

**Förderinitiative zur Versorgungsforschung der  
Bundesärztekammer**

**Projektauftrag**

**„Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie“**

**durchgeführt von**

**Prof. Dr. med. P. Joraschky**

**K. Hospodarz, M.A.**

**Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden**

**Dresden, den 10. Februar 2012**

## Inhaltverzeichnis

	Seite
1. Die aktuelle Entwicklung psychischer Erkrankungen als Herausforderung für eine differentielle Psychotherapie .....	2
2. Die Gruppen der Behandler in der psychosomatischen/ psychotherapeutischen vertragsärztlichen Versorgung .....	3
3. Die aktuelle Versorgung im Spiegel der Versorgungsforschung.....	7
4. Zuweisungswege .....	9
5. Ambulante psychotherapeutische Versorgungsforschung in Ostdeutschland .....	9
6. Fragebogenerhebung in Sachsen Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie - sachsenweite Befragung niedergelassener Psychotherapeuten .....	11
7. Qualitative Befragung zur Versorgung ärztlicher Psychotherapeuten .....	33
 Aktuelle Forschungsliteratur .....	 39

## Anhang

- A Ergebnisse des Projektauftrages
- B Fragebogen für Niedergelassene
- C Gesprächsleitfaden für Interviews mit niedergelassenen Therapeuten

## **Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie**

### **1. Die aktuelle Entwicklung psychischer Erkrankungen als Herausforderung für eine differenzielle Psychotherapie**

Aktuell konstatiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine weltweite Epidemie psychischer Erkrankungen (Zylka-Menhorn 2011). Wie neue Zahlen der Europäischen Union zeigen, leiden pro Jahr 38,2 % der Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen. Die häufigsten Störungen sind Angststörungen (14,0 %), Schlafstörungen (7,0 %), schwerwiegende Depression (6,9 %), somatoforme Erkrankungen (6,3 %), Alkohol- und Drogenabhängigkeit (>4 %), ADHD (5 %) in der jungen und Demenz in der alten Bevölkerung (1 – 30 %, je nach Alter) (Wittchen et al. 2011).

Zusammen mit den neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall und Epilepsie tragen psychische Erkrankungen in Europa zu 26,6 % der gesamten krankheitsbedingten Einbußen an Lebensqualität bei, mehr als jeweils die anderen Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-, Krebserkrankungen, Diabetes bzw. muskuloskeletale Erkrankungen. Die Rangordnung der Erkrankungen mit der höchsten Krankheitslast hängt von Geschlecht und Alter ab: An der Spitze stehen Depression, Demenz, Alkoholmissbrauch und Schlaganfall. Zwar stiegen in den letzten Jahren - mit Ausnahme der Demenz- die Krankheitshäufigkeiten nicht eindeutig an, weltweit wird jedoch eine Zunahme von direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen von 2,5 im Jahre 2010 auf 6,0 Billionen US Dollar 2030 prognostiziert (Zylka-Menhorn 2011).

Zu den hohen gesellschaftlichen Kosten tragen vor allem Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung bei. Psychische Störungen führen in Deutschland von Jahr zu Jahr zu mehr Krankschreibungen. Nach einer Synopse der Gesundheitsreporte der Krankenkassen 2009 hat sich der Anteil der AU-Zeiten durch psychische Erkrankungen seit 1993 mehr als verdoppelt und betrug im Jahr 2009 11,3 Prozent. Ursache für Arbeitsunfähigkeit sind insbesondere depressive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen. Immer mehr Personen schieden aufgrund einer psychischen Erkrankung frühzeitig aus dem Erwerbsleben aus. Im Jahr 2010 erhielten rund 900 000 Personen eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit. Mehr als ein Viertel der Berentungen waren durch psychische Erkrankungen bedingt. Inzwischen wird mehr als jede dritte Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (37,7 Prozent) durch eine psychische Störung verursacht (Männer: 32,1 Prozent; Frauen: 43,9 Prozent). Psychische Erkrankungen waren damit nicht nur die häufigsten Ursachen der Frühberentung, das Durchschnittsalter bei Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen lag mit 48 Jahren deutlich früher als das Durchschnittsalter von 51 Jahren bei anderen Erkrankungen (Statistik der Deutschen Rentenversicherung).

Inzwischen verfügen wir nicht nur über verlässliche Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen und damit verbundenen Einbußen von Lebensqualität und Kosten für den Einzelnen, seine Angehörigen und die Gesellschaft. Es wurden übergreifende Modelle zur Entstehung psychischer Erkrankungen entwickelt, und neue Erkenntnisse wurden zu den Ursachen der wichtigsten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (Depression, Angsterkrankungen, somatoforme, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen) gewonnen. Ein besonderer Schwerpunkt der psychosomatischen Medizin ist die Verbindung zwischen

psychischen und somatischen Erkrankungen. Hier zeigte sich, dass psychische Erkrankungen mit ungünstigem Gesundheitsverhalten und einem erhöhten Stresspegel einhergehen, was ein erhebliches Risiko für Herz- Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen und Diabetes bedeutet. Umgekehrt leidet ein erheblicher Teil chronisch körperlich Kranker unter Ängsten, Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, somatoformen und anderen Erkrankungen. In der Psychoonkologie hat sich bspw. aufgrund zahlreicher Studien zu seelischen Belastung von Krebskranken die Auffassung durchgesetzt, dass jedem Krebskranken in Deutschland eine angemessene psychoonkologische Abklärung und Behandlung zusteht. „Neue Erkrankungen“ betreffen die aktuellen Auswirkungen der Arbeitswelt und der verbreiteten Mediennutzung in unserer Gesellschaft.

## **2. Die Gruppen der Behandler in der psychosomatischen/psychotherapeutischen vertragsärztlichen Versorgung**

Die an der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung beteiligten Gruppierungen weisen hinsichtlich ihres Profils in der Aus- und Weiterbildung erhebliche inhaltliche und strukturelle Unterschiede auf. In den folgenden Ausführungen werden die für das Gutachten relevanten Gruppierungen näher beschrieben. Dazu gehören Informationen hinsichtlich der jeweiligen Aufgabengebiete, Weiterbildungsordnungen, Daten zu Anzahl, Geschlechterverteilung und Alter sowie Abrechnungsmöglichkeiten nach dem EBM der KBV.

### **2.1 Hausärzte und Fachärzte mit Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung**

Die Psychosomatische Grundversorgung stellt die psychosomatische Basisversorgung in der Hand des primär somatisch tätigen Arztes dar. Auch vom primär somatisch orientierten Arzt sollen psychische Probleme und Erkrankungen sicher erkannt und angemessen berücksichtigt werden. Zu den Aufgaben im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gehören:

- die differentialdiagnostische Abschätzung psychosozialer Belastungen und psychischer Störungen;
- grundlegende therapeutische Leistungen, vor allem Beratung und Unterstützung, ggf. auch Entspannungsverfahren;
- die angemessene Vorbereitung (Aufklärung und Motivation) und Weitervermittlung der Patienten, die spezielle psychotherapeutische und/oder psychiatrische Hilfe brauchen.

Nach einer Hochrechnung der KBV gab es im Jahr 2009 ca. 66 000 Hausärzte und andere Fachärzte mit Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung (KBV, Stand 31.12.2009). Die berufsbegleitende Kurs-Weiterbildung umfasst 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balintgruppenarbeit), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden. Das Curriculum berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (GOP 35 100/35 110 nach EBM). Seit 2003 ist in der Weiterbildung im Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ und

in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ein 80-Stunden-Kurs in „Psychosomatischer Grundversorgung“ verbindlich vorgeschrieben.

## **2.2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie**

Laut (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) (Stand vom 25.06.2010) umfasst die „Zusatz-Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie [...] in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und psychotherapeutische indikationsbezogene Behandlung von Erkrankungen des jeweiligen Gebietes, die durch psychosoziale Faktoren und Belastungsreaktionen mit bedingt sind“.

Diese Weiterbildung umfasst neben der fachärztlichen Weiterbildung im jeweiligen Gebiet 120 Stunden Theorie, 120 Behandlungsstunden unter Supervision, 16 Stunden Entspannungsverfahren, 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Gruppenselbsterfahrung, 10 Erstuntersuchungen. Voraussetzung ist eine bereits abgeschlossene Facharztausbildung (s. Tab. 1 im Anhang). Die Zusatzbezeichnung ermöglicht es somit dem primär somatisch tätigen Arzt, eine psychosomatische/psychotherapeutische Zusatzqualifikation zu erwerben, um umfangreicher als in der Psychosomatischen Grundversorgung möglich psychosomatische/psychotherapeutische Interventionen durchzuführen.

Eine größere Gruppe der Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie arbeitet mittlerweile nahezu ausschließlich psychotherapeutisch. Der im Zwischenbericht verwandte Begriff „psychotherapeutisch tätiger Arzt“ bezeichnet eine „Arztgruppe“ von Vertragsärzten mit verschiedenen Gebietsbezeichnungen und Zusatzbezeichnung Psychotherapie, die mindestens 90 Prozent ihres Gesamtleistungsbedarfes aus den Leistungen des Abschnittes G IV und G V sowie den Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 des Abschnittes G III generieren.

Im Jahr 2008 waren bundesweit 2 176 (KBV, Stand 31.12.2008) niedergelassene ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie in der ambulanten Versorgung aktiv. Das durchschnittliche Alter lag bei 51 Jahren, der Frauenanteil überwog mit 71 %. Die Abrechnungsmöglichkeiten der psychotherapeutisch tätigen Ärzte beinhalten das Kapitel 35 zur Richtlinien-Psychotherapie und das fachspezifische Kapitel 23 für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten (23 211/23 212 Grundpauschale; 23 220 psychotherapeutisches Gespräch als Einzelleistung) im EBM.

## **2.3 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Innerhalb der KBV sind die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Bezeichnung seit 2003) und die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin (1992 - 2003) zusammengefasst. Zu den Aufgabengebieten dieser Behandlergruppe gehören laut MWBO (Stand vom 25.06.2010) die „Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“.

Die fünfjährige Facharztweiterbildung umfasst 1 500 Therapiestunden unter Supervision und 240 Theoriestunden. Von den 60 Monaten praktischer Tätigkeit müssen 36 Monate im

Bereich der psychosomatischen Medizin, 12 Monate in der Psychiatrie und 12 Monate im Gebiet Innere Medizin oder Allgemeinmedizin abgeleistet werden. Die Selbsterfahrung beinhaltet je nach theoretischer Ausrichtung 150 Einzelstunden und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung (Tiefenpsychologie, Psychoanalyse) bzw. 70 Doppelstunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung (Verhaltenstherapie) [s. Tab. 1 im Anhang]. Der Schwerpunkt der Weiterbildung liegt in der praktischen und klinischen Ausbildung im Bereich der psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung von Patienten mit psychischen, psychosomatischen, somatopsychischen und erlebnisreaktiven Störungen.

Im Jahr 2008 nahmen bundesweit 2 508 niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einem Frauenanteil von 57 % und einem Durchschnittsalter von 55 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, Stand 31.12.2008). Nach EBM können Ärzte dieser Behandlergruppen u. a. Leistungen aus Kapitel 35 gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) und aus dem erstmals im Jahr 2005 aufgenommenen fachspezifischen Kapitel 22 abrechnen. Diese ermöglichen neben der Richtlinien Psychotherapie eine flexible und adaptierte psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung.

## **2.4 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie**

Nach der MWBO (Stand vom 25.06.2010) umfasst das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie „die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozial-psychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen und psychischen Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte“.

Die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie dauert 60 Monate, wobei 24 Monate in der Psychiatrie und 12 Monate in der Neurologie erbracht werden müssen. In ihrem psychotherapeutischen Teil umfasst sie 240 psychotherapeutische Behandlungsstunden und 100 Stunden theoretische Weiterbildung. Die Selbsterfahrung setzt sich aus 150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung und 35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder Fallarbeit zusammen (s. Tab. 1 im Anhang). Der Schwerpunkt der Weiterbildung liegt in der somatotherapeutischen, psychotherapeutischen sowie sozial-psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen und psychischen Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und toxischen Schädigungen.

Im Jahr 2008 nahmen insgesamt 1 917 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Frauenanteil von 46 % und einem Durchschnittsalter von 50 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, Stand 31.12.2008). Nach EBM können Ärzte dieser Behandlergruppen u. a. Leistungen wie antragsgebundene Richtlinien-Psychotherapie aus Kapitel 35 und dem fachspezifischen Kapitel 21 zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen abrechnen.

## **2.5 Nervenärzte – Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie**

Die Behandlergruppe der Nervenärzte setzt sich innerhalb der KBV aus den Fachärzten für Nervenheilkunde (alte Bezeichnung), den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie zusammen. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie als Doppelfacharzt hat sowohl die Ausbildung zum Neurologen als auch die zum Psychiater durchlaufen. Neben den Aufgaben der Psychiatrie beschäftigt sich die Neurologie nach aktueller MWBO (Stand vom 25.06.2010) mit der „Vorbeugung, Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur“.

Bundesweit nahmen 2 567 niedergelassene Nervenärzte mit einem Frauenanteil von 32 % und einem durchschnittlichen Alter von 56 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, 31.12.2008). Ebenso wie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie können sie u. a. Leistungen aus den EBM-Kapiteln 35 und 21 abrechnen.

## **2.6 Psychologische Psychotherapeuten**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (Stand vom 13.05.2006) beschreibt den Inhalt der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten folgendermaßen: Diese umfasst den „Erwerb besonderer Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Vorbeugung, Verhütung, Erkennung und Behandlung von Störungen mit Krankheitswert, einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt, die Begutachtung, die notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung“.

Nach dem Abschluss des Psychologie-Studiums (Diplom oder Master) umfasst die dreijährige (Vollzeit-) bis fünfjährige (Teilzeit-) Ausbildung 600 supervidierte praktische Behandlungsstunden, 150 Supervisionsstunden und 600 Theoriestunden. Von den 18 Monaten praktischer Tätigkeit müssen 12 Monate in der Psychiatrie und 6 Monate in einer psychosomatischen Klinik, Psychiatrie oder in der Praxis eines Psychotherapeuten oder eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden. Die Selbsterfahrung umfasst 120 Stunden (Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung) [s. Tab. 1 im Anhang]. Verglichen mit anderen ärztlichen Behandlergruppen liegt der Schwerpunkt der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten neben dem Grundstudium der Psychologie als Eingangsbedingung im größeren Anteil der theoretischen Ausbildung und in der kürzeren klinischen Weiterbildung, die keine klinischen Weiterbildungszeiten in einem somatischen medizinischen Fachgebiet umfasst. Auf der Grundlage eines Psychologiestudiums erwerben sie umfangreichere theoretische psychologische Kenntnisse, aber keine somatische-medizinische Basisqualifikation.

Bundesweit waren 13 023 niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2008 tätig. Das Durchschnittsalter lag bei 52 Jahren und der Frauenanteil überwog mit 68 %. Die Abrechnungsmöglichkeiten der Psychologischen Psychotherapeuten beinhalten u. a. das Kapitel 35 zur Richtlinien-Psychotherapie und das fachspezifische Kapitel 23 für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten (23 211/ 23 212 Grundpauschale; 23 220 psychotherapeutisches Gespräch als Einzelleistung) im EBM.

## **2.7 Psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung durch Ambulanzen**

Neben den niedergelassenen Ärzten und Psychologen beteiligen sich die an Krankenhäusern bzw. Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliederten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) an der ambulanten Versorgung. In universitären Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befinden sich häufig Polikliniken. Hinzu kommen in diesen beiden universitären Bereichen sowie in den nicht-universitären Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ambulante Behandlungen im Rahmen von persönlichen Chefarztermächtigungen oder für spezielle Indikationsbereiche (z. B. Psychoonkologie). Laut Angaben der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie gibt es in Deutschland insgesamt 25 Hochschulambulanzen im Bereich der klinischen Psychologie mit 6 980 Behandlungsfällen pro Jahr. Nach Angaben des Verbandes Psychologischer Psychotherapeuten existierten im Jahr 2006 in Deutschland zudem ca. 171 staatlich anerkannte psychologische Ausbildungsinstitute für Psychotherapie, die eine Ausbildungsambulanz unterhalten.

Das ambulante Versorgungsfeld für Psychotherapie ist jedoch noch vielseitiger. Beratungsstellen und Diplom-Psychologen ohne therapeutische Ausbildung ergänzen das Bild. Gleichzeitig existiert ein breiter, nicht geregelter Bereich außerhalb des finanzierten gesetzlichen Versicherungssystems, in dem unter dem Begriff „Psychotherapie“ Behandlungen durch unterschiedliche Berufsgruppen (Heilpraktiker, Yoga-Lehrer etc.) angeboten werden.

## **3. Die aktuelle Versorgung im Spiegel der Versorgungsforschung**

### **Inanspruchnahme und Bedarfsdeckung**

Die Zahlen zur Inanspruchnahme von ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Therapieangeboten variieren je nach Datengrundlage zwischen 1,9 % bei einer Versichertenpopulation (Übersicht KBV-Studie Kruse u. Herzog, 2012 nach Grabe et al., 2007) bis 3,1 % in der Allgemeinbevölkerung (Grabe et al., 2005). Es wird ein Geschlechterverhältnis von ca. zwei Dritteln Frauen und einem Drittel Männer für die Inanspruchnahme von Psychotherapie berichtet (Strauß et al., 2002). Eine antragspflichtige Psychotherapie wurde im Jahr 2006 nach Angaben des GEK-Reports bei 11,97 Frauen je 1 000 versicherten Frauen und 5,5 Männern je 1 000 versicherten Männern genehmigt (Grabe et al., 2007).

Trotz steigender Behandlungsraten weisen der nationale Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts wie auch andere Studien darauf hin, dass zwischen 35 % und 50 % der Personen mit psychischen Störungen keine professionelle Hilfe erhalten (Jacobi et al., 2004). Die Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors 2008 zeigen eine noch geringere Inanspruchnahme. Fast 80 % der befragten Personen nahmen keine Versorgungseinrichtung wegen ihrer psychischen Beschwerden in Anspruch (Böcken et al., 2008), in der Health in Pomerania-Studie waren es ca. 75 % (Grabe et al., 2005). Wittchen und Jacobi (2001) gehen davon aus, dass nur 10 % der Betroffenen eine nach wissenschaftlichen Kriterien adäquate Therapie erhalten (orientiert an RCT-Studien, nicht an naturalistischer Ergebnisforschung!).



Die Gründe für die mangelnde oder späte Inanspruchnahme sind einerseits bei den individuellen und sozialen Behandlungsbarrieren, wie die mangelnde Kenntnis und Motivation des Patienten, ein somatisches Krankheitskonzept, Schonungsverhalten, Stigmatisierungsangst, interkulturelle Probleme und hohem Alter zu sehen. Andererseits zeigt sich hier eine Schnittstellenproblematik, die bedingt sein kann durch die unzureichende Diagnostik des somatisch tätigen Arztes, durch das Fehlen niederschwelliger psychosomatisch/psychotherapeutischer Angebote oder regionaler Versorgungsunterschiede bezüglich ambulanter Angebote (Görgen und Engler, 2005, Spitzbart, 2004).

Bei psychischen Beschwerden werden Hausärzte am häufigsten kontaktiert, gefolgt von Nervenärzten/Psychiatern, Psychologischen Psychotherapeuten sowie ärztlichen Psychotherapeuten (Wittchen & Jacobi, 2001). Auch die Bertelsmann-Studie zeigt, dass von den 1 403 Befragten der Hausarzt am häufigsten (18 %) wegen psychischer Beschwerden aufgesucht wurde. Grabe et al. (2005) zeigen auf, dass psychisch hoch belastete Personen signifikant häufiger Allgemeinärzte, aber auch Internisten, Orthopäden und Neurologen konsultierten als niedrig belastete. Die Ergebnisse können einerseits als Zeichen für eine hohe somatische Komorbidität dieser Patienten gedeutet werden, andererseits auch den Wunsch ausdrücken, eine Behandlung durch einen Arzt bei psychischen Beschwerden zu erhalten.

### **Wer geht in Psychotherapie?**

Albani et al. (2010, 2011) untersuchten in einer repräsentativen Stichprobe 1 212 Patienten, die aktuell (n=514) oder innerhalb der letzten 6 Jahre (n=698) eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben. 85 % der Befragten gaben depressive Beschwerden als Anlass für die ambulante Psychotherapie an, 24 % Suizidalität. 63 % der Befragten nannten Ängste, 54 % psychosomatische Beschwerden, 26 % Essstörungen, 14 % süchtiges Verhalten, 16 % Zwangsstörungen, 12 % sexuelle Funktionsstörungen und 14 % Persönlichkeitsstörungen als Behandlungsanlass. Überraschend hoch ist mit 30 % der Anteil der Patienten, die psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, um mit einer körperlichen Erkrankung umzugehen. Im Mittelwert gaben die Patienten 5,1 Beschwerdefelder an. 84 % der Befragten schätzen ihren Zustand zu Beginn der Psychotherapie als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ ein. Die Psychotherapie wirkte sich in der Angabe der Patienten u. a. positiv auf die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität der Patienten aus. Sie waren seltener krankgeschrieben und nahmen das ärztliche Versorgungssystem weniger in Anspruch.

Als ein weiteres Ergebnis dieser Studie kann festgehalten werden, dass Psychotherapie nicht überwiegend von sogenannten „YARVIS“-Patienten (young, attractive, rich, verbal, intelligent, successful) genutzt wird. Der Anteil Erwerbstätiger, aber auch der Anteil Arbeitsloser war bei den Psychotherapiepatienten höher als in der Allgemeinbevölkerung. Mehr als die Hälfte der befragten Patienten gaben ein monatliches Nettoeinkommen von unter 1 000 Euro pro Person im Haushalt an. In der Altersverteilung ist der Anteil der 45- bis 59-Jährigen in der Psychotherapiepatienten überrepräsentiert, ebenso wie der Anteil geschiedener oder verwitweter Patienten.

