



Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.)

# 10 Tatsachen zur Psychotherapie

**BPtK-Standpunkt**

	Seite
■ Tatsache 1 Psychische Erkrankungen sind häufiger als allgemein bekannt .....	03
■ Tatsache 2 Psychische Erkrankungen sind objektiv und zuverlässig zu diagnostizieren .....	04
■ Tatsache 3 Psychotherapie ist nachweislich wirksam .....	07
■ Tatsache 4 Patienten ziehen Psychotherapie einer Pharmakotherapie vor .....	11
■ Tatsache 5 Patienten in ambulanter Psychotherapie sind krank .....	12
■ Tatsache 6 Psychisch kranke Menschen erhalten zu spät eine Behandlung oder gar keine .....	17
■ Tatsache 7 Psychotherapie spart mehr Ausgaben, als sie selbst verursacht .....	19
■ Tatsache 8 Psychotherapeuten behandeln so lange wie notwendig .....	22
■ Tatsache 9 Psychotherapeuten erfüllen ihre Versorgungsaufträge .....	25
■ Tatsache 10 Psychotherapie ist ein attraktives Berufsfeld .....	29
Literatur .....	31

**Impressum**

**Herausgeber**

Bundespsychotherapeutenkammer  
 Klosterstraße 64, 10179 Berlin  
 T: 030 278785-0  
 F: 030 278785-44  
 info@bptk.de  
 www.bptk.de

**Umsetzung**

KomPart Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG, Berlin

**Grafik**

Sybilla Weidinger, Désirée Gensrich (KomPart)

**Stand**

April 2013

## ■ Tatsache 1

# Psychische Erkrankungen sind häufiger als allgemein bekannt

**Zusammenfassung:** In Deutschland leidet mehr als jeder vierte Erwachsene innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Damit liegt Deutschland im europäischen Mittelfeld.

### Psychische Erkrankungen in Deutschland

Der Bundes-Gesundheitssurvey beziffert die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen auf 31 Prozent (Jacobi et al., 2004). Erste Auswertungen der Nachfolge-Studie „DEGS“ bestätigen diese Ergebnisse (Wittchen et al., 2012a, 2012b; Jacobi et al., in press). Mit 28 Prozent fällt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Deutschland unter zusätzlicher Berücksichtigung der älteren Bevölkerung (66- bis 79-Jährige) etwas geringer aus.

### Im europäischen Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Deutschland im Mittelfeld. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 65 Jahre) in Europa wird auf 27 Prozent geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2005). Neuere Studien, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen (inklusive Kinder und Jugendliche sowie ältere Men-

schen) und ein noch breiteres Spektrum psychischer Erkrankungen (unter anderem inklusive dementieller Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, geistiger Behinderung) berücksichtigen, ergeben eine Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 38 Prozent in der europäischen Bevölkerung (Wittchen et al., 2011).

### Kinder und Jugendliche

Bei Kindern und Jugendlichen liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen vermutlich etwas niedriger. Nach einer Meta-Analyse von Barkmann & Schulte-Markwort (2010) auf Basis von 33 internationalen epidemiologischen Studien der vergangenen 50 Jahre wiesen im Durchschnitt 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen in diesem Zeitraum eine psychische Störung auf. Die Prävalenzen schwanken zwischen den Studien stark und reichen von zehn bis über 30 Prozent.

1

## Epidemiologie, Prävalenz von psychischen Erkrankungen

Epidemiologische Studien ermitteln, wie häufig zum Beispiel psychische Erkrankungen in Deutschland sind. Diese Häufigkeit wird Prävalenz genannt. Die *Jahresprävalenz* beschreibt, wie viele Menschen innerhalb eines Jahres an einer Krankheit leiden. Die *Punktprävalenz* sagt aus, wie viele Menschen zum Zeitpunkt der Befragung erkrankt sind.

Für Deutschland liegen bislang drei bevölkerungsrepräsentative Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen vor: Der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des Bundes-Gesundheitssurvey (BGS, 1998–1999) ermittelte die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen (18 bis 65 Jahre). Dessen Nachfolgeuntersuchung ist das Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH, 2009–2011). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS, 2003–2006) untersuchte repräsentativ psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (7 bis 17 Jahre) in Deutschland.

Das Robert Koch-Institut (RKI) stellte 2007 Ergebnisse der KiGGS-Studie vor. Mehr als 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeigen danach psychische Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer et al., 2007). Etwa jedes zehnte Kind ist mit hoher Wahrscheinlichkeit psychisch krank, bei weiteren zwölf Prozent finden sich zumindest Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit. Jedes zehnte Kind leidet unter Ängsten, etwa jedes zwanzigste unter Depressionen, rund jedes fünfzigste unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

### Diagnosen in der ambulanten Versorgung

Bei der Analyse der Diagnosen aus Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen ergibt sich eine vergleichbare Größenordnung der Prävalenz psychischer Erkrankungen. Im BARMER GEK Arztreport 2012 (BARMER GEK, 2012) werden die Diagnosen aller niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten für Versicherte der BARMER GEK auf die deutsche Bevölkerung hochgerechnet. Danach wurden im Jahr 2010 bei 31,9 Prozent der deutschen Bevölkerung psychische Erkrankungen diagnostiziert.

## ■ Tatsache 2

# Psychische Erkrankungen sind objektiv und zuverlässig zu diagnostizieren

**Zusammenfassung:** Die Diagnose einer psychischen Erkrankung erfolgt aufgrund expliziter diagnostischer Kriterien und definierter differenzialdiagnostischer Regeln, deren Zuverlässigkeit (Reliabilität) vielfach wissenschaftlich überprüft ist. Die Reliabilität psychischer Diagnosen aufgrund standardisierter Interviews, wie sie in großen epidemiologischen Untersuchungen verwendet werden, ist zufriedenstellend bis sehr gut. Psychotherapeuten und Psychiater haben die Qualität ihrer Diagnosen und psychometrischen Erhebungen vielfach untersucht und überprüft.

### Qualität psychischer Diagnosen

Die Kritik an psychiatrischen Fehldiagnosen in den 1970er Jahren hat seitdem zu erheblichen Anstrengungen geführt, die Reliabilität und Objektivität von Diagnosen psychischer Erkrankungen zu verbessern. Als Folge dieser Bemühungen werden Diagnosen von psychischen Erkrankungen heute zuverlässig anhand von präzise definierten Kriterien gestellt, sodass unterschiedliche Ärzte oder Psychotherapeuten zum gleichen Ergebnis beim gleichen Patienten kommen.

Wegweisend für den heutigen Standard der Diagnostik psychischer Erkrankungen war 1980 die Veröffentlichung des dritten Handbuchs psychischer Störungen der „American Psychiatric Association“ (DSM-III). Grundprinzip sind vor allem detailliert beschriebene und be-

obachtbare Symptome. Auf der Basis von empirischer Forschung werden diese Kriterien in Konsensverfahren von internationalen Experten festgelegt und kontinuierlich angepasst. In einem vergleichbaren Verfahren entstand auch die aktuelle ICD-10-Systematik der psychischen Störungen der WHO, die für die Kodierung von Diagnosen und die Abrechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung für Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtend ist.

Analog zur Diagnostik körperlicher Erkrankungen existiert mit dem ICD-10 ein Klassifikationssystem, das psychische Krankheiten über beobachtbare Symptome, deren Intensität und Dauer sowie über Ausschlusskriterien beschreibt. Dieses System wurde auch in der bislang größten bundesweiten Erhebung zu psychischen

Erkrankungen in Deutschland (Bundes-Gesundheitssurvey; Jacobi et al., 2004) verwendet. Klinisch geschulte Interviewer befragten eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe – in der Regel zu Hause – nach Symptomen psychischer Erkrankungen. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei über einer Stunde (63 Minuten). Die Interviews wurden standardisiert und können auch PC-gestützt durchgeführt werden (DIA-X/M-CIDI; Wittchen & Pfister, 1997).

Die Übereinstimmung der Interviewer wurde anhand einer Stichprobe von 575 Patienten überprüft. Beide waren zufriedenstellend bis sehr gut (Wittchen, 1994). Bei Depressionen betrug sie  $\kappa = 0,95$ , bei Somatisierungsstörungen (körperliche Beschwerden, die sich nicht ausreichend mit organischen Befunden erklären lassen)  $\kappa = 0,67$ , bei der Agoraphobie (Platzangst)  $\kappa = 0,99$ .

Die Beurteilung der Stabilität von Messungen bei Wiederholungen („Retest-Reliabilität“) fällt grundsätzlich

etwas niedriger aus, weil psychische Merkmale nicht hundertprozentig stabil sind – man in diesem Kontext jedoch von ihrer Dauerhaftigkeit ausgeht. Depressive Symptome können beispielsweise in ihrer Intensität mit der Zeit erheblich zu- oder abnehmen. Die aktuellen standardisierten Diagnosesysteme weisen Retest-Reliabilitäten bei Panikstörungen von bis zu 1,0 aus. Bei anderen psychischen Erkrankungen, bei denen ein Auf und Ab der Symptome typisch ist, fallen diese Kennwerte geringer aus. Bei bipolaren Störungen (auch manisch-depressive Erkrankung genannt, „himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“) beträgt die Stabilität 0,64, bei dysthymen Erkrankungen (leichte bis mittelgradige depressive Erkrankungen über zwei Jahre) 0,50 (Keller, 2000; Wittchen, 1994; Wittchen, 1997).

### Qualität der Diagnostik körperlicher Erkrankungen: zum Beispiel Hypertonie

Die Qualität von körperlichen Befunden wird häufig höher eingeschätzt, als sie tatsächlich ist.

## Exkurs: Diagnostik einer mittelgradigen depressiven Erkrankung (Episode)

Um eine depressive Erkrankung zu diagnostizieren, wird der Betroffene gefragt, ob er sich innerhalb des letzten Jahres über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen

- „fast täglich, die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert“ fühlte
- beziehungsweise „ständig müde, angespannt oder erschöpft war, ohne körperlich krank gewesen zu sein oder schwer gearbeitet zu haben“,
- oder „das Interesse an fast allen Dingen (Hobbys; Freizeit; Zusammensein mit Freunden; Dinge, die gewöhnlich Freude bereiten; Verlust sexuellen Interesses) verloren“ hatte.

Werden mindestens zwei dieser drei Fragen bejaht, wird eine mittelgradige depressive Episode dann diagnostiziert, wenn außerdem auch noch mindestens drei bis vier der folgenden Symptome vorliegen:

- Appetitverlust,
- Gewichtsverlust, ohne abnehmen zu wollen (mehrere Wochen  $> 1$  kg/Woche)
- deutlich gesteigerter Appetit/Gewichtszunahme (mehrere Wochen  $> 1$  kg/Woche),
- fast jede Nacht Einschlafschwierigkeiten (mindestens zwei Stunden, um einzuschlafen), Durchschlafstörungen

gen oder Früherwachen (mindestens zwei Stunden früher aufwachen als gewollt) oder übermäßiges Schlafbedürfnis,

- psychomotorische Verlangsamung (fast täglich langsames Sprechen oder Bewegen als üblich – sodass es anderen auffällt) oder psychomotorische Unruhe (fast täglicher ununterbrochener Bewegungsdrang),
- fast täglich Gefühle von Wertlosigkeit, Schuld oder Minderwertigkeit,
- fast täglich Probleme sich zu erinnern, sich zu entscheiden oder sich zu konzentrieren,
- wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids.

Im standardisierten CIDI-Interview (siehe Kasten 3, Seite 7) wird danach sichergestellt, dass keines der genannten Symptome auf somatische Ursachen (Erkrankungen wie zum Beispiel Hypothyreose, Verletzungen, Unfälle) oder Medikamente, Alkohol oder Rauschmittel zurückzuführen ist. Die Symptome dürfen zudem nicht durch „einfache Trauer“ erklärbar sein, das heißt kurz nach dem Tod eines nahestehenden Menschen aufgetreten sein (es sei denn, sie dauern länger als zwei Monate an).

Quelle: BPTK 2013

Die Messung des Blutdrucks zur Diagnose der essenziellen Hypertonie mittels einer Blutdruckmanschette („Riva-Rocci-Methode“) ist auf den ersten Blick zuverlässig und genau. Das technische Gerät scheint die Objektivität der Messung zu gewährleisten ( $\kappa > 0,9$ ). Ein systolischer Blutdruck von über 140 mmHg beziehungsweise diastolischer Blutdruck von über 90 mmHg zeigt danach einen behandlungsbedürftigen Bluthochdruck an.

Doch auch der Blutdruckwert schwankt erheblich. Je nachdem, ob der Patient die Beine übereinandergeschlagen hat, ob er viel oder wenig Flüssigkeit aufgenommen hat, ob er körperlich aktiv war oder emotionalen Stress hatte, liefert die Messung sehr unterschiedliche Werte. Zur Diagnose einer essenziellen Hypertonie sind deshalb erhöhte Blutdruckwerte „bei verschiedenen Messungen“ notwendig (S2-Behandlungsleitlinie zur arteriellen Hypertonie; Deutsche Hochdruckliga e.V., 2008). Aber selbst dann, wenn diese Einflussfaktoren berücksichtigt werden, können unterschiedliche Ärzte bei den gleichen Patienten zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen – insbesondere im Grenzbereich zwischen behandlungsbedürftigen und nicht behandlungsbedürftigen Befunden. Die erhöhten Werte können

beispielsweise stets tagsüber, aber nicht nachts auftreten oder ein großer Teil der Messergebnisse liegt im Grenzbereich zum normalen Blutdruck. Die S2-Behandlungsleitlinie (siehe Kasten 5, Seite 10) empfiehlt daher für die Entscheidung, ob ein Blutdruckwert behandelt werden soll, das koronare oder kardiovaskuläre Risiko (koronare Herzkrankheit plus Schlaganfall) über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren zu ermitteln. Das Risiko, an einem Schlaganfall oder einer Herzkrankheit zu erkranken, bestimmt sich durch eine Mindestanzahl von Risikofaktoren, wie zum Beispiel Fettleibigkeit oder Rauchen. Auch bei diesen Kriterien gibt es Ermessensspielräume (zum Beispiel Body-Mass-Index von 29,5 oder Gelegenheitsrauchen), welche die Objektivität der „Messung“ mindern.

