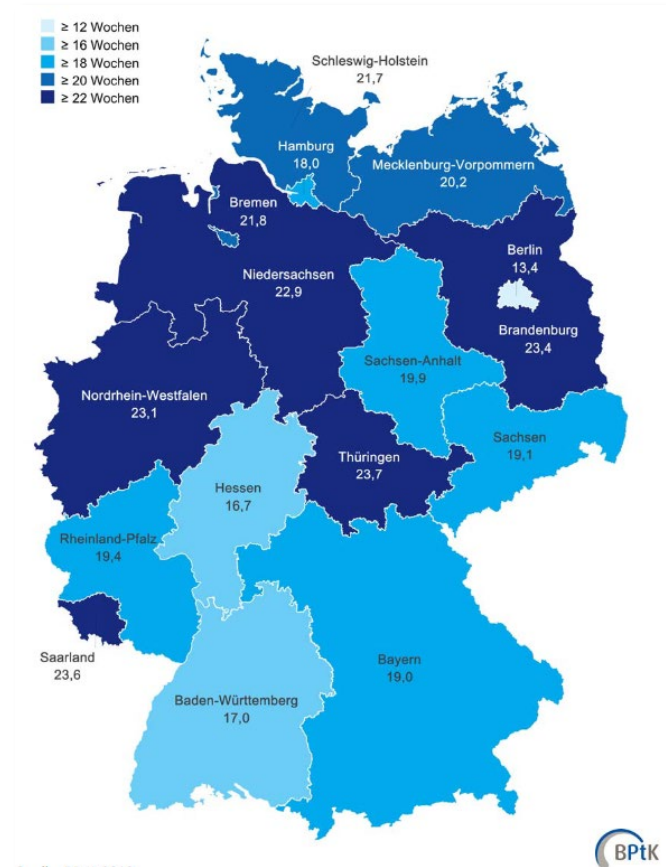
Verteilung Patienten nach Dauer der Zeitspanne zwischen erster psychotherapeutischer Sprechstunde und Beginn der Psychotherapie 2021 (in Tagen)

<https://www.bptk.de/lange-wartezeiten-auf-eine-psychotherapie-in-laendlichen-regionen-bayerns/>



Datengrundlage: **n= 68.898 GKV-Patienten**, die im Jahr 2021 eine Psychotherapie begonnen haben (Daten der KV Bayern)

Bund 2018: Ø **19,9 Wochen!** Regionale Unterschiede: Berlin 13,4, Ruhrgebiet 29,4 Wo

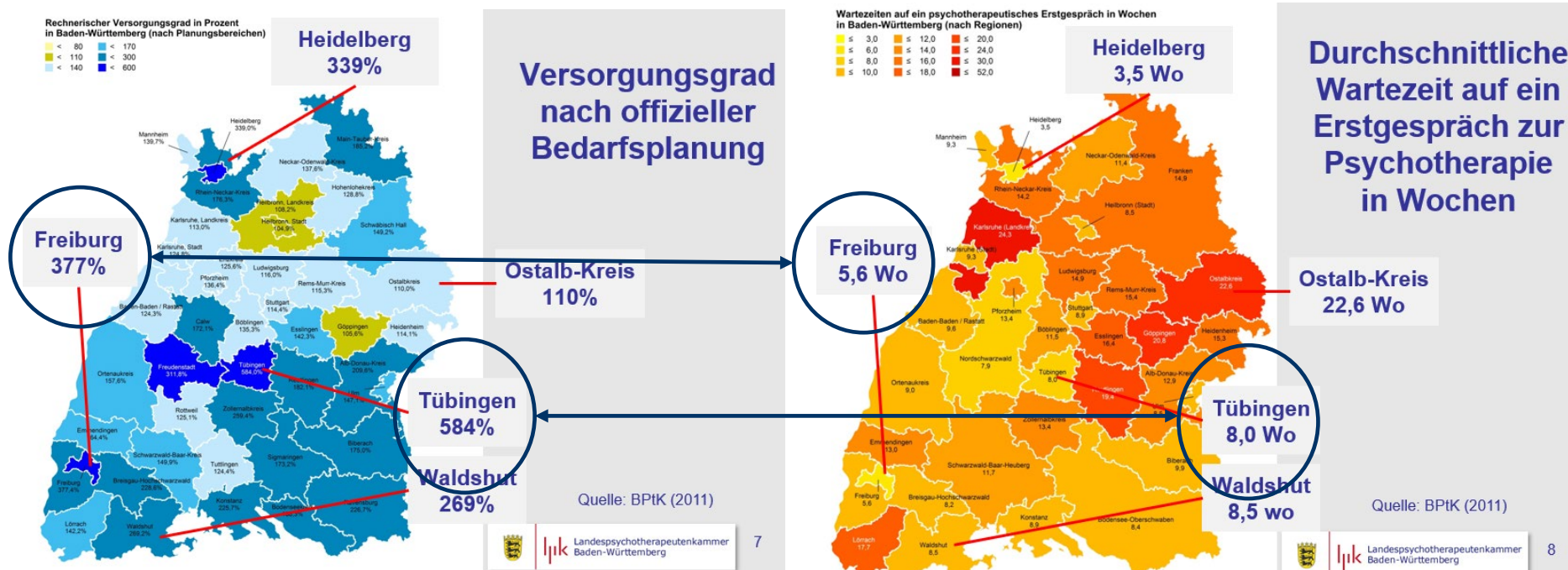


Datengrundlage:
n=9.432
Psychologische und
Kinder- und
Jugendlichenpsycho-
therapeut*innen

Quelle: BPtK (2018)

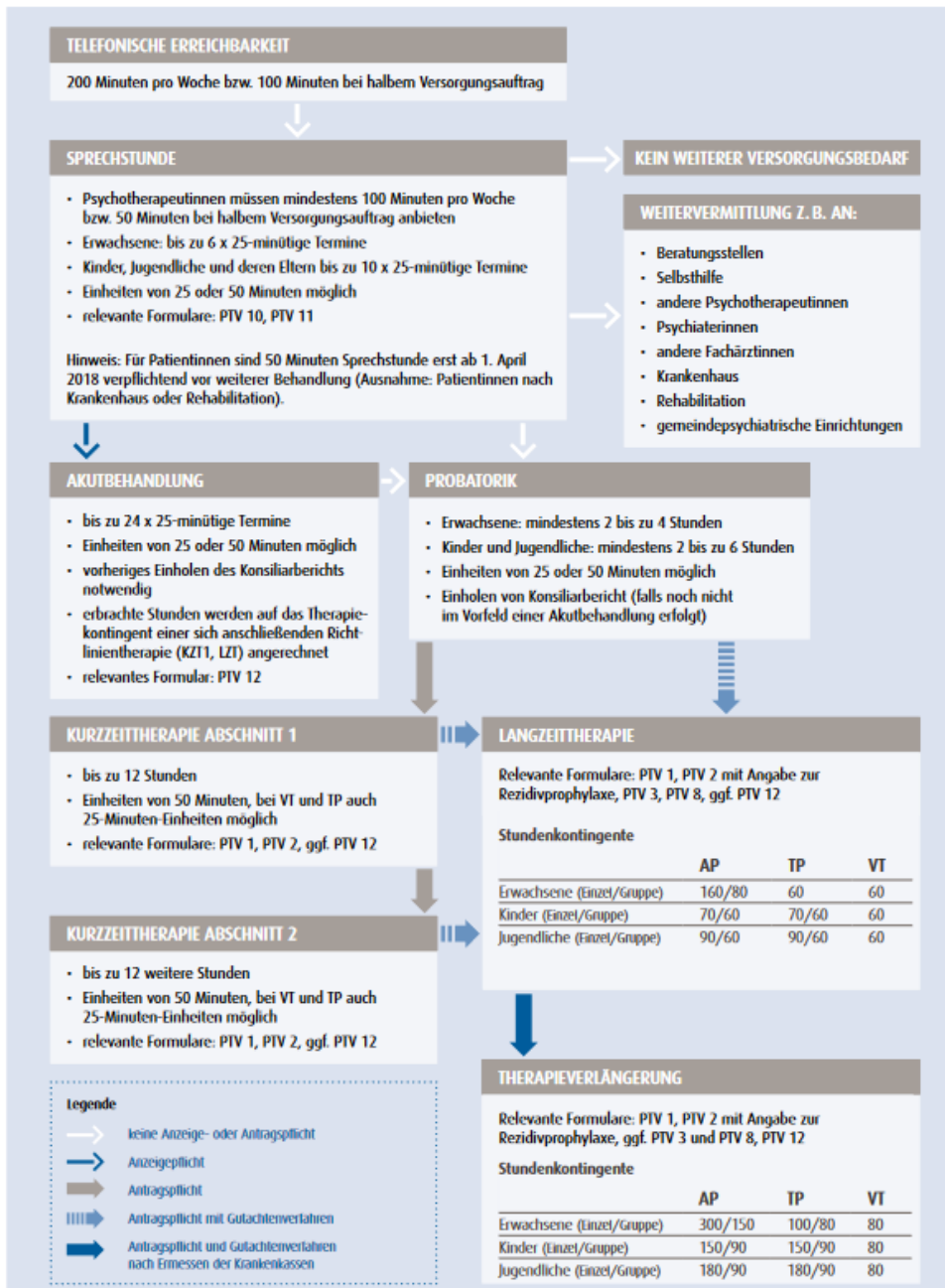
Bedarfsplanung und Wartezeit Baden-Württemberg 2011

Daten aus 2011 zeigen **deutliche Diskrepanz zwischen offiziellem Versorgungsgrad (in%) und Wartezeiten** (Wochen), die Zahlen sind heute nicht wesentlich anders!