#### **4. Zuweisungswege**

Es besteht eine erhebliche Latenz zwischen dem Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Dieser Zeitraum, die sog. Chronifizierungszeit, beträgt für den stationären Versorgungsbereich mehr als 5 Jahre (Potreck-Rose & Koch, 1994), bei 328 Versicherten einer großen gesetzlichen Krankenversicherung dauerte es durchschnittlich etwas mehr als 7 Jahre von der Erstmanifestation bis zur stationären Behandlung in einer psychosomatischen Klinik (Zielke et al., 2004).

Der DAK Gesundheitsreport 2005 (DAK, 2005) weist auf, dass ein Großteil der Befragten einen guten Zugang zum Versorgungssystem hat – jedoch dauert bei einem Viertel die Kontaktaufnahme bis zu zwei Jahre und länger. Bei fast 5 % der Personen lagen sogar mehr als fünf Jahre zwischen dem Auftreten der Beschwerden und einer entsprechenden Therapie. Etwa 70 % der Befragten gaben an, aus Eigeninitiative einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten aufgesucht zu haben. 7 % sind durch den Hausarzt zu einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung motiviert worden.

Albani et al. (2010/2011) berichten in ihrer repräsentativen Befragung, dass 62,4 % der Patienten, die eine Psychotherapie absolvierten, zuvor wegen ihrer psychischen und psychosomatischen Beschwerden den Hausarzt angesprochen haben, 22,4 % wurden von ihm zu einer Psychotherapie ermuntert. Somit wurden 33,5 % der späteren Psychotherapiepatienten, die den Hausarzt zuvor konsultierten, von ihm zur Psychotherapie motiviert. 25,5 % der Patienten hatten zuvor einen Psychiater konsultiert, der 8,9 % der Patienten (26,9 % der konsultierenden Patienten) zur Psychotherapie ermunterte.

Walendzik et al. (2011) erfassten in ihrer Studie Zugangswege zur psychologischen Psychotherapie und ermittelten vergleichbare Ergebnisse. Gut die Hälfte der Patienten wurde aus dem medizinischen Behandlungssystem an die ambulante psychologische Psychotherapie verwiesen (genauer: 24 % durch Haus- oder Kinderarzt, 17 % Psychiater/Nervenarzt, 7 % andere Ärzte, 4 % stationäre Einrichtungen). Ca. 40 % der Patienten fand eigenständig bzw. über private Kontakte den Weg zum psychologischen Psychotherapeuten.

#### **5. Ambulante psychotherapeutische Versorgungsforschung in Ostdeutschland**

Peikert (et al. 2011) führte eine repräsentative Umfrage unter niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeuten in Ostdeutschland durch. Durch die Intensivierung der psychologischen Ausbildungsbedingungen konnte die Versorgungslücke verringert werden, von 2007 bis 2010 stieg die Mitgliederzahl der OPK von 1 800 auf 2 500. In den meisten Großstädten liegen die Versorgungszahlen nahe denen der westlichen Großstädte bei 2 500 – 2 800 (pro Psychotherapeut).

In den ländlichen Gebieten sind es bis zu 23 000 Einwohner pro Therapeut, was die Unterversorgung besonders im Osten bestimmt. Aufgrund der unter verhaltenstherapeutischen Schwerpunktsetzungen an den Universitätsabteilungen der Klinischen Psychologie ergibt sich eine besonders im Osten zunehmende Asymmetrie der Psychotherapieverfahren: Zwei Drittel bis drei Viertel der Psychologischen

Psychotherapeuten haben eine Verhaltenstherapieausbildung, und so ergibt sich hier auch eine Polarisierung, da die ärztlichen Psychotherapeuten traditionell vorwiegend in tiefenpsychologischen Verfahren weitergebildet sind.

Die Psychotherapeutendichte ist in Sachsen im Ostvergleich am höchsten, auf der Höhe von Rheinland-Pfalz. Es ist ein interessantes Bundesland zur Charakterisierung der Entwicklung im Osten. In Bezug auf die Einwohnerzahl liegt in Sachsen die Relation in der Stadt bei 2 300 Einwohnern pro Psychotherapeut, auf dem Land liegt die Relation bei 12 000 bis 15 000 Einwohnern pro Psychotherapeut. Zwischen Stadt und Land entspricht das einer Relation von 6 zu 1.

## **6. Fragebogenerhebung in Sachsen**

### **Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie - sachsenweite Befragung niedergelassener Psychotherapeuten**

#### **6.1 Zielsetzung**

Ausgehend von der aktuellen Forschungsliteratur, ergänzt durch einen sachsenweit versendeten Fragebogen sowie einem standardisierten Interview von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im Raum Dresden wurde die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Sachsen untersucht.

Die Daten der vorgestellten Studie wurden im Auftrag der Bundesärztekammer von der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden erhoben.

Im Rahmen der Studie soll die

- 1. Ist-Situation ärztlich-psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland in ihrer Differenzierung auf die verschiedenen beteiligten Disziplinen dargestellt werden,**
- 2. ein spezifisch ärztliches Profil psychotherapeutischer Leistungen definiert werden, das in Ergänzung zur Richtlinienpsychotherapie störungsorientierte Methoden und integrierte Behandlungsansätze umfasst, und**
- 3. das Selbstverständnis von ärztlichen Psychotherapeuten in der Perzeption der Bevölkerung geklärt werden mit dem Ziel, ärztlich psychotherapeutische Leistungen in Bezug auf die Patientenbedürfnisse zu optimieren.**

#### **Besondere Fragestellungen (Antrag BÄK S. 11)**

1. Welche Patienten werden von welcher Gruppe ärztlicher Psychotherapeuten behandelt? Gibt es dabei Unterschiede zwischen Land und Stadt?
2. Welche diagnostischen Gruppen werden, basierend auf vorliegenden Versorgungsdaten bzw. Ergebnissen der Versorgungsforschung, vornehmlich von psychologischen und welche von ärztlichen Psychotherapeuten behandelt?
3. Worin sehen die ärztlichen bzw. die psychologischen Psychotherapeuten ihre berufsspezifische Rolle bei der Versorgung psychisch Erkrankter?

#### **6.2 Methodik der Studie**

Die Daten der vorgestellten Studie wurden im Auftrag der Bundesärztekammer von der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden erhoben.

Alle in Sachsen niedergelassenen und bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingetragenen Psychotherapeuten wurden angeschrieben.

Die Umfrage wurde anonym durchgeführt und ein Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen (siehe Anhang) an alle bei der Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen eingetragenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Nervenärzte, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse geschickt. Ebenso wurden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Studie einbezogen.

Die Befragung erfolgte sachsenweit. Dem Fragebogen lag ein Rückumschlag („Gebühr bezahlt der Empfänger“) bei.

Alternativ dazu wurde der Fragebogen auch online auf der Homepage der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik <http://www.psychosomatik-ukd.de> passwortgeschützt zum Ausfüllen angeboten. Den Befragten wurde es freigestellt, den Fragebogen online oder in der paper-pencil Version auszufüllen. Die online-Version wurde allerdings nur von 2 % genutzt!

Die Fragebögen wurden am 13.10.2011 postalisch versendet. Rückmeldeschluss war der 18.11.2011.

Die Erfassung der Daten erfolgte anonym, und keine Fragen ließen Rückschlüsse auf die Person des Antwortenden zu.

### 6.3 Rücklaufquote

Insgesamt wurden 912 Fragebögen verschickt. 374 Fragebögen kamen ausgefüllt zurück (41,0 %). Die Rücklaufquote ist als zufriedenstellend zu betrachten, da aufgrund des engen Zeitrahmens keine zweite Aussendung oder telefonische Befragungen durchgeführt werden konnten. Viele der niedergelassenen Kollegen sind Zuweiser der Klinik und in die jährlichen Weiterbildungsseminare eingebunden. Dies könnte auch dazu beigetragen haben, dass die offenen Fragen sehr sorgfältig bearbeitet wurden. Die Verteilung ist hinsichtlich Alters- und Geschlechtsverteilung der Niedergelassenen, auch der Fachzugehörigkeit als repräsentativ zu sehen.

Die Rücklaufquote gliedert sich wie folgt:

	Anzahl der Angeschriebenen		Anzahl der Antwortenden
	absolut	prozentual	prozentual
Psychologische Psychotherapeuten	517	56,7%	56,2%
Psy-Fachärzte	196	21,5%	22,7%
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten (Ärzte und Psychologen)	126	13,8%	11,4%
andere Fachärzte (mit ZB Psychotherapie / Psychoanalyse)	73	8,0%	9,7%
gesamt	912	100,0%	100,0%

**Gruppe Psy-FÄ** = Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (**gesamt 22,7%**)

**Gruppe PP** = Psychologische Psychotherapeuten (**gesamt 56,2%**),

**Gruppe Psy-Kinder** = psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (**gesamt: 11,4 %**)

**Gruppe andere-FÄ** = Teilnehmer mit einer anderen Facharztzulassung (ZB PT/PA) (**gesamt 9,7%**)

Für die Studie zur Erfassung der spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Sachsen standen die Berufsgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten (**Psy-FÄ**) und die der psychologischen Psychotherapeuten (**PP**) im Zentrum der Betrachtung.

14 Fragebögen kamen unausgefüllt zurück. Als Gründe wurden: *verzogen, Psychotherapeut bietet keine Richtlinienpsychotherapie an, Krankheit, Auslandseinsatz, Ruhestand und Psychotherapeut ist verstorben* angegeben.

Der Fragebogen besteht aus drei Teilen:

*Teil A – Angaben zu den Patienten*

*Teil B – Angaben zur Versorgung*

*Teil C – Angaben zu den Hauptdiagnosen*

sowie *Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen*. Alle Angaben bezogen sich auf das der Erhebung vorangegangene Behandlungsjahr.

Der erste Teil des Fragebogens bezog sich auf **allgemeine Angaben**. So wurden die Therapeuten zu ihrem Alter, ihrem Geschlecht, der Art ihrer Praxis und der Art ihrer Zulassung befragt. Weiterhin machten sie Angaben, für welche Kostenträger sie prozentual arbeiten, für welche Zusatzgebiete sie eine Anerkennung haben, in welchem(n) psychotherapeutischen Richtlinienverfahren sie ausgebildet sind, welche Therapieelemente in ihrer Praxis angeboten werden und ob in ihrer Praxis eine Sicherstellungsassistenz vorliegt, und wenn ja, mit wie vielen Stunden.

Um die Daten später in die Kategorien *städtisch* und *ländlich* einteilen zu können, gaben die Befragten die ersten drei Zahlen ihrer Postleitzahl an.

- **Teil A** umfasste Fragen zu den im letzten Jahr behandelten Patienten. Die Angaben bezogen sich auf das Durchschnittsalter, die prozentuale Verteilung in männliche und weibliche Patienten, die Anzahl der Anfragen für Erstgespräche, die Zahl der Patienten, die zum Erstgespräch erschienen sind und die Anzahl der tatsächlich in psychotherapeutischer Behandlung gewesenen Patienten. Zudem wurde nach der Anzahl der Patienten gefragt, die nach einem (teil-)stationären Aufenthalt den Weg in die Praxis fanden, und derer, die anschließend (teil-)stationär weiterbehandelt wurden.
- Der **Teil B** bezog sich auf Angaben zur Versorgung. Dabei wurde nach den durchschnittlich durchgeführten Therapiestunden pro Woche, den Wartezeiten bis zum Erstgespräch bzw. bis zum Therapiebeginn, der Anzahl der angemeldeten, nicht zum Erstgespräch erschienenen Patienten, der Anzahl der Patienten, die die Therapie abbrechen, nach wie vielen Sitzungen die Patienten die Behandlung abbrechen sowie den Gründen dafür gefragt. Des Weiteren machten die Therapeuten Angaben zu ihren durchschnittlichen probatorischen Sitzungen pro Patient, zur

durchschnittlichen Zahl ihrer Therapiesitzungen pro Patient und zum Umfang ihres Behandlungsangebotes (prozentual: Kurzzeit/Langzeit).

Die Befragten machten in diesem Teil des Fragebogens auch Angaben darüber, wie viele ihrer Patienten komorbid körperliche Erkrankungen aufwiesen, wie viele einer medikamentösen Behandlung aufgrund somatischer Erkrankungen bedurften und wie viele psychopharmakologisch mitbehandelt wurden.

Darüber hinaus wurden die Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten angehalten, Angaben zu bestimmten Patientengruppen zu machen, die sie bevorzugt an ihre ärztlichen bzw. psychologischen Kollegen überweisen, und – falls dies der Fall war – die Gründe dafür zu nennen. Zudem wurde ihnen die Möglichkeit gegeben, ihre Einschätzung zur spezifischen Rolle der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie zu geben. Für die Frage war ein offenes Antwortformat vorgegeben.

Abschließend wurden sie um ihre Einschätzung zur psychotherapeutischen Versorgungslage in Sachsen auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft) gebeten.

- Im **Teil C** wurde nach den im letzten Behandlungsjahr diagnostizierten Störungsbildern gefragt. Diese wurden in Hauptdiagnosen und Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend aufgeteilt.

## **6.4 Stichprobenbeschreibung**

### Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter der Psychotherapeuten, die an der Befragung teilgenommen haben, liegt bei 49,3 Jahren (Psy-FÄ 51,2 Jahre, PP 47,8 Jahre), davon sind 74,2 % weiblich (Psy-FÄ 57,1 %, PP 81,7 %) und 25,8 % männlich (Psy-FÄ 42,9 %, PP 18,3 %). Fachärzte sind statistisch häufiger dem männlichen Geschlecht zuzuordnen als Psychologische Psychotherapeuten ( $\alpha \leq 0,01$ ). 26,5 % machen keine Angaben zum Alter.

### Art der Zulassung

Die Stichprobe umfasst 56,2 % Psychologische Psychotherapeuten (PP), 22,7 % Fachärzte der Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psy-FÄ) und 11,4 % psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Die letzte Gruppe (9,7 %) sind Fachärzte mit anderen Facharztzulassungen, jedoch mit ZB Psychotherapie und ZB Psychoanalyse.

Die Verteilung stellt sich wie folgt dar:

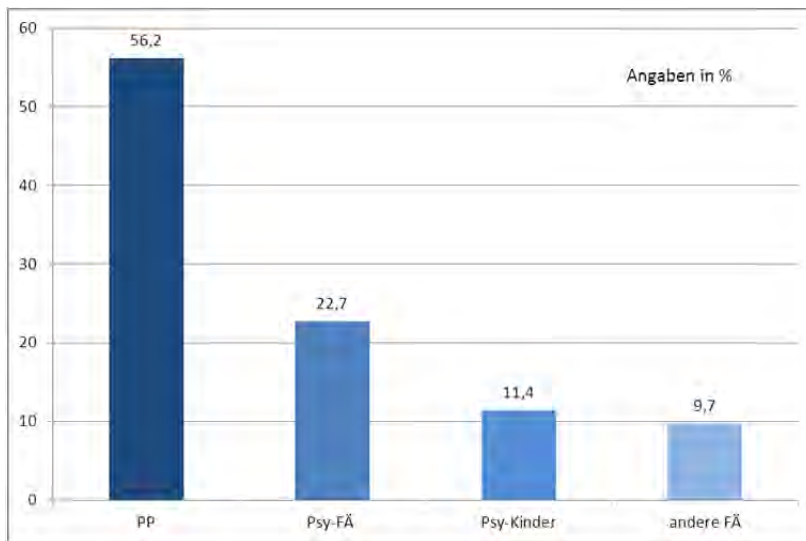


Abbildung 1

### Praxisorganisation

76,2 % aller Befragten geben an, in einer Einzelpraxis tätig zu sein (Psy-FÄ 71,4 %, PP 78,4 %), während 3,8 % in einem Medizinischen Versorgungszentrum praktizieren (Psy-FÄ 7,1 %, PP 2,9 %). 14,1 % arbeiten in einer Praxisgemeinschaft (Psy-FÄ 19 %, PP 13,7 %) und 5,9 % in einer Gemeinschaftspraxis (Psy-FÄ 2,4 %, PP 4,9 %).

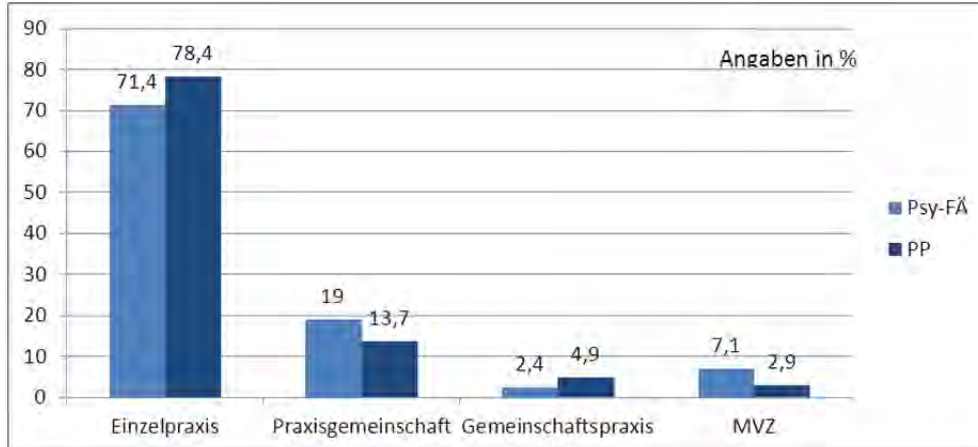


Abbildung 2



### Stadt-Land-Verteilung

Von allen Umfrageteilnehmern haben 54,5 % ihre Praxis in einem städtischen Gebiet (Psy-FÄ 59,5 %, PP 55,8 %) und 39 % (Psy-FÄ 35,7 %, PP 39,4 %) arbeiten in einem ländlichen Gebiet. 6,5 % machen keine Angaben zu ihrem Praxissitz.

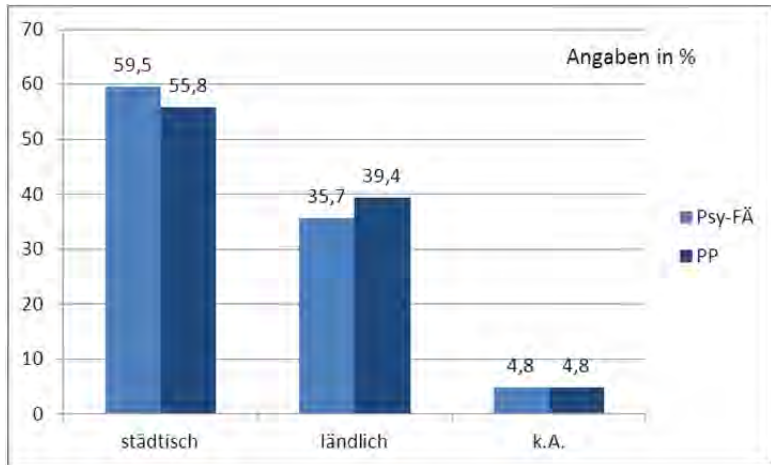


Abbildung 3

### Kostenträger

Der überwiegende Teil der niedergelassenen Therapeuten gibt mit 92,2 % an, für die gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger zu arbeiten (Psy-FÄ 91,5 %, PP 92 %). 6,7 % (Psy-FÄ 7%, PP 7 %) versorgen privat versicherte Patienten und 1,1 % betreuen auch Selbstzahler (Psy-FÄ 1,5 %, PP 1 %).

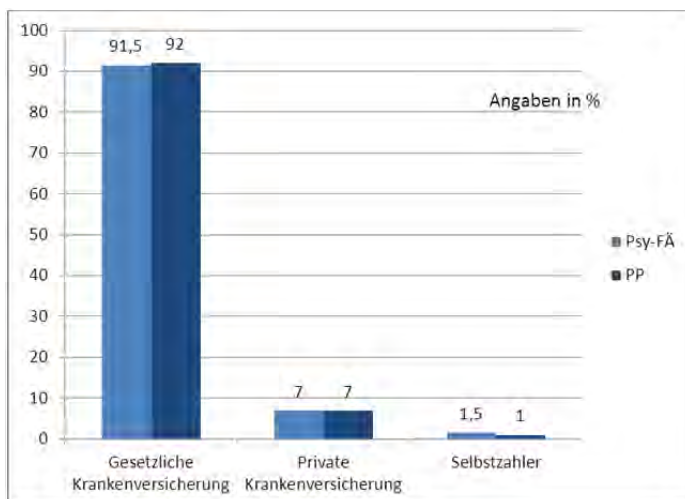


Abbildung 4

### Psychotherapeutische Richtlinienverfahren

52,2 % aller befragten Therapeuten sind in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ausgebildet (Psy-FÄ 92,9%, PP 29,9%), 50,5% in Verhaltenstherapie (Psy-FÄ 14,3%, PP 73,1%) und 8,6 % in Analytischer Psychotherapie (Psy-FÄ 14,3%, PP 7,7%).

## Verteilung der Therapieverfahren

Die Fachärzte haben häufiger eine Doppelqualifikation in beiden Therapieverfahren sowie eine Zusatzausbildung analytischer Psychotherapie. Die Psychologen sind enger an eine Grundorientierung gebunden. Ihre Ausbildung im Studium bezieht sich nahezu ausschließlich auf Verhaltenstherapie, woraus eine Asymmetrie resultiert.