Die Qualität von Diagnosen ist sowohl bei körperlichen als auch psychischen Erkrankungen gerade im Grenzbereich zwischen gesund und krank eingeschränkt zuverlässig und von Ermessungsspielräumen des Behandlers abhängig. Allerdings wurde die Qualität psychischer und psychometrischer Erhebungen vielfach untersucht, überprüft und optimiert. Hingegen gibt es nur vergleichsweise wenige Studien zur Reliabilität der Diagnosen körperlicher Erkrankungen.

## Reliabilität und Objektivität

2

Reliabilität und Objektivität sind Begriffe, um die Präzision wissenschaftlicher Beobachtungen zu bestimmen.

Die *Reliabilität* (Zuverlässigkeit) gibt an, wie genau eine wissenschaftliche Beobachtung ist. In der psychologischen Diagnostik ist sie ein Maß dafür, wie genau ein Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal beobachtet wird. Reliabilitätswerte variieren typischerweise zwischen 0 und 1. Eine perfekte Messung hat einen Wert von 1. Wurde mit einem Intelligenztest beispielsweise ein Intelligenzquotient (IQ) von 120 gemessen und hatte der Test eine Reliabilität von 0,9, dann liegt der IQ der Person mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent in einem Intervall von 120 plus/minus 10, also zwischen 110 und 130.

Die *Objektivität* beschreibt, inwieweit das Ergebnis einer Beobachtung unabhängig von einzelnen Beurteilern ist. Dafür hat sich das statistische Maß „Cohen's Kappa“ in der Wissenschaft etabliert. Dieses Maß beschreibt, ob zwei oder mehrere Beurteiler zum gleichen Ergebnis kommen. Cohen's Kappa ( $\kappa$ ) ist ein mathematisches Maß mit Werten zwischen -1 und 1. Ein  $\kappa$  von 0 bedeutet, dass zwei Beurteiler nicht mehr übereinstimmen, als es sich aus zufälligen Urteilen ergeben hätte. Ein  $\kappa$  von 1 bedeutet, dass zwei Beurteiler vollständig übereinstimmen. Werte über 0,6 gelten allgemein als zufriedenstellend, Werte über 0,8 als sehr gut.

## ■ Tatsache 3

# Psychotherapie ist nachweislich wirksam

**Zusammenfassung:** Damit die gesetzliche Krankenversicherung für ihre Versicherten eine Behandlung finanziert, muss diese Behandlung ihren Nutzen für Patienten in methodisch hinreichend robusten Studien nachgewiesen haben. Dieser Nachweis wurde für die Psychotherapie für nahezu alle psychischen Erkrankungen in vielen randomisierten und kontrollierten Studien erbracht.

Psychotherapie ist wirksam. Schon ältere Studien belegen Effektstärken (siehe Kasten 4, Seite 8) zwischen 0,75 und 0,85. Margraf (2009) und Leichsenring & Rabung (2009) haben in neueren Studien Effektstärken zwischen 0,88 und 1,25 ermittelt. Psychotherapie ist damit wirksamer als viele Behandlungen körperlicher Erkrankungen.

Patienten mit psychischen Erkrankungen brechen außerdem eine psychotherapeutische Behandlung deutlich seltener ab eine medikamentöse Behandlung. Ferner haben psychotherapeutische Behandlungen im Vergleich zu pharmakotherapeutischen Behandlungen nachhaltigere Effekte. Die Behandlungserfolge halten bei einem größeren Teil der Patienten weit über das Therapieende hinaus an.

### Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Der Nutzen psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, wird vom G-BA überprüft. Dafür müssen

gemäß der Verfahrensordnung des G-BA (2. Kapitel, § 10 Absatz 2 Nummer 1) folgende Unterlagen eingereicht werden:

- a. Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen,

### ICD-10, DSM-IV, CIDI und DIPS

3

Seit 1980 erfolgt die Klassifikation psychischer Erkrankungen auf der Basis detailliert beschriebener und beobachtbarer Krankheitsanzeichen (Symptome).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der zehnten Version ihrer ICD-Klassifikation von Krankheiten dieses System übernommen (ICD = International Statistical Classification of Diseases). Auch das US-amerikanische Klassifikationssystem (DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) basiert seit der dritten Version (DSM-III) auf diesem Prinzip.

Psychische Erkrankungen können seitdem durch strukturierte Interviews erfasst werden, welche die Beschwerden sowohl nach der US-amerikanischen DSM-Systematik als auch nach der internationalen ICD-Systematik abbilden. Ein verbreitetes Interview zur Erfassung psychischer Erkrankungen ist das CIDI beziehungsweise dessen Computerversion DIA-X (Wittchen & Pfister, 1997). Im deutschen Gesundheitssystem sind Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, ihre Diagnosen nach der ICD-10 zu kodieren.

- b. Nachweis der therapeutischen Konsequenz einer diagnostischen Methode,
- c. Abwägung des Nutzens gegen die Risiken,
- d. Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen (Outcomes) und
- e. Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung.

Die Bewertung der Wirksamkeit für therapeutische Methoden wird dabei nach einer „*Evidenzklassifizierung (...) und einer Qualitätsbewertung (...)*“ vorgenommen, wobei die wissenschaftliche Güte der Studien und deren Übertragbarkeit auf die Versorgungsrealität berücksichtigt werden (2. Kapitel, § 11 Absatz 3).

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat in ihren Stellungnahmen zur Überprüfung der zugelassenen Psychotherapieverfahren („Richtlinienverfahren“) Überichten über deren Wirksamkeit erstellt, sowohl für psychodynamisch begründete Psychotherapieverfahren als auch für die Verhaltenstherapie (BPtK, 2009a, 2009b). Darüber hinaus liegen wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit anderer psychotherapeutischer Verfahren vor, zum Beispiel für Gesprächspsychotherapie und Systemische Psychotherapie (zum Beispiel BPtK, 2006a; Crane & Christenson, 2012; Ochs & Schweitzer, 2012; WBP, 1999/2002). Weiterhin doku-

mentieren Behandlungsleitlinien für psychische Erkrankungen die Wirksamkeit von Psychotherapie, zum Beispiel die S3-Leitlinie „Depression“ (DGPPN et al., 2012). Zu den gleichen Ergebnissen kommen zahlreiche Cochrane Reviews (zum Beispiel Abbass et al., 2006; Gava et al., 2007; Hay et al., 2004; Hunot et al., 2007).

Aufgrund der Vielzahl der Wirksamkeitsstudien ist Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsmethoden im deutschen Gesundheitssystem.

### Empfehlungen in Leitlinien

Auch internationale Leitlinien (siehe Kasten 5, Seite 10) empfehlen Psychotherapie für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Die anerkannten britischen NICE-Guidelines (<http://guidance.nice.org.uk>) geben Psychotherapie in vielen Fällen den Vorzug vor Psychopharmaka (siehe Tabelle 1, Seite 9).

### Prüfung in wissenschaftlichen Studien

In den vergangenen 50 Jahren belegten Hunderte von Meta-Analysen und Tausende von Einzelstudien deutlich die Wirksamkeit von Psychotherapie. Die Effektstärke von Psychotherapie ist neben den genannten modereren Studien und Übersichtsarbeiten auch in älteren Studien im Vergleich zu nicht behandelten Kontrollgruppen mit Werten von 0,75 bis 0,85 hoch (Shapiro &

4

## RCT-Studien und Effektstärken

Um die Wirksamkeit einer Behandlung nachzuweisen, müssen Patienten, die mit einem spezifischen psychotherapeutischen Verfahren behandelt wurden, mit einer Gruppe von anderen Patienten verglichen werden, die zum Beispiel keine Behandlung, die übliche klinische Versorgung oder eine andere aktive Behandlung erhielten (Kontrollgruppe). Die Verlässlichkeit der Studienergebnisse wird zusätzlich dadurch erhöht, dass die Patienten per Zufall eine der Behandlungsgruppen zugewiesen werden. Dann spricht man von einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT-Studie). RCT-Studien sind methodisch sehr hochwertige Studien, um den Nutzen und möglichen Schaden einer Behandlung zu überprüfen.

Die Wirksamkeit einer Behandlung wird in „*Effektstärken*“ angegeben. Dabei gelten Effektstärken ( $d$ )  $> 0,8$  als „große“,  $> 0,5$  als „mittlere“ und  $> 0,2$  als „kleine“ Effekte. Eine Effektstärke in der Therapieforschung berechnet sich aus dem statistischen Vergleich von Mittelwerten einer Gruppe von Patienten, die psychotherapeutisch behandelt wurde, und einer Gruppe, die mit einem Placebo oder anders behandelt wurde. Ein Beispiel: Könnte man mit einer Psychotherapie die Intelligenz eines Patienten verbessern, dann hieße eine Effektstärke von 1, dass sich die IQ der Patienten im Vergleich zu einer Placebogruppe durchschnittlich um 15 Punkte erhöht hätten. Eine Effektstärke von 2 hieße, dass sich die IQ um 30 Punkte verbessert hätten.



Shapiro, 1982; Smith et al., 1980; Wampold, 2001). Der Gesundheitszustand von rund acht von zehn Menschen, die eine Therapie machen, verbessert sich durchschnittlich stärker als derjenige von Menschen, die keine Therapie machen.

Nicht alle der zahlreichen Studien, die in diesen Übersichtsarbeiten zitiert werden, entsprechen den aktuell geforderten, hohen methodischen Standards des G-BA. Die Anzahl der Studien, die diesen Ansprüchen genügen, ist dennoch so hoch, dass Psychotherapie als eine der am besten untersuchten Behandlungsmethoden im deutschen Gesundheitssystem gelten kann.

### Vergleich mit Medikamenten und Operationen

Margraf (2009) und Leichsenring & Rabung (2009) haben Effektstärken psychotherapeutischer Behandlungen errechnet und sie anderen Behandlungsmethoden gegenübergestellt. Für Psychotherapie ergaben sich dabei durchweg hohe Effektstärken zwischen 0,88 und 1,25. Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist damit deutlich höher als die Wirksamkeit vieler medikamentöser Behandlungsmethoden, aber auch von Operationen. Bypass-Operationen bei Angina pectoris haben beispielsweise nur eine mittlere Effektstärke (0,70). Die medikamentöse Therapie von Arthritis erreicht ebenfalls nur eine mittlere Effektstärke (0,61). Der Einsatz

**Tabelle 1: Empfehlungen aus NICE-Leitlinien zur Therapie psychischer Erkrankungen**

	Psychotherapie	Pharmakotherapie
Generalisierte Angsterkrankung	++	++
Panikstörung/Agoraphobie	++	+
Posttraumatische Belastungsstörung	++	x
unipolare Depression, mittelgradig (Erwachsene)	++	++
unipolare Depression, schwer (Erwachsene)	++ Kombination Psycho-/Pharmakotherapie	
unipolare Depression (Kinder und Jugendliche)	++	-
Bipolare Störungen (Erwachsene)	+ (ergänzend/bei Ablehnung von Pharmakotherapie)	++
Bipolare Störungen (Kinder und Jugendliche)	++ Kombination Psycho-/Pharmakotherapie	
Schizophrenie	++	++
Anorexie	++	0
Bulimie	++	+
Borderline-Persönlichkeitsstörung	++	- (nur zur Behandlung komorbider Störungen)
Alkohol: schädlicher Gebrauch, leichte Abhängigkeitsformen	++	x
Alkohol: schwere Abhängigkeitsformen	++ Kombination Psycho-/Pharmakotherapie	

++ Empfehlung erster Wahl      + Empfehlung  
0 kann erwogen werden; nicht als alleinige Therapie      x Option, wenn explizit gewünscht  
- keine Empfehlung

Quelle: BPTK 2013

von Antikoagulanzen zur Blutverdünnung erreicht nur noch kleine Effektstärken (0,30). Das Gleiche gilt nach den Analysen von Margraf (2009) für die Einnahme von Aspirin zur Herzinfarktprävention (0,07).

Darüber hinaus brechen Patienten eine psychotherapeutische Behandlung deutlich seltener ab als medikamentöse Therapien (zusammenfassend Margraf 2009).

### Wirksamkeit von Psychotherapie im Praxisalltag

Aktuelle Studien belegen, dass Psychotherapie nicht nur unter Laborbedingungen, sondern auch dann wirksam ist, wenn sie im Praxisalltag angewendet wird. Die von der Techniker Krankenkasse (TK) initiierte und finanzierte Studie „Qualitätsmonitoring ambulanter Psychotherapie“ (Wittmann et al., 2011) untersuchte die Effekte eines computergestützten Feedbacksystems in der ambulanten psychotherapeutischen Routineversorgung. Es wurde bei über 1.500 Patienten das Ausmaß der Symptombelastung bei verschiedenen psychischen Erkrankungen vor und nach der Behandlung erhoben. Die Effektstärke der ambulanten Psychotherapien in der Routineversorgung lag bei  $d = 1,0$ . In ähnlicher Weise wurde in der Q-Psy-Bay-Studie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine andere computergestützte Methode zur Qualitätssicherung an 1.696 Patienten erprobt. Dabei ergaben sich Effektstärken von 0,97, die ein Jahr später noch stabil blieben (Stef-

fanowski et al., 2011). Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie in der ambulanten Versorgung liegt damit in einer vergleichbaren Größenordnung wie in wissenschaftlichen Studien – in denen die Psychotherapien meist an hoch spezialisierten Universitätseinrichtungen durchgeführt werden.