Datengrundlage: bundesweite Befragung von **n = 8.620** Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, für BW: **n = 973**

Quelle: BPTk 2011, Folien adaptiert aus Nübling 2015



Psychotherapierichtlinie – Reform 2017

- Verbindliche **telefonische Erreichbarkeit** 200/100 Min/Woche
- Verbindliches Angebot einer **Sprechstunde** 100/50 Min/Woche
- **Akutbehandlung** bis zu 24 Termine
- **Kurzzeittherapie I:** bis zu 12 Sitzungen
- **Kurzzeittherapie II:** bis zu 12 Sitzungen, dazwischen formale Antragstellung
- **Langzeittherapie** je nach Verfahren 60-160 Std., Verlängerung auf 80-300 Std möglich

Durch die Reform wurde zT mehr Arbeitszeit der Praxen gebunden, gleichzeitig die Anzahl der Praxen nicht erhöht

BPtK-Wartezeitenstudie 1 Jahr nach der PT-Reform



Zentrale Ergebnisse:

- Wartezeit Sprechstunde: **Ø 5,7 Wochen**
- Wartezeit Akutbehandlung: **Ø 3,1 Wochen**
- Wartezeit Richtlinienpsychotherapie: **Ø 19,9 Wochen**

Zentrale Aussagen:

- Sprechstunde als Anlauf-/Koordinationsstelle angenommen.
- **Wartezeiten auf Behandlung noch erheblich zu lang**, außerhalb von Großstädten/Ruhrgebiet besonders lang.
- BPtK: ca. **7.000 psychotherapeutische Praxissitze zusätzlich** erforderlich → in Zukunft weiter steigende Nachfrage nach PT zu erwarten, da Entstigmatisierung zunehmend erfolgreich

Bisherige Notlösung: Kostenerstattung in Privatpraxen

Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie

Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammern
Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein

Ergebnisbericht

Rüdiger Nübling¹ und Karin Jeschke²

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
² Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

in Zusammenarbeit mit

Ulrike Böker, Martin Klett und Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Nikolaus Melcop, Heiner Vogel (Bayern),
Michael Krenz, Brigitte Kemper-Bürger (Berlin), Wiebke Rappen, Amelie Thobaben (Bremen), Heike Peper
(Hamburg), Andreas Fichler (NRW), Else Döring (Hessen), Felicitas Michaelis, Daniel Nowik, Roman Rudyk
(Niedersachsen), Dagmar Schulz, Oswald Rogner (Schleswig-Holstein)



Stuttgart/Berlin, Oktober 2018

Ergebnisse der bundesweiten Befragung (n=2.417):

- **Abnahme der Bewilligungsquote von 81% (vor der Reform) auf 47%** (2016: Ø 11,5 von 14,2, 2017: 5,7 von 11,5 Anträgen)
- **Rückgang der durchschnittlich bewilligten Stundenzahl je Therapie um 24%** (von 37 auf 28 Sitzungen)

„Zusammenfassend hat sich durch die **starke Restriktion der Bewilligung** außervertraglicher Psychotherapien im Wege der Kostenerstattung durch die Krankenkassen die **Situation therapiesuchender Menschen, die gesetzlich versichert sind, deutlich verschlechtert**. Da die **Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V als individuelle Notlösung zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages unverändert im Gesetz** steht und sich die Versorgungsdefizite in der Psychotherapie keinesfalls verringert haben, hat die in der Studie deutlich werdende **flächendeckende Restriktion bei der Kostenerstattung** von psychotherapeutischen Leistungen durch die Kassen starke Auswirkungen. Das **Recht der betroffenen PatientInnen auf eine zeitnahe Behandlung ihrer psychischen Erkrankung** wird dadurch **massiv eingeschränkt**. Das derzeitige restriktive Verhalten der Krankenkassen könnte auch als **Diskriminierung psychisch kranker Menschen** interpretiert werden.“ (S. 8)

Quelle: Nübling & Jeschke (2018)

Gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen

Bedeutung psychischer Erkrankungen – Fehltage/Frühberentungen

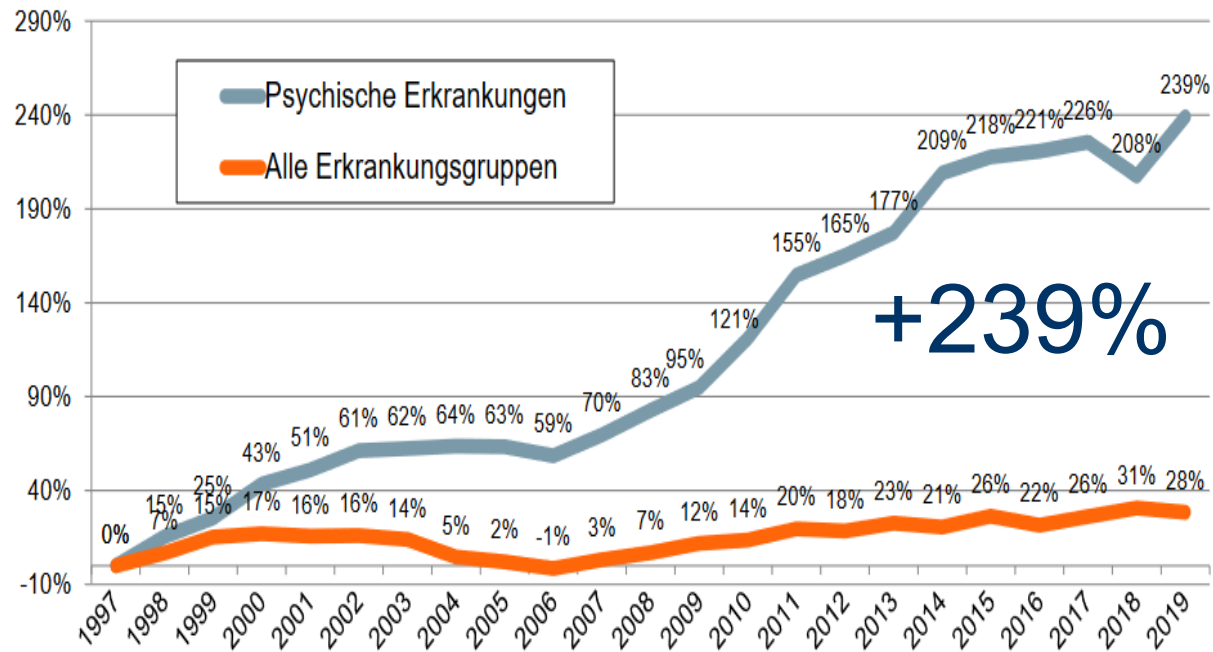
- **5%** aller **Krankschreibungen** und **13%** der betrieblichen **Fehltage** (Stand: 2013, heute höher)
- 2011-2021: **+41% Steigerung** psychisch bedingter **Fehltage** (276 vs 196 Fehltage je 100 Versicherte; Vergleich **somatische Erkrankungen: +2%**)
- **Krankschreibungen überdurchschnittlich lang**: psychische Erkrankungen insgesamt: **39 Tage/Jahr**, Depression > 80 Tage/Jahr¹ (Stand: 2021)
- **Anteil bei Frühberentungen: 43%** (Depressionen: 17%, Neurot., Belastungs- und somatoforme Störungen: 9%, Sucht: 4%, Psychosen; 4%, andere Psychische Störungen: 8%)
- Anteil **Reha-Maßnahmen ca. 18%** (Stand 2021), kontinuierliche Steigerung des Anteils, inzwischen zweitgrößte Indikationsgruppe
- **Kosten?**

Quellen: BPtK 2013b; IGES/DAK 2022

¹ <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-und-arbeit>

Anstieg Fehltage je 100 Versicherte seit 1997/2000

Versicherte der DAK



Quelle: DAK (2020)