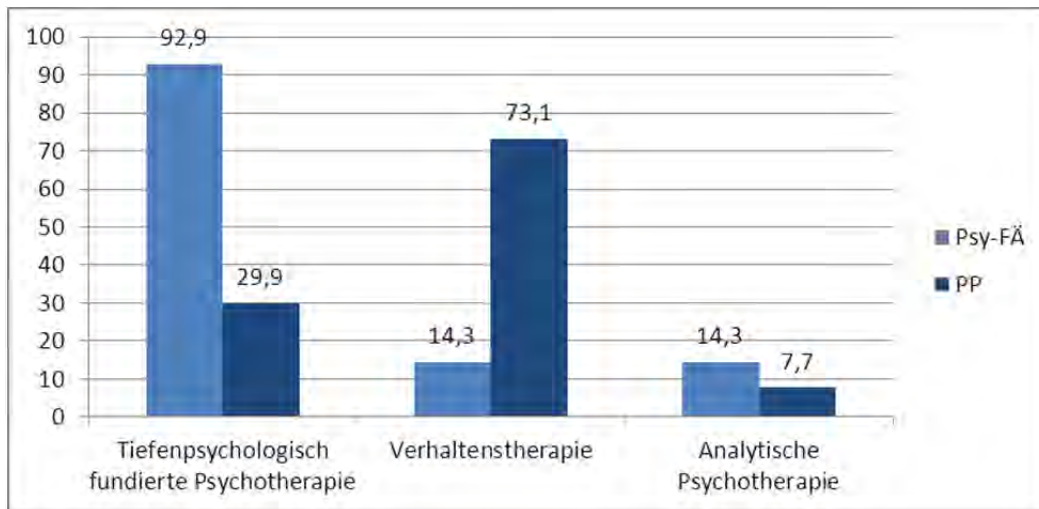


Abbildung 5

## Therapieelemente

Zum Angebot der Therapieelemente befragt, ergibt sich folgende prozentuale Verteilung:

Therapieelemente	Gesamt	Psy-FÄ	PP	Signifikanz
Einzelgespräch	97,8 %	97,5 %	99,0 %	-
Entspannungsverfahren	69,0 %	42,5 %	79,8 %	$\alpha \leq 0,001$
Traumatherapie	42,4 %	25,0 %	51,9 %	$\alpha \leq 0,01$
Exposition	38,0 %	2,5 %	58,7 %	$\alpha \leq 0,001$
Hypnose	25,5 %	15,0 %	31,7 %	$\alpha \leq 0,05$
Gruppentherapie	24,5 %	40,0 %	20,2 %	$\alpha \leq 0,05$
Paartherapie	21,7 %	22,5 %	21,2 %	-
Familientherapie	19,6 %	17,5 %	15,4 %	-
Sonstige	16,8 %	15,0 %	15,4 %	-
DBT	12,5 %	5,0 %	19,2 %	$\alpha \leq 0,05$
Manualisierte Therapien	11,4 %	5,0 %	15,4 %	-
Psychodrama	3,8 %	5,0 %	2,9 %	-
Gestalttherapie	2,7 %	0,0 %	2,9 %	-
IPT	2,7 %	2,5 %	3,8 %	-

Psychologische Psychotherapeuten bieten signifikant häufiger Entspannungsverfahren, Hypnose, Traumatherapien und Exposition an. Bei Ärztlichen Psychotherapeuten findet sich signifikant häufiger ein Gruppenpsychotherapieangebot, welches für die Versorgung besonders gefordert wird, da es wirksam und kostengünstig ist. Auffallend ist weiterhin, dass Paar- und Familientherapie als wirksame Verfahren nur relativ selten angewendet werden. Manualisierte Therapien, die die Ausbildung dominieren, werden in der Praxis selten auch von Psychologischen Psychotherapeuten, die hier einen Schwerpunkt haben, zur Anwendung gebracht.

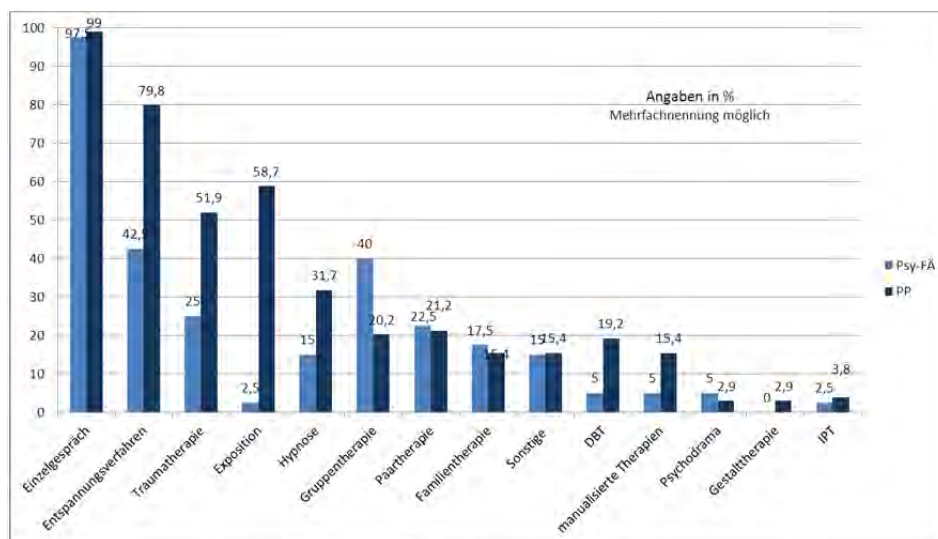


Abbildung 6

Bei 2,9 % der Gesamtbefragten liegt eine Sicherstellungsassistenz von durchschnittlich 17,5 Stunden vor. (Diese Frage wurde von drei Personen der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und lediglich von einem Facharzt der Psychiatrie mit *ja* beantwortet.)

## 6.5 Ergebnisse der Fragebogenerhebung

### Teil A: Angaben zu den Patienten

Alle Befragten hatten im letzten Behandlungsjahr monatlich im Durchschnitt 16,5 Anfragen für ein Erstgespräch (Psy-FÄ 12,4 Anfragen, PP 19,4 Anfragen  $\rightarrow \alpha \leq 0,01$ ). Insgesamt kamen im Monat durchschnittlich 7,4 Patienten zum Erstgespräch. (Psy-FÄ 6,1 Patienten, PP 7,8 Patienten; kein signifikanter Unterschied). Im Durchschnitt befanden sich in dem der Befragung vorangegangenen Behandlungsjahr 101,6 Patienten in psychotherapeutischer Behandlung, wobei die Psychologischen Psychotherapeuten im Vergleich zu den Fachärzten mehr als das Doppelte an Patientenzahlen aufweisen (PP 123 Patienten, Psy-FÄ 51 Patienten  $\rightarrow \alpha \leq 0,01$ ). Dieser Unterschied muss weiter aufgeklärt werden.

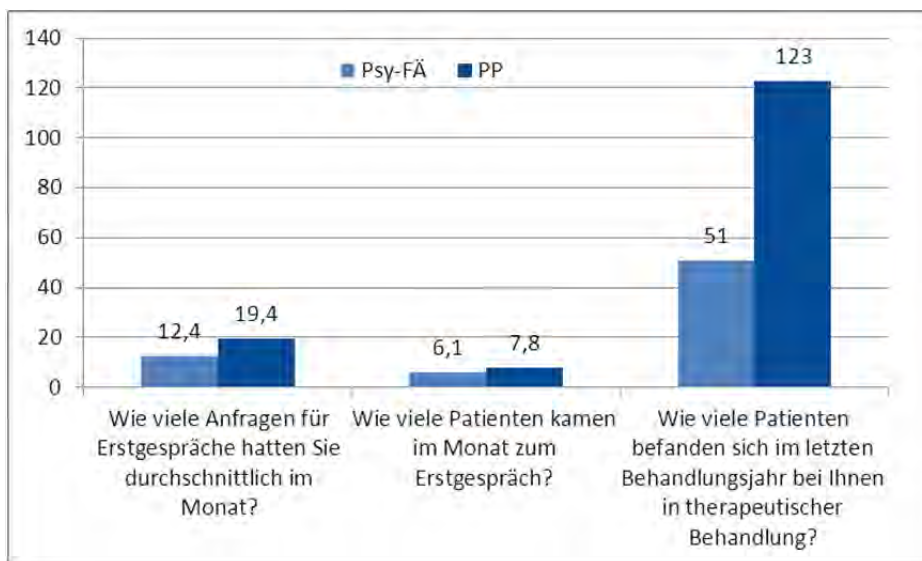


Abbildung 7

### Patientenzahlen im Vergleich zwischen den Fachärzten

Sieht man sich die Gruppe der Fachärzte genauer an, kann man feststellen, dass die Ärzte mit Fachrichtung PSO/PT signifikant mehr Patienten behandeln als Fachärzte der Fachrichtung Psychiatrie (FÄ-PSY 34,7 Pat/Jahr; FÄ-PSO/PT 75,4 Pat/Jahr  $\rightarrow \alpha \leq 0,05$ ).

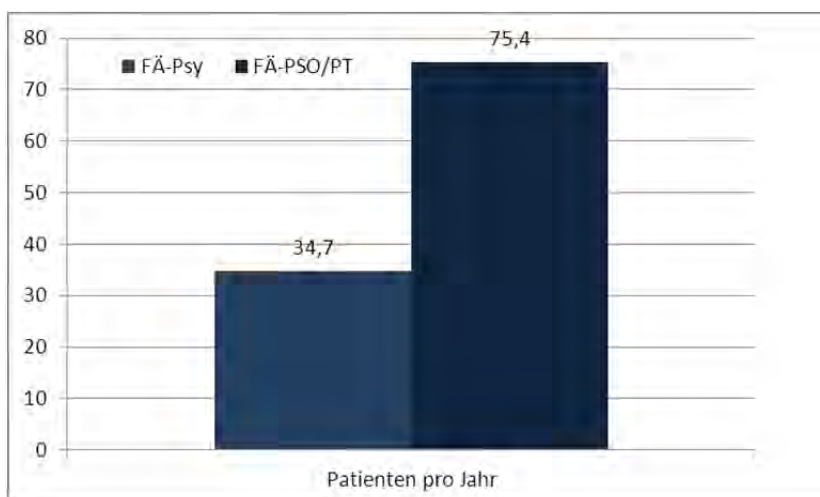


Abbildung 8

Bei den Fachärzten muss also differenziert werden: Die bei der KV gemeldeten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie können aufgrund ihrer Praxisstruktur zu einem Drittel keine Psychotherapie anbieten, in einem weiteren Drittel bis zu 10 Stunden in der Woche, und zu einem Drittel bieten die Praxen überwiegend Psychotherapie in ihrer Praxisstruktur an. Dies ist bei Mittelwerten zu berücksichtigen.

### Therapieumfang pro Patient

Signifikante Unterschiede ergaben sich zum Therapieumfang: Die ärztliche Psychotherapie führt signifikant mehr Langzeittherapien durch, was aber auf der Indikation zu schwereren komorbiden komplexen Patienten beruhen könnte wie auch auf dem Schwerpunkt der tiefenpsychologischen Therapie, wo längere Therapien bei Patienten mit Störungen der Persönlichkeitsstruktur erfolgen. Insgesamt ist die Zahl pro Patienten mit 42 Stunden dem Mittelwert entsprechend, wie er in Krankenkassenstudien ebenfalls erhoben wurde (Albani et al., 2010).

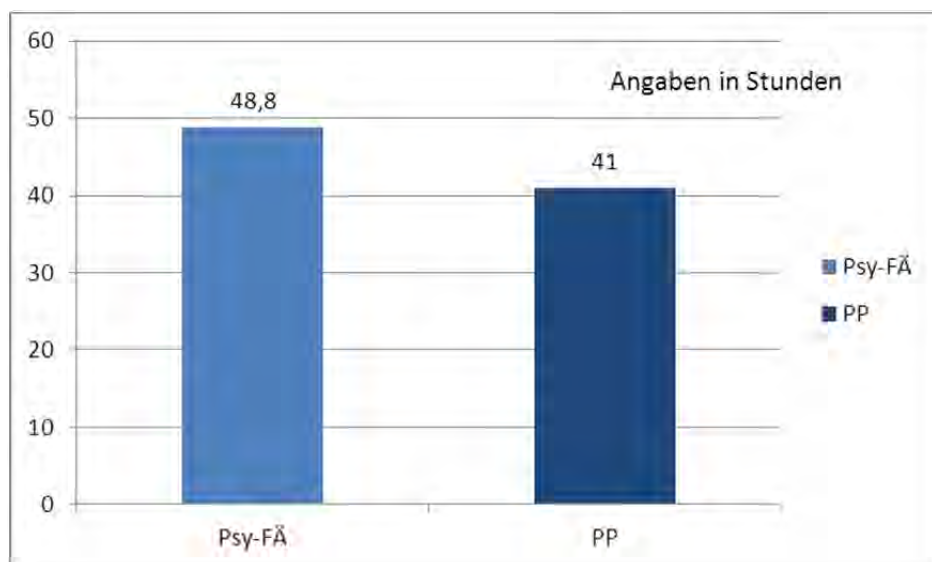


Abbildung 9

### Alter und Geschlecht der Patienten

68 % der behandelten Patienten sind Frauen, 32 % sind Männer. Das Durchschnittsalter liegt bei 37,4 Jahren. Hier ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den zu untersuchenden Berufsgruppen.

### (Teil-)stationäre Aufenthalte vor und nach der Behandlung

Insgesamt kamen 12,3 % (Psy-FÄ 12,4 %, PP 12,7 %) der Patienten nach einem (teil-) stationären Aufenthalt zur Behandlung, 5,4 % (Psy-FÄ 4,5 %, PP 6,0 %) wurden anschließend (teil-)stationär weiterbehandelt. Auch hier sind die Unterschiede nicht statistisch relevant. (Aber es kann die verbreitete Annahme widerlegt werden, dass nur ÄP viele Patienten in Kliniken überweisen/einweisen.)

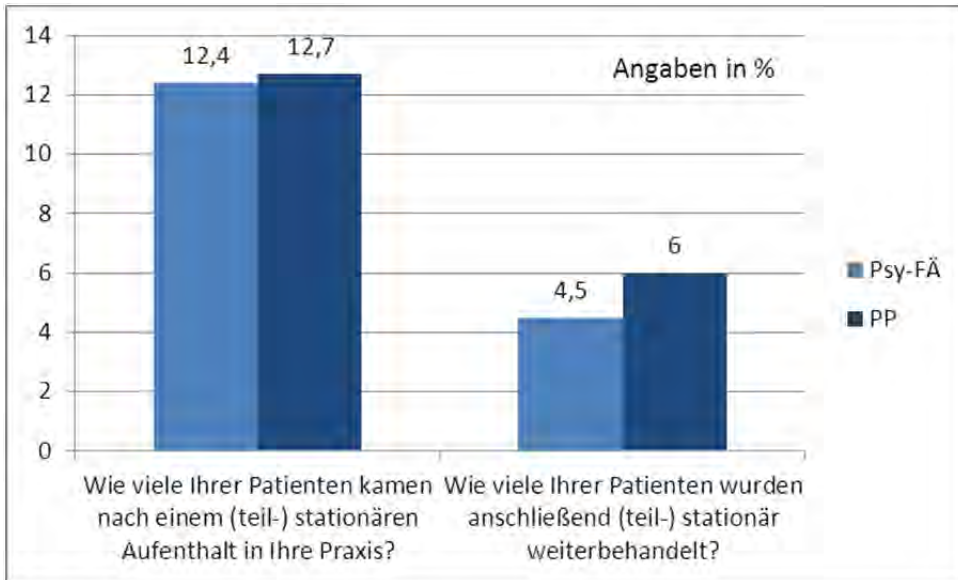


Abbildung 10

### **Teil B: Angaben zur Versorgung**

#### Anzahl der durchschnittlich pro Woche durchgeführten Therapiestunden

Von allen Umfrageteilnehmern wurden pro Woche durchschnittlich 23,6 Therapiestunden geleistet. Der Anteil bei den PP liegt mit 26,9 Stunden in der Woche über dem der Psy-FÄ (21,9 Stunden)[ $\alpha \leq 0,001$ ].

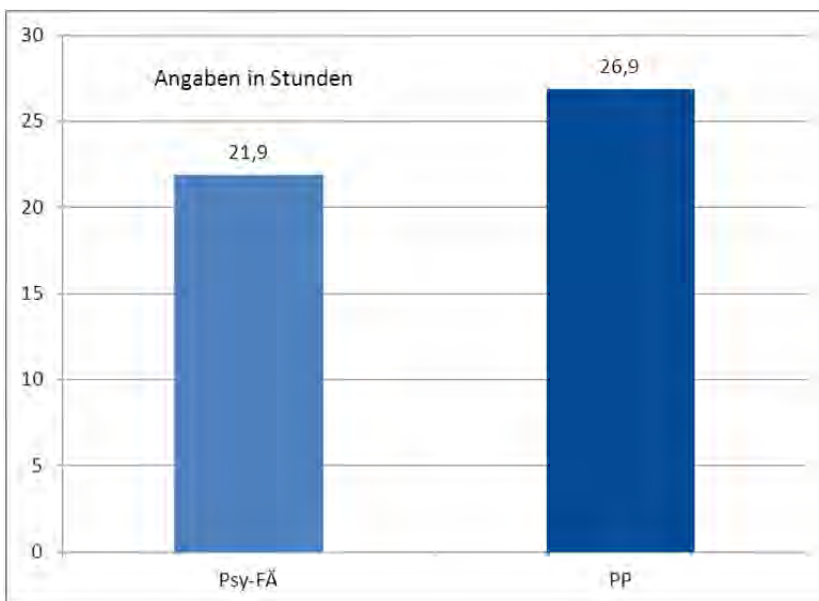


Abbildung 11

## Wartezeit bis zum Erstgespräch und Therapiebeginn

In folgenden Bereichen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen:

- Insgesamt warten die Patienten im Durchschnitt 9,7 Wochen auf ein Erstgespräch. Die Wartezeit bis zum Therapiebeginn wird mit 13,4 Wochen angegeben. Patienten von Psychologischen Psychotherapeuten warten mit 11,3 Wochen länger auf ein Erstgespräch (Psy-FÄ 8,4 Wochen), wohingegen die Wartezeit bis zum Therapiebeginn bei den Psy-FÄ mit 15,9 Wochen länger ist als bei den PP mit 14,3 Wochen.

### Nichterscheinen zum Erstgespräch:

- Insgesamt sind 12,4 % der angemeldeten Patienten nicht zum Erstgespräch erschienen (Psy-FÄ 14,1%, PP 10,7 %).

Die durchschnittliche Wartezeit in Sachsen nach der OPK-Umfrage liegt bei 13,9 Wochen, wobei 38 % über 13 Wochen Wartezeit haben (Peikert et al., 2011).

Die Wartezeit zeigt vielfältige Problembereiche. Über die Hälfte der Praxen führt keine Warteliste. Viele Patienten scheitern am Anrufbeantworter, und Dreiviertel der Anfragen verweisen auf andere Kollegen, psychiatrische oder psychosomatische Kliniken oder Praxissuchdienste.

Die Kliniken sind verpflichtet, im Rahmen der Notfallversorgung unverzüglich ein Gespräch anzubieten. Auch dies ist in der Regel nicht möglich. Es sollte eine Wartezeit von bis zu drei Wochen angestrebt werden.

## Abbruch der Therapie

In der Gesamtstichprobe brachen 5,3 % die Behandlung nach durchschnittlich 9,8 Sitzungen ab. Bei den Psy-FÄ brachen 5,7 % nach durchschnittlich 9,1 Stunden und bei den PP 4,8 % nach 10,8 Stunden die Behandlung ab. Bei der Frage nach den Gründen, die den Abbrüchen zuzuschreiben sind, unterscheiden sich die beiden Berufsgruppen nur in einer Angabe stark voneinander. Während die Aussage „der Patient fühlte sich nicht wohl/wollte die Behandlung nicht“ von der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten mit 23,7% besetzt ist, sind es in der Gruppe der Psy-FÄ 43,2% ( $\alpha \leq 0,01$ ).

### **Gründe für den Abbruch**

	<b>Gesamt</b>	<b>Psy-FÄ</b>	<b>PP</b>	<b>Signifikanz</b>
Patient fühlte sich nicht wohl/wollte die Behandlung nicht	27 %	43,2 %	23,7 %	$\alpha \leq 0,01$
sonstige Probleme (fehlende Motivation, ungünstige Rahmenbedingungen, neue persönliche Lebenssituation des Patienten, keine Angabe von Gründen)	16,9 %	15,9 %	19,1 %	-
keine Vereinbarkeit freier Termine mit der Arbeitszeit/Kinderbetreuung o.ä. des Patienten	11,3 %	8,7 %	10,0 %	-
Therapeut fühlte sich mit dem Patienten nicht wohl („die Chemie stimmte nicht“).	8,7 %	6,9 %	9,4 %	-
Das Störungsbild passte nicht in das Behandlungsspektrum des Therapeuten.	6,6 %	4,3 %	6,6 %	-
zu weite Entfernung von Wohnort des Patienten	5,1 %	3,4 %	4,5 %	-



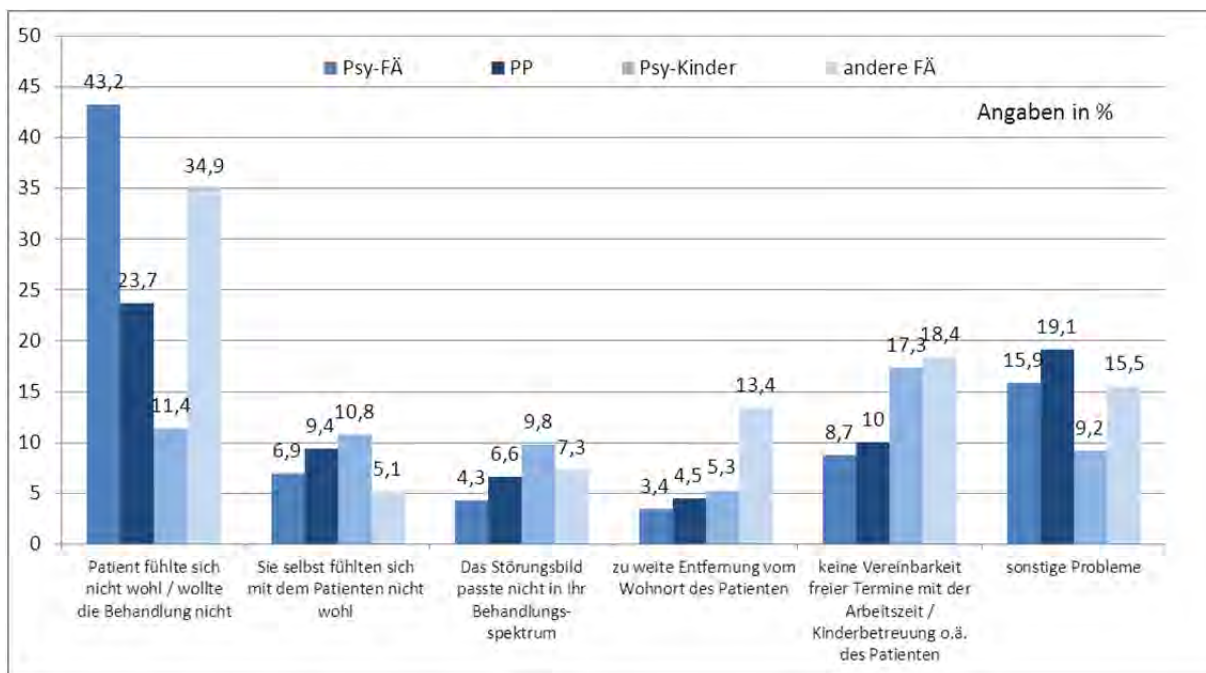


Abbildung 12

### Zahl der Therapiestunden pro Patient

In der Gesamtstichprobe liegt die durchschnittliche Zahl der Therapiestunden pro Patient bei 42,0 Stunden (Psy-FÄ 48,8 Stunden, PP 41,0 Stunden).