Auch die Ergebnisse der von Albani et al. (2010b) durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zeigen deutlich, dass Psychotherapie wirkt. Die ambulante Psychotherapie wurde von den Patienten ( $N = 1.212$ ) als sehr wirksam eingeschätzt. Die Besserungsraten betragen für fast alle Beschwerden mehr als 50 Prozent, häufig mehr als 65 Prozent, zum Teil auch über 80 Prozent, zum Beispiel für generelle Ängste (86 Prozent), Magersucht (86 Prozent), depressive Beschwerden (83 Prozent), Ess-Brech-Sucht (82 Prozent), Suizidalität (82 Prozent) oder Panikattacken (81 Prozent). Die niedrigsten Besserungsraten wurden für Übergewicht (37 Prozent) und sexuelle Funktionsstörungen (44 Prozent) angegeben. Die Verschlechterungsraten lagen durchweg unter zehn Prozent. Die Patienten gaben an, dass sich die Psychotherapie auch auf andere Lebensbereiche sehr positiv ausgewirkt hat, unter anderem auf ihre Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität. Neun von zehn Befragten waren mit ihrem Therapeuten zufrieden (vergleiche Albani et al., 2010b).

5

## Behandlungsleitlinien und Cochrane Reviews

Die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien zu einer bestimmten Erkrankung werden international in *Behandlungsleitlinien* zusammengefasst. In den Leitlinien wird dargestellt, welche Therapiemethoden sich in wissenschaftlichen Studien als wirksam erwiesen haben und daher für die Behandlung bei bestimmten Erkrankungen empfohlen werden.

Behandlungsleitlinien werden in Deutschland in drei Qualitätsgrade (S1 bis S3) unterteilt, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist. Bei der Entwicklung von S3-Leitlinien müssen alle Elemente einer systematischen Leitlinienentwicklung gegeben sein. Dabei muss die Entwicklergruppe repräsentativ für den Anwenderkreis sein. Alle entsprechend relevanten Fachgesellschaften und Organisationen müssen frühzeitig beteiligt werden. Die Auswahl und Bewertung der Studienlage hat nach streng formalisierten Regeln zu erfolgen.

Weitere wichtige Quellen von Informationen über wirksame Behandlungen sind *Cochrane Reviews*. Von der englischen Cochrane Collaboration werden seit den 1990er Jahren systematische Übersichtsarbeiten zusammengestellt, mit denen insbesondere die Wirksamkeit und Eignung medizinischer Behandlungsmethoden beurteilt werden.

## ■ Tatsache 4

# Patienten ziehen Psychotherapie einer Pharmakotherapie vor

**Zusammenfassung:** Die Einstellung von Patienten zur Psychotherapie hat sich in den vergangenen 20 Jahren verändert. 2001 hielten rund 70 Prozent der Menschen in Deutschland eine Psychotherapie zur Behandlung einer Depression für empfehlenswert, aber nur knapp 40 Prozent eine Behandlung mit Psychopharmaka (Schomerus et al., 2012). 1991 war nur etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (54,7 Prozent) der Auffassung, dass Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen empfohlen werden sollte. Damit hat die Akzeptanz von Psychotherapie zwischen 1990 und 2001 deutlich zugenommen. Sehr wahrscheinlich hat sich die Präferenz von Psychotherapie in den vergangenen zehn Jahren noch weiter erhöht.

### Stigma: Psychische Erkrankung

Psychisch kranke Menschen werden nach wie vor stigmatisiert. Die soziale Ablehnung von depressiven Menschen ist seit Jahrzehnten nahezu unverändert, schizophrene erkrankte Menschen werden im Vergleich zu früheren Jahrzehnten sogar noch stärker als „gefährlich“ stigmatisiert (Schomerus et al., 2012).

Psychische Krankheiten werden auch deshalb oft noch geleugnet. Dies drückt sich zum Beispiel in der starken Zunahme der Burnout-Diagnosen als Grund von betrieblichen Fehltagen aus (BPtK, 2012). Manchen Patienten fällt es leichter, psychische Symptome mit Burnout zu umschreiben, als die Diagnose Depression zu akzeptieren.

6

### Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) beurteilt die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren für die Behandlung psychischer Erkrankungen (§ 11 Psychotherapeutengesetz). Auf dieser Grundlage stellt der WBP fest, welche dieser Methoden und Verfahren er wissenschaftlich anerkennt, und empfiehlt auf dieser Basis deren Zulassung in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Weiterbildung.

7

### Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Das Gremium legt mit seinen Richtlinien zum Beispiel fest, welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen für ihre rund 70 Millionen Versicherten bezahlen. Der G-BA prüft auch den Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und Methoden.

## ■ Tatsache 5

# Patienten in ambulanter Psychotherapie sind krank

**Zusammenfassung:** Patienten nehmen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in Anspruch, weil sie unter gravierenden psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen leiden. Sie zeigen zum Beispiel eine vielfach erhöhte Depressivität und eine deutlich höhere allgemeine psychopathologische Symptombelastung im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung. Darüber hinaus leiden psychisch kranke Menschen deutlich häufiger an körperlichen Erkrankungen als die Normalbevölkerung.

### Gründe für eine Psychotherapie

In der bevölkerungsrepräsentativen Erhebung von Albani et al. (2010a, b) gaben 85,2 Prozent der 1.212 Befragten depressive Beschwerden als Anlass für eine ambulante Psychotherapie an, 30 Prozent suchten Hilfe, um die Belastungen infolge einer körperlichen Erkrankung besser zu bewältigen, 24,4 Prozent gaben Suizidalität/Selbstmordgedanken, 63 Prozent Angstzustände, 54 Prozent psychosomatische Beschwerden, 25,8 Prozent Essstörungen, 13,5 Prozent süchtiges Verhalten, 16 Prozent Zwangsstörungen, zwölf Prozent sexuelle Funktionsstörungen und 14 Prozent Persönlichkeitsstörungen an. Im Mittelwert gaben die Patien-

ten 5,1 verschiedene Beschwerdebereiche als Anlass für eine ambulante Psychotherapie an. 84 Prozent der Befragten schätzten ihren Zustand zu Beginn der Psychotherapie als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ ein.

### Schweregrad der psychischen Erkrankungen

Der Abschlussbericht des TK-Modellprojektes (Wittmann et al., 2011) ermöglicht eine objektive Beurteilung, wie schwer Patienten in ambulanter psychotherapeutischer Routinebehandlung erkrankt sind. Für 1.577 Patienten, die in dieser Studie untersucht wurden, liegen neben den Behandlungsdiagnosen auch die Ergebnisse von psychometrischen Erhebungen vor.

8

### Normstichprobe

Mit standardisierten Fragebögen kann man das Ausmaß von psychischen Merkmalen (zum Beispiel Ängstlichkeit oder Intelligenz) bei einer Person zuverlässig und objektiv bestimmen (siehe Kasten 2, Seite 6). Dafür werden in der Regel mehrere Fragen entwickelt. Deren Formulierungen werden in mehrstufigen Prozessen so optimiert, dass sie möglichst präzise und zutreffend die Ausprägung des Merkmals, zum Beispiel Ängstlichkeit, erfassen. Über die verschiedenen Fragen zu einem Merkmal werden schließlich Summenwerte gebildet.

Nun ist es erforderlich, möglichst viele Menschen mit dem gleichen Fragebogen zu befragen, damit der Wert aussagekräftig wird. Beispielsweise hat der Intelligenztestwert einer Person nur dann Sinn, wenn man weiß, wie die Testwerte anderer Menschen ausfallen. Am aussagekräftigsten werden die Fragebogenergebnisse, wenn man sie mit Werten aus der „Normalbevölkerung“ („Normstichprobe“) vergleichen kann. Das bedeutet, dass eine bevölkerungsrepräsentative Auswahl von Menschen diese Fragebögen ebenfalls ausfüllt. Für die wichtigsten Fragebögen zu psychischen Merkmalen liegen die Ergebnisse solcher Normstichproben vor.

Die Abbildungen 1 (siehe unten) und 2 (Seite 14) geben eine Übersicht über die durchschnittlichen Werte für die beiden hier abgebildeten Parameter „Psychische Beeinträchtigung“ und „Depressivität“ der Patienten der TK-Studie im Vergleich zu anderen stationär behandelten Patienten.

Die ambulant psychotherapeutisch behandelten Patienten weisen im Vergleich zur Normstichprobe deutlich erhöhte Werte sowohl hinsichtlich der allgemeinen psychischen Krankheitssymptome als auch hinsichtlich der spezifischen depressiven Symptomatik auf. Die Symptomschwere ist etwa dreimal so hoch, obwohl in den Normstichproben ein erheblicher Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen enthalten ist. Patienten, die sich in ambulante Psychotherapie begeben, sind also psychisch stark belastete Menschen.

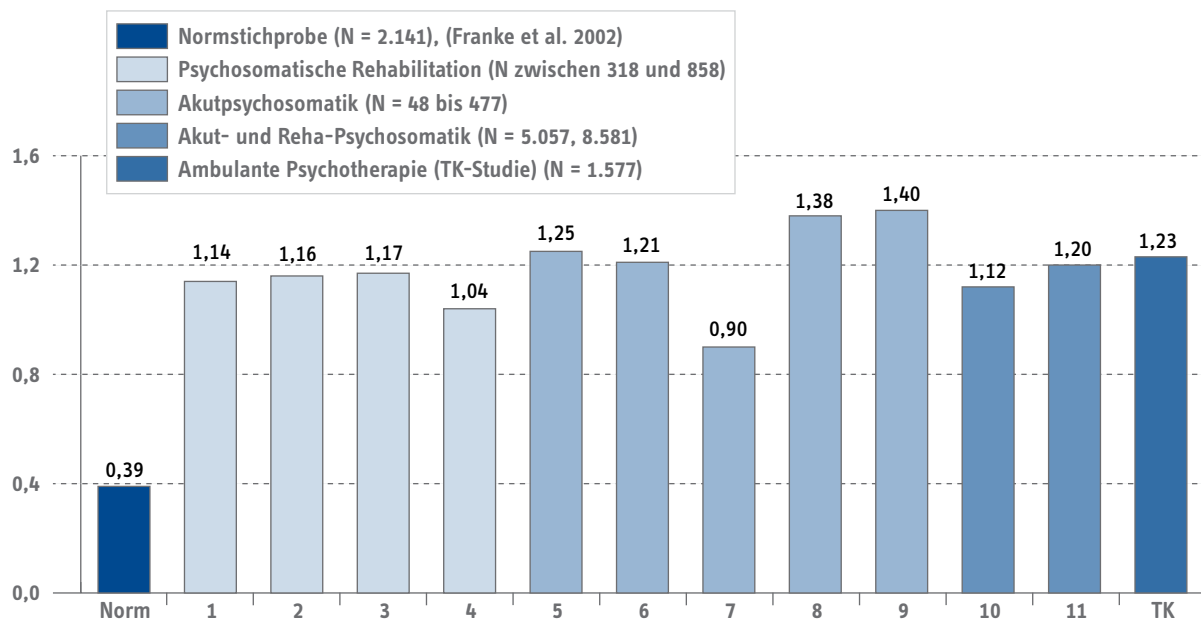
Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass Patienten, die sich aufgrund depressiver Beschwerden (explizite Depressionsdiagnose) in ambulanter Psychotherapie befanden, im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Psychotherapiepatienten nochmals höhere Depressivitätswerte aufwiesen. Patienten, die in der stationären Psychiatrie behandelt wurden, weisen höhere Schweregrade auf, da darunter viele sind, die nicht ambulant behandelt werden können und dürfen, beispielsweise aufgrund akuter Suizidalität.

### Ambulante Psychotherapiepatienten sind häufig auch körperlich krank

Patienten, die psychotherapeutisch behandelt werden, sind überdurchschnittlich häufig auch körperlich krank. Das zeigt der Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen

## Abbildung 1: Psychische Beeinträchtigung in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung bei Behandlungsbeginn

Vergleich Bevölkerungsnorm, TK-Studie und stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation, Akutpsychosomatik sowie Akut- und Reha-Psychosomatik; GSI-Wert der SCL-90-R beziehungsweise des BSI (siehe Kasten 8, Seite 12).



Quelle: BPTK 2013, auf Basis der Daten von Beutel et al., 2005; Franke et al., 2002; Franz et al., 2000; Huber et al., 2009; Junge & Ahrens, 1996; Junkert-Trees et al., 1999; Nosper et al., 1999; Nübling et al., 2004; Nübling et al., 2000; Prinz et al., 2008 und Schmidt et al., 2003

Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“ im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KBV (Kruse et al., 2012). Der Anteil der Patienten mit körperlichen Erkrankungen war in allen Altersgruppen im Vergleich zum Durchschnitt der Patienten in der ambulanten Versorgung erhöht, insbesondere bei Magen-Darm-Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Tabelle 2, Seite 15).

### Diagnosespektrum

Angaben der KBV zeigen, dass Psychotherapeuten im Wesentlichen die gleichen Patienten behandeln wie Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin oder psychotherapeutisch tätige Ärzte (Abbildung 3, Seite 16). Bei allen überwiegen depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen. Eine Ausnahme sind Men-

schen mit schizophrenen Erkrankungen und alkoholbedingten Erkrankungen. Diese Patientengruppen werden häufiger von Fachärzten für Psychiatrie versorgt.