<file:///C:/Users/R%C3%BCdiger%20N%C3%BCbling/Downloads/folien-2335938.pdf>

Versicherte der TK

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

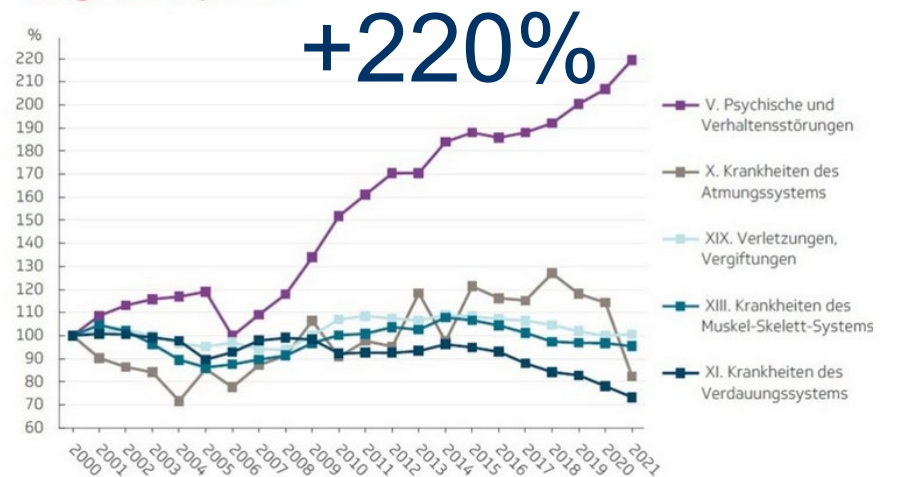


Abbildung: Veränderung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen relevanten Diagnosen (Quelle: TK Gesundheitsreport 2022)

Quelle: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-und-arbeit>

AU-Tage/Krankheitskosten vs Schwergrad psychisch

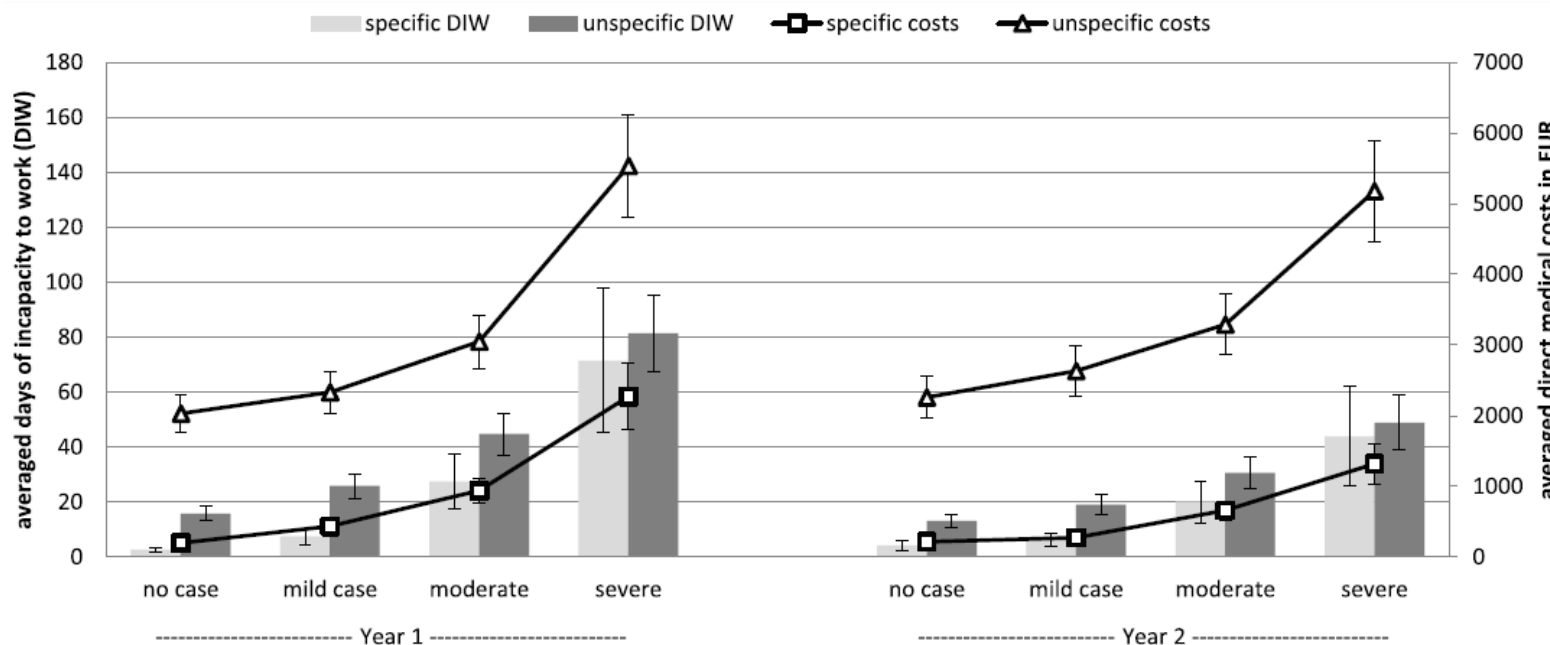


Fig. 1 Mean scores of specific and non-specific days of incapacity to work (DIW) on the left y-axis and specific and non-specific medical costs (MC) on the right y-axis in the first and second year after HADS assessment, depending on the HADS severity score. Specific = DIW or MC due to mental illness. Non-specific = DIW or MC due to all diagnoses. Results are controlled for age, gender, marital status, education, and employment status. Error bars represent standard errors