### Verteilung Kurzzeit- und Langzeittherapie

Der Umfang der Behandlungsangebote der Befragten wird insgesamt mit 60,3 % *Kurzzeit* und 40,7 % *Langzeit* angeben. Hier ergeben sich signifikante Unterschiede sowohl für Kurzzeit als auch für Langzeit zwischen den Berufsgruppen (Kurzzeit: Psy-FÄ 47,8 %, PP 64,0 %; Langzeit: Psy-FÄ 52,4 %, PP 37,1 %) [ $\alpha \leq 0,01$  für beide].

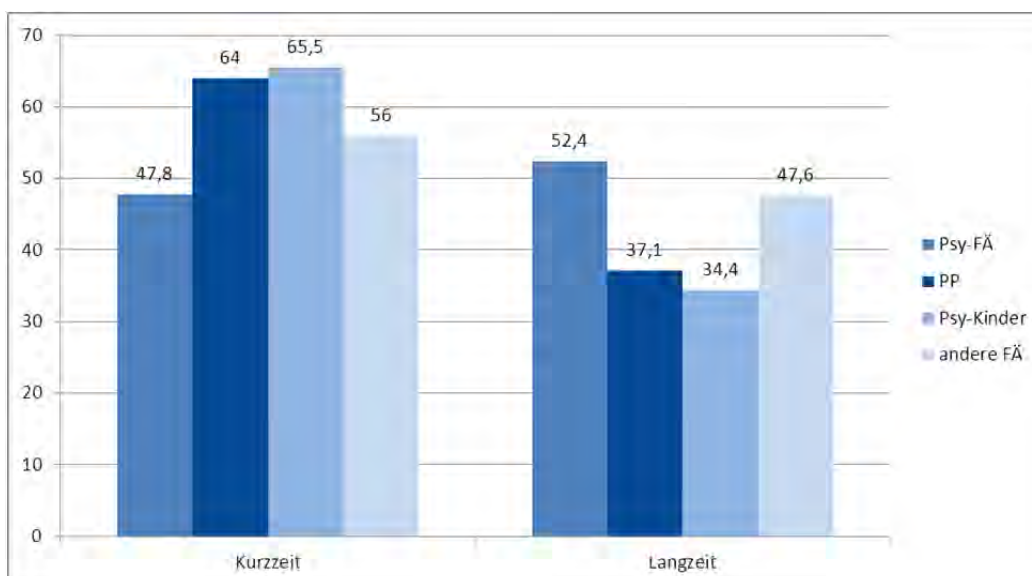


Abbildung 13



## Therapieumfang

Zum konkreten Therapieumfang befragt, ergibt sich folgende prozentuale Verteilung:

**Welchen Umfang haben Ihre Therapien gewöhnlich?  
Geben Sie den prozentualen Anteil an.**

	Gesamt	Psy-FÄ	PP	Signifikanz
bis 15 Stunden	6,0 %	8,0 %	4,7 %	-
bis 25 Stunden	41,6 %	36,4 %	47,4 %	-
bis 50 Stunden	29,5 %	25,7 %	26,6 %	-
bis 80 Stunden	14,6 %	17,5 %	13,9 %	-
über 80 Stunden	3,4 %	7,8 %	1,5 %	$\alpha \leq 0,01$
über 160 Stunden	3,3 %	4,3 %	3,9 %	-

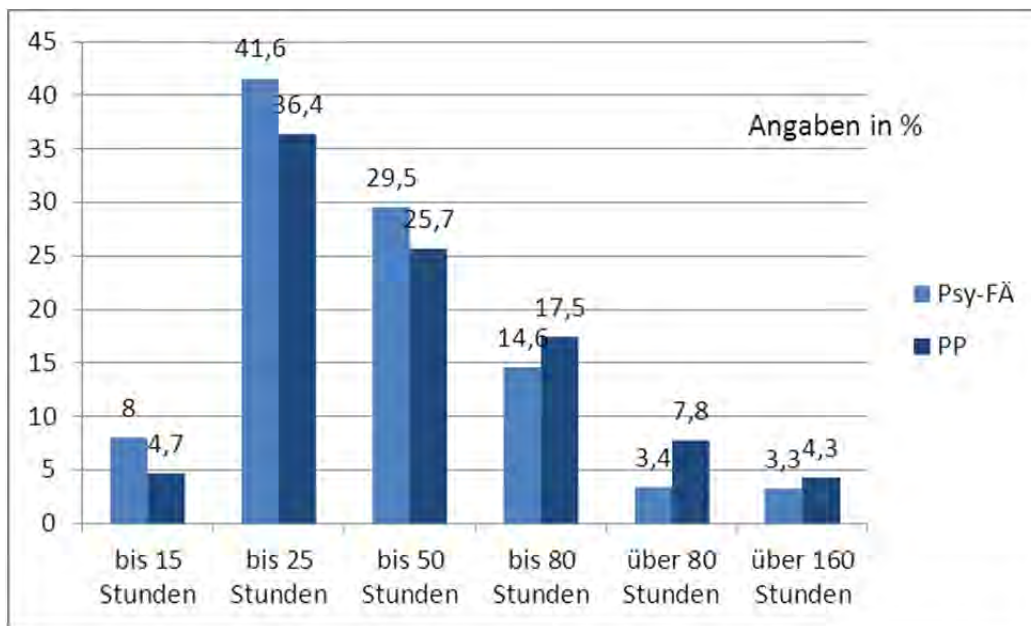


Abbildung 14

## Kormobid körperliche Erkrankungen und Kombination Psychotherapie – Psychopharmakotherapie

Bei den Gesamtbefragten weisen 34,6 % der Patienten komorbid körperliche Erkrankungen auf (Psy-FÄ 38%, PP 34,2%).

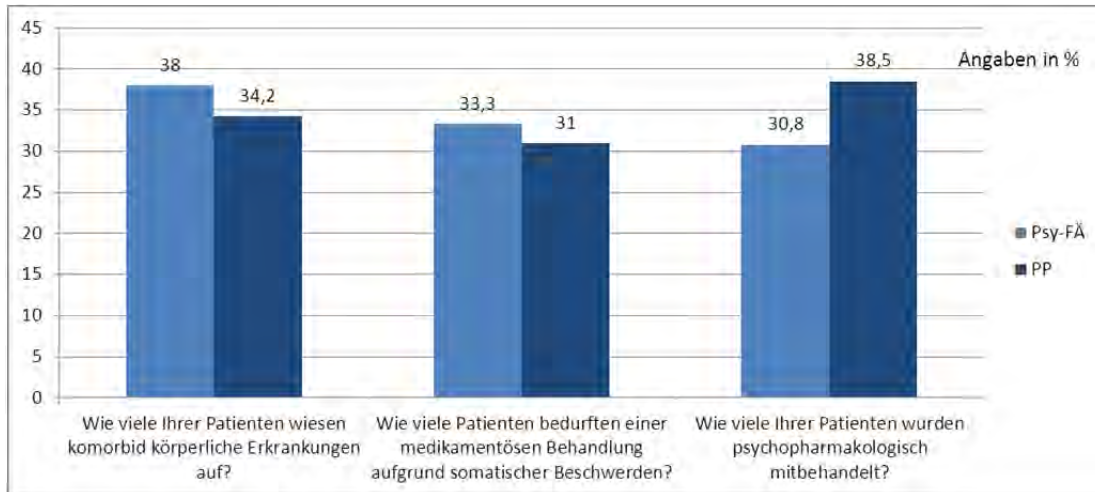


Abbildung 15

## Medikamentöse Behandlung aufgrund somatischer Beschwerden und psychopharmakologische Mitbehandlung

30,0 % der Patienten bedurften einer medikamentösen Behandlung aufgrund somatischer Beschwerden (Psy-FÄ 33,3 %, PP 31,0 %) und 34,2 % der Patienten wurden psychopharmakologisch mitbehandelt (Psy-FÄ 30,8 %, PP 38,5 %).

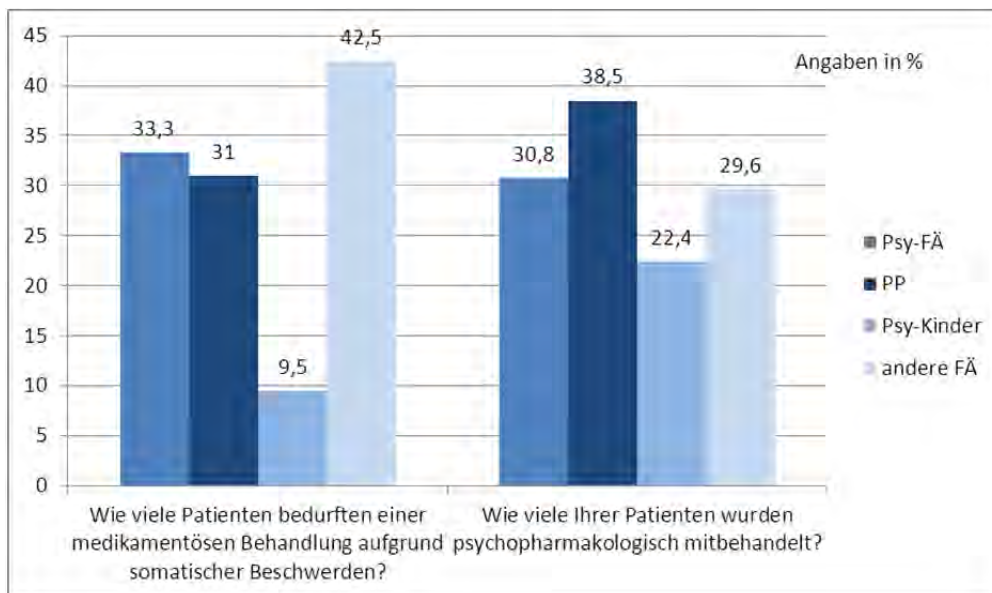


Abbildung 16

## Psychopharmakologische Mitbehandlung von Patienten bei der Berufsgruppe der PP

Die Kombination mit Psychopharmakotherapie ist überraschend: Während die Verhaltenstherapeuten annehmen, dass sie in der Regel den Gebrauch von Psychopharmaka reduzieren, zeigt die Untersuchung, dass sie mehr als die Fachärzte Psychopharmaka einsetzen. Hier dürfte durch die konsiliarärztliche Mitbehandlung eine Rigidität des

Behandlungsschemas vorliegen, so dass Verhaltenstherapeuten in der Feinabstimmung mit dem Psychiater vermutlich die Medikation nicht adaptieren. Dieser Befund sollte differenzierter weiter verfolgt werden.

### Einschätzung der psychotherapeutischen Versorgungslage in Sachsen

Auf einer Notenskala von 1 bis 5 wird die psychotherapeutische Versorgungslage in Sachsen insgesamt mit *ausreichend* bewertet (3,6) (Psy-FÄ 3,3 (*befriedigend*) PP 3,7 (*ausreichend*)).

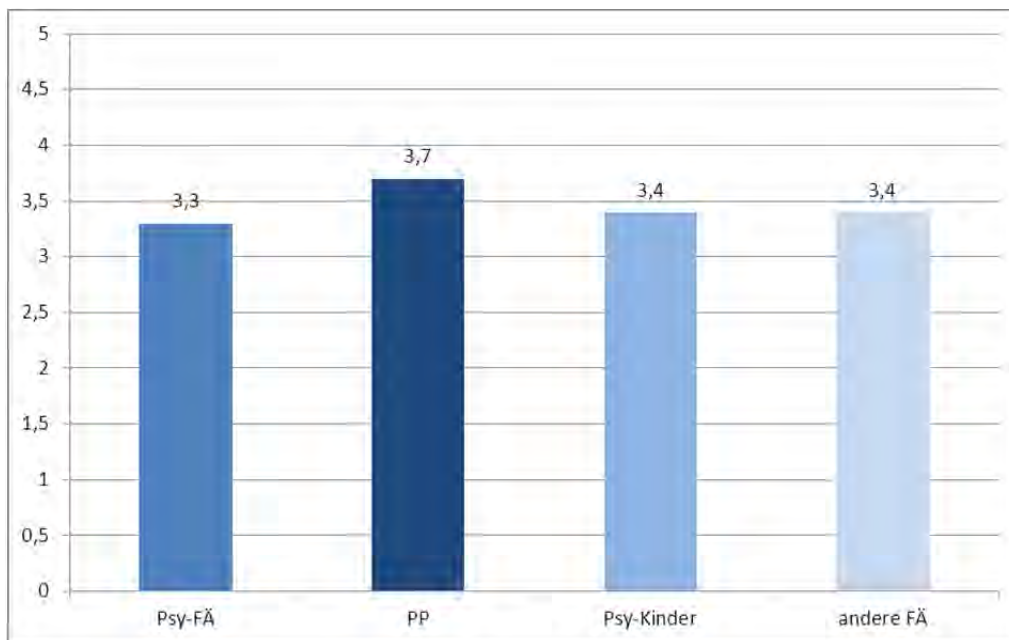


Abbildung 17

## Teil C: Hauptdiagnosen

### Im vergangenen Behandlungsjahr diagnostizierte Störungsbilder

#### Im letzten der Befragung vorangegangenen Behandlungsjahr gestellte Diagnosen\*

\*Mehrfachnennung möglich

	Gesamt	Psy-FÄ	PP	Signifikanz
Depressive Störungen	34,5 %	36,0 %	37,4 %	-
Burn-Out-Syndrom	7,5 %	8,3 %	9,4 %	-
Angststörungen (außer Soziale Phobie)	15,6 %	12,6 %	18,1 %	$\alpha \leq 0,05$
Anpassungsstörungen	15,4 %	12,2 %	16,2 %	-
Somatoforme Störungen und Schmerz	11,0 %	12,5 %	10,8 %	-
Traumafolgestörungen / PTSD / Dissoziative Störungen	9,0 %	9,3 %	9,9 %	-
Soziale Phobie	5,2 %	6,2 %	5,9 %	-
Zwangsstörungen	2,9 %	2,6 %	3,4 %	-
andere Persönlichkeitsstörungen	7,0 %	10,6 %	7,7 %	-
Borderline-Persönlichkeitsstörung	5,4 %	8,3 %	6,0 %	-
Esstörungen	4,0 %	4,6 %	4,3 %	-
Sexuelle Störungen	2,2 %	4,3 %	1,6 %	$\alpha \leq 0,05$
Abhängigkeitserkrankungen	2,6 %	4,1 %	2,9 %	-
Schizophrenien, Bipolare Störungen, andere psychiatrische Erkrankungen	2,5 %	5,8 %	2,1 %	$\alpha \leq 0,01$

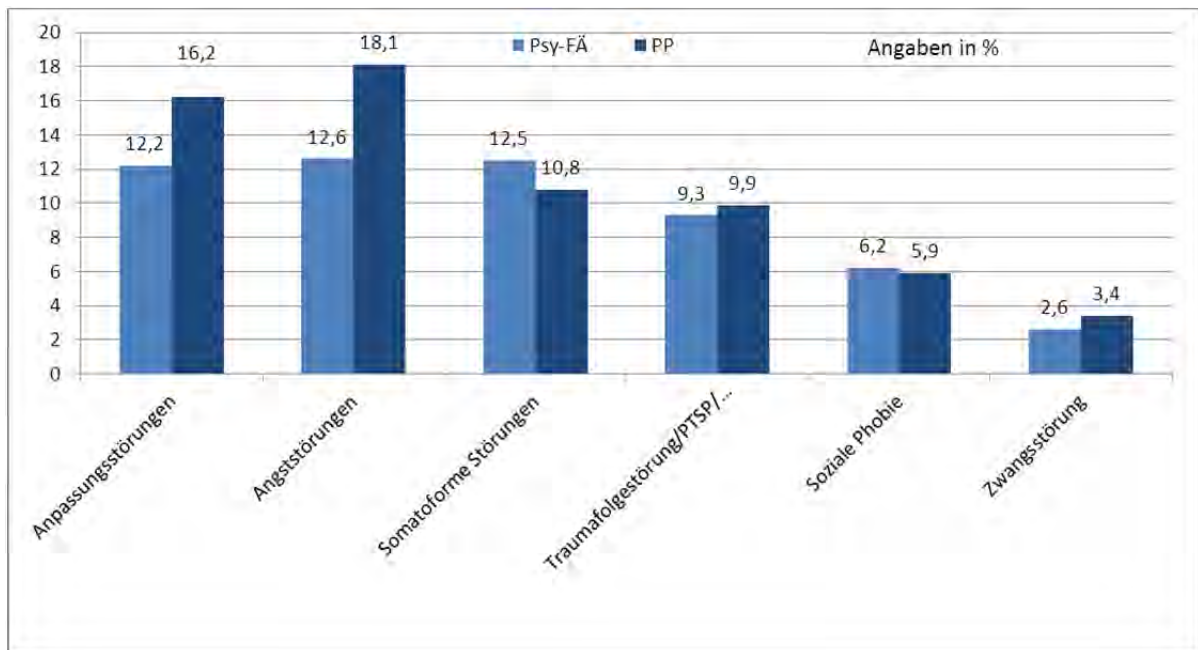


Abbildung 18

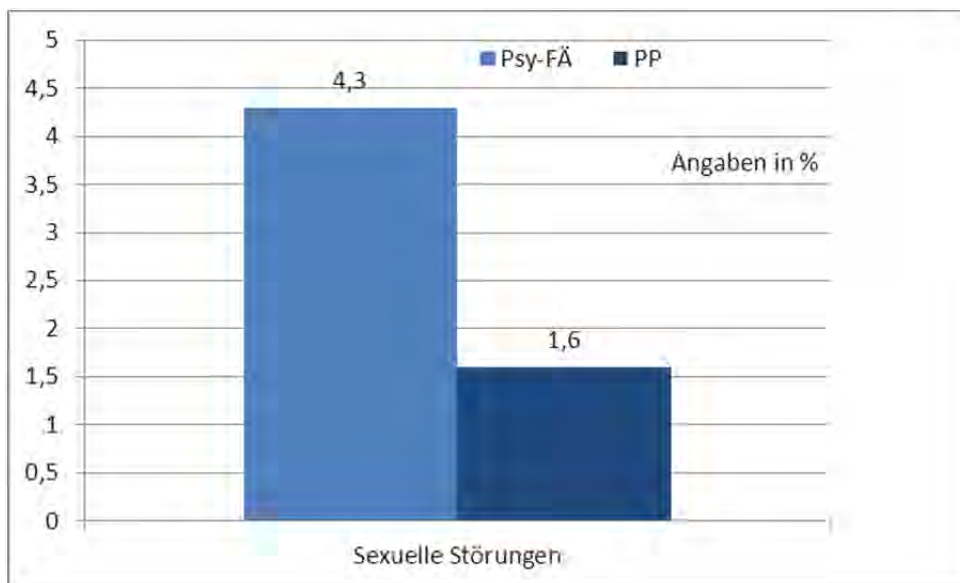


Abbildung 19

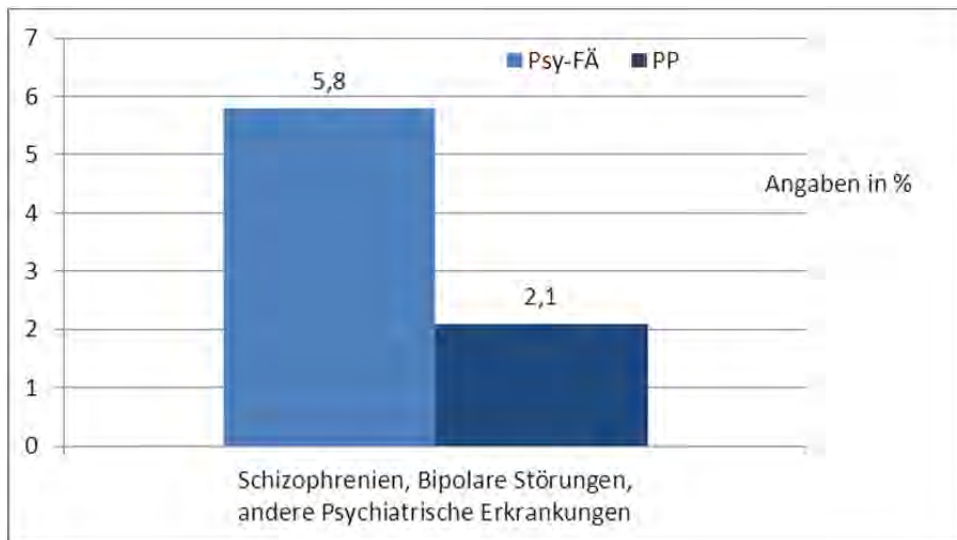


Abbildung 20

Indikationen für bestimmte Diagnosegruppen für ÄP oder PP finden sich in der erwarteten Richtung: Patienten mit somatoformen Störungen und Schmerz wurden häufiger von ÄP behandelt, ebenso sexuelle Störungen und Psychosen, während Angststörungen aufgrund der Indikation für Expositionstherapie signifikant häufiger vom Psychologen therapiert werden.