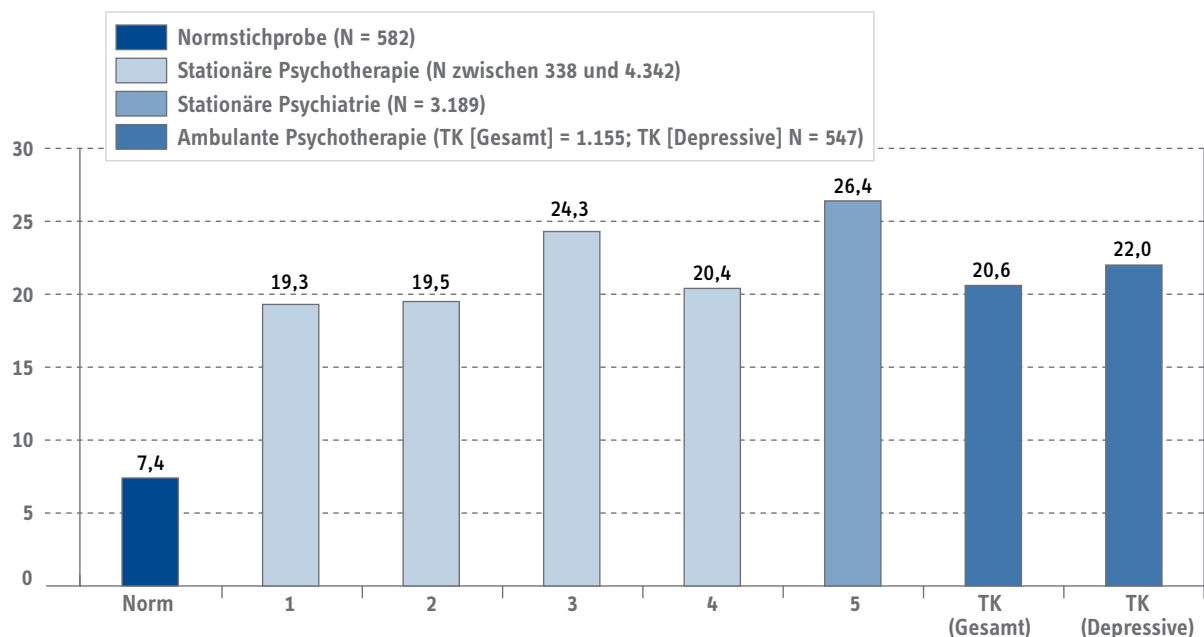
### Begrenzungen durch die Psychotherapie-Richtlinie

In der Psychotherapie-Richtlinie ist geregelt, welche psychotherapeutischen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen. Dabei existieren Einschränkungen, bei welchen Erkrankungen Psychotherapie eingesetzt werden darf.

Die geringe Häufigkeit, mit der alkoholbedingte Erkrankungen psychotherapeutisch behandelt werden, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass es für Psychotherapeuten lange Zeit nicht zulässig war, Alkoholranke zu behandeln, die nicht bereits eine erfolgreiche Entgiftungsbehandlung durchlaufen hatten

**Abbildung 2: Depressivität (BDI-Gesamtwert; siehe Kasten 8, Seite 12) in der ambulanten psychotherapeutischen und stationären psychiatrischen Versorgung bei Behandlungsbeginn**

Vergleich Bevölkerungsnorm, TK-Studie und stationär behandelte Patienten



Quelle: BPTK 2013, auf Basis der Daten von Härter et al., 2004; Hautzinger et al., 2006; Kriz et al., 2010; Mestel et al., 2000; Wittmann et al., 2011 und Zielke et al., 2004

## Skalen zur Messung psychischer Merkmale

Der Fragebogen SCL-90, Symptom Checklist-90 (Franke, 2002) misst die Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, wie sie eine Person erlebt. Er umfasst insgesamt 90 Fragen zu mehreren Merkmalen, wie beispielsweise Ängstlichkeit, Depressivität oder Aggressivität. Der sogenannte GSI-Wert („Global Symptom Index“) ist der Durchschnittswert der SCL-90 über alle Fragen. Er gilt als sehr guter Indikator für das aktuelle Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung. Die Fragebögen BSI (Brief Symptom Inventory) und BSI-18 (Franke, 2000) sind Kurzversionen der SCL-90 mit 53 beziehungsweise 18 Fragen, von denen sich ebenfalls ein GSI-Wert berechnen lässt.

Das Beck Depression Inventory, BDI (Hautzinger et al., 2006) ist der international gebräuchlichste Fragebogen zur Erfassung depressiver Beschwerden, wie zum Beispiel trauriges Grundgefühl, Interessenverlust oder Selbstmordgedanken. Personen mit einem BDI-Wert unter 9 gelten als „unauffällig/nicht depressiv“; mit einem Wert zwischen 19 und 29 gelten sie als „mittelschwer depressiv“ und ab 30 als „schwer depressiv“.

Zu diesen Fragebögen existieren Vergleichswerte aus Normstichproben (siehe Kasten 8, Seite 12). Wenn Patienten mit psychischen Erkrankungen in den Fragebogenwerten deutlich von den Werten der Normstichprobe abweichen, zeigt dies, wie stark deren Beschwerden sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den Normstichproben auch ein erheblicher Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen enthalten ist. (siehe auch Tatsache 1, Seite 3).

**Tabelle 2: Körperliche Erkrankungen von Patienten in ambulanter Psychotherapie im Vergleich zu Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt**

	Alter 0–34		Alter 35–54		Alter 55+	
	Gesamt	PP	Gesamt	PP	Gesamt	PP
Erkrankungen durch Infektionen und Parasiten	31,8 %	31,5 %	18,1 %	26,3 %	15,7 %	25,2 %
Bösartige Neubildungen	0,4 %	1,1 %	2,3 %	4,2 %	9,7 %	11,1 %
Gutartige Neubildungen	9,1 %	18,1 %	18,9 %	28,7 %	17,6 %	30,0 %
Diabetes mellitus	0,7 %	1,2 %	4,5 %	4,0 %	22,3 %	13,4 %
Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	11,7 %	24,2 %	33,9 %	43,7 %	56,7 %	64,1 %
Erkrankungen der Leber	1,0 %	2,1 %	6,3 %	6,5 %	12,0 %	13,2 %
Magen-Darm-Erkrankungen	23,3 %	31,6 %	24,7 %	36,0 %	36,2 %	49,3 %
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	26,3 %	41,0 %	48,3 %	61,2 %	62,4 %	77,0 %
Krankheiten des Blutes	3,9 %	6,9 %	5,6 %	8,9 %	8,9 %	9,1 %

PP = Psychologische Psychotherapeuten

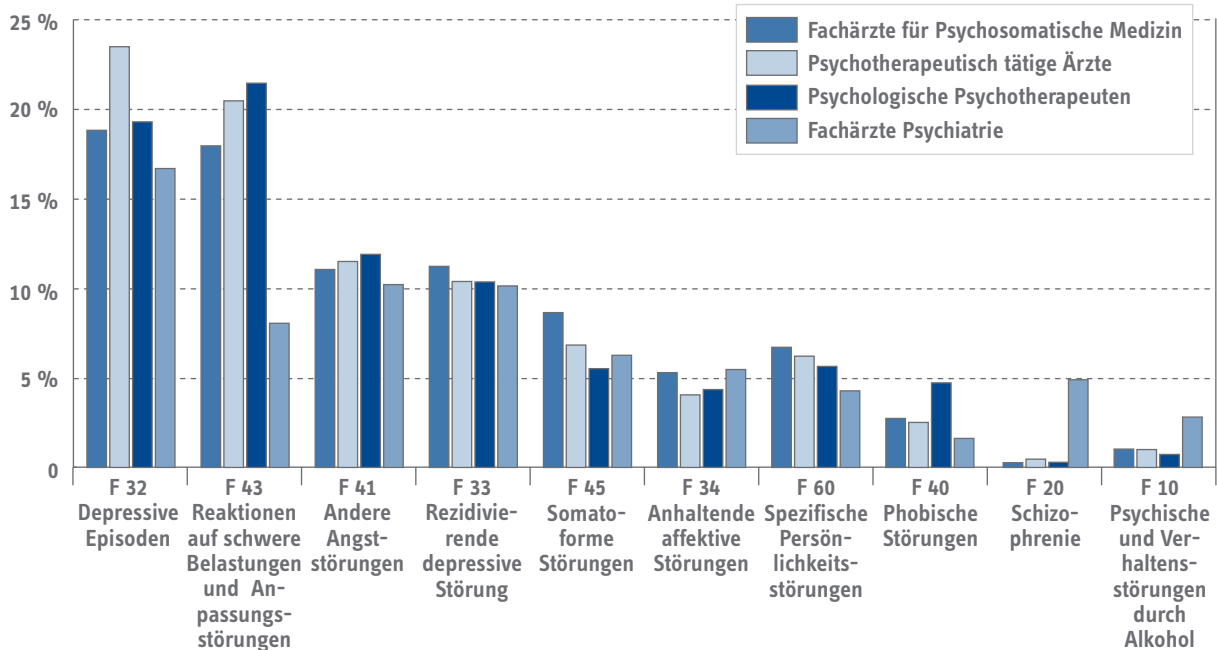
Quelle: BPTK 2013, auf Basis der Daten von Kruse et al., 2001

und schon abstinent waren. Nach einer durch die BPTK geforderten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie durch den G-BA (7. Juli 2011) wird der Anteil von Patienten mit Suchterkrankungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mittelfristig deutlich zunehmen.

Auch der geringe Anteil schizophrener Patienten bei niedergelassenen Psychotherapeuten ist durch Begrenzungen der Psychotherapie-Richtlinie mitverursacht. Danach ist ambulante Psychotherapie auf die Behandlung der psychischen Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen beschränkt. Dem-

gegenüber empfiehlt die internationale NICE-Guideline (siehe Kasten 5, Seite 10; siehe Tatsache 3, Seite 7) Psychotherapie generell zur Behandlung dieser Erkrankung. Neuere Studien haben gezeigt, dass Psychotherapie auch hier wirksam ist. Die BPTK fordert deshalb, die Indikationsbeschreibung der psychotischen Erkrankungen in der Psychotherapie-Richtlinie dahingehend zu ändern, dass die Diagnosegruppe „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ selbst als Indikation zur Psychotherapie genannt wird, damit künftig eine leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit Psychosen im ambulanten Bereich ermöglicht wird.

**Abbildung 3: Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie nach Berufsbeziehungsweise Facharztgruppe**



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



## ■ Tatsache 6

# Psychisch kranke Menschen erhalten zu spät eine Behandlung oder gar keine

**Zusammenfassung:** Psychisch kranke Menschen warten in Deutschland durchschnittlich 12,5 Wochen auf ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Noch länger sind die Wartezeiten in ländlichen Kreisen (14,5 Wochen) und im Ruhrgebiet (17,0 Wochen). Bundesweit fehlen auch nach der Reform der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 mindestens 3.000 psychotherapeutische Praxen. Durch die langen Wartezeiten verschlimmern sich psychische Erkrankungen, chronifizieren oder kehren wieder. Manchmal geben Patienten die Suche auf und erhalten gar keine Behandlung, viele Patienten erhalten eine einseitig medikamentös ausgerichtete Behandlung. Immer mehr gesetzlich Versicherte nutzen die Kostenerstattung und Behandlung in einer privaten psychotherapeutischen Praxis. In dringenden Fällen wenden sich psychisch kranke Menschen an psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser.

### Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie

Nach einer bundesweiten Umfrage (BPtK, 2011) warten in Deutschland psychisch kranke Menschen 12,5 Wochen auf ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Noch länger sind die Wartezeiten in ländlichen Kreisen (14,5 Wochen) und im Ruhrgebiet (17 Wochen).

Die BPtK kritisiert, dass die Berechnung der notwendigen Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeuten im Jahr 1999 grob fehlerhaft war und auch bei der Überarbeitung im Jahr 2012 nicht korrigiert wurde. Sie schätzt, dass weiterhin circa 3.000 psychotherapeutische Praxen zusätzlich notwendig sind, um Fehler der Bedarfsplanung zu korrigieren. Dabei geht sie davon aus, dass die Ausgangsbasis der Berechnungen im Jahr 1999 wie bei anderen Facharztgruppen die Versorgungslage in Westdeutschland sein sollte, da die psychotherapeutische Versorgungsdichte in Ostdeutschland unmittelbar nach dem Psychotherapeutengesetz weniger als ein Drittel derjenigen westdeutscher Planungsbereiche betrug. Weiterhin sollten bei der Berechnung der allgemeinen Verhältniszahlen alle damals tätigen Psychotherapeuten gezählt werden. Bei der Berechnung der aktuell gültigen Verhältniszahlen wurden nur diejenigen Psychotherapeuten berücksichtigt, deren Zulassungsverfahren rechtswirksam abgeschlos-

sen war – was zahlreiche Psychotherapeuten ausgeschlossen hat, deren Zulassungsverfahren (zum Beispiel aufgrund von Prozessen) länger dauerten. Letztlich sollten in ländlichen Regionen mindestens halb so viele Psychotherapeuten verfügbar sein wie in den Großstädten. Immerhin werden die mit der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie möglichen circa 1.100 zusätzlichen Niederlassungen im ländlichen Raum dort zur dringend notwendigen Verkürzung der Wartezeiten beitragen.

Auch im Ruhrgebiet sind zusätzliche Sitze erforderlich. Das Ruhrgebiet wird in der Bedarfsplanung als „Sonderregion“ geführt. In den Großstädten zwischen Duisburg und Dortmund wurden deshalb erheblich weniger Psychotherapeuten zugelassen als in allen anderen Großstädten Deutschlands. Für diese Benachteiligung des Ruhrgebiets gibt es keine sachliche Begründung. Die Menschen werden dort genauso häufig psychisch krank wie in anderen deutschen Großstädten.

### Zu niedrige Behandlungsquote

Nach Schätzungen des Bundes-Gesundheitssurvey erhalten 36 Prozent der Menschen mit psychischen Erkrankungen irgendeine Art von Behandlung, hatten also zumindest einmal Kontakt zu Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten oder entsprechenden stationären Einrichtungen aufgrund psychischer Probleme. Der An-

teil der Betroffenen, die eine „im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien“ erhalten, wird auf zehn Prozent geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2001). Insgesamt ist der Anteil der Deutschen, die Kontakt mit einem Psychotherapeuten aufnehmen, mit 2,2 Prozent sehr gering. Schon der Anteil der depressiv Erkrankten an der Gesamtbevölkerung ist mit 10,9 Prozent fünfmal so hoch (Jacobi et al., 2004; 11,7 Prozent: BARMER GEK, 2012).