Quelle: Müller et al. 2021
Bombana et al. 2022

Schweregradeinteilung nach HADS Hospital
Anxiety and Depression Scale; N=3.228

**Erhöhtes Risiko je
Schweregrad**

➤ **Bsp. Krankheitskosten**

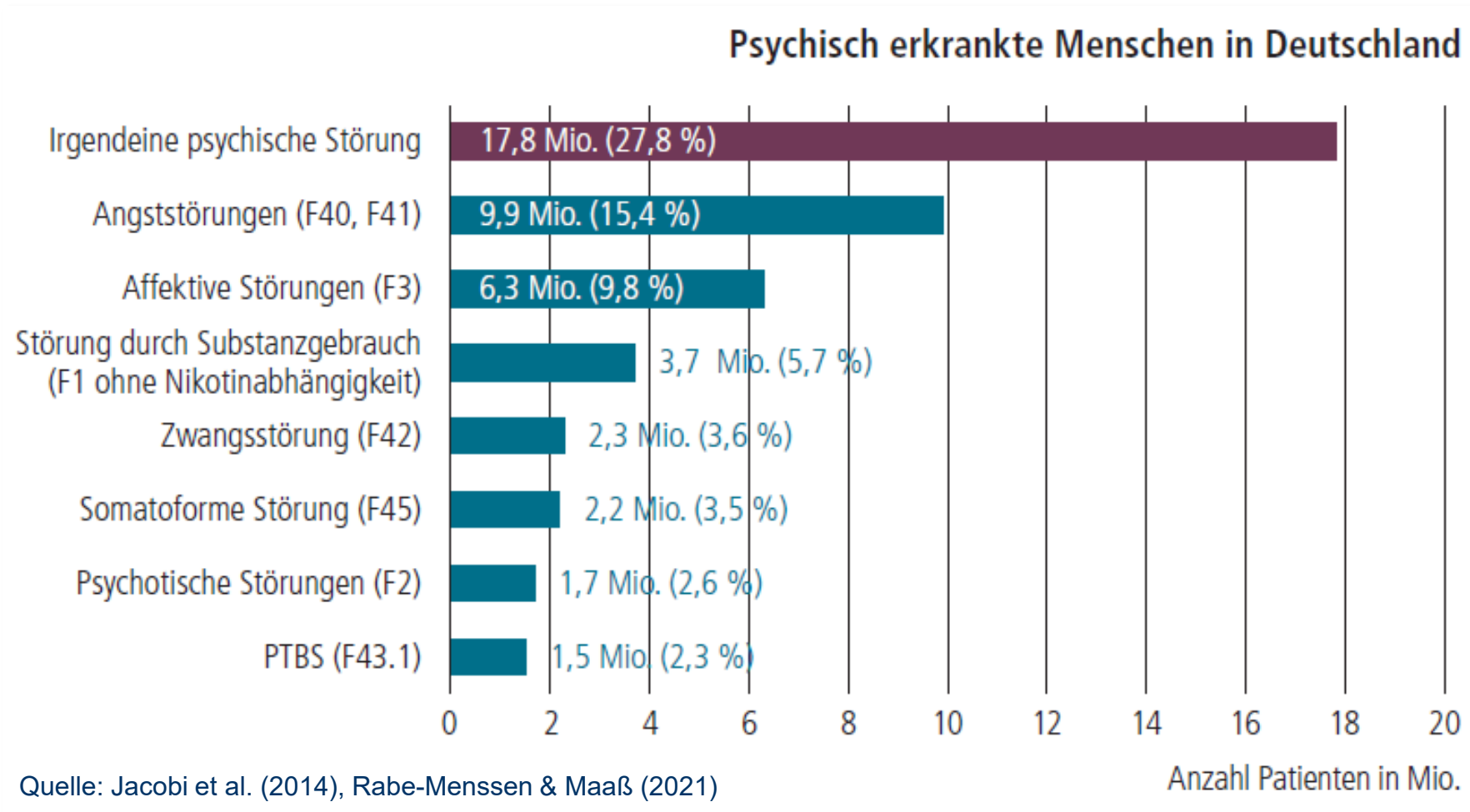
Mild: 1,5 – 2-fach

Moderat: **3,1 – 4,2-fach**

Schwer: **5,2 – 9,1-fach**

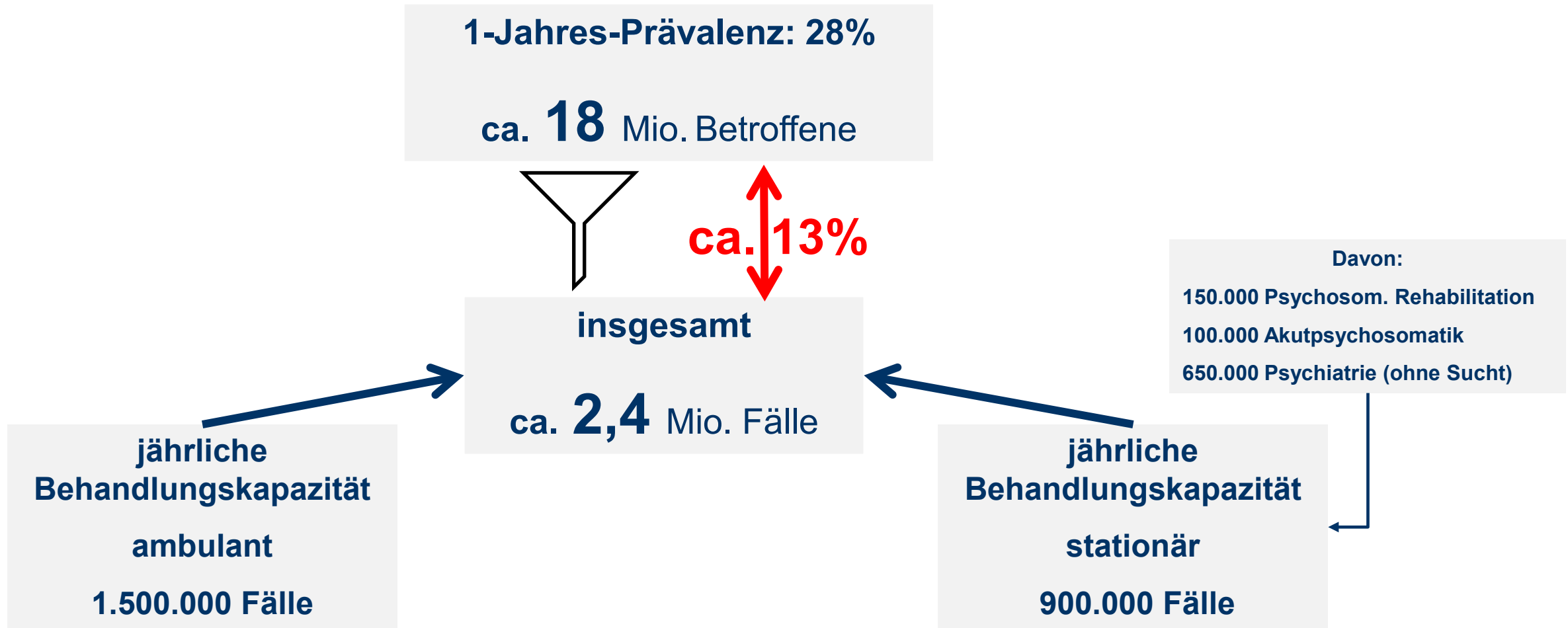
Je höher der Schweregrad der
psychischen Erkrankung, desto
höher die Kosten für Behandlung
und Arbeitsunfähigkeit

12-Monats-Prävalenz Psychischer Störungen

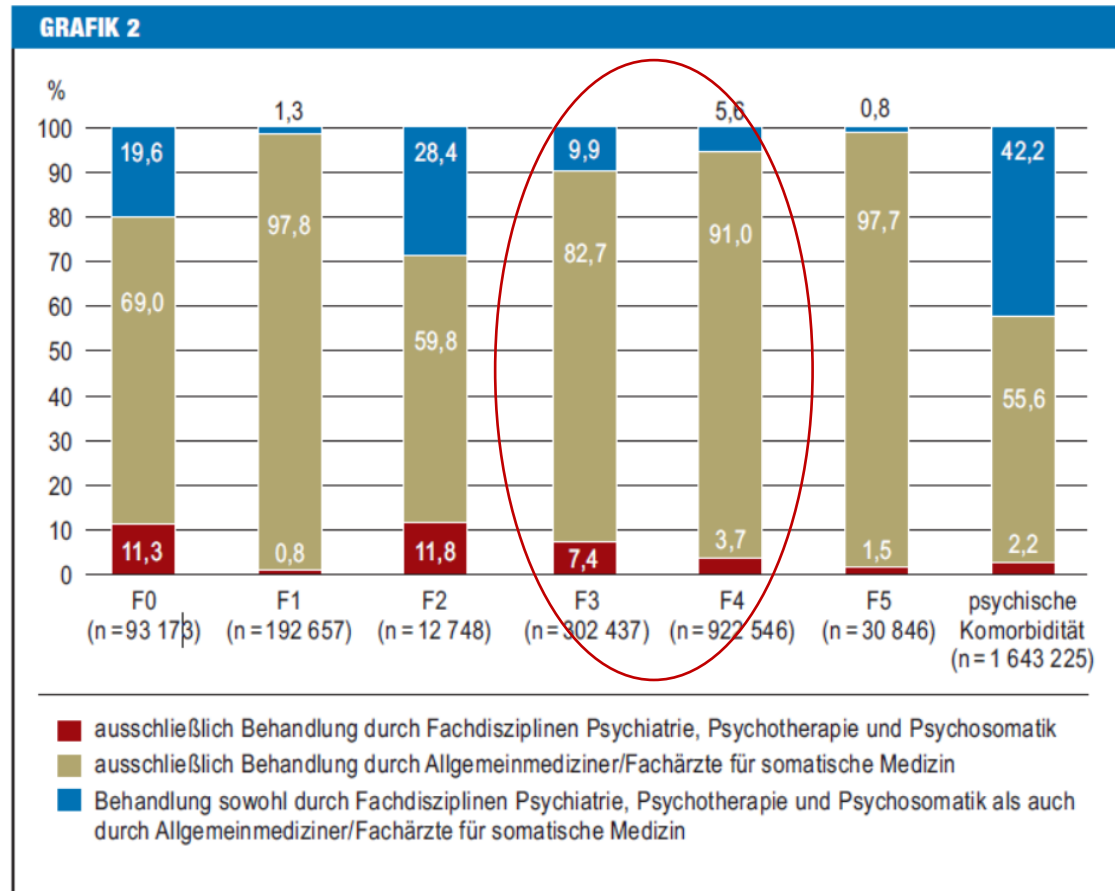


Ca. 28% der
bundesdeutschen
Bevölkerung
zwischen 18-65
Jahre
→ **ca. 18 Mio**

Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland (Erwachsene) – Versorgungskapazität und -bedarf



Versorgung Patienten mit erkannter F-Diagnose



Quelle: Gaebel, W. et al. (2013)

Datengrundlage: 10 Mio. Versicherte großer Gesetzlicher Krankenkasse →

Versicherte mit **erkannter** psychischer Erkrankung (F-Hauptdiagnose)

Kernbotschaften:

- **83%** der Versicherten mit Affektiven Störungen (F3.x, v.a. Depression) und
- **91%** mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F4.x. Phobien, Angst, PTBS, «Psychosomatische Erkrankungen»)

werden **ausschließlich** allgemeinmedizinisch bzw. durch FA für somatische Medizin behandelt

Faktencheck Gesundheit – Behandlung schwerer Depressionen



nur etwa 25% der Patienten erhält **leitliniengerechte Behandlung**:

- 12% empfohlene Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie mit entsprechender Mindestdauer und
- 14% stationäre Behandlung

Demgegenüber

- **56%** erhalten **ausschließlich** eine **Monotherapie** mit Antidepressiva oder Psychotherapie, wobei die Monotherapie mit Antidepressiva deutlich überwiegt (circa 80% der Patienten mit Monotherapie).
- Fast **ein Fünftel** der Betroffenen wurde im dreijährigen Untersuchungszeitraum **gar nicht behandelt**.