In den von den Therapeuten angegebenen Diagnosen lässt sich nicht differenzieren, welchen Schweregrad die Patienten haben, so dass die Hypothese, dass Ärztliche Psychotherapeuten chronifiziertere Patienten bei gleichen Diagnosen behandeln, offen bleiben muss.

## 6.6. Ergebnisse Stadt-Land-Unterschiede

Bei der Unterscheidung der Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Ärzte in Stadt-Land gehen folgende statistisch signifikante Unterschiede hervor:

Auf dem Land warten Patienten im Durchschnitt 13 Wochen auf ein Erstgespräch, wohingegen die Wartezeit in der Stadt nur 7,3 Wochen beträgt. ( $\alpha \leq 0,01$ )

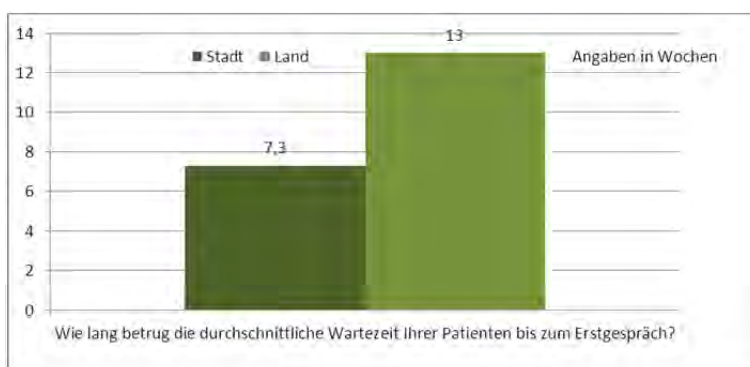


Abbildung 21

Die durchschnittliche Zahl der Therapiestunden pro Patient ist in der Stadt mit 46,9 % größer als die auf dem Land (32,2 %) [ $\alpha \leq 0,05$ ].

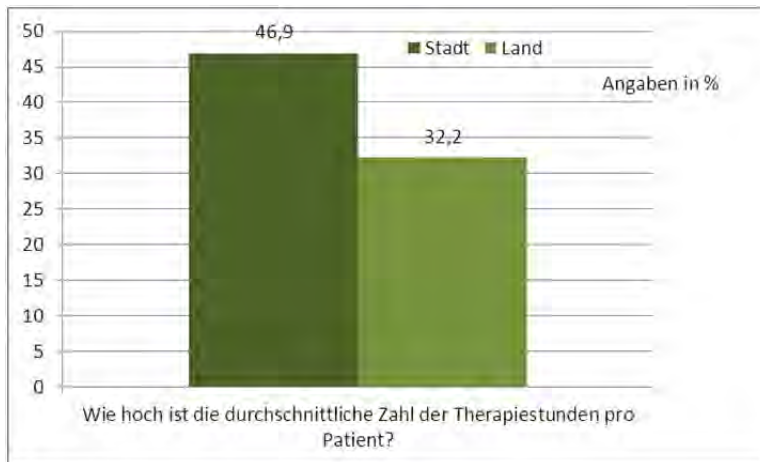


Abbildung 22

Auf dem Land werden mit 65,8 % mehr Kurzzeittherapien durchgeführt als in städtischen Gebieten (55,2 %) [ $\alpha \leq 0,05$ ].

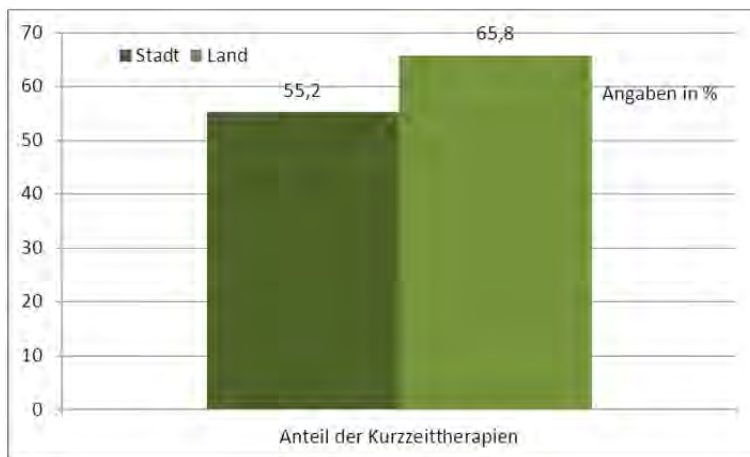


Abbildung 23

Demzufolge liegt der Umfang bei den Langzeittherapien in der Stadt mit 45,9 % deutlich höher als auf dem Land (34,3 %) [ $\alpha \leq 0,05$ ].

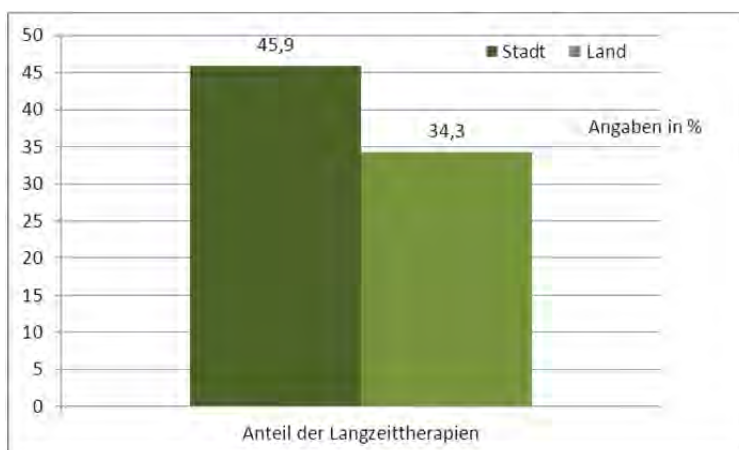


Abbildung 24



In städtischen Gebieten werden prozentual weniger Entspannungsverfahren 60,8 % (Land 78,1 %) [ $\alpha \leq 0,05$ ], Familientherapien 11,8 % (Land 32,9 %) [ $\alpha \leq 0,01$ ] und weniger Hypnose 19,6 % (Land 32,9 %) [ $\alpha \leq 0,05$ ] angeboten.

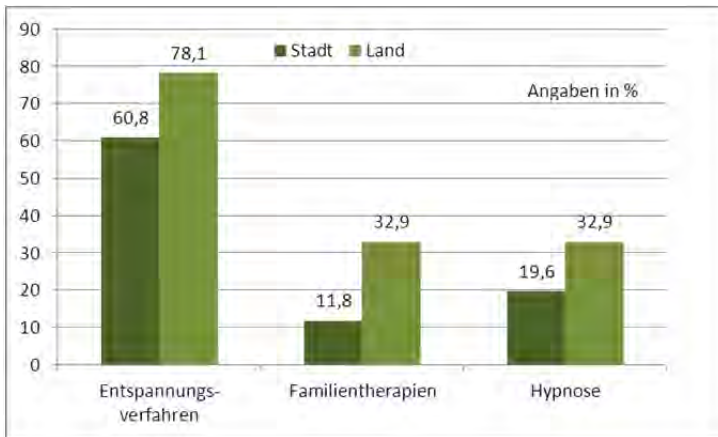


Abbildung 25

In ländlichen Gebieten liegt der prozentuale Anteil der Patienten, die aufgrund somatischer Erkrankungen einer medikamentösen Behandlung bedurften mit 35,5 % signifikant über dem der städtischen Patienten mit 27,0 % ( $\alpha \leq 0,05$ ).

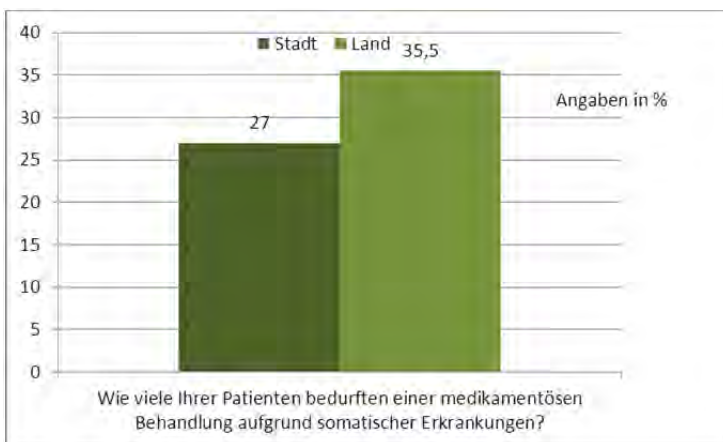


Abbildung 26

Auch werden auf dem Land mehr Patienten (40,0 %) psychopharmakologisch mitbehandelt als in der Stadt (31,2 %) [ $\alpha \leq 0,05$ ].



Abbildung 27

## 6.7 Zusammenfassung der Fragebogenerhebung

Sachsenweit wurden alle bei der KV gemeldeten Psychotherapeuten, sowohl Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten als auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, angeschrieben. Von den 912 ausgesandten Fragebögen kamen 41 % ausgefüllt zurück. Die Zahl der Antworten, wie das Geschlechterverhältnis, die Stadt-Land-Verteilung und das Alter waren repräsentativ.

1. Die **Verteilung der Psychotherapeuten** ist in **Sachsen** wie auch in allen Ostländern zugunsten der Psychologischen Psychotherapeuten verschoben. Die Versorgung erfolgt zu zwei Drittel durch Psychologische Psychotherapeuten und zu einem Drittel durch Ärztliche Psychotherapeuten. Diese Verteilung ist historisch bedingt, da ein Defizit an ärztlichen Psychotherapeuten nach der Wende (auch bedingt durch die geringere Anzahl an psychosomatischen Kliniken im Osten, über die die Facharztausbildung läuft) bestand. Die vakanten ärztlichen Psychotherapieplätze wurden dann durch Psychologische Psychotherapeuten besetzt. Dadurch wurde die Versorgung in den Städten sichergestellt. Hieraus resultiert auch eine Umverteilung der Geschlechterverteilung, da bei den Ärzten 57 % weiblich sind, bei den Psychologen 81,7 %. Die Psychologinnen sind im Durchschnitt 3,5 Jahre jünger.
2. **Stadt-Land-Verteilung:** Die Diskrepanz der Stadt-Land-Verteilung der Psychotherapeuten betrug im Durchschnitt 60 zu 40. Die Beurteilung kann so vorgenommen werden, dass in den Städten eine ausreichende Versorgung vorliegt, auf dem Land die Relation für die Bevölkerung, einen Psychotherapeuten zu finden, etwa Faktor 5 schwieriger. Da Psychotherapiepatienten im Durchschnitt der mittleren Altersgruppe angehören, wird die Problematik, in die Städte zu fahren, häufig als nicht schwierig geschildert. Die Unterversorgung auf dem Land müsste genauer betrachtet werden.
3. Die **Orientierung der Therapeuten an bestimmten Therapieverfahren:** Er gibt hier eine traditionell typische Verteilung: 90 % der Ärzte sind tiefenpsychologisch und analytisch ausgebildet, 73 % der Psychologen verhaltenstherapeutisch. Die Fachärzte haben häufiger eine Ausbildung in beiden Schwerpunktverfahren sowie die Zusatzbezeichnung analytische Psychotherapie.
4. Bei den **Therapieelementen** geben die Psychologischen Psychotherapeuten häufiger Entspannungsverfahren, Hypnose, Traumatherapie und Exposition an. Ärztliche Psychotherapeuten führen signifikant häufiger eine Gruppenpsychotherapie durch. Bei den Einzel-, Familien- und Paartherapien ergeben sich keine Unterschiede.
5. Die **Zahl der behandelten Patienten** ist signifikant unterschiedlich: Die Psychologischen Psychotherapeuten behandeln im Durchschnitt 123 Patienten pro Jahr, die Fachärzte für Psychotherapie und Psychosomatik 75. Dies resultiert daraus, dass von den Psychologischen Psychotherapeuten häufiger Beratungen und Kurztherapien bis 25 Stunden durchgeführt werden, von den Fachärzten häufiger längerfristige Behandlungen bei chronifizierten Patienten.



6. **Einweisungen** in die stationäre Therapie erfolgen gleichermaßen vom Psychologischen Psychotherapeuten über die Konsilärzte wie von Ärztlichen Psychotherapeuten.
7. Die **Wartezeiten** betragen bei den Fachärzten mit 8,4 Wochen weniger als bei den Psychologen mit 11,3 Wochen. Zwei Drittel der Patienten können innerhalb von einem Vierteljahr die Therapie beginnen. Diese Zahlen sind etwas günstiger als in anderen Bundesländern.
8. Die **Abbruchquote** beträgt 5,3 % nach durchschnittlich 9,8 Sitzungen. Die Analyse der Faktoren ist sehr heterogen: fehlende Passung zu Motivationsproblemen bis hin zur Erreichbarkeit der Praxis. Viele Fachärzte klären vor allem die Beziehungssituation mit dem Patienten in der ersten Behandlungsphase, so dass hier auch häufig von einer Beendigung mit gemeinsamem Einverständnis und nicht von einem Abbruch des Patienten gesprochen werden kann.
9. Die **Zahl der Therapiestunden** pro Patient liegt bei den Fachärzten mit 48,8 höher als bei den Psychologischen Psychotherapeuten mit 41 Stunden. Dieser Unterschied ist erstaunlich gering, da die Fachärzte überwiegend mit tiefenpsychologischen Verfahren auch Langzeittherapien durchführen. Hier hat sich auch bei den Ärztlichen Psychotherapeuten eine deutliche Veränderung eingestellt, so dass bei den Therapien bis 15, bis 25 und bis 50 Stunden kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten besteht. Allein in analytischen Langzeittherapien und Psychoanalysen ergibt sich ein kleiner Prozentsatz von 7,8 % der Patienten. Das bedeutet, dass die Versorgung auch chronisch Kranker mit komplexen komorbiden Störungen heute zum großen Teil auch von Fachärzten mit tiefenpsychologischer Grundausbildung innerhalb von 50 Stunden übernommen wird. Dies kann als eine der wichtigsten Aussagen der Studie angesehen werden, da hier bei Vertretern der Therapieschulen in der Regel andere Vorstellungen vorliegen. In der Gesamtpopulation der Patienten ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch durchgeführten Therapien in der Stundenzahl.
10. 34,6 % der Patienten haben körperliche Erkrankungen mit komorbiden psychischen Diagnosen, 30 % werden aufgrund der somatischen Erkrankungen medikamentös behandelt und 34,2 % der Patienten psychopharmakologisch. Im Unterschied zu Erwartungen werden signifikant mehr Patienten der Psychologischen Psychotherapeuten psychopharmakologisch mitbehandelt, was möglicherweise Ergebnis der Konsiliarbehandlung ist. Die Psychologischen Psychotherapeuten können nicht die Psychopharmakotherapie mit der Psychotherapie feinabstimmen.

## **7. Qualitative Befragung zur Versorgung ärztlicher Psychotherapeuten**

Die qualitative Untersuchung der ärztlichen und psychologischen Versorgungsschwerpunkte Interview mit 20 Ärztlichen und 20 Psychologischen Psychotherapeuten anhand eines Interviewleitfadens:

Die Gesprächsdauer betrug durchschnittlich 60 Minuten. Es wurde auf Häufigkeitsangaben verzichtet, da der Pilotcharakter vor allem die persönlichen Einschätzungen der grundsätzlichen Fragen wiedergibt, so dass hier auch kein Stadt-Land-Unterschied überprüft werden sollte. Die wichtige Zielorientierung war, die aktuelle Situation sachlich und kritisch zu beleuchten und vor allem eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung mit Verbesserungsvorschlägen für die Patientenversorgung zu geben.

Das Interview wurde also als hypothesengenerierendes Verfahren eingesetzt.

### **Gemeinsamkeiten psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten:**

Die psychotherapeutische Versorgung ist bestimmt durch das Richtlinienverfahren. Hierdurch ergibt sich eine große Gemeinsamkeit zwischen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in der naturalistischen Versorgung. Wertschätzungen der Berufsgruppen sind beiderseits wohlwollend. Sie betonen die Vielfalt der Angebote, die Spezialisierung vieler Therapeuten auf bestimmte Störungsbereiche. Sie sehen die Unterschiede bedingt durch die Grundverfahren Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie, die unterschiedliche Schwerpunkte haben, die sich aber in der Versorgung sehr gut ergänzen, was die im Mittelwert gleichermaßen guten Behandlungsergebnisse bestätigen. Bei aller Harmonie bleibt auch auffällig, wie wenig spezialisierte Zuweisungen zwischen den Berufsgruppen erfolgen, so dass die Hypothese von einer noch schwachen Differenzierung der Tätigkeitsfelder erhoben werden muss.

### **A) Die Antworten der Psychotherapeutischen Fachärzte:**

**Worin sehen Sie die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie (ÄP) bei der Versorgung psychisch Kranker?**

#### **Ein typisches Zitat:**

„Als psychotherapeutische Ärztin, auch mit hausärztlicher Erfahrung in der Vergangenheit, bin ich gewohnt, einen ganzheitlichen Blick auf Körper und Psyche des Patienten zu werfen und sowohl körperliche Auswirkungen schwerer Erkrankungen (z. B. onkologische Krankheitsbilder) als auch deren seelische Folgen gemeinsam mit den Patienten durchzuarbeiten. Ich würde nicht von einer Rolle der Ärzte oder Psychologen sprechen, sondern eher von parallelen Versorgungswegen, die beim Arzt vom 5-Minuten-Gespräch über das Gespräch am Krankenbett oder in der Familie und die psychosomatische Grundversorgung quer durch alle Facharzt-Disziplinen bis hin zur Richtlinienpsychotherapie in der Praxis oder in der Klinik geht. Bei psychiatrischen Kollegen sehe ich eher die Tätigkeitsvielfalt von der Beratungsstelle über soziale Dienste bis zur Richtlinienpsychotherapie in Praxis und Klinik, also die „Methodenvielfalt“.

## **1. Die somatopsychischen Schwerpunkte der Fachärzte**

- Die integrierte psychosomatische Versorgung körperlich chronisch Kranker
- Begleitung Schwerstkranker
- Einbeziehung der Angehörigen in eine ganzheitliche Behandlung schwer körperlich Kranker

## **2. Die ärztliche Sozialisation und die Identifikation mit der somatischen Medizin in allen Fachbereichen**

Durch die ärztliche Sozialisation ist dem ärztlichen Psychotherapeuten die persönliche Situation des Schwerkranken im Krankheitsverlauf vertraut. Die im Medizinstudium und in der Facharztausbildung üblichen Nachtdienste, Notfalleinsätze, Krisensituationen, hohen Belastungswerte wie auch die Unberechenbarkeit somatischer Verläufe machen ein anderes Verständnis der körperlich Kranken möglich.

### **Die diffizile Wechselwirkung im biopsychosozialen Modell zwischen körperlicher Erkrankung und psychischem Befinden**

Die tägliche Arbeit z. B. mit Schmerzpatienten, bei denen körperlich bedingte und psychisch verstärkte Schmerzen vor dem jeweils individuellen Hintergrund der Biografie verstanden werden, macht es notwendig, eine umfassende somatische Ausbildung und die Kenntnis aller klinischen Felder zu haben. Hier muss der Erfahrungsschatz mit der großen Zahl von Patienten im Krankenhaus durch die stationäre Ausbildung mit mindestens drei Jahren bei der Facharztausbildung ein zentraler Bestandteil sein, um eine personalisierte Medizin durchzuführen. Dieser umfassende Ausbildungs- und Verständnishintergrund bildet sich in dem ärztlichen Entwicklungsprozess in der fünfjährigen Facharztsozialisation ab.

## **3. Schnittstellenkooperation**

Der ärztliche Psychotherapeut ist durch seine Sozialisation vertraut mit der institutionellen Prozessen im Krankenhaus, den Arbeitsbedingungen und der persönlichen Situation seiner Kollegen. Dies macht die Kommunikation oft einfacher und einfühlsamer. Dieser Brückenschlag zum stationär tätigen somatischen Kollegen ist einfacher.

### **Besondere Schnittstellenerfahrungen:**

Die Überweisungen zur stationären und teilstationären Behandlung, auch die Einweisungen zu Reha-Kliniken, MVZs und zur Begutachtung sind von Ärzten durchzuführen.

## **4. Kombinationen psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Therapiestrategien müssen flexibel miteinander abgestimmt werden.**

Die psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Therapieverfahren sind eingebettet in eine multimodale Psychotherapie, ein Prozess, der am Zustand des Patienten fein abgestimmt werden muss. Hier ist die Integration der Methoden durch eine Person von großem Vorteil, während beim Psychologischen Psychotherapeuten die Kooperation zu Fachärzten eher eine Spaltung der Therapieoptionen nahe legt.

## **5. Die Priorität der multimodalen Psychotherapie für den ärztlichen Psychotherapeuten**

Die Ausbildung in der Verfahrensvielfalt der psychotherapeutischen Methoden einschließlich der medikamentösen Mitbehandlung prädestinieren die Fachärzte für die Behandlung komplexer multimorbider Patienten.

## **6. Die Krankheitsschwere**

Durch die Ausbildung im Krankenhaus sind die ärztlichen Psychotherapeuten mit schweren Verläufen, Rückfällen und Chronifizierungsprozessen vertraut. Die in der Regel komorbiden stationären Patienten fordern ein reiches Erfahrungswissen über die Wechselwirkungen der einzelnen Störungsbilder und das Ineinandergreifen der Krankheitsprozesse. Diese breite Ausbildung an chronifizierten Patienten ermöglicht ein umfassendes Therapiespektrum.