### Nicht leitliniengerechte Behandlung

Eine Analyse der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns in Kooperation mit der BpTK ergab, dass über die Hälfte der Patienten, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung befindet und keine Therapie oder eine ausschließliche Pharmakotherapie erhält (BpTK, 2006b). Nur jeder 25. Patient wird hausärztlich und psychotherapeutisch behandelt. In einer Analyse der KV Rheinland-Pfalz ergaben sich ähnliche Werte: 37,2 Prozent der Menschen mit hausärztlicher Depressionsdiagnose waren in fachärztlicher Behandlung (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten), 25,4 Prozent erhielten vom Hausarzt ein Antidepressivum verordnet und 36,9 Prozent erhielten keine Behandlung (Ultes-Kaiser, 2010).

Die Behandlung von depressiv erkrankten Menschen entspricht damit nicht den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. So erhalten zum Beispiel nur fünf Prozent der Versicherten mit einer schweren depressiven Störung eine Kombinationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie, wie sie auch in internationalen Leitlinien empfohlen wird. Die Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression empfiehlt für akute mittelgradige depressive Störungen Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Dabei sind beide als gleichwertige Behandlungsalternativen zu betrachten. Bei schweren und chronischen Formen depressiver Erkrankungen wird eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie empfohlen. Die Versorgungsdaten belegen ein erhebliches Maß an Unter- und Fehlversorgung in der Behandlung depressiver Störungen. Fast jeder dritte Patient wird gar nicht behandelt.

### Zunahme der Kostenerstattung

Weil Versicherte bei Psychotherapeuten, die zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, nicht rechtzeitig einen Behandlungsplatz finden, nehmen sie immer häufiger Psychotherapeuten in Privatpraxen in Anspruch und rechnen mit den gesetzlichen Kassen per Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V ab. Im Jahr 2012 betrug die Kosten für diese Leistungen von Privatpraxen nach Angaben des BMG bereits über 41 Millionen Euro. Damit haben sich die Ausgaben der Krankenkassen dafür seit 2005 vervierfacht.

### Mehr Krankenhausbehandlungen

Die Zahl der Menschen, die wegen psychischer Erkrankungen stationär im Krankenhaus behandelt werden, hat sich zwischen 1990 und 2010 um 129 Prozent erhöht und damit mehr als verdoppelt. Zu diesem Ergebnis kommt die BARMER GEK in ihrem Krankenhausreport 2011. Mittlerweile entfallen nach Schätzung der BARMER GEK 17,1 Prozent der Krankenhaustage auf psychische Erkrankungen – circa ein Drittel davon aufgrund von Depressionen.

## ■ Tatsache 7

# Psychotherapie spart mehr Ausgaben, als sie selbst verursacht

**Zusammenfassung:** Die Ausgaben für ambulante Psychotherapie betragen 2010 1,5 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anteil von sechs Prozent an den gesamten Honorarausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung. Diese geben damit mehr Geld für Krankengeld aufgrund psychischer Erkrankungen (zwei Milliarden Euro) als für ambulante Psychotherapie aus.

Die Ausgaben für Psychopharmaka lagen 2010 mit 2,6 Milliarden Euro (8,7 Prozent aller GKV-Fertigarzneimittelausgaben) ebenfalls deutlich höher als die Ausgaben für ambulante Psychotherapie. Ebenso darüber lagen die Kosten stationärer Behandlungen für psychisch kranke Menschen, die auf 4,6 Milliarden Euro geschätzt werden.

Aufgrund psychischer Erkrankungen entstehen darüber hinaus erhebliche indirekte Kosten (nicht durch die Gesundheitsversorgung verursacht), insbesondere durch Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen. Die Bundesregierung schätzt, dass im Jahr 2008 ein Produktionsausfall von 26 Milliarden Euro und ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von 45 Milliarden Euro und 18 Prozent aller verlorenen Erwerbsjahre auf psychische Erkrankungen zurückgingen. Für jeden Euro, der in Psychotherapie investiert wird, können Einsparungen von zwei bis drei Euro erreicht werden.

### Ausgaben für die ambulante Psychotherapie

Die gesamten Honorare niedergelassener Psychotherapeuten betragen im Jahr 2010 6,1 Prozent aller Honorarausgaben der KBV (28,3 Milliarden Euro im Jahr 2010), also 1,7 Milliarden Euro. Eine Auswertung der BARMER GEK (2012) für das Jahr 2010 schätzt den Anteil der fall- und versichertenbezogenen Leistungen von Psychotherapeuten auf 4,8 Prozent der ambulanten Gesamtkosten.

### Ausgaben für Krankengeld aufgrund psychischer Erkrankungen

Die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind überdurchschnittlich lang, im Durchschnitt 30 Tage. An einer Depression erkrankte Arbeitnehmer fehlen im Schnitt sogar 39 Tage. Die gesetzlichen Krankenkassen haben deshalb sehr hohe Ausgaben an Krankengeld.

Nach Angaben der Bundesregierung erfolgt rund ein Viertel der Krankengeldzahlungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Ausgaben für Krankengeldzahlungen bei psychischen Erkrankungen betragen jährlich rund zwei Milliarden Euro. Somit zahlen die Krankenkassen mehr Krankengeld aufgrund psychischer Erkrankungen als Honorare für die ambulante Psychotherapie.

### Ausgaben für Psychopharmaka

Die Ausgaben für Psychopharmaka (Psycholeptika und Psychoanaleptika) beliefen sich im Jahr 2010 auf 2,6 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Anteil von 8,7 Prozent aller Fertigarzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (29,7 Milliarden Euro) (Schwabe, 2011).

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel haben zwischen 2005 und 2010 jährlich um durchschnittlich 4,7 Prozent zugenommen. Bei einigen Psychopharmaka werden sogar noch deutlich höhere

Zuwächse berichtet. Im Arzneiverordnungsreport 2011 wird beispielsweise ausgeführt, dass die Verordnungen von Antidepressiva (definierte Tagesdosen) in der vergangenen Dekade jährlich um jeweils 15 Prozent zugenommen haben (Lohse & Müller-Oerlinghausen, 2011). Dies kann auch darauf zurückzuführen sein, dass ambulante Behandlungsplätze bei niedergelassenen Psychotherapeuten nicht verfügbar waren und deshalb auch entgegen der Leitlinie und Patientenpräferenz auf eine Pharmakotherapie zurückgegriffen werden musste.

### Ausgaben für die stationäre Behandlung

Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2010 etwa 1,2 Millionen psychisch kranke Menschen im Krankenhaus behandelt. Circa drei Viertel dieser Patienten wurden in entsprechend spezialisierten psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen versorgt. Auf der Basis der Statistiken zu den Tagespflegesätzen lassen sich die Kosten der stationären Behandlung in den spezialisierten Fachabteilungen abschätzen. Danach beliefen sich die Gesamtkosten der Krankenhausbehandlung in diesen Fachabteilungen auf 4,6 Milliarden Euro. Die Ausgaben für psychotherapeutische Leistungen in diesen Fachabteilungen lassen sich dabei nicht von den Gesamtkosten für die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen trennen.

### Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen sind häufig so schwer, dass sie zu Arbeitsunfähigkeit führen. Ihre betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgekosten sind enorm. Nach Jacobi & Wittchen (2005) haben Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa doppelt so

viele Fehltag am Arbeitsplatz wie Menschen ohne aktuelle psychische Erkrankung. Nach Berechnungen der BPTK (2012) gingen im Jahr 2011 circa fünf Prozent aller Krankschreibungsfälle auf psychische Erkrankungen zurück. Aufgrund der langen Krankschreibungen hat dies zu einem Anteil von 12,5 Prozent der betrieblichen Fehltag geführt. Der Anteil psychischer Erkrankungen bei betrieblichen Fehltagen nimmt seit 1990 kontinuierlich zu.

### Volkswirtschaftliche Kosten durch Erwerbsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen führen außerdem immer häufiger zur Erwerbsunfähigkeit: Der Anteil der Renten aufgrund psychischer Erkrankungen hat sich von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 41 Prozent im Jahr 2011 mehr als verdoppelt. In absoluten Zahlen gab es einen Anstieg von 41.409 Neuberentungen im Jahr 1993 auf 73.273 im Jahr 2011, das entspricht einem Anstieg von mehr als 75 Prozent. Dadurch entstehen Kosten allein durch Rentenzahlungen in Höhe von mehr als vier Milliarden Euro pro Jahr. Dabei ist noch nicht mit eingerechnet, dass das durchschnittliche Rentensalter bei psychischen Erkrankungen mit 48 Jahren um mehr als drei Jahre niedriger liegt als bei anderen Erkrankungsarten, sodass die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten nochmals höher ausfallen.

Die Bundesregierung schätzt, dass im Jahr 2008 ein Produktionsausfall von 26 Milliarden Euro und ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von 45 Milliarden Euro und 18 Prozent aller verlorenen Erwerbsjahre auf psychische Erkrankungen zurückgingen (BT-Drucksache 17/9478; Kamp & Pickshaus, 2011).

10

### DALY (disability-adjusted life years)

Mit dem DALY-Konzept, das erstmals 1993 von der Weltbank vorgestellt wurde, ist ein Maßstab geschaffen worden, mit dem sich länder- und kulturübergreifend die Lebensqualität einer Gesellschaft ausdrücken lässt. DALY steht für „disability-adjusted life years“ beziehungsweise „disease-adjusted life years (lost)“. Der Maßstab drückt aus, wie sehr Sterblichkeit und Krankheit die Lebensqualität verschlechtern. Er beschreibt den Unterschied zwischen einer tatsächlichen Situation und einer idealen Situation, in der jede Person bei voller Gesundheit bis zu dem Alter lebt, das den Standardwerten der Lebenserwartung entspricht. Er ist damit auch ein Maßstab für Effizienz beziehungsweise Lücken eines Gesundheitssystems.

## Gesamte direkte Kosten durch psychische Erkrankungen

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die direkten Kosten psychischer Erkrankungen im Jahr 2008 auf 28,6 Milliarden Euro, was einem Anteil von 11,3 Prozent der gesamten Gesundheitskosten in Höhe von 254 Milliarden Euro entspricht (Statistisches Bundesamt, 2010).

## „DALY“ bei psychischen und körperlichen Erkrankungen

Die Forschungsgruppe um Murray & Lopez (1996) hat die Krankheitslast beziehungsweise Beeinträchtigung der Lebensqualität für psychische und körperliche Erkrankungen nach dem DALY-Konzept (siehe Kasten 10, Seite 20) ermittelt. Psychische Störungen gehören nach dieser Analyse zu den kostenintensivsten und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten – noch vor den Krebserkrankungen. Noch größer sind nur die Lasten durch Herz- und Gefäßkrankheiten. Dabei wurden alkoholbedingte Erkrankungen bei den psychischen Störungen nicht mitgerechnet. Zählt man auch alle Belastungen durch Alkohol und andere Drogen dazu, dann verursachen psychische Störungen die höchsten krankheitsinduzierten Belastungen (Tabelle 3, siehe unten).

## Nettonutzen durch ambulante Psychotherapie

Viele Studien belegen, dass sich durch Psychotherapie Kosten reduzieren lassen. Durch eine rechtzeitige ambulante Psychotherapie lassen sich insbesondere Krankenhausbehandlungen von psychisch kranken Menschen vermeiden, die Anzahl der Fehltage von Arbeitnehmern in Unternehmen senken und frühzeitige Verrentungen aufgrund von Erwerbsunfähigkeiten verringern.

Margraf (2009) fasst zusammen, dass „in 95 % der einschlägigen Studien (54 Studien mit über 13.000 Patienten zwischen 1998 und 2008) [...] eine bedeutende Kostenreduktion durch Psychotherapie (Cost Offset Effekt) gefunden wurde, in 86 % der entsprechenden Studien zeigte sich zudem eine Nettoeinsparung (positives Kosten-Nutzen-Verhältnis nach Abzug der Psychotherapiekosten). In 76 % der diesbezüglichen Studien war Psychotherapie gegenüber medikamentösen Strategien überlegen beziehungsweise erbrachte einen signifikanten Zusatznutzen.“

Die Hochrechnung von Wittmann und Steffanowski (2011) anhand der Daten des TK-Modellprojektes beziffert den „Return on Investment“ auf 2,0 bis 3,0, das heißt für einen in die Psychotherapie investierten Euro

**Tabelle 3: Anteil von Krankheiten an der gesamten krankheitsinduzierten Belastung in entwickelten Marktwirtschaften im Jahre 1990**

Angaben in Prozent

Krankheitsgruppe (Auswahl)	Prozent aller krankheitsbezogenen Belastungen (DALY)
Alle kardiovaskulären Krankheiten	18,6
Alle psychischen Erkrankungen (einschließlich Suizid, aber ohne Substanzgebrauch)	15,4
Alle bösartigen Neubildungen (Krebs)	15,0
Alle respiratorischen Krankheiten	4,8
Alkoholgebrauch	4,7
Alle infektiösen und parasitären Krankheiten	2,8
Drogengebrauch	1,5

Quelle: BPTK 2013, auf Basis der Daten von Murray & Lopez, 1996

ergibt sich ein volkswirtschaftlicher „Gewinn“ von zwei bis drei Euro. Ähnliche Modellrechnungen liegen auch für den Bereich der stationären Psychosomatik beziehungsweise der psychosomatischen Rehabilitation vor (Steffanowski et al., 2007; Zielke, 1993, 2008; Zielke et al., 2008).