Quelle: Melchior et al. (2014)

Besonders problematisch: Versorgung Kinder und Jugendliche



VOLLE KLINIKEN, LANGE WARTELISTEN

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche: Viel zu wenige Therapieplätze in BW

Aktuelle KV-Umfrage: Sehr lange Wartezeiten → bis eineinhalb Jahre (!!) v.a. in ländlichen Gebieten.

Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/44722/Kinderpsychotherapie-Teils-sehr-lange-Wartezeiten>

Kinder und Jugendliche	BELLA** (vor Pandemie)	COPSY* Welle 1 (Mai- Juni 2020)	COPSY* Welle 2 (Dezember 2020- Januar 2021)	COPSY* Welle 3 (September- Oktober 2021)	Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher
Belastung durch Pandemie		71	83	82	2019 vs
geminderte Lebensqualität	15	40	48	35	2021:
psychische Auffälligkeiten	18	30	31	27	+50%
Angstsymptome	15	24	30	27	+80%
depressive Symptome	10	11	15	11	+10%
psychosomatische Beschwerden (mindestens 3 Symptome)	37	48	53	53	+43%

"Von einer Entspannung aufgrund der nachlassenden Belastung durch die Pandemie merke ich aktuell noch nichts. Ich habe weiterhin sehr viele Anfragen, die ich nicht bedienen kann."

Martin Klett, Kinder- und Jugendpsychotherapeut in Freiburg und Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer

Psychische Erkrankungen bei Kinder und Jugendliche

Menü

ZEIT ONLINE

Abo testen

Pandemiefolgen: Zunahme von Depressionen, Angst- und Essstörungen



Gesellschaft

Mehr Hilfen für Schüler bei psychischen Problemen gefordert

25. April 2023, 7:07 Uhr / Quelle: dpa Niedersachsen /



ZEIT ONLINE hat diese Meldung redaktionell nicht bearbeitet. Sie wurde automatisch von der Deutschen Presse-Agentur (dpa) übernommen.

Schulangst, Essstörungen, Mediensucht: Viele Kinder und Jugendlichen sind auch nach dem Ende der Corona-Pandemie psychisch stark belastet. Aus Sicht von Fachleuten müssen für die seelische Gesundheit von Heranwachsenden weit größere Anstrengungen unternommen werden als bislang. «Viele Kinder haben als Folge der Pandemie Schwierigkeiten im Alltag. Sie haben Ängste in der Schule oder finden nicht den Weg zurück in den Sport- oder Musikverein», sagte Cornelia Metge, Vorstandsmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), der Deutschen Presse-Agentur.

Gefordert werden unter anderem die Zulassung von mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten besonders in ländlichen Regionen sowie der Ausbau des Unterstützungsnetzes, wozu mehr Schulpsychologen und Schulsozialarbeiterinnen zählen. Auch in die Prävention müsse investiert werden, betonen Experten.

AKTUELLES

Schlagzeilen



Erkrankung	Alter	2019	2020	2021	+/- 19-21
Depression	10-14 Jahre	5,6 %	6,2 %	7,2 %	+30 %
	15-17 Jahre	8,7 %	9,3 %	14,4 %	+65 %
Angststörung	10-14 Jahre	2,8 %	2,7 %	3,9 %	+41 %
	15-17 Jahre	9,4 %	8,1 %	11,2 %	+19 %
Essstörung	10-14 Jahre*	-	-	-	-
	15-17 Jahre	3,5 %	4,2 %	6,2 %	+75 %

* Fallzahlen zu gering.

Tabelle 5: Anteil Mädchen mit inzidenter Erkrankung und entsprechender medikamentöser Therapieeinstellung im Inzidenzjahr. Daten DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulanten-ärztlichen Diagnose und diagnosefreies Vorjahr sowie M1Q eines dokumentierten, relevanten ATC-Codes (Liste auf Anfrage bei den Autoren)

Quelle: Kinder- und Jugendreport 2022

<https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf>

Nübling, Psychotherapeutische Versorgung – Status Quo und Perspektiven
BIOS Behandlungsinitiative Opferschutz, Karlsruhe 27.04.2023

Sind Psychotherapiepatienten „krank“?

oder

Behandeln Psychotherapeuten „Gesunde“?

Zur aktuellen Diskussion über die Notwendigkeit von Psychotherapie



Wartezeiten auf einen Therapieplatz

Wie ein Lobbyverband psychisch Kranken schadet

Von Manfred Lütz

Psychisch Kranke müssen ewig auf einen Therapieplatz warten, weil das System eine Behandlung von Menschen mit geringen Leiden fördert. Besserung ist nicht in Sicht - ein mächtiger Lobbyverband verhindert jede Reform.

24.03.2019, 07:39 Uhr

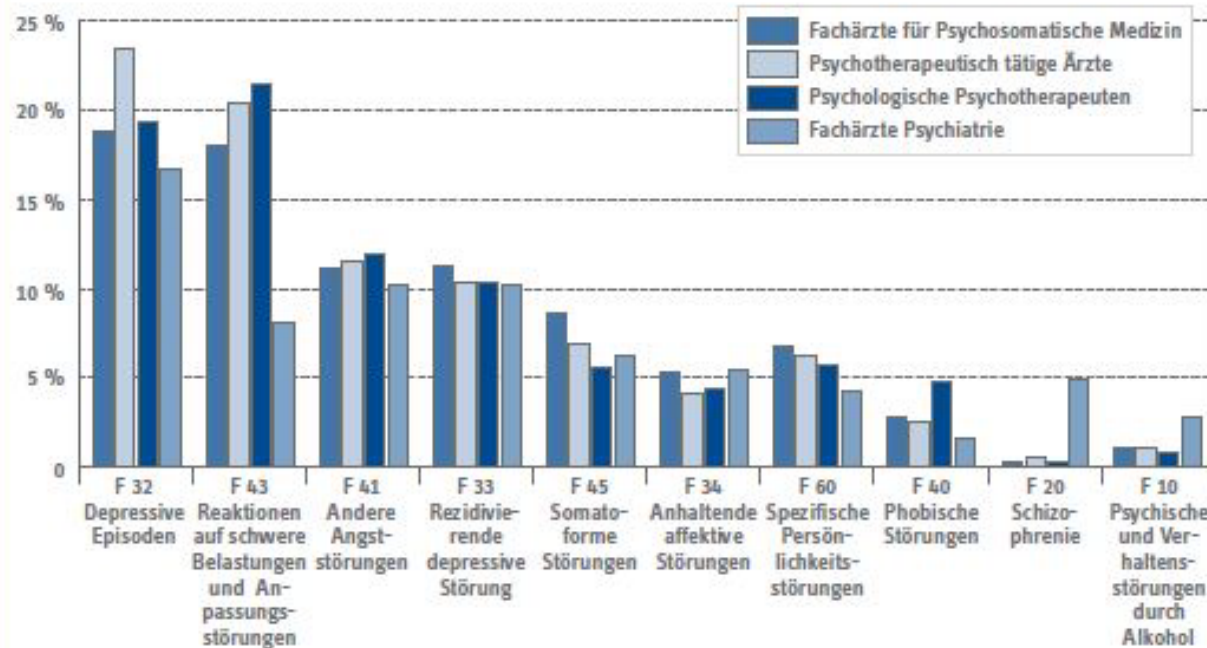
M. Lütz: Die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**, eine der „**mächtigsten Lobbyistenorganisation(en)**“, die es auf diesem Gebiet (der psychischen Erkrankungen; RN) in Deutschland gibt, (ist) „seit Jahren erfolgreich dafür tätig, dass Psychotherapeuten an ‚Patienten‘ kommen - **ohne jedes Interesse daran, wie Patienten an Therapeuten kommen**“.

→ **Behauptung: viele/die meisten PT-Patient*innen sind gar nicht wirklich psychisch krank!**

Dies ist nicht nur FALSCH, sondern auch mindestens respektlos gegenüber den Menschen, die gerade eine Psychotherapie machen oder eine abgeschlossen haben!