## **7. Therapieumfang und -dauer**

Neben der Ausbildung in multimodaler stationärer Psychotherapie ist die obligate Ausbildung durch die Behandlung von fünf Langzeitfällen ein prägender Bestandteil der Facharztausbildung. Der Facharzt ist für zwei- bis dreijährige entwicklungsorientierte Psychotherapien insbesondere für Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen ausgebildet. Dieser Hintergrund hat auch Auswirkungen für die Kurzzeittherapie, da hier behandlungsresistente Persönlichkeitsanteile von flexiblen Entwicklungsprozessen unterschieden werden können, die auch für die Kurzzeittherapie einen wichtigen Erfahrungshintergrund darstellen. Insofern stellt auch der Schwerpunkt in Langzeittherapien einen qualitativen Unterschied dar.

## **8. Die psychiatrische Psychotherapie**

Der ärztliche psychiatrische Psychotherapeut hat für Psychosen, Süchte und bipolare affektive Störungen neben der pharmakologischen Therapie wichtige spezifische Therapiebegleitkonzepte, die eine genaue Kenntnis der schweren Erkrankungen notwendig machen.

### **B) Die Antworten der Psychologischen Psychotherapeuten:**

**Worin sehen Sie die spezifische Rolle der psychologischen Psychotherapie bei der Versorgung psychisch Erkrankter?**

Das Interview wurde mit 20 Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt.

**Die häufigste Antwort ist, dass es keinen Unterschied macht.**

#### **Typische Antwort:**

„Alternativ oder begleitend zur medikamentösen Therapie der psychisch kranken Patienten (und zum Teil auch deren Angehörigen) ein Behandlungs- und Begleitungsangebot zu machen, das ihnen hilft, sich wieder zu stabilisieren, Vergangenes zu verarbeiten, mit Krankheit, Stress, Konflikten und Traumata besser fertig zu werden, Lebensqualität und

Belastbarkeit (Alltag, Job) wiederzuerlangen, Rückfällen vorzubeugen. Minimierung stationärer Aufenthalte und Reduzierung psychopharmakologischer Behandlung.

Es gibt auch Äußerungen wie:

„Ich habe keinen Kontakt zur Ärztlichen Psychotherapie, kann das nicht beurteilen.“

Gesammelte Antworten:

1. Schwerpunkte Psychologischer Psychotherapeuten: im Hintergrund relative stabiles soziales Umfeld der Patienten, keine schwerwiegende organische Grunderkrankung.
2. Spezifische Therapiekonzepte mit adäquateren Zeitkontingenten zur Störungsbehandlung.
3. Psychologische Psychotherapeuten hätten „die längere und tiefer gehende Ausbildung“, schnelle und wirksamere Behandlungsmanuale bei Panik und Burnout wie Prävention, wenn zeitige Behandlung möglich.
4. Verhinderung stationärer Aufnahme, gute kollegiale Fallsupervision im Qualitätszirkel und Begleitung bei alltäglichen Problemen.
5. Ressourcen, Lösungsorientierung und effektive Therapiestrategien.

#### **Kommentar:**

Hinweise auf die vertiefte Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten zeigen, dass hier über die Unterschiede der Ausbildungsbedingungen wenig Informationen vorliegen. Psychologische Psychotherapeuten haben doppelt so viel Theoriestunden, aber unter 30 % der supervidierten praktischen Behandlungen. Zudem ist der Ausbildungskatalog von Ärztlichen Psychotherapeuten durch die Weiterbildungsordnung in vielen grundlegenden Verfahrensbereichen mit einer Vielzahl praktischer Erfahrungen in Kriseninterventionen, Paar- und Familientherapien, insbesondere auch Gruppen- und Sozialtherapien, ein weites Spektrum, welches naturgemäß durch die Richtlinien Psychotherapie nicht erfüllt wird. Die Erfahrungen der multimodalen Psychotherapie in Krankenhaus und Poliklinik sind gegenüber den Psychologischen Psychotherapeuten weit umfassender.

#### **Zusammenfassung:**

Die sachsenweite Erhebung zur ärztlichen und psychologischen Psychotherapie zeigt eine unterschiedliche Versorgung im Osten. Die Gesamtversorgung in den Städten hat sich in den Versorgungszahlen deutlich angeglichen. Allerdings ist das Verhältnis ärztlicher zu psychologischer Psychotherapie durch das extreme Wachstum psychologischer Niederlassungen aus Gründen der Versorgungssicherstellung deutlich asymmetrischer als im Westen. Man kann aktuell von ca. 30 % ÄP zu 70 % PP ausgehen. Das Verhältnis dürfte sich angesichts des Ärztemangels in den nächsten fünf Jahren auf 20 zu 80 verändern, es sei denn, die Ärzte würden über 65 Jahre hinaus arbeiten, was nicht auszuschließen ist.

Was die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie angeht, ist die Facharztausbildung an stationäre Einrichtungen gebunden, diese sind im Osten noch sehr unterrepräsentiert, so dass sich auch aus der Ausbildungssituation ein Nachteil für die ärztliche Psychotherapie für die Ostländer ergibt. Hier müssten die Landesbettenpläne bessere Bedingungen für eine psychosomatische Medizin schaffen, damit auch die

Facharztausbildung nicht weiterhin defizitär bleibt. Im Bereich der Psychiatrischen Psychotherapeuten ist ein Rückgang zu erwarten, da die Kliniken auf zunehmend kurze Behandlungen eingestellt sind, wo die Psychotherapieausbildung nur noch begrenzt möglich ist. Hier wird die Psychotherapie auch schon in größerer Zahl von Psychologischen Psychotherapeuten übernommen, so dass insgesamt eine für ärztliche Psychotherapie schwierige Versorgungszukunft zu erwarten ist.

Positiv ist zu erwähnen, dass infolge der Etablierung der psychosomatischen Medizin an den Universitäten der Ost-Bundesländer durch die Studentenausbildung eine deutlich verbesserte Sensibilisierung für die ärztliche Psychotherapie erfolgt, so dass sich in den letzten Jahren auch eine deutliche Nachfrage für das Fach abzeichnet. Insbesondere für die Sozialisation von Ärztinnen ist der Beruf attraktiv, das Berufsprofil vielfältig, und im Moment besteht die Chance, dass es zu einem Erfolgsmodell wird. Attraktiv ist vor allem der personalisierte Zugang zum Patienten mit der Integration von somatopsychischen und psychosomatischen Zusammenhängen, die große Bedeutung der Stressvulnerabilität im Zusammenhang mit frühen Belastungsfaktoren, so dass auch der Längsschnitt etwa von der Pädiatrie, der Kinderpsychosomatik bis ins Erwachsenenalter wichtige Forschungs- und Versorgungsfragestellungen aufwirft. Von der anderen Seite des Bio-Psycho-Sozial-Modells, den sozialen Faktoren, sind die Arbeitswelt und das Zusammenspiel von Familie und Beruf im Fokus der Stressforschung. Hier sind mit Präventionsprogrammen und psychosomatischen gestuften Interventionsangeboten große Herausforderungen zur Behandlung aktueller sozialer Stresskrankheiten gegeben.

Aus den Befragungen niedergelassener wie auch stationär tätiger Kollegen ergeben sich weitgehend übereinstimmend folgende Zukunftshoffnungen und Zukunftserwartungen:

1. Die Zunahme psychischer Erkrankungen durch chronischen Stress in Beruf und Familie verlangt niederschwellige Präventions- und Beratungsangebote, wo im Umfeld der psychosomatischen Grundversorgung des Hausarztes eine primäre Anlaufstelle zu sehen ist. Die Niederschwelligkeit schafft einen guten Zugang zum Patienten. Auf der anderen Seite ist die große Schwierigkeit, hier Interventionsangebote zu machen und auch Patienten weiter zu vermitteln. Für diese Motivationsarbeit, die einer der schwierigsten Teilbereiche der Psychotherapie ist, müssen auch finanzielle Anregungen gegeben werden, da das notwendige Zeitbudget nicht durch die psychosomatische Grundversorgungsabrechnung gedeckt ist. Die Schnittstelle Beratungs- und Motivationstherapie muss in der Allgemeinarzt-Praxis etabliert werden.
2. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Begleitung chronisch kranker Patienten mit Komorbiditäten, die zum Teil vom Hausarzt durch spezielle Schulungsprogramme (z. B. Depressionsnetzwerk, Angstnetzwerk) verbessert werden können, wo auch gleichzeitig Ansätze zu einer fachbezogenen Psychotherapie entwickelt werden können.
3. Die fachgebundene Psychotherapie könnte ein zentraler Schnittstellen-Bereich werden, wo in der Praxis die schwer für Psychotherapie zu motivierenden Patienten kleinschrittig und niedrig dosiert integriert psychosomatisch betreut werden. Hierzu ist eine Ablösung der Richtlinien-therapie zu praxisnahen Abrechnungsformen

zeitorientiert und fachlich qualifiziert (Zertifizierung in Psychokardiologie, Psychoonkologie, Psychodiabetologie etc.) wünschenswert.

4. Fehlversorgungen finden sich vorrangig bei somatisch kranken, z. B. psychisch komorbiden Patienten, wo die psychische Komorbidität, insbesondere die Depression, die Lebensqualität dominiert. Hier ist die ärztliche Psychotherapie gefordert, auf den Patienten zuzugehen.
5. Die fachärztliche psychosomatische und psychiatrische Therapie ist aktuell noch weitgehend von der Richtlinienpsychotherapie geprägt. Diese ermöglicht eine Verfahrensvielfalt wie auch eine Dosierungsgraduierung in Kurz-, Mittel- und Langzeittherapien. Hier besteht eine bedeutsame Tendenz, immer kürzere Therapien durchzuführen. Die Versorgungsqualität ist auf einem hohen Standard und über die Jahre sehr gut etabliert. Wünschenswert ist eine weitere Differenzierung in Beratungen, Begleitungen in Form der 20- bis 30-minütigen Kurzintervention, die bei schwerkranken Patienten supportiv eingesetzt werden kann. Es gilt hier, ökonomische Modelle auch für palliative Erhaltungspsychotherapie bei schwerkranken Patienten zu etablieren, möglicherweise mit enger Verbindung von psychosomatischen und psychiatrischen Institutsambulanzen, um die Krisenintervention sicherzustellen.
6. Dringend gefordert wird die Etablierung der multimodalen Psychotherapie, wo Patienten mit Multimorbidität und vielfältigen Einschränkungen durch Gruppentherapie, begleitet von niedrig dosierter Einzeltherapie und und Kreativtherapien einschließlich rehabilitativer Ansätze gefördert werden. Dies bedeutet die Übertragung von erfolgreichen stationären Konzepten in eine ambulante Behandlungskette mit sequentiellen Behandlungsschritten.

Zusammenfassend kann aus der Befragung der Therapeuten sowohl der Ärzte wie Psychologen ein überwiegend zufriedenstellendes, beruflich und persönlich erfüllendes Tätigkeitsfeld beschrieben werden. In der Zukunft sollten sowohl die Therapiemethoden wie die angewandte Therapiedosis flexibilisiert werden und die therapeutischen Behandlungsketten, wie sie heute teilweise in Universitäten bereits existieren, optimiert werden. Hier liegen noch große Entwicklungsmöglichkeiten für die ärztliche Psychotherapie.

## **Aktuelle Forschungsliteratur:**

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*; 6: 503-514.

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2010.) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*; 6: 1-9.

DAK Versorgungsmanagement (Hrsg) (2005) DAK Gesundheitsreport 2005. Hamburg

Görge, W., Engler, U. (2005). Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin. Berlin: Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

Grabe, H., Alte, D., Adam, C., Sauer, S., John, U., Freyberger, H. (2005). Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pomerania. *Psychiatrische Praxis*; 32:299-303.

Grobe, T., Dörning, H., Schwartz, F. (2007). GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. In: GEK (Hrsg) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59. Schwäbisch Gmünd

Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004b). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. [Mental disorders in the community: Health care utilization and disability days], *Bundesgesundheitsblatt Gesundh. Forsch Gesundh. Schutz* 47, 736-744.

Kruse, J., Herzog, W. (2012). Zwischenbericht zum Gutachten: Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2011, 43-50.

Potreck-Rose, F., Koch, U. (1994). Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer-Verlag, Stuttgart

Spitzbart, S. (2004). Barrieren bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“. Band 28. Johannes Kepler Universität Linz



Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R. (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. Berlin

Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurvey 1998. Bundesgesundheitsblatt; 44: 993-1000.

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. European Neuropsychopharmacology, 21, 655-679.

Zielke, M., Borgart, E.J., Carls, W. et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf Lengerich: Pabst Science Publishers

Zylka-Menhorn, V. (2011). Psychische Erkrankungen. Eine weltweite „Epidemie“. Deutsches Ärzteblatt 11/2011, 510-511.



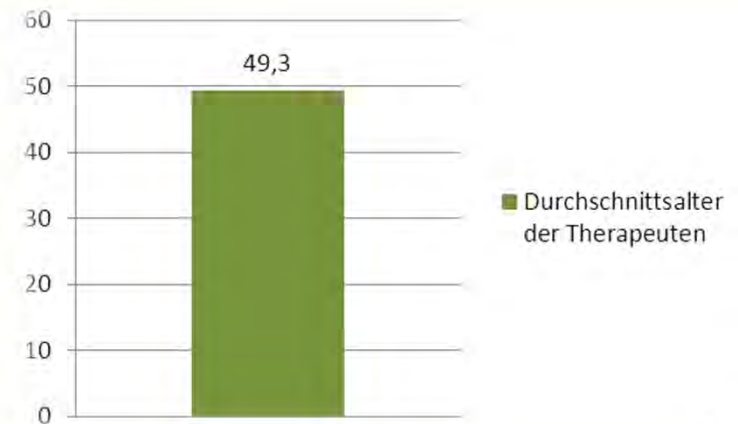
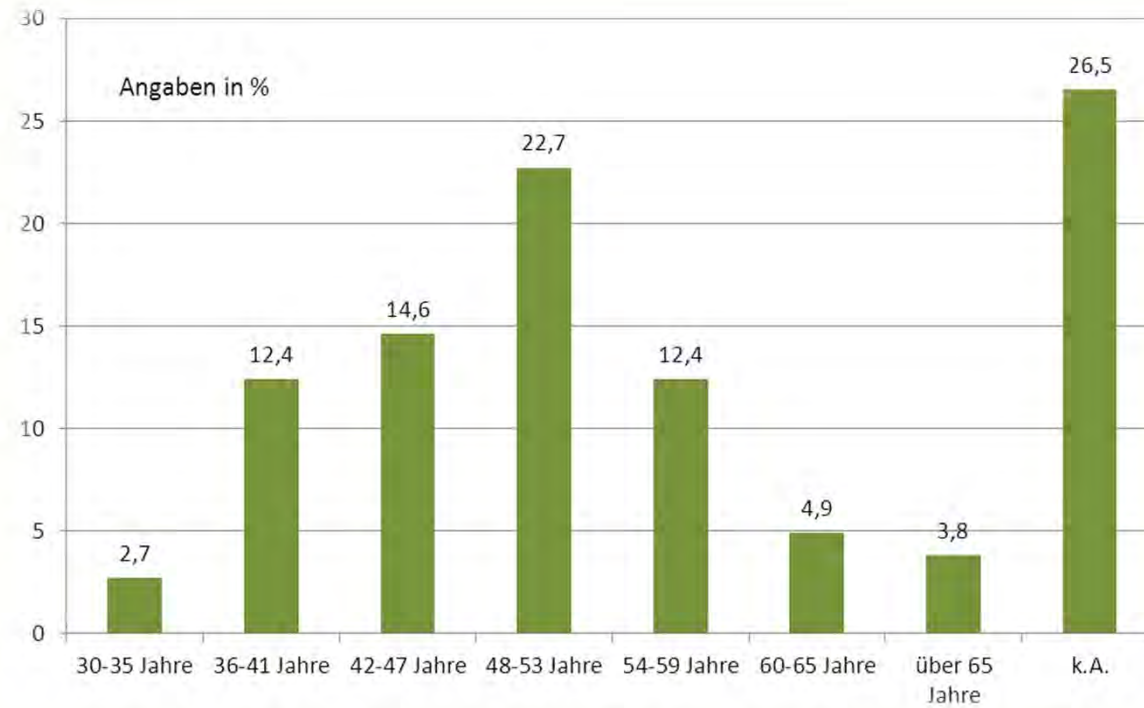
# Anhang

- A Ergebnisse des Projektauftrages**
- B Fragebogen für Niedergelassene**
- C Gesprächsleitfaden für Interviews mit niedergelassenen Therapeuten**