## ■ Tatsache 8

# Psychotherapeuten behandeln so lange wie notwendig

**Zusammenfassung:** Mehr als die Hälfte der ambulanten Psychotherapien sind Kurzzeittherapien von bis zu 25 Sitzungen je 50 Minuten. Zwischen zwei Drittel und drei Viertel der genehmigten Stundenkontingente werden von den Psychotherapeuten ausgeschöpft. Durchschnittlich 40 bis 45 Sitzungen werden dabei auf zwei Jahre verteilt.

In vielen Fällen verbessern sich die Krankheitssymptome bereits durch eine Kurzzeittherapie deutlich. Komplexe Formen psychischer Erkrankungen oder chronische psychische Erkrankungen erfordern jedoch in der Regel längere Therapien. Beispielsweise sind bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen längere Behandlungen notwendig, als die Psychotherapie-Richtlinie mit ihren Obergrenzen für die Behandlungsdauer zulässt. Internationale Leitlinien empfehlen hier ausdrücklich, keine Behandlungen mit kürzerer Dauer anzubieten.

### Dauer ambulanter Psychotherapien in Deutschland

Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 100 [Seite 2424] vom 7. Juli 2011) definiert Kurzzeittherapie als Psychotherapie mit einem Stundenkontingent von maximal 25 Sitzungen zu je 50 Minuten.

Laut dem Report der Gmünder Ersatzkasse (GEK) „Ambulante ärztliche Versorgung 2007“ sind 54 Prozent der genehmigten Psychotherapien Kurzzeittherapien, 37 Prozent der Anträge betreffen Langzeittherapien. Bei knapp neun Prozent der Genehmigungen ist diese Differenzierung nicht eindeutig möglich. Eine Analyse von bundesweiten Abrechnungsdaten (2008) ergibt in ähnlicher Weise, dass 52 Prozent der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen auf Kurzzeittherapien zurückgehen.

Die durchschnittliche Dauer von ambulanten Psychotherapien wird in Umfragen zwischen 15,9 (Gallas et al., 2010; mediane Dauer) und 20,5 Monaten (SD = 16,6; Walenzik et al., 2010) geschätzt. Dabei wird ein Kontingent von 40 Sitzungen (Gallas et al., 2010; Median) beziehungsweise durchschnittlich 48 Sitzungen (SD = 69) bis 50 Sitzungen (SD = 35; Albani et al., 2010a; Walenzik et al., 2010) benötigt. Gallas et al. (2010) führen aus:

*„Das genehmigte Sitzungskontingent wurde in Verhaltenstherapie und analytischer Psychotherapie jeweils zu etwa zwei Dritteln ausgeschöpft, in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wurden etwa drei Viertel der genehmigten Sitzungen durchgeführt.“*

Diese Größenordnung stimmt mit den Angaben aus der TK-Studie (Wittmann et al., 2011) überein. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug dort zwischen

24,9 und 26,5 Monate (SD = 7,9 bis 9,1), die Anzahl der bewilligten Sitzungen lag zwischen 35,3 und 50,4. Die Angaben beziehen sich auf die beiden untersuchten Studienstichproben (IG: N = 1.060 und KG: N = 640) sowie auch auf zwei größere Gruppen von TK-Patienten (KG 2: N = 33.210 und KG 3: N = 27.563), die bis zum Stichtag 30. Juni 2010 in Psychotherapie waren. In den Kontrollgruppen wurden (inklusive probatorischer Sitzungen) 37 Sitzungen (KG 1: SD = 24,8), 37,7 Sitzungen (KG 2: SD = 34,8) und 42,8 Sitzungen (KG 3: SD = 39,7) abgerechnet. Die Mediane der abgerechneten Sitzungen in den Kontrollgruppen lagen bei 28 bis 30 Stunden.

Die große Streuung der Therapiedauer ist ein Beleg für den „*individuellen und flexiblen Einsatz der psychotherapeutischen Ressourcen*“ (Best, 2012). Psychotherapeuten gehen nach diesen Daten verantwortungsbewusst mit den genehmigten Stundenkontingenten um. Das KBV-Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kasernenärztlichen Versorgung in Deutschland“ (Kruse et al., 2012) kommt bei Sichtung der Studienliteratur ebenfalls zu diesem Schluss: „*Diese Handhabung deutet auf eine individualisierte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Ressourcen hin.*“

### Kurz- versus Langzeittherapie

Nach den Analysen von Lutz et al. (2001), Lutz (2003) und Margraf (2009) lassen sich bei einzelnen psychischen Störungen wesentliche Verbesserungen der Symptome bereits in den ersten 30 Sitzungen Psychotherapie erreichen. Danach sinke der zusätzliche Nutzen von Psychotherapie. Andere Studien zeigen, dass längere Behandlungen mit höheren Effektstärken einhergehen (zum Beispiel Leichsenring & Leibing, 2003). So liegt die Therapiedauer in Studien mit komplex erkrankten Patienten (zum Beispiel Borderline-Störung; siehe Kasten 12, Seite 24) deutlich höher. Eine Studie der finnischen Arbeitsgruppe um P. Knekt ermöglicht einen langfristigen Vergleich der Effekte von Kurz- und Langzeitbehandlungen. Dabei zeigt sich, dass die Kurzzeittherapien im ersten Jahr zu schnelleren Erfolgen führten. Drei bis fünf Jahre nach Beendigung der Behandlungen waren die Effekte der Langzeitpsychotherapie den Kurzzeittherapien jedoch überlegen (Knekt et al., 2008; Knekt et al., 2011; Knekt et al., 2013). Letztlich muss berücksichtigt werden, dass in der Praxis Patienten meist an mehreren psychischen Erkrankungen leiden. Komorbidität ist bei psychischen Erkrankungen die Regel (siehe Kasten 11, siehe unten). In diesen Fällen sind – ebenso wie bei schweren Erkrankungsausprägungen oder komplexen Verlaufsformen – längere Behandlungen erforderlich.

11

### Komorbidität und Schweregrad

Psychisch kranke Menschen leiden häufig unter mehreren psychischen und körperlichen Erkrankungen. Nach dem Bundes-Gesundheitssurvey liegt bei knapp der Hälfte der Personen mit einer psychischen Erkrankung innerhalb eines Jahres noch mindestens eine weitere psychische Erkrankung vor. Wenn eine Person gleichzeitig unter mehr als einer (psychischen) Erkrankung leidet, spricht man von Komorbidität. Psychische Erkrankungen unterscheiden sich in Schwere, Verlauf und dem Grad, in dem sie das Leben des Patienten beeinträchtigen. Die Schwere einer Erkrankung ergibt sich aus der Anzahl und Ausprägung der Symptome der Erkrankung. Meist schränken schwere psychische Erkrankungen auch das Leben des Patienten ein und beeinträchtigen seine Berufstätigkeit und sein Familienleben stark. Leider geht dies aus den Diagnosecodes nach dem System der WHO (ICD-10; siehe Kasten 3, Seite 7) nicht immer hervor.

## Patientenbefragungen

Patientenbefragungsstudien (sogenannte „Consumer Report“-Studien) belegen den Nutzen längerfristiger Psychotherapien aus Sicht der Patienten. Albani et al. (2010b) berichten: *„Befragte, die eine Besserung ihrer Beschwerden und Probleme sowie positivere Auswirkungen der Psychotherapie auf weitere Lebensbereiche angaben, hatten im Mittel ca. 50–56 Behandlungsstunden, während Befragte, die ihren Zustand als unverändert einschätzten, im Mittel 35 Therapiestunden in Anspruch genommen hatten.“*

Eine große US-amerikanische Studie kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass der subjektive Behandlungserfolg mit der Dauer der Behandlung anstieg. Psychotherapien mit einer Dauer von über zwei Jahren waren mit den größten Verbesserungen aus Sicht der Patienten verbunden (Seligman, 1995).

12

## Psychotherapie bei Borderline-Erkrankungen

Etwa ein Prozent der Bevölkerung leidet an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dies sind chronische psychische Erkrankungen, die insbesondere durch Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Affekten und Selbstbild gekennzeichnet sind. Borderline-Erkrankungen beeinträchtigen das Leben der Patienten stark. Borderline-Patienten brechen häufig Ausbildungen ab, kündigen ihren Arbeitsplatz und stellen immer wieder Freundschaften und Partnerschaften infrage.

Borderline-Patienten galten lange Zeit als nicht behandelbar. Psychopharmaka erwiesen sich als nicht wirksam. Seit einigen Jahren stehen jedoch spezifische Psychotherapiemethoden zur Verfügung, die nachweislich wirksam und stationär wie ambulant einsetzbar sind. Internationale Psychotherapiestudien weisen gute Behandlungserfolge nach, insbesondere wenn die Psychotherapien in einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden. Diese methodisch hochwertigen Studien zeigen, dass danach insbesondere Suizide, Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten deutlich seltener sind. Dafür waren allerdings selbst unter optimierten Studienbedingungen mindestens 90 Stunden Psychotherapie in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie erforderlich, in vielen Studien sogar deutlich mehr.

Eine Behandlung darf nur durchgeführt werden, wenn sie aus medizinischen Gründen angezeigt ist. Die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung hängt unter anderem von der Art, der Schwere und den sozialen Funktionseinschränkungen einer psychischen Erkrankung ab. Auch die erforderliche Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung muss vom behandelnden Psychotherapeuten im Einzelfall beurteilt werden.



## ■ Tatsache 9

# Psychotherapeuten erfüllen ihre Versorgungsaufträge

**Zusammenfassung:** Psychotherapeuten und Ärzte gehören zu den freien Berufen. Sie können und müssen innerhalb ihres Versorgungsauftrages und der berufsrechtlichen Pflichten eigenverantwortlich entscheiden, wie sie ihre Tätigkeit zum Wohl des Patienten und im Interesse des Gemeinwohls ausüben. In diesem Zusammenhang müssen sie auch entscheiden und verantworten, in welchem Umfang sie tätig sind.

Niedergelassene Psychotherapeuten arbeiten durchschnittlich 36 bis 43 Stunden in der Woche, die KBV geht sogar von durchschnittlich 47 Wochenstunden aus (Arbeitszeit). Davon erbringen sie 25 bis 31 Stunden in direktem Kontakt mit ihren Patienten (Patientenzeit). Mindestens ein Drittel der Arbeitszeit ist für weitere Aufgaben und Verpflichtungen, wie Dokumentation, Anträge, Abrechnungen und Praxismanagement, erforderlich. Hinzu kommen noch Tätigkeiten zur Gewährleistung der Qualität der erbrachten Leistungen, zum Beispiel Supervision, Qualitätszirkel und Fortbildung.

Eine Reihe rechtlicher Hindernisse macht es Psychotherapeuten deutlich schwerer als Ärzten, mehr Patientenzeit anzubieten. Psychotherapeuten dürfen sich bei Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen nicht vertreten lassen. Anders als Ärzte sind Psychotherapeuten nicht befugt, Untersuchungen und Behandlungen an andere zu delegieren. Psychotherapeuten müssen die Behandlung selbst („höchstpersönlich“) durchführen. Bei den Ärzten werden auch delegierte Leistungen zur Arbeitszeit dazugerechnet. Psychotherapeuten unterliegen bei der Anstellung von („Entlastungs-“)Assistenten und beim Jobsharing strengen Stundenbegrenzungen durch die KVen, die insbesondere versorgungspolitisch unsinnig sind und zu erheblichen Wartezeiten führen.

### Der „Versorgungsauftrag“ in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ärzte und Psychotherapeuten sind gemäß den Musterberufsordnungen für Ärzte<sup>1</sup> und Psychotherapeuten<sup>2</sup> in Deutschland freie Berufe. Sie erbringen aufgrund ihrer besonderen Qualifikation eigenverantwortlich und fachlich unabhängig Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit. Von freien Berufen wird dabei eine hohe Qualifikation verlangt. Sie unterliegen einer genauen und strengen berufsständi-

chen Regelung. Der Europäische Gerichtshof hält dazu fest, dass bei der Ausübung einer solchen Tätigkeit das persönliche Element besondere Bedeutung habe und diese Ausübung auf jeden Fall eine große Selbstständigkeit bei der Vornahme der beruflichen Handlungen voraussetze.<sup>3</sup> Psychotherapeuten können und müssen deshalb auch innerhalb des Versorgungsauftrages und der berufsrechtlichen Pflichten eigenverantwortlich entscheiden, wie sie ihre Tätigkeit zum Wohl des Patienten und im Interesse des Gemeinwohls ausüben. In diesem Zu-

<sup>1</sup> § 1 Absatz 1 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand: 2011)

<sup>2</sup> § 1 Absatz 3 der Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

<sup>3</sup> EuGH, Urteil vom 11.10.2001, C-267/99, Rn. 39

sammenhang müssen sie auch entscheiden und verantworten, in welchem Umfang sie tätig sind. Mit ihrer Zulassung zur gesetzlichen Krankenversicherung übernehmen sie einen sogenannten „Versorgungsauftrag“. Eine gesetzliche Vorgabe, wie viele Behandlungsstunden für die Erfüllung eines Versorgungsauftrages erforderlich sind, existiert nicht. Nach den Bundesmantelverträgen<sup>4</sup> sind Ärzte und Psychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem vollen Versorgungsauftrag verpflichtet, wöchentlich 20 Sprechstunden anzubieten.

### Patientenzeit und Arbeitszeit

Die Zeit, die Psychotherapeuten im direkten Kontakt mit ihren Patienten (Patientenzeit) verbringen, macht nur einen Teil ihrer Arbeitszeit aus. Hinzu kommen Zeiten für die Dokumentation der Sitzungen, Berichte, Anträge, Abrechnungsaufgaben oder Aufgaben im Zusammenhang mit der Praxisführung. Eine Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI, 2012) hat ergeben, dass dieser Aufwand bei Psychotherapeuten höher ausfällt als bei anderen Arztgruppen – mit Ausnahme der Rheumatologen. Zusätzlich ist bei der Arbeitszeit neben Dokumentation und Praxismanagement der Zeitaufwand für Supervision, Intervention, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätszirkel zu berücksichtigen, da dieser von maßgeblicher Bedeutung für die Qualität der erbrachten Leistungen ist.