Diagnosspektrum in der ambulanten Psychotherapie

Abbildung 3: Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie nach Berufsbeziehungsweise Facharztgruppe



Quelle: KBV-Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit

Alle an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen behandeln im Wesentlichen die gleichen Patienten

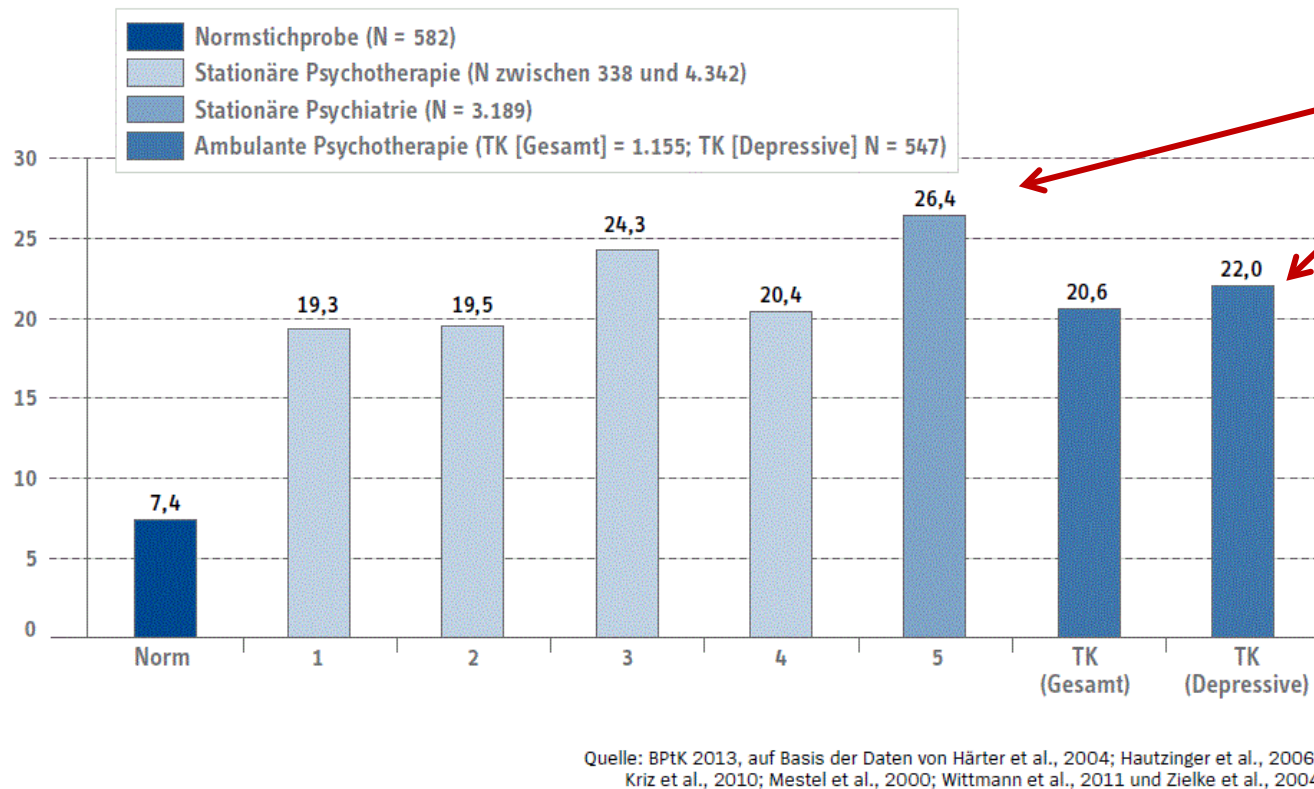
Es überwiegen depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen.

Ausnahme: Menschen mit schizophrenen sowie alkoholbedingten Erkrankungen → Fachärzte für Psychiatrie

Quelle: BPtK (2013a)

Psychische Beeinträchtigung Behandlungsbeginn

Depressivität (BDI-Gesamtwert); Vergleich Bevölkerungsnorm, TK-Studie und stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation, Akutpsychiatrie sowie Akut- und Reha-Psychosomatik;



Quelle: BPtK (2013a)

Skalenwert BDI > 25

(Indikator für schwere Depression)

Stationäre Psychiatrie: **53%** der Fälle

Ambulante Psychotherapie: **35%** der Fälle

Kernbotschaft 1: Patienten **aller** Sektoren unterscheiden sich deutlich von der Durchschnittbevölkerung (Norm)

Kernbotschaft 2: Unterschiede der Patienten sind zwischen den Sektoren deutlich geringer als angenommen; es bestehen also **deutliche Überschneidungen**, d.h. **ein Teil der stationären Patienten könnten auch ambulant behandelt werden**

Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie

Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich

Margraf (2009), Leichsenring & Rabung (2008)

Effektstärke nach Cohen (1992)

$ES \leq 0,3$ = kleiner

$ES \leq 0,8$ = mittlerer

$ES \geq 0,8$ = großer Effekt

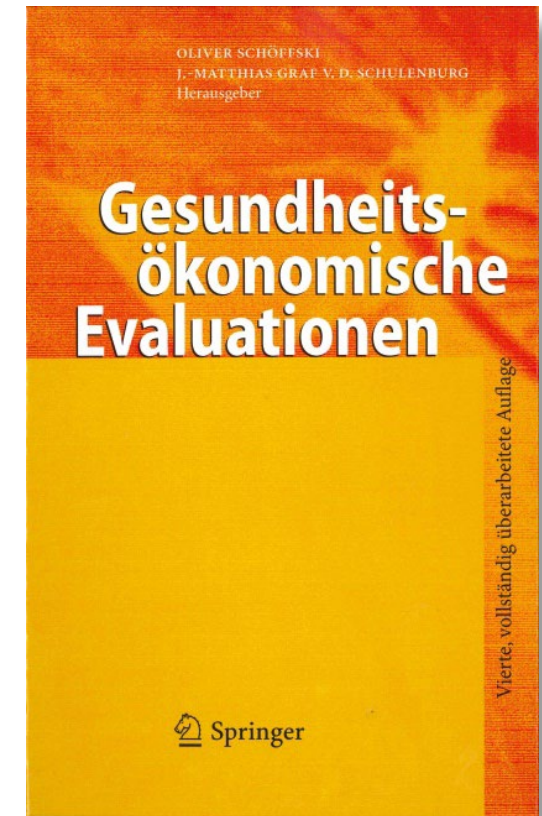
Maßnahme	Effektstärke (ES) des Erfolges
Psychotherapie Allgemein	0,88
Kognitive Verhaltenstherapie	1,23
Psychodynamische Langzeitpsychotherapie	1,03/1,25
Bypass-Op bei Angina Pectoris	0,70
Medikamentöse Therapie Arthritis	0,61
Antikoagulanzen (Blutverdünnung)	0,30
Chemotherapie Brustkrebs	0,11
Aspirin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

Gesundheitsökonomie – Mitteleinsatz/-verteilung

„Der Einsatz von Ökonomen im Gesundheitswesen wäre tatsächlich unnötig, wenn die **zur Verfügung stehenden Mittel (...) unbegrenzt** wären. Dies ist leider **nicht der Fall**“

„Bei jeder Ausgabe kollektiver Mittel ist **die Frage legitim, ob die Mittel nicht andernorts besser eingesetzt worden wären**“ bzw. werden **sollten**. „Jeder Euro, der im Gesundheitswesen ausgegeben wird, steht z.B. nicht mehr für das Bildungswesen, die Landesverteidigung, die innere Sicherheit oder den sozialen Wohnungsbau zur Verfügung (...).“

→ Frage der **Ressourcenallokation bzw. der Verteilung der Mittel**



Schöffski & Schulenburg (2012);
Schulenburg (2012)

Kosten psychischer Erkrankungen in Deutschland

Psychische Erkrankungen: schwerwiegende Folgen nicht nur für Betroffene, sondern auch für die Volkswirtschaft (Zahlen aus 2020)