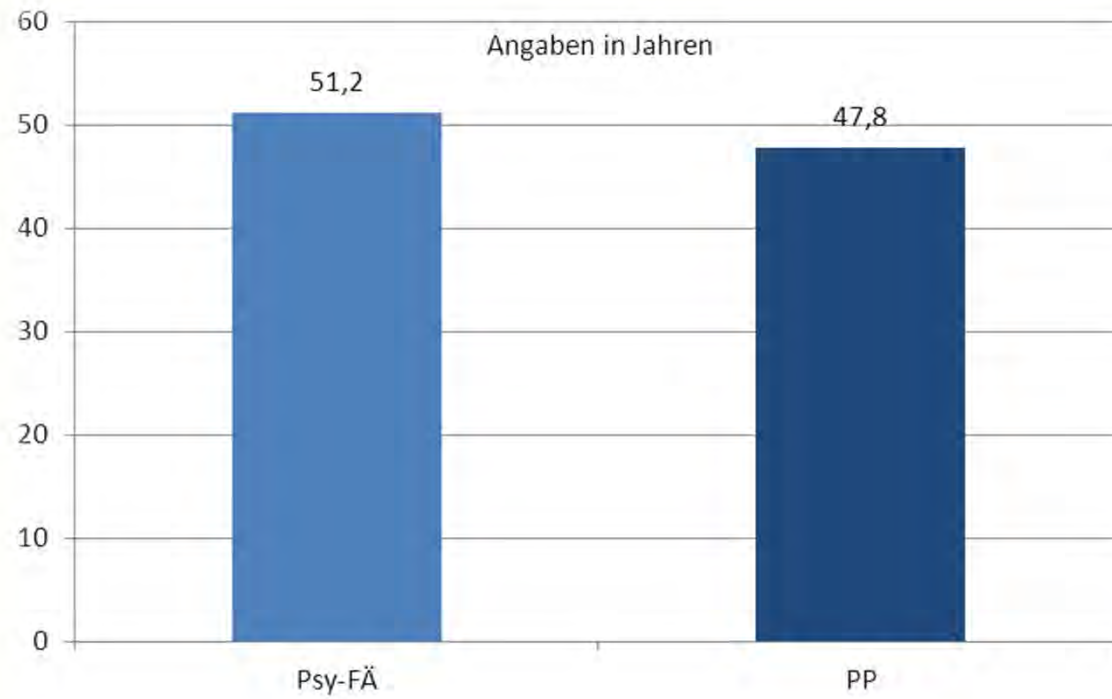


## A Ergebnisse des Projektauftrages

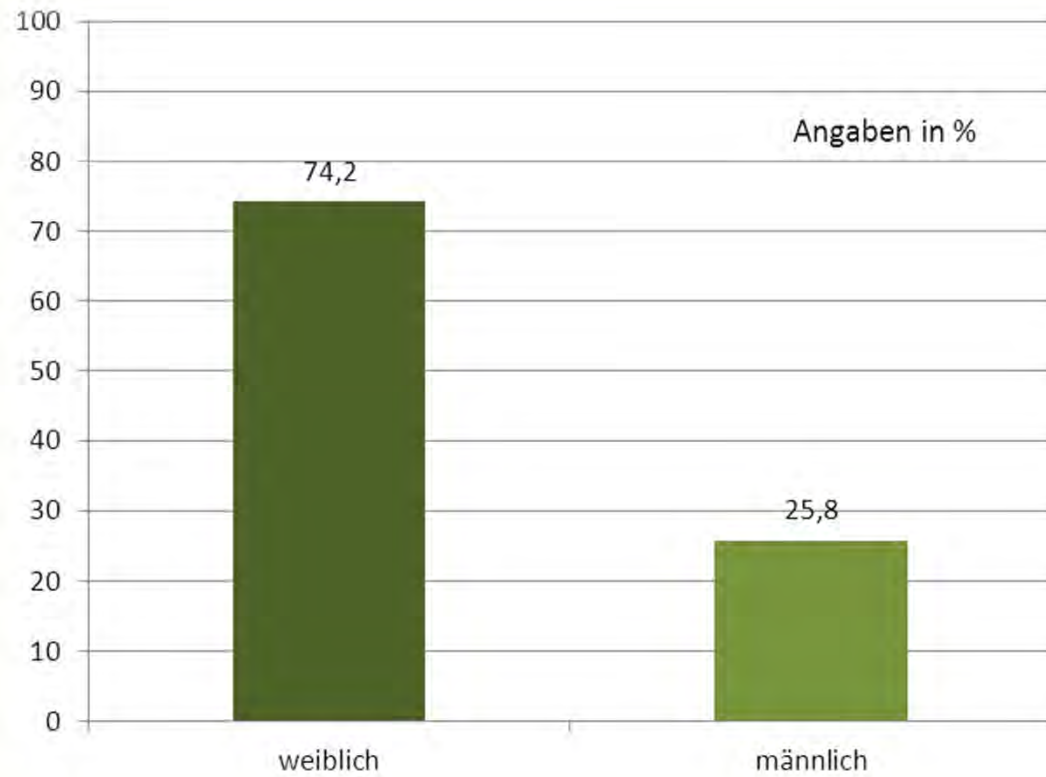
## Angaben zum Alter Allgemein



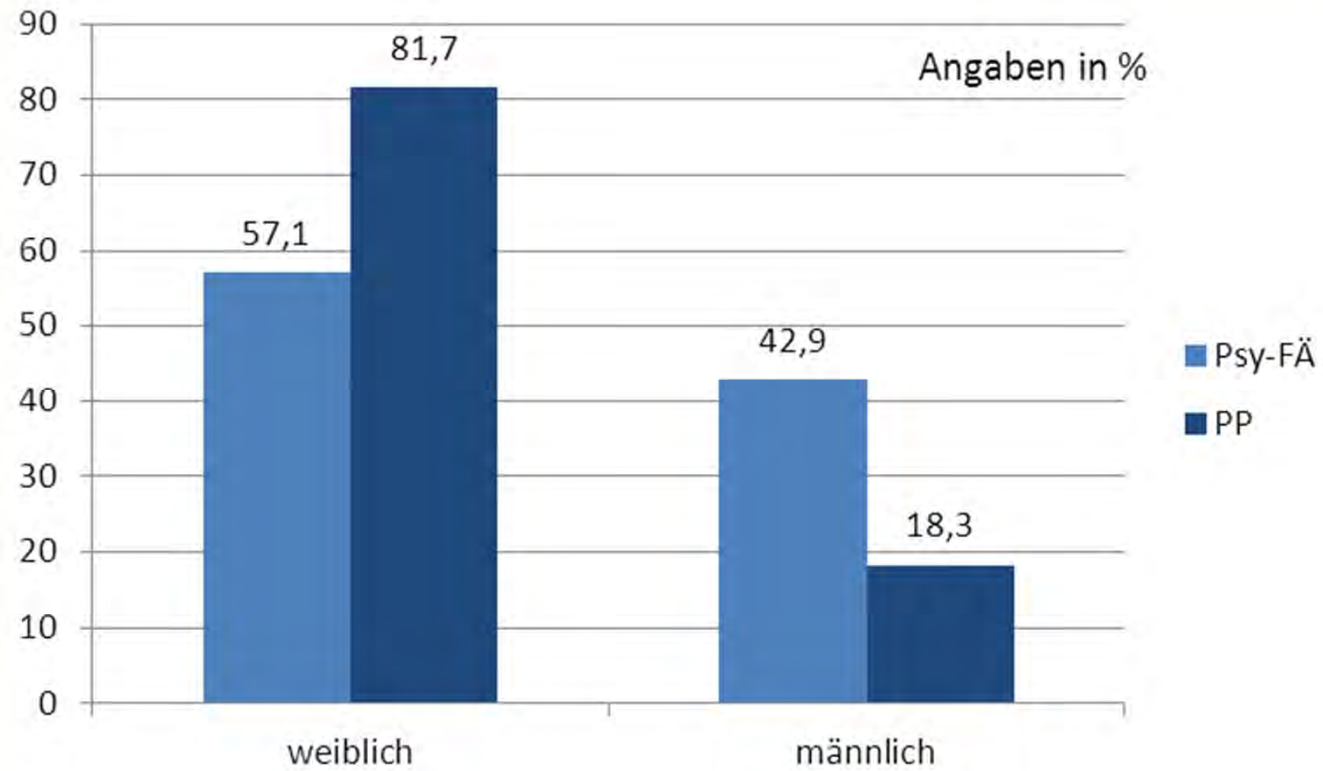
## Angaben zum Alter Vergleich zwischen Psy-FÄ und PP



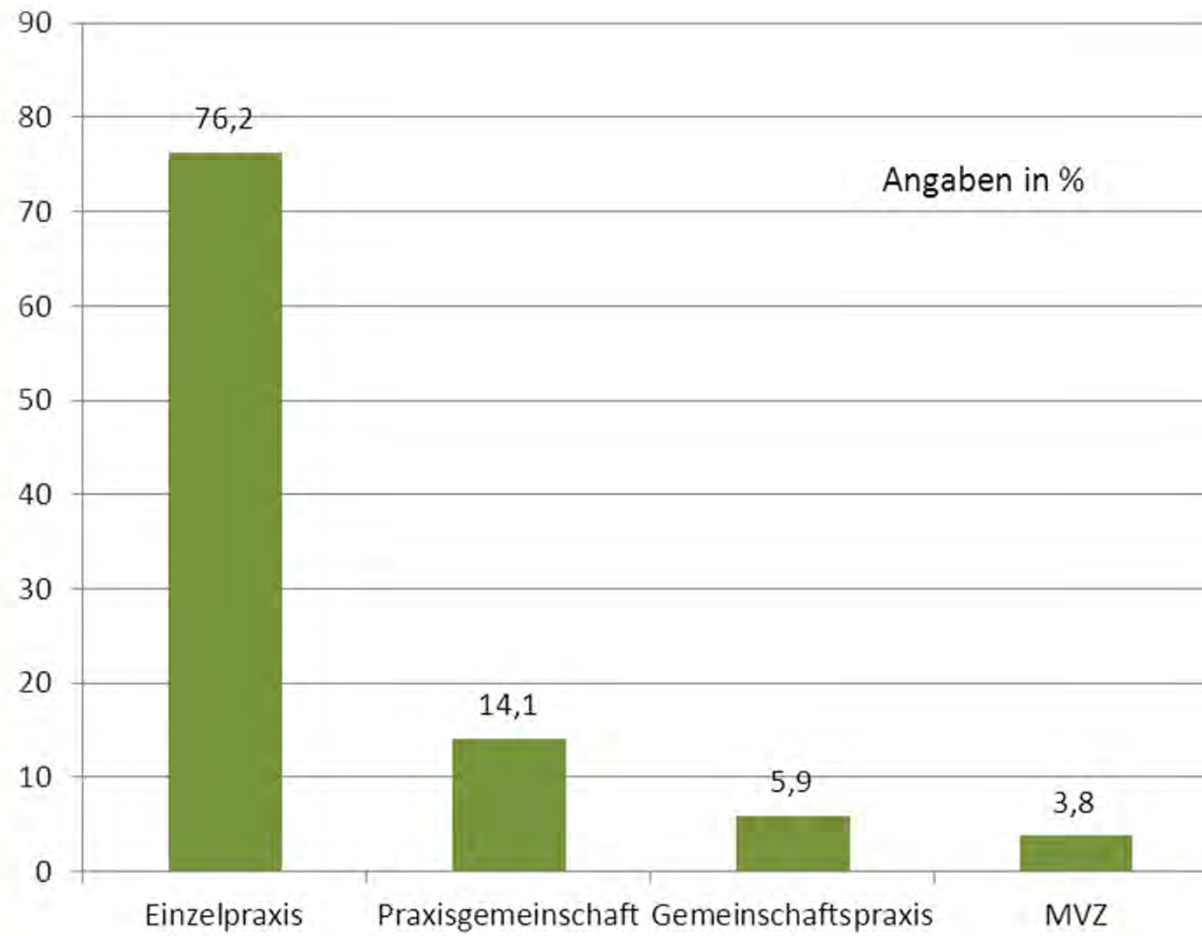
## Angaben zum Geschlecht Allgemein



## Angaben zum Geschlecht Vergleich zwischen Psy-FÄ und PP

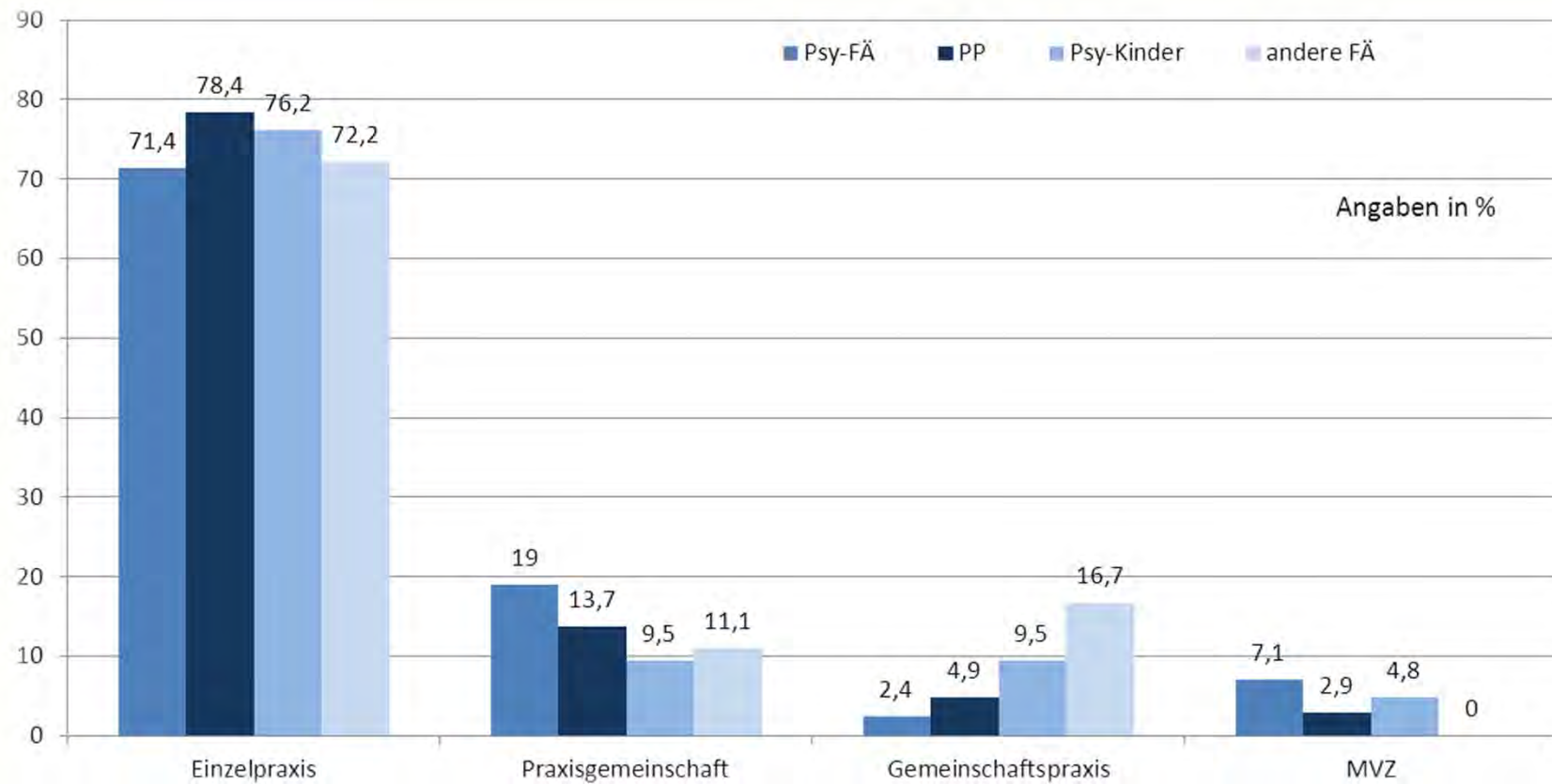


## Art der Praxis Allgemein



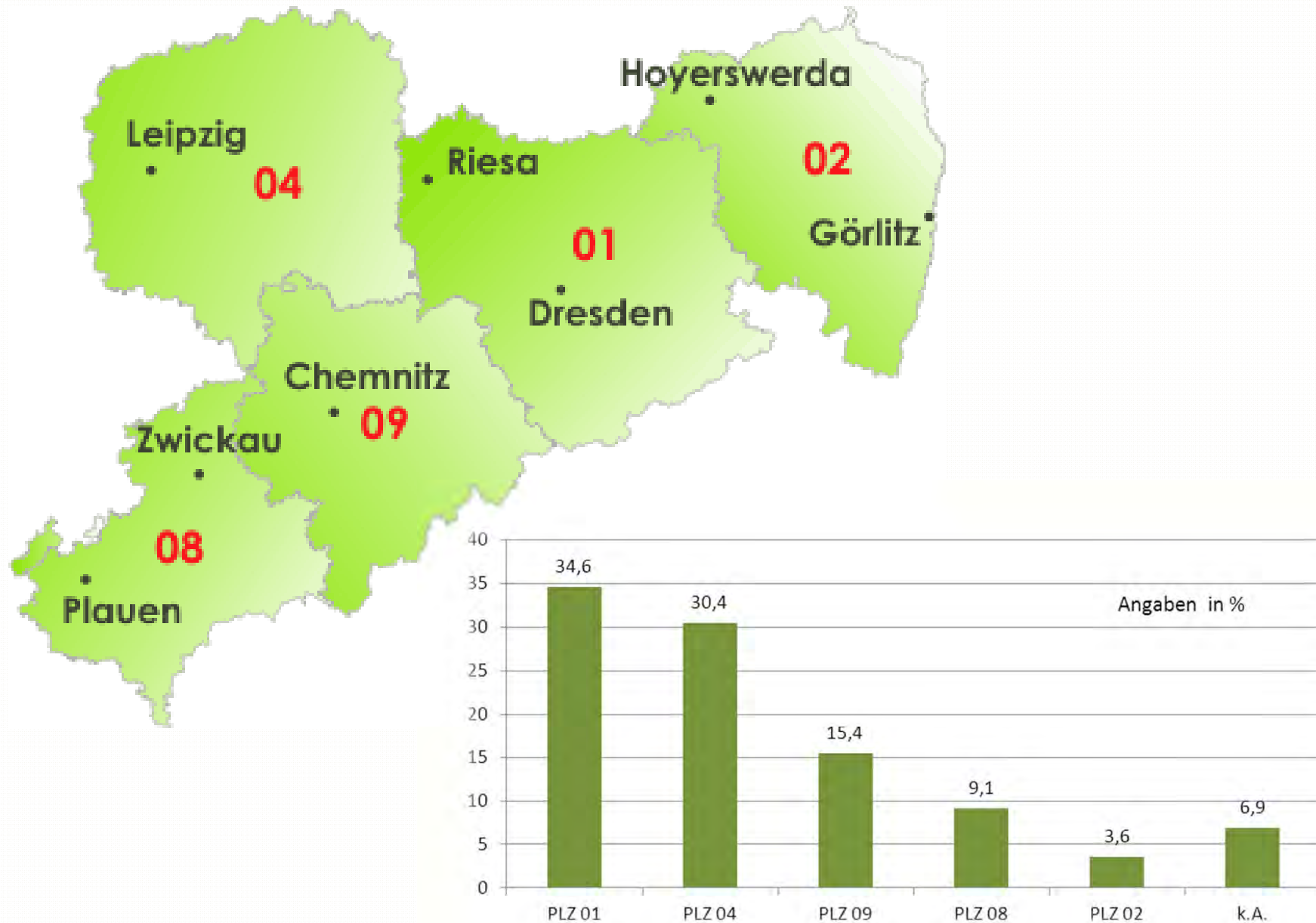


## Art der Praxis Vergleich zwischen den Berufsgruppen



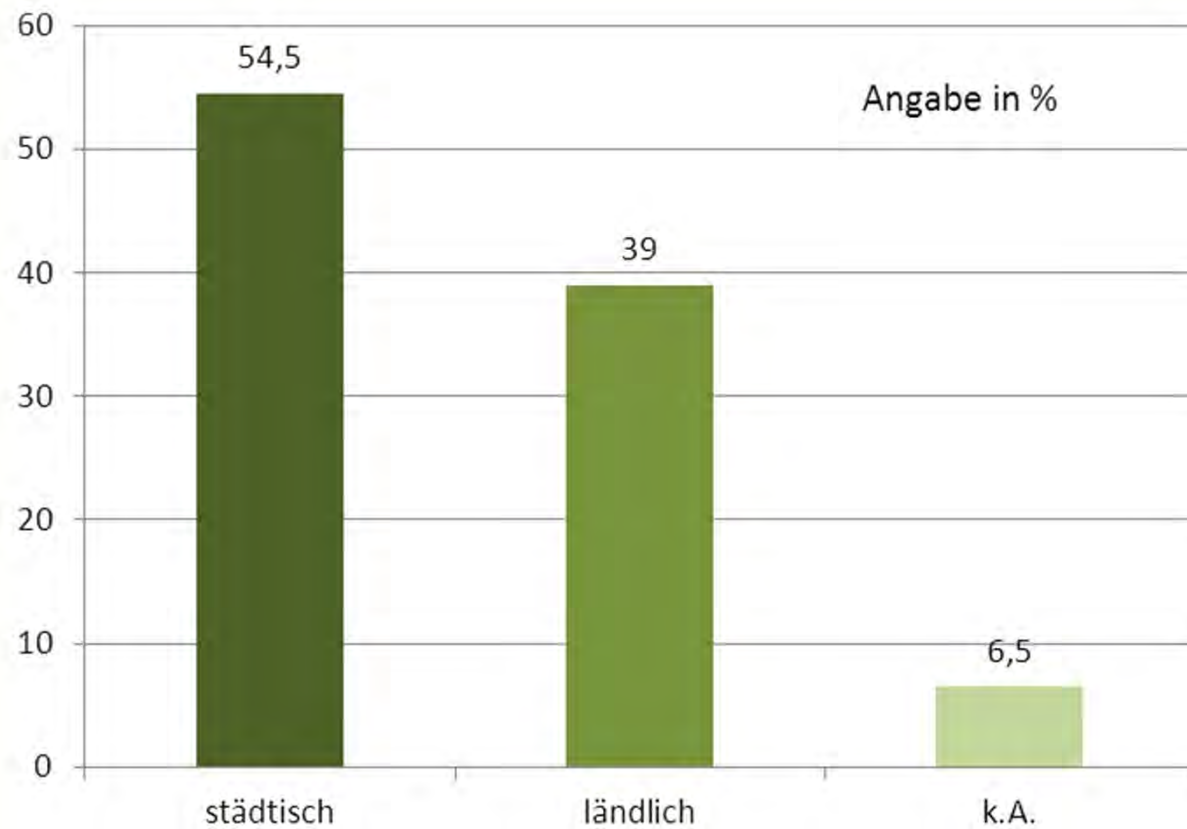
## Die ersten 2 Ziffern meiner Postleitzahl lauten...

Allgemein



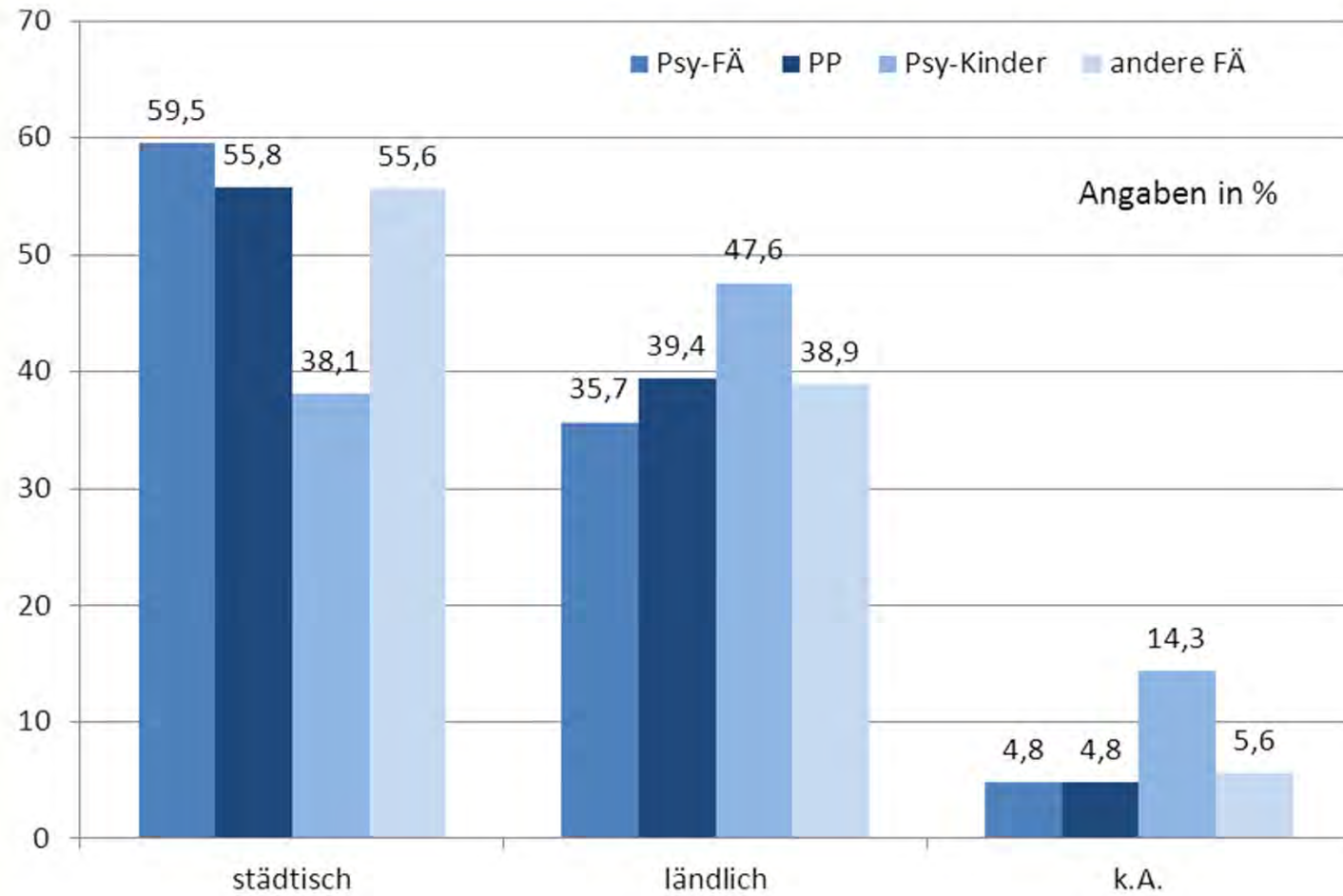
## Meine Praxis liegt ...