Die Differenz zwischen Arbeit mit und ohne Patienten wird auch in einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) gewürdigt.<sup>5</sup> Der zusätzliche Arbeitsaufwand neben der Zeit am Patienten wird auf zusätzliche 33 bis 50 Prozent der Zeit geschätzt. Letztlich schlägt sich dies auch in der Differenz zwischen der zeitlichen Mindestanforderung einer Sitzung (mindestens 50 Minuten) und der Prüfzeit (70 Minuten) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nieder. Somit wird im EBM zusätzlich zur Patientenzeit ein Zusatzaufwand von 40 Prozent angenommen. Umfrageergebnisse (zum Beispiel ZI, 2012) bestätigen, dass dieser Aufwand mehr als zusätzliche 30 Prozent beträgt (KBV, 2012; ZI, 2012).

Dabei ist aber ebenfalls noch nicht berücksichtigt, dass Ausfallzeiten bei Psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Arztgruppen wesentlich schlechter auszuglei-

chen sind. Die Vergabe von Gesprächsterminen erfolgt in der Regel stündlich, in diesem Zusammenhang entstehen kaum Wartezeiten in den Praxen. Letzteres wird auch durch die Argumentation eines Urteils des BSG aufgegriffen. Dort wird ausgeführt:

*„Zwar sind grundsätzlich zahlreiche Arztgruppen von schwankendem Patientenzustrom betroffen, doch können Psychotherapeuten wegen der strikten Zeitbindung des Gros ihrer Leistungen Phasen einer geringeren Inanspruchnahme der Praxis schlechter kompensieren als etwa Hausärzte.“*

Erste Ergebnisse einer aktuellen Umfrage von Kammermitgliedern der Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hamburg und Bremen zeigen, dass bei Psychotherapeuten durchschnittlich 7,3 Stunden im Monat (SD = 7,6; N = 622) ausfallen. Der überwiegende Teil davon kann nicht kompensiert werden. Durchschnittlich 5,0 Stunden/Monat (SD = 5,3; N = 618) konnten nicht an andere Patienten weitervergeben werden (Nübling et al., 2012 [in Vorbereitung]). Die Ausfallzeiten erscheinen nicht in den Statistiken der KBV und werden somit nicht bei der Berechnung der Arbeitszeit berücksichtigt.

### Arbeitszeiten von Psychotherapeuten

Psychotherapeuten arbeiten durchschnittlich 37 bis 43 Stunden in der Woche. Sie arbeiten damit etwa doppelt so lange, wie in den Bundesmantelverträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung als reine Sprechstundenzeit vereinbart ist (siehe Tabelle 4, Seite 27). Die Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2012) ergab, dass Psychotherapeuten durchschnittlich 47 Stunden pro Woche arbeiten.

Die Tabelle 4 liefert eine Übersicht, die zum einen zwischen Patientenzeit und Arbeitszeit und zum anderen zwischen GKV-Patienten und allen Patienten differenziert.

### Vergleich der Arbeitszeit von Psychotherapeuten mit anderen Fachgruppen

Nach der Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2012) liegen Psychotherapeuten mit einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 47 Stunden circa fünf Stunden unterhalb der

<sup>4</sup> § 17 Absatz 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte beziehungsweise § 13 Absatz 7a Satz 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen

<sup>5</sup> BSG, Urteil vom 13.10.2010, B 6 KA 40/09 R, Rn. 21 – z. n. juris; Das Bundessozialgericht hat sich dabei mit der Frage auseinandergesetzt, wie sich die Anzahl von Sprechstunden zur Arbeitszeit einer Nebentätigkeit zu einem halben Versorgungsauftrag verhält. Darin heißt es wörtlich, dass „der Zeitaufwand des Vertragsarztes (...) neben den Sprechstunden auch die notwendige Zeit für Bereitschaft außerhalb der Sprechzeiten und den Notdienst (...), Verwaltung, Abrechnungen und speziell bei psychotherapeutischer Versorgung auch für Dokumentation, Berichts- und Gutachtenerstellung (...)“ umfasst.

durchschnittlichen Arbeitszeit aller Arztgruppen (52 Stunden). Hausärzte liegen mit 53 Stunden leicht über diesem Durchschnitt. Die Arbeitszeit von Psychotherapeuten ist somit vergleichbar mit der Arbeitszeit von Ärzten in der ambulanten Versorgung.

Die KBV analysierte 2011, ob und inwieweit Psychotherapeuten und Ärzte Mindestanforderungen der Versorgung unterschreiten, also weniger als 60 Stunden „Prüfzeit“<sup>6</sup> im Quartal leisten (KBV, 2011). Bundesweit liegen nur 3,1 Prozent der Psychotherapeuten unter den geforderten 60 Stunden (KBV, 2011). Der Anteil ist geringer als bei den meisten anderen Facharztgruppen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beispielsweise bieten 12,7 Prozent der Anästhesisten, 10,4 Prozent der Radiologen

und 9,5 Prozent der Augenärzte weniger als 60 Stunden je Quartal für GKV-Patienten an. Selbst Hausärzte (4,8 Prozent) und Fachinternisten (4,1 Prozent) schneiden im Vergleich schlechter ab als Psychotherapeuten (siehe Tabelle 5, Seite 28). Bei diesen Analysen muss beachtet werden, dass nicht berücksichtigt werden kann, ob die Unterschreitung der Mindestanforderung beispielsweise aufgrund einer längeren Krankheit erfolgte.

### Erschwerte rechtliche Rahmenbedingungen für Psychotherapeuten

#### Vertretung unzulässig

Für eine noch höhere Auslastung von Praxen gibt es eine Vielzahl von rechtlichen Hindernissen. Ein Psychotherapeut kann sich – anders als ein Arzt – bei Krankheit, Ur-

**Tabelle 4: Patientenzeit und Arbeitszeit von Psychotherapeuten**

	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
Walendzik 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; Walendzik 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

<sup>6</sup> Der „Einheitliche Bewertungsmaßstab“ (EBM) ist ein Verzeichnis der abgerechneten ambulanten Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten. Dort ist zum Beispiel festgelegt, dass eine psychotherapeutische Sitzung mindestens 50 Minuten Patientenzeit erfordert. Der EBM berücksichtigt auch den Zusatzaufwand außerhalb der Patientenzeit und legt eine „Prüfzeit“ von 70 Minuten zugrunde, die in etwa der Arbeitszeit entspricht.

laub oder Fortbildung grundsätzlich nicht vertreten lassen.<sup>7</sup> Er muss seine Praxis in diesen Zeiten schließen.

#### Keine Delegation von Leistungen möglich

Anders als Ärzte sind Psychotherapeuten nicht befugt, Untersuchungen und Behandlung an andere zu delegieren. Während in einer Arztpraxis viele Leistungen von Praxishelfern durchgeführt werden können (Blutabnahme, Verband et cetera), muss der Psychotherapeut seine Behandlung selbst („höchstpersönlich“) durchführen. Bei den Ärzten gelten auch delegierte Leistungen als „ärztliche“ Arbeitszeit. Bei der Arbeitszeit von Psychotherapeuten handelt es sich ausschließlich um die Zeit, in der sie selbst gearbeitet haben. Dadurch liegt die statistische Arbeitszeit von Psychotherapeuten selbst dann unter der statistischen Arbeitszeit von Ärzten, wenn sie persönlich gleich lange gearbeitet haben.

#### Anstellung und Jobsharing stark eingeschränkt

Psychotherapeuten unterliegen bei Anstellung von („Entlastungs-“)Assistenten und beim Jobsharing strengen Stundenbegrenzungen durch die KVen, die versorgungspolitisch unsinnig sind. Psychotherapeuten dürfen nur maximal so viel arbeiten wie der Praxisinhaber zuvor im Durchschnitt der letzten vier Quartale – auch wenn dieser aufgrund einer schweren Erkrankung nicht arbeiten konnte. Dies gilt auch, wenn ein Psychotherapeut eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen möchte. Sinnvoller wäre in diesen Fällen eine zeitliche Obergrenze für die maximale Auslastung einer Praxis. Nach der Rechtsprechung des BSG<sup>8</sup> liegt die Kapazitätsgrenze bei 36 abgerechneten Patientenstunden pro Woche, also bei rund 54 Arbeitsstunden.

**Tabelle 5: Anteil der Vertragsärzte beziehungsweise -psychotherapeuten, die pro Quartal weniger als 60 Stunden GKV-Patienten behandeln**

	Anzahl Ärzte	Bund
Hausärzte	2.542	4,8 %
Anästhesisten	359	12,7 %
Augenärzte	496	9,5 %
Chirurgen	259	6,6 %
Frauenärzte	301	3,0 %
HNO-Ärzte	103	2,6 %
Hautärzte	144	4,3 %
Fachinternisten	335	4,1 %
Kinderärzte	426	7,1 %
Orthopäden	132	2,5 %
Nervenärzte	88	1,9 %
Psychotherapeuten	635	3,1 %
Radiologen	297	10,4 %
Urologen	69	2,6 %

Quelle: BPtK 2013, auf Basis der Daten von KBV, 2011

<sup>7</sup> § 14 Absatz 3 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 20 Absatz 4 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen

<sup>8</sup> BSG-Urteil vom 25.08.1999, Aktenzeichen B 6 KA 14/98 R, dort ab Rn. 25, insbesondere 26

## ■ Tatsache 10

# Psychotherapie ist ein attraktives Berufsfeld

**Zusammenfassung:** Jährlich schließen mehr Psychotherapeuten ihre Ausbildung ab als ältere Psychotherapeuten in Ruhestand gehen. Frei werdende Praxissitze können auch in ländlichen Regionen innerhalb kurzer Zeit besetzt werden.

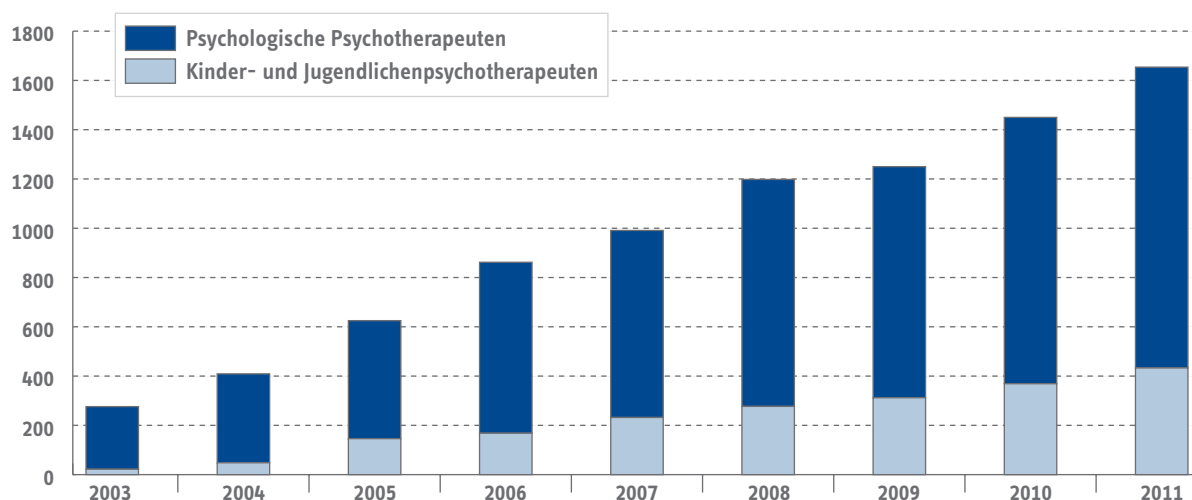
### Tätigkeitsgebiete von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

In Deutschland gibt es momentan 37.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind aktuell knapp 23.000 Psychotherapeuten tätig, davon sind circa 14.000 Psychologische Psychotherapeuten und 3.500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 6.500 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeiten im Krankenhaus, etwa 1.500 in Rehabilitationseinrichtungen. Weitere 5.500 arbeiten in Beratungsstellen.

### Psychotherapeutischer Nachwuchs

Nach Berechnungen der BpTK (2006) werden jährlich circa 1.000 Psychotherapeuten benötigt, um die Anzahl der im Gesundheitswesen arbeitenden Psychotherapeuten in Deutschland konstant zu halten. Die Daten zur Entwicklung der Absolventenzahlen des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) zeigen, dass aktuell bereits deutlich mehr Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Ausbildung abschließen (Abbildung 4, siehe unten).

**Abbildung 4: Bestandene schriftliche Prüfungen beim IMPP (Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen)**



Quelle: BpTK 2013

### Besetzung freier ambulanter Praxissitze

Bisher können alle Praxissitze, die von Psychotherapeuten, die in den Ruhestand gehen, zurückgegeben werden, innerhalb kurzer Zeit wieder besetzt werden. Ebenso konnten zusätzliche Praxissitze, die für die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geschaffen wurden, innerhalb kurzer Zeit besetzt werden – auch in vermeintlich unattraktiven ländlichen Regionen.

### Besetzung offener Psychotherapeutenstellen im Krankenhaus

Die Besetzung von Psychotherapeutenstellen im Krankenhaus orientierte sich bislang an der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), in der Vorgaben zur Personalausstattung in der Psychiatrie gemacht werden. Die Psych-PV kannte nur den Beruf des Diplom-Psycho-

logen, zu dem auch die Psychotherapeuten gezählt wurden. Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ist die Psych-PV nun außer Kraft gesetzt worden. Sie soll durch Empfehlungen des G-BA ersetzt werden, von denen zu erwarten ist, dass Psychotherapeuten in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen erstens benannt und zweitens besser berücksichtigt werden.