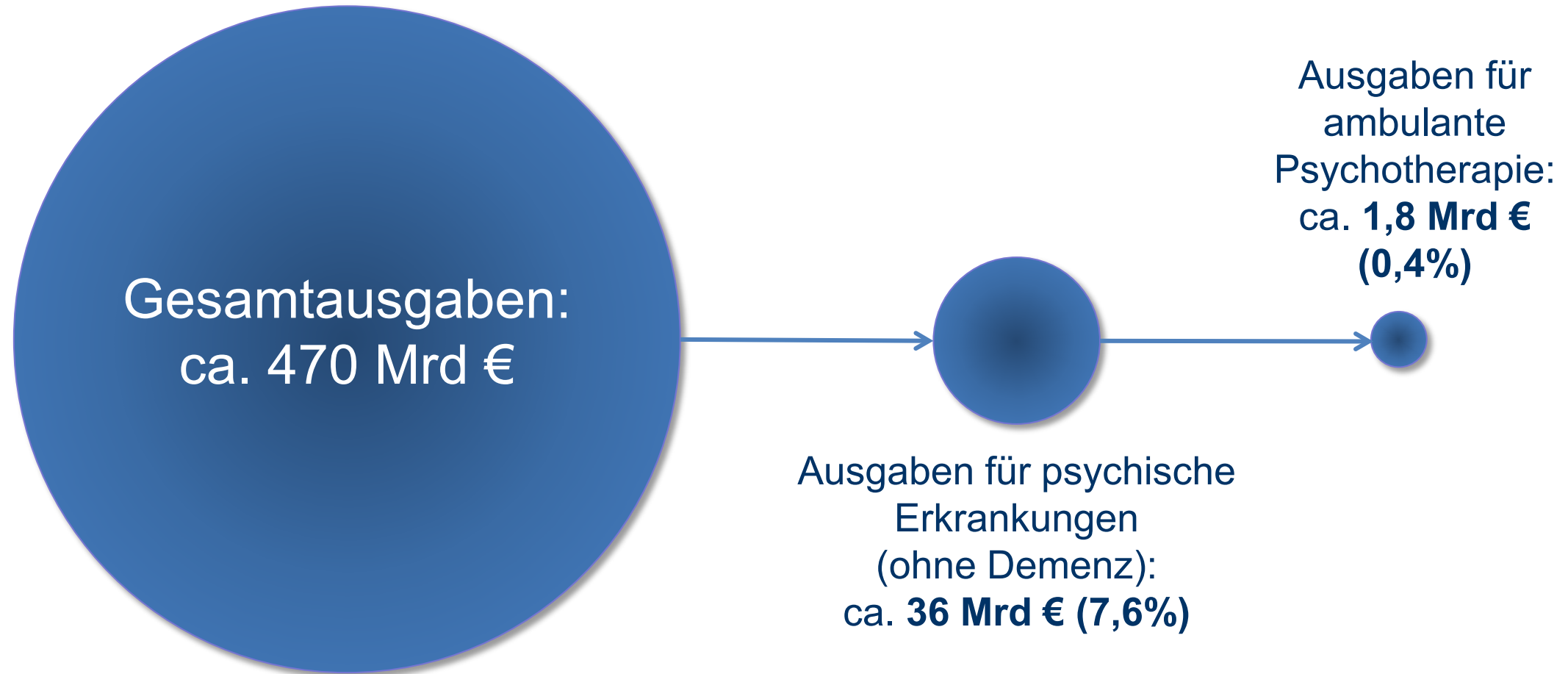
- ca. **36 Mrd. €/Jahr direkte Behandlungskosten** (ohne Demenz, ca. 7% der Gesamtausgaben für Gesundheit), **zweithöchster Kostenanteil** nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ca. **45 Mrd. €/Jahr indirekte Folgekosten** (durch Produktivitätsausfälle, Frühberentungen etc)

nicht eingerechnet

- **intangible Kosten** (z.B. Verlust von Lebensqualität)
- **Opportunitätskosten**, d.h. Kosten von Nicht- oder Fehlbehandlung → „Überweisungskarussell“; „iatrogene Chronifizierung“ (Zielke)

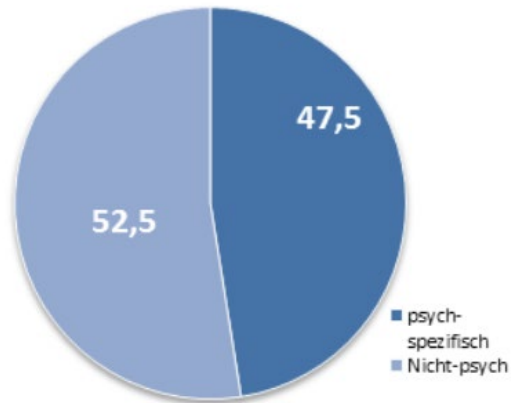
Quellen: destatis 2020, Zielke & Mark 1991

Ausgaben im Gesundheitswesen Deutschland (2020)

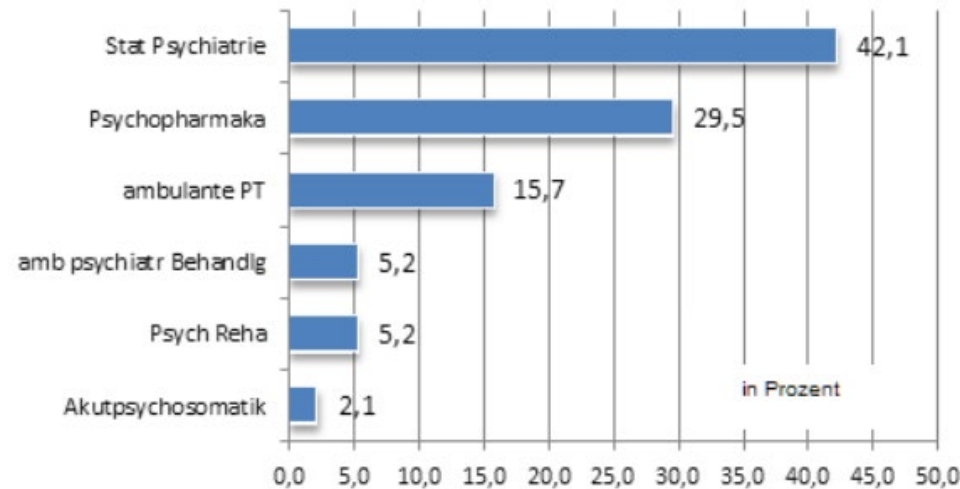


Ausgaben für psychische Erkrankungen (hier: 2012) und Verteilung auf Versorgungsbereiche

Gesamtausgaben: 20 Mrd. €, davon 9.5 Mrd. € für „psych-spezifische“ Interventionen



Prozentuale Verteilung der Kosten von „psych-spezifischen“ Interventionen auf unterschiedliche Versorgungsbereiche



4,0 Mrd. € stationäre psychiatrische Versorgung

2,8 Mrd. € Psychopharmaka

0,5 Mrd. € ambulante psychiatrische Versorgung

0,5 Mrd. € für Psychosomatische Rehabilitation.

0,2 Mrd. € Akut-Psychosomatik

1,5 Mrd. € ambulante Psychotherapie

Aktuell/2020: analoge Größenverhältnisse

Quelle: DeStatis, Nübling et al. (2014a)

Kosten-Nutzen-Analyse Ambulante Psychotherapie – Return on Investment ROI (aktuelle Schätzung)

Schätzung des **Nettonutzens (U) ein Jahr nach einer Psychotherapie** für einen „durchschnittlichen“ Patienten nach Wittmann, Nübling & Schmidt (2002) bzw. Cronbach & Gleser (1965):

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

1 Jahr 1,06 24.600 4.725

$U = \text{Nutzen } 26.076\text{€} - \text{Kosten } 4.725\text{€} = \mathbf{21.351\text{€}}$

Modellannahmen

T	Anhalten des Effektes in Jahren	1 Jahr
ES	Prä-Post-Effektgröße (TK-Studie, Wittmann et al 2011)	1,06
SD _{prod}	Standardabweichung der Produktivität (entspricht 40-70% des durchschn. Jahreseinkommens nach Schmidt & Hunter, 1982)	49.200€ (2022) x 50% = 24.600€
K	Direkte Behandlungskosten	45 Sitzungen á 105€ (2022) = 4.725€

Die Effektgröße von 1,06 entspricht einem

Nutzen-Kosten-Verhältnis von

1 : 5,5

bzw. einem **Nettonutzen** von

4,50 € pro investiertem €!

Kosten-Nutzen-Verhältnis Psychotherapie nach einem Jahr – Return on Investment ROI für unterschiedliche Settings

Indikation	Pessimistische Schätzung	Optimistische Schätzung
Ambulante Psychotherapie I ¹⁾	1 : 2,0	1 : 3,9
Ambulante Psychotherapie II ²⁾	1 : 2,5	1 : 5,5
Psychosomatische Reha ³⁾	1 : 2,0	1 : 4,0
Akutpsychosomatik	??	??
Stationäre Psychiatrie	??	??

Quellen:

1) Margraf (2009)

2) Wittmann et al. (2011), Wunsch et al. (2013)

3) vgl. u.a. Zielke et al (2004), Steffanowski et al. (2007)

Ergebnis: bisher alle Modellschätzungen mit
eindeutig **positivem Kosten-Nutzen-Verhältnis !**

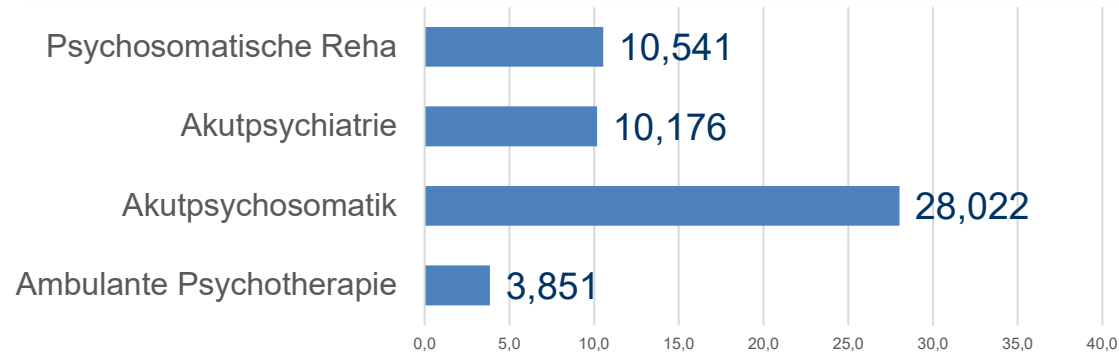
Effektstärke-standardisierte Kosten für Psychotherapie Settingvergleich