Allgemein

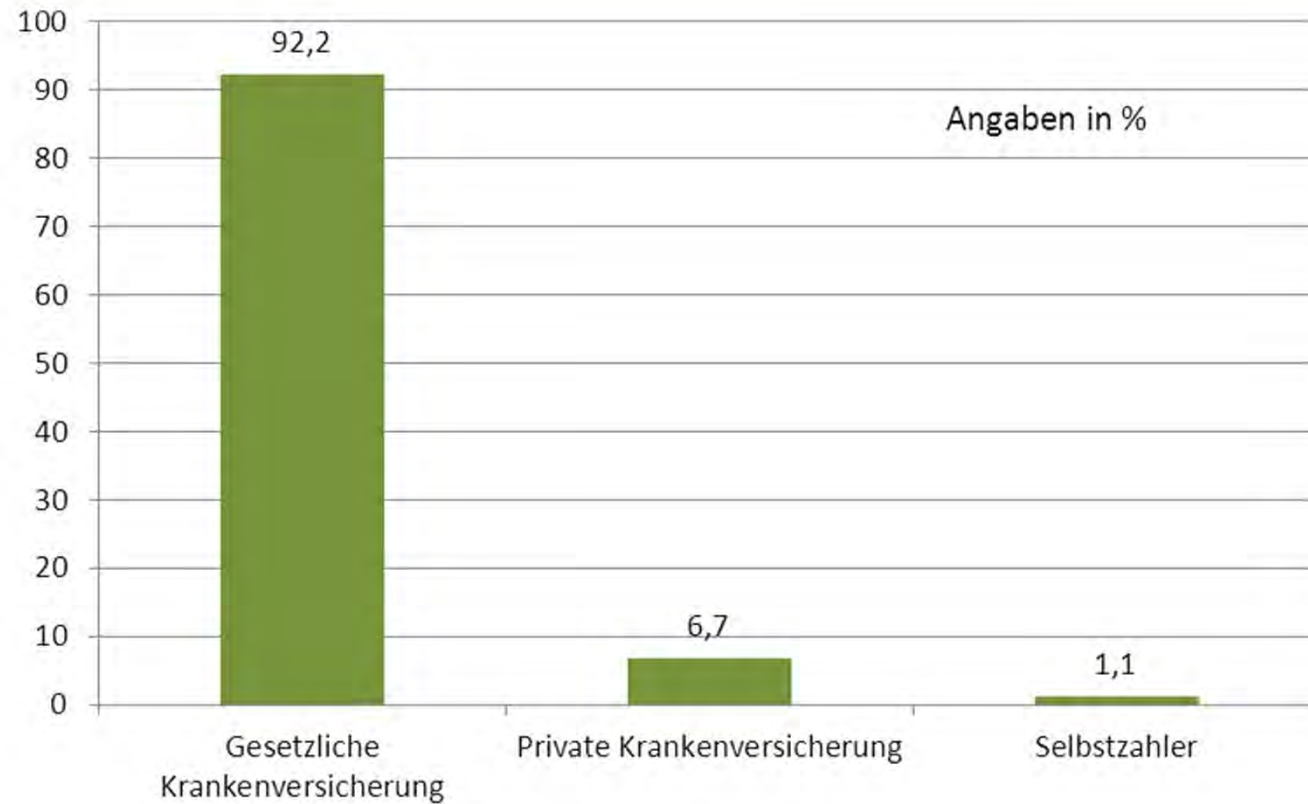


## Meine Praxis liegt ...

Vergleich zwischen den Berufsgruppen

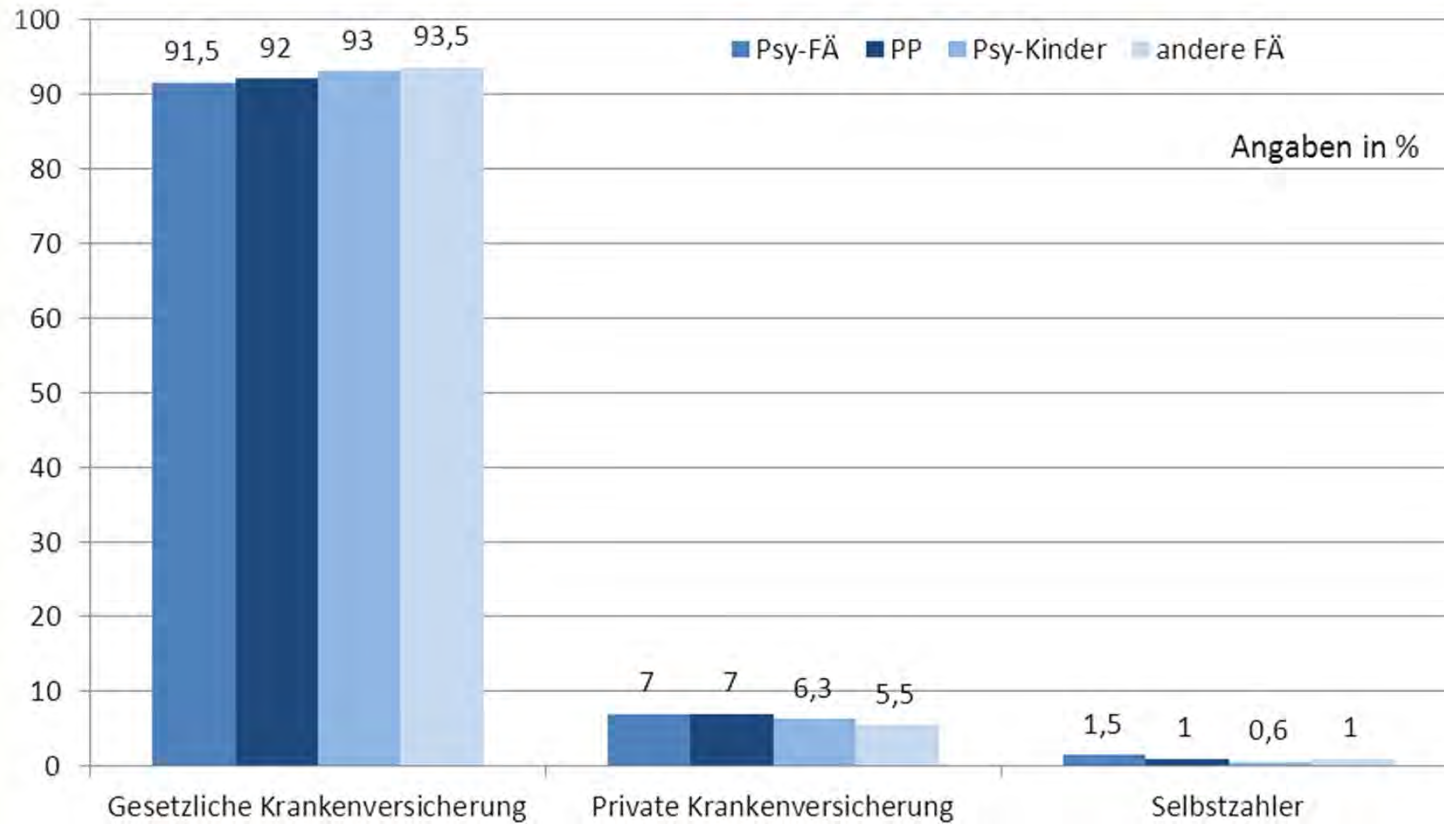


## Für welche Kostenträger arbeiten Sie? Allgemein

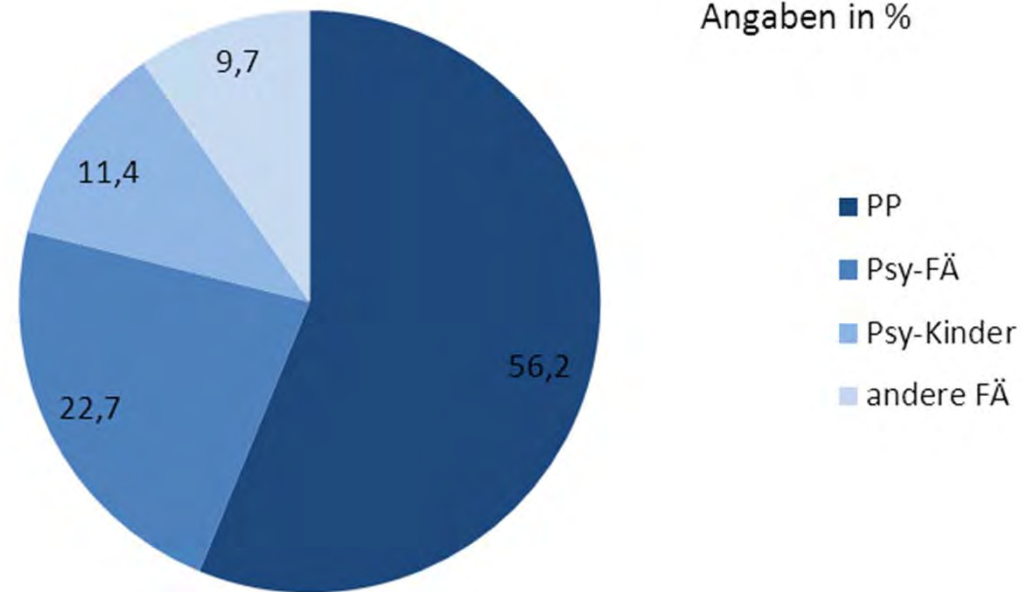




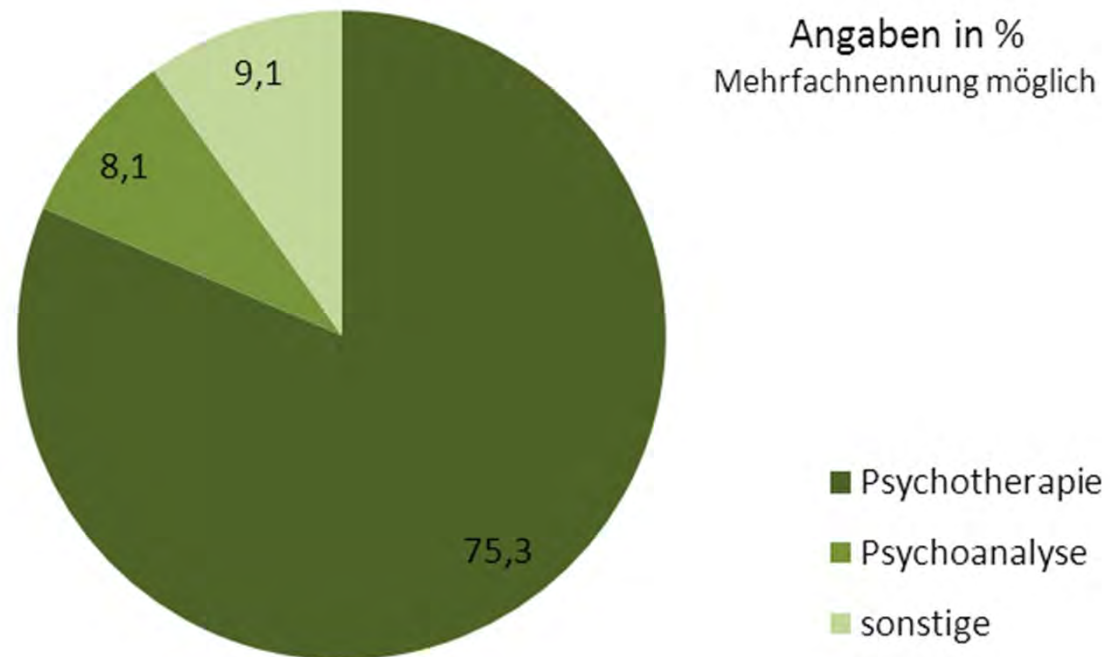
## Für welche Kostenträger arbeiten Sie? Vergleich zwischen den Berufsgruppen



## Art der Zulassung Allgemein

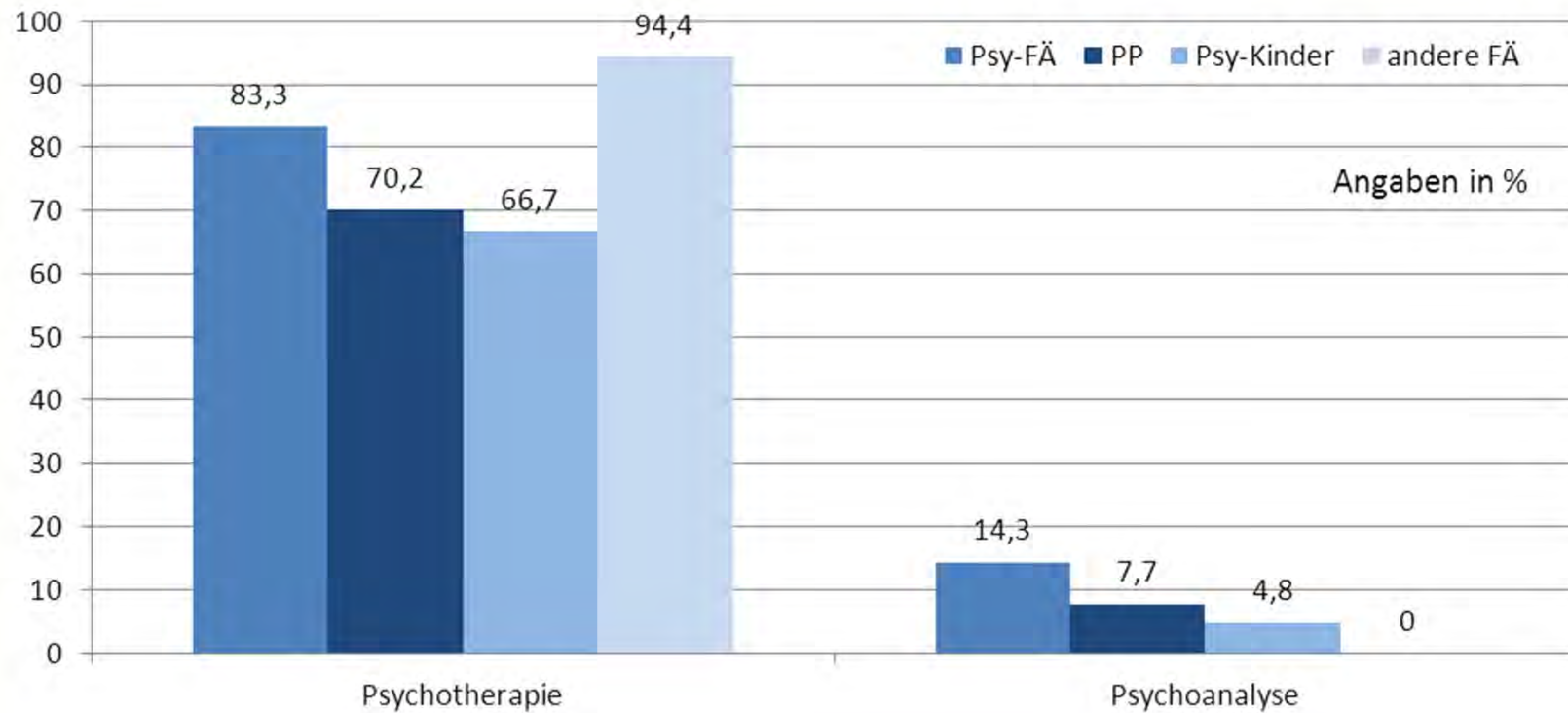


## Für welche Zusatzgebiete ist eine Anerkennung vorhanden? Allgemein



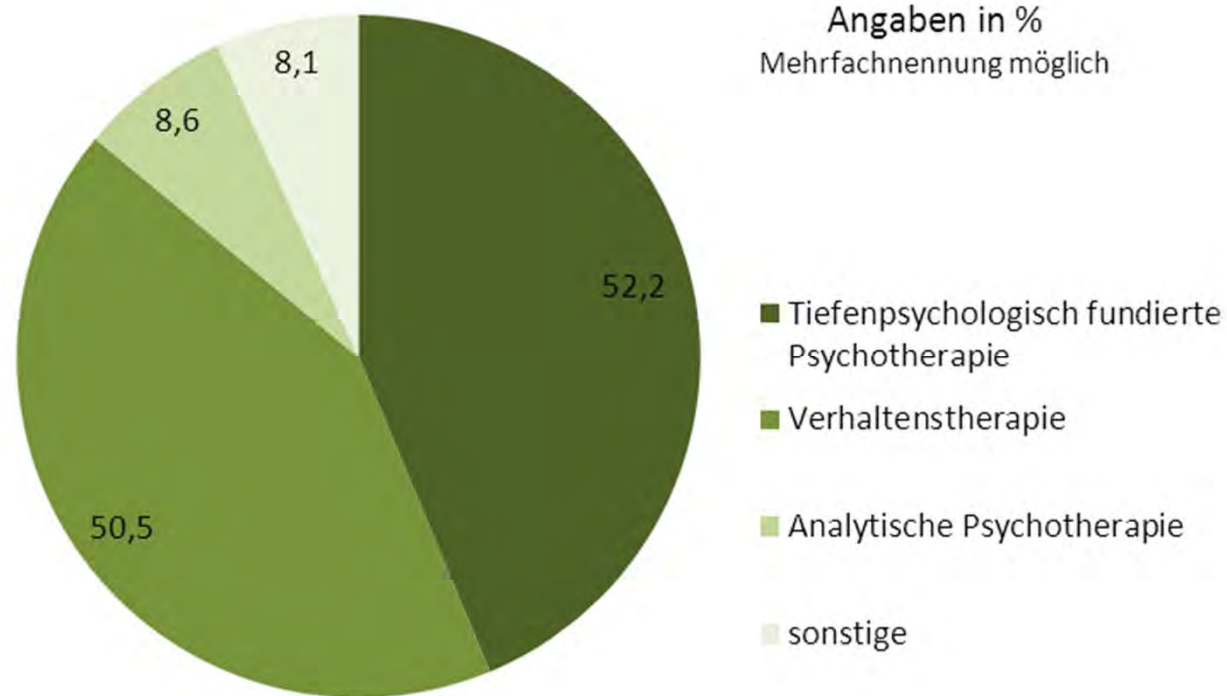


## Für welche Zusatzgebiete ist eine Anerkennung vorhanden? Vergleich zwischen den Berufsgruppen



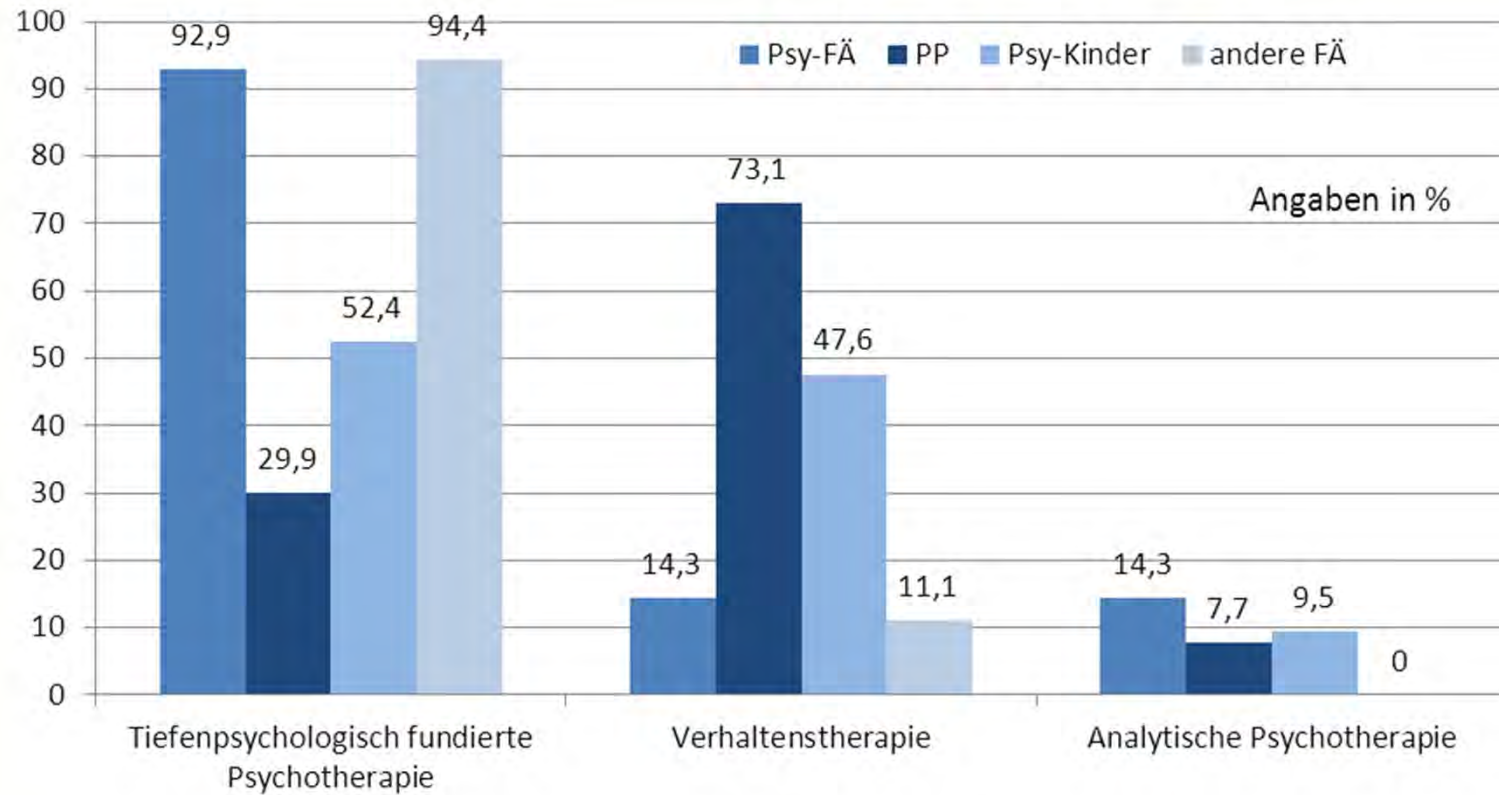
## In welchem/n psychotherapeutischen Richtlinienverfahren sind Sie ausgebildet?

Allgemein