Die Nachwuchsproblematik, die viele Arztgruppen im stationären Bereich betrifft, gilt nicht für Psychotherapeuten. Das DKI-Barometer Psychiatrie 2011/2012 (Janßen & Blum, 2012) führt aus, dass „bundesweit weniger als ein Prozent der Stellen für Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen unbesetzt bleiben“.

## Literatur

- Abbass, A. A./Hancock, J. T./Henderson, J. & Kisely, S. (2006). Shortterm psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004687.
- Albani C. et al. (2009). Wer nimmt in Deutschland Psychotherapie in Anspruch? *PsychotherPsychMed* 59, 281-283.
- Albani, C./Blaser, G./Geyer, M./Schmutzer, G./Brähler, E. (2010a). 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. (2010b). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 6: 1-9.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2005). Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 111: 68-73.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2010). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66: 194-203.
- BARMER GEK (2011). BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/110726-Krankenhaus-Report-2011/PDF-Krankenhaus-Report-2011,property=Data.pdf>.
- BARMER GEK (2012). BARMER GEK Arztreport 2012. <https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundumgutversichert/Startseite/Startseite.html>.
- Best, D. (2012). Mythen und Fakten zur Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell* 1/12.
- Best, D. (2008b). Zahlen und Fakten zur Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell* 3/10: 2-7.
- Best, D. (2008a). Vergütungsreform. Auswirkungen auf die Psychotherapie. Vortrag DPTV, Mainz, 5.11.2008.
- Beutel, M. E./Höflich, A./Kurth, R./Brosig, B./Gieler, U./Leweke, F./Milch, W. E./Reimer, Ch. (2005). Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie – Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. *Zts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 51: 145-162.
- BT-Drucksache 17/9287. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Sabine Zimmermann, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/094/1709478.pdf>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2006a). Ergänzung der Stellungnahme der BPTK nach § 91 Abs. 8a SGB V vom 30.10.2006 zur Gesprächspsychotherapie unter Einbezug des vollständigen Berichts zur Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen vom 17.07.2006.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2006b). BPTK-Newsletter 01/2006. <http://www.bptk.de/>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008) BPTK-Spezial – Morbi-RSA. <http://www.bptk.de/>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2009a). Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009; <http://www.bptk.de/stellungnahmen>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2009b). Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie „Psychoanalytisch begründete Verfahren“. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009; <http://www.bptk.de/stellungnahmen>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2010). Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPTK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt. <http://www.bptk.de/>.

- Bundespsychotherapeutenkammer (2011a). Psychische Erkrankungen – Keine Frage des Alters. BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. <http://www.bptk.de/>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2011b). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. <http://www.bptk.de/>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012). Psychische Erkrankungen und Burnout – BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. <http://www.bptk.de/>.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin* 112: 155-159.
- Crane, D. R./Christenson, J. D. (2012). A Summary Report of the Cost-Effectiveness of the Profession and Practice of Marriage and Family Therapy. *Contemp Fam Ther*, DOI 10.1007/s10591-012-9187-5.
- Deutsche Hochdruckliga e. V., Deutsche Hypertonie-Gesellschaft (2008). LEITLINIE ZUR BEHANDLUNG DER ARTERIELLEN HYPERTONIE. AWMF Register Nr. 046/001.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf 2009. Version 1.3, Januar 2012.
- Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlungen. *Nervenarzt* 36: 166-169.
- Franke, G. H. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI). Göttingen: Beltz.
- Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. 2., vollständig überarbeitet und neu normierte Auflage. Manual. Göttingen: Beltz Test.
- Franz, M./Janssen, P. L./Lensche, H. et al. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multicenterstudie. *ZtsPsychosomMed* 46: 242-258.
- Gallas, C./Puschner, B./Kühn, A. & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60: 5-13.
- Gava, I./Barbui, C./Aguglia, E./Carlino, D./Churchill, R./De Vanna, M. & McGuire, H. F. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Library*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss, AG Versorgungsorientierung/Priorisierung (2011). Modellprojekt Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression, Stand: 3. Februar 2011. <http://www.g-ba.de/>.
- Gmünder Ersatzkasse (2007). GEK-Report zur ambulant-ärztlichen Versorgung 2007. <https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Startseite/Startseite.html>.
- Hald, H. J./Danz, B./Schwab, R./Burmeister, K./Bähren, W. (1995). Röntgenologisch nachweisbare Wirbelsäulenveränderungen junger Männer. *Fortsch Röntgenstr.* 163/7: 4-8.
- Hautzinger, M./Keller, F. & Kühner, C. (2006). BDI II. Beck Depressions-Inventar. Revision. Frankfurt, Pearson Assessment.
- Hay, P. J./Bacaltchuk, J. & Stefano, S. (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, (3).
- Huber, D./Albrecht, C./Hautum, A./Henrich, G. & Klug, G. (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom-MedPsychother* 55: 189-199.
- Hunot, V./Churchill, R./Teixeira, V. & Silva de Lima, M. (2007). Therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane Library*, 2007.
- Härter, M./Sitta, P./Keller, F. et al. (2004). Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. *Deutsches Ärzteblatt* 101: A 1970-1974.
- Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung. IAB Kurzbericht 19/2011. Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, S.11.
- Jacobi, F./Kose, M. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2004, 47: 736-744.



- Jacobi, F./Höfler, M./Siegert, J./Gerschler, A./Mack, S./Scholl, L./Wittchen, H.-U. (in press). 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the community: core results from the mental health module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults' first wave (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- Janßen, U. & Blum, K. (Hrsg. 2012). *DKI-Barometer Psychiatrie 2011/2012*. Düsseldorf: Deutsch Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Jensen, M. C./Brant-Zawadzki, M. N./Obuchowski, N./Modic, M. T./Malkasian, D./Ross, J. S. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med.*; 331(2): 69-73.
- Junge, A. & Ahrens, S. (1996). Stationäre psychosomatische Behandlung – Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *PPmP* 46: 430-437.
- Junkert-Tress, B./Tress, W./Scheibe, G. et al. (1999). Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekt. *PPmP* 49: 142-152.
- Kamp, L. & Pickshaus, K. (Hrsg., 2011): *Regelungslücke psychische Belastungen schließen*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Katon, W. J./Unutzer, J. et al. (2004). Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go. *Medical Care* 42(12): 1153-7.
- KBV (2011). *KBV-Konzept zur Reform der ärztlichen Bedarfsplanung*. Konzertierte Aktion der KBV/Berufsverbände. Berlin, 18.11.2011.
- KBV/NAV-Virchow-Bund (2012). *Tabellenband Ärztemonitor 2012*. <http://www.kbv.de>.
- Keller, A. (2000). *Die Klassifikation psychischer Störungen nach DSM-IV mit Hilfe eines strukturierten diagnostischen Interviews (F-DIPS)*. Inauguraldissertation. Universität Heidelberg.
- Knappe, S./Runge, J./Beesdo, K./Jacobi, F. & Wittchen, H.-U. (2008). Diagnostik psychischer Störungen: „Gold“- oder „Blech“-Standard. *PsychotherPsychMed* 58: 72-75.
- Knekt, P./Lindfors, O./Harkanen, T./Valikoski, M./Virtala, E./Laaksonen, M. A. et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and shortterm psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year followup. *Psychol Med* 38(5): 689-703.
- Knekt, P./Lindfors, O./Laaksonen, M. A./Renlund, C./Haaramo, P./Härkänen, T./Virtala, E. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, longterm and shortterm psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 132: 37-47.
- Knekt, P./Lindfors, O./Sares-Jäske, L./Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and shortterm psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic J Psychiatry* 67: 59-68.
- Kriz, D. (2010). *Evaluation der stationären Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einer dynamisch-psychiatrischen Klinik*. Diss., Universität Mannheim.
- Kruse, J./Herzog, W. et al. (2012). *Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“ im Auftrag der KBV*. <http://www.kbv.de/>.
- Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 160:7, 1223-1232.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Longterm Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. *JAMA* 300: 1551-1565.
- Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2011). *Psychopharmaka*. In Schwabe, U. & Pfaffrath, D. (Hrsg., 2011). *Arzneiverordnungsreport 2011*. Berlin: Springer.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Lutz, W./Lowry, J./Kopta, S. M./Einstein, D. A./Howard, K. I. (2001). Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. *J Clin Psychol*. 57: 889-900.
- Margraf, J.(2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer.

- Mestel, R./Erdmann, A./Schmid, M./Klingelhöfer, J./Stauss, K. & Hautzinger, M. (2000). 1-3 Jahres-Katamnese bei 800 stationär behandelten depressiven Patienten. In Bassler, M. (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie: Pro und Kontra (S. 243-273). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Murray, C./Lopez, A. (Hrsg.) (1996). The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press: Cambridge.
- Nosper, M. (1999). Psychosomatische Rehabilitation. Untersuchungen zur Ergebnis- und Prozessqualität von Einzel- und Gruppenpsychotherapien. Berlin, Logos.
- Nübling, R. et al. (2012). Ambulante psychotherapeutische Versorgung. Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz. Vorläufige Auswertung/Persönliche Mitteilung.
- Nübling, R./Bürgy, R./Meyerberg, J./Oppl, M./Kieser, J./Schmidt, J. & Wittmann, W. W. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalb: Erste Ergebnisse einer Katamnese studie. In M. Bassler (Hrsg.). Leitlinien zur stationären Psychotherapie (S. 274-300). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nübling, R./Hafen, K./Jastrebow, J./Körner, M./Löschmann, C./Rundel, M./Schmidt, J./Wirtz, M. & Bengel, J. (2004). Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Ochs, M./Schweitzer, J. (2012) (Hrsg.). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: V&R.
- Peikert, G./Hoyer, J./Mrazek, A./Rosendahl, W./Hannich, H. J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psycho-therapeutische Versorgung in Ostdeutschland. Psychotherapeutenjournal 1/2011: 43-50.
- Prinz, U./Nutzinger, D. O./Schulz, H./Petermann, F./Braukhaus, C./Andreas, S. (2008). Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. PhysMedRehabKuror 2008 18: 337-343.
- Ravens-Sieberer, U./Ellert, U. et al. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey(KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6): 810-8.
- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. Science 179,(4070): 250-258.
- Schmidt, J./Steffanowski, A./Nübling, R./Lichtenberg, S. & Wittmann, W. W. (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.
- Schomerus, G./Schwahn, C./Holzinger, A. et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. Acta PsychiatrScand 125(6): 440-52.
- Schwabe, U. (2011). Arzneimittelverordnungen 2010 im Überblick. In Schwabe, U. & Pfaffrath, D. (Hrsg., 2011). Arzneiverordnungsreport 2011. Berlin: Springer.
- Seeger, S./Caspar, F./Bastine, R./Klöß-Rotmann, L./Meyerberg, J./Neumann, U./Wiegand, W./Fydich, T. & Schmidt, J. (2005). Erste Ergebnisse der Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 4, Heft 2: 145.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. American Psychologist 50: 965-974.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Metaanalysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. Psychological Bulletin 92: 581-604.
- Smith, M. L./Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980).The benefits of psychotherapy. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Steffanowski, A./Kramer, D./Fembacher, A./Glahn, E. M./Bruckmeyer, 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“. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 40: 267-282.
- Steffanowski, A./ Löschmann, C./Schmidt, J./Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- TK-Gesundheitsreport 2008. <http://www.tk.de/>.

- Ultes-Kaiser, S. (2010). Der Versorgungsatlas der KV Rheinland-Pfalz: Besser orientiert – besser versorgt? Vortrag auf der ZI-Fachtagung „Versorgungsforschung wird geografisch: Bessere Versorgung durch regionale Vergleiche?“ am 10. Oktober 2011 in Berlin.
- Walendzik, A./Rabe-Menssen, C./Lux, G./Wasem, J. & Jahn, R. 2010. Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Forschungsbericht, <http://www.deutschespsychotherapeutenvereinigung.de>.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie(1999, 2002). Gutachten zur Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie. <http://www.wbpsychotherapie.de/>.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurvey 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44: 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. (1994). RELIABILITY AND VALIDITY STUDIES OF THE WHO COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW (CIDI): A CRITICAL REVIEW. *J psychiatr Res* 28: 57-84.
- Wittchen, H.-U./Jacobi, F./Mack, S./Gerschler, A./Scholl, L./Gaebel, W./Zielasek, W./Maier, W./Wagner, M./Hapke, U./Siegert, J. & Höfler, M. (2012a). 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, 14.06.2012.
- Wittchen, H.-U./Jacobi, F./Mack, S./Gerschler, A./Scholl, L./Gaebel, W./Zielasek, W./Maier, W./Wagner, M./Hapke, U./Siegert, J. & Höfler, M. (2012b). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der „Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit“ (DEGS-MHS). *Bundesgesundheitsblatt* 55: 988-989.
- Wittchen, H.-U./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, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EurNeuropsychopharmacol.* 21(9): 655-79.
- Wittchen, H.-U./Pfister, H. (1997). *DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview*. Swets und Zeitlinger, Frankfurt.
- Wittmann, W. W./Lutz, W./Steffanowski, A./Kriz, D./Glahn, E. M./Völkle, M. C./Böhnke, J. R./Köck, K./Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wittmann, W.W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell*, Heft 3/2011: 6-12.
- Wockenfuß et al. (2008). Diagnosenklassifikation in der Allgemeinpraxis. *Notfall & Hausarztmedizin* 34 (12): 586-590.
- 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*.
- Zielke, M. (1993a). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. München: Psychologie Verlags-Union.
- Zielke, M. (2008). Kosten-Nutzen-Relation der psychosomatischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In: Schmid-Ott, G./Wiegand-Greife, S./Jacobi, C./Paar, G./Meermann, R. & Lamprecht, F. (Hrsg.). *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 399-443). Stuttgart, Schattauer.
- Zielke, M./Borgart, E.-J./Carls, W. et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich etc., Pabst.