Tab. 13.1 Kosten in Euro für eine standardisierte Prä-Post-Effektstärke von $d = 1,0$, bezogen auf das Kriterium „seelische/psychische Symptomatik“ (unterschiedliche Messverfahren) bei Patienten unterschiedlicher Versorgungsbereiche (Modellrechnung)

	Durchschnittliche Behandlungsdauer [Tage]	Prä-Post-Effektstärke d/g	Tages- / Stundensatz in EUR (ca.) ¹	Gesamtkosten pro Patient [Behandlungsdauer × Tages- / Stundensatz in EUR]	Gesamtkosten in EUR pro Patient, standardisiert auf $d/g = 1,0$
Psychosomatische Rehabilitation					
MESTA-Studie (Steffanowski et al. 2007)	56,5	0,67	125	7.062	10.541
Akutpsychiatrie					
Depressionsstudie BW (Härter et al. 2004)	63,6	1,50	240	15.264	10.176
Akutpsychosomatik					
Metanaanalyse Akutpsychosomatik (Liebherz und Rabung 2013)	82,9	0,71	240	19.896	28.022
Ambulante Psychotherapie					
Ø 6 Studien, u. a. TK-Studie (Wittmann et al. 2011)	45,0	1,06	90	4.050	3.821

¹aktuelle Schätzung.

Quelle: Nübling et al. 2020



(nicht verwunderliches) Ergebnis: die ambulante Psychotherapie hat deutliche Kostenvorteile gegenüber stationären Settings

„Meyer et al. (1991) konstatierten schon im ersten Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz, dass es **‘statt früh zu einer ambulanten spät zu einer stationären’ Behandlung** komme und sprachen von einer **‘erheblichen Fehlallokation öffentlicher Mittel’**. Diese Aussage dürfte auch heute noch richtig sein“. Zitat aus Nübling et al. 2014

Diskussion und Perspektiven

Ergebnisse psychotherapeutischer Versorgungsforschung

- 12-Monats-**Prävalenz**: ca. 30%
- max. ca. **15-20% der psychisch Erkrankten** erhalten **leitliniengerecht** Psychotherapie
- Prüfung der **Versorgungspfade**: Verhältnis somatischer vs. psychotherapeutischer Behandlung
- **Verhältnis** (billigerer) **ambulanter** (psychotherapeutischer) zu (teurerer) **stationärer** (v.a. psychiatrischer) Versorgung??
- **Verhältnis Psychotherapie zu Psychiatrie** (v.a. psychopharmakologischer Versorgung)?
- Nach wie vor: lange **Wartezeiten** in der ambulanten Psychotherapie auf Behandlung
- Hohe **Effektivität** und v.a. auch **Effizienz** von Psychotherapie → hoher volkswirtschaftlicher Nutzen
- **Allokationsentscheidungen** → **beträchtliche Fehlallokation??**

- Notwendig: **Reform der Bedarfsplanung** → Anpassung an den realen, epidemiologisch begründbaren Bedarf
 - kurzfristig: Sonderbedarfszulassungen, Abbau der Barrieren für die Kostenerstattung
 - langfristig: neue Kassensitze, insbesondere für Kinder- und Jugendlichepsychotherapeut*innen und in ländlichen Regionen
- Berücksichtigung der **gesundheitsökonomischen Bedeutung** von ambulanter Psychotherapie, insbesondere durch Kostenträger und Politik
- **Stärkung des Fokus auf psychische Gesundheit**, v.a. schon im Kindes- und Jugendalter (Prävention), weitere **Entstigmatisierung** und auch **Entbagatellisierung** psychischer Erkrankungen
- ...

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Korrespondenz:

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Referat Psychotherapeutische Versorgung
und Öffentlichkeitsarbeit

Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart

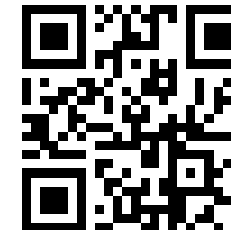
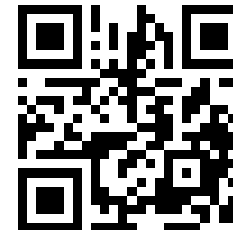
Tel.: 0711/674470-0

Fax: 0711/674470-16

nuebling@lpk-bw.de

www.lpk-bw.de

Twitter: @RNuebling



Zitierte Literatur I

- Bombana, M., Heinzl-Gutenbrunner, M., Müller, G. (2022): Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten - eine Längsschnittstudie in Deutschland. In: Gesundheitswesen 84 (10), S. 911-918. DOI: 10.1055/a-1842-5458.
- 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) (2013a). 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](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPtK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013b). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit "Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung". [http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits- und Erwerbsunfaehigkeit/20140128 BPtK-Studie Arbeits-und Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits- und Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach der Psychotherapiereform. Wartezeiten 2018. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (2019). Praxis-Info Psychotherapierichtlinie. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20170702_praxisinfo_psychotherapie-richtlinie.pdf
- Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. (1965). Psychological Test and Personnel Decisions. 2nd Ed., Urbana, University of Illinois Press.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse DAK (2015). Psychoreport 2015: Deutschland braucht Therapie. https://www.dak.de/dak/download/Psychoreport_2015_Deutschland_braucht_Therapie-1718790.pdf
- Donabedian, A. (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin, 18, 356-360.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Deutsches Ärzteblatt, 110(47), 799–808.
- IGES/DAK (2022). Psychreport 2022. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job. <file:///C:/Users/R%C3%BCdiger%20N%C3%BCbling/Downloads/report-2533050.pdf>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85, 77–87

Zitierte Literatur II

- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. JAMA, 300, 1551-1565.
- Margraf J. (2009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Berlin: Springer
- Melchior, H., Schulz, H., Härter, M. et al. (2014). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik. und Behandlung von Depressionen. Bertelsmannstiftung, <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/>
- Müller, G., Bombana, M.,Heinzel-Gutenbrenner, M., Kleindienst, N., Bohus, M., Lyssenko, L. & Vonderlin, R. (2021): Socio-economic consequences of mental distress: quantifying the impact of self-reported mental distress on the days of incapacity to work and medical costs in a two-year period: a longitudinal study in Germany. In: BMC Public Health 21 (1), S. 625. DOI: 10.1186/s12889-021-10637-8.
- Nübling, R. (2019). Sturmlauf der Schweizer Psychiatrie gegen eine Barriere freiere psychotherapeutische Versorgung. Einige ergänzende Fakten zum „Koordinierten Anordnungsmodell“ der Swiss Mental Health Care (SMHC) Organisationen. Internetpublikation Download: <http://bit.ly/35DiUCT>
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., et al. (2014a). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 13, 389-397.
- Nübling, R. & Jeschke, K. (2018). Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie. Download unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2018/nubling-jeschke-et-al-kev-ambul-pt-bericht-2018-final-16102018.pdf>
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014b). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter, A-R & H. Vogel (Hrsg), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch (S. 49-74). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J. & Bassler, M. (2020): Evaluation Psychosomatischer Rehabilitation. In Köllner, V. & Bassler, M. (Hrsg.). Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation (S. 425 – 438). München, Elsevier
- Rabe-Menssen, C. & Maaß, E. (2021). Report Psychotherapie 2021. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung DPtV, Berlin https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

Zitierte Literatur III

- Schmidt, J., Schmid-Ott, G. & Nübling, R. (2015). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In Schmid-Ott, G. Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G.H., Meermann, R. & Lamprecht, F.: Rehabilitation in der Psychosomatik (S. 441-472). München, Schattauer.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Kaiser, U. (2022): Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation im Spiegel singulärer und multipler Ergebniskriterien – Wo steht die Psychosomatische Rehabilitation im Indikationenvergleich? Die Rehabilitation, 61: 250–263, DOI 10.1055/a-1871-4738
- Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. v. (Hrsg.)(2012). Gesundheitsökonomische Evaluationen. Heidelberg, Springer.
- Schulenburg, J.-M. v. (2012). Entscheidungsunterstützung durch gesundheitsökonomische Evaluation in Deutschland aus Perspektive der Wissenschaft. Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:660–667
- Statistisches Bundesamt (2013a). Grunddaten der Krankenhäuser 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013c). Gesundheitsausgaben. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., et al. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40, 267–282. doi:10.1026/1616-3443/a000124
- Strauss, B., Lutz, W., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. et al. (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. Psychother Res, <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.856046>
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., et al. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.
- 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
- Zielke, M., Borgart, E.-J., Carls, W. et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich, Pabst.
- Zielke, M. & Mark, N. (1991). Iatrogene Chronifizierung – Überlegungen zu Ursachen und Wirkungen medizinischer Fehlbehandlungen. Report Psychologie, 16, 22-33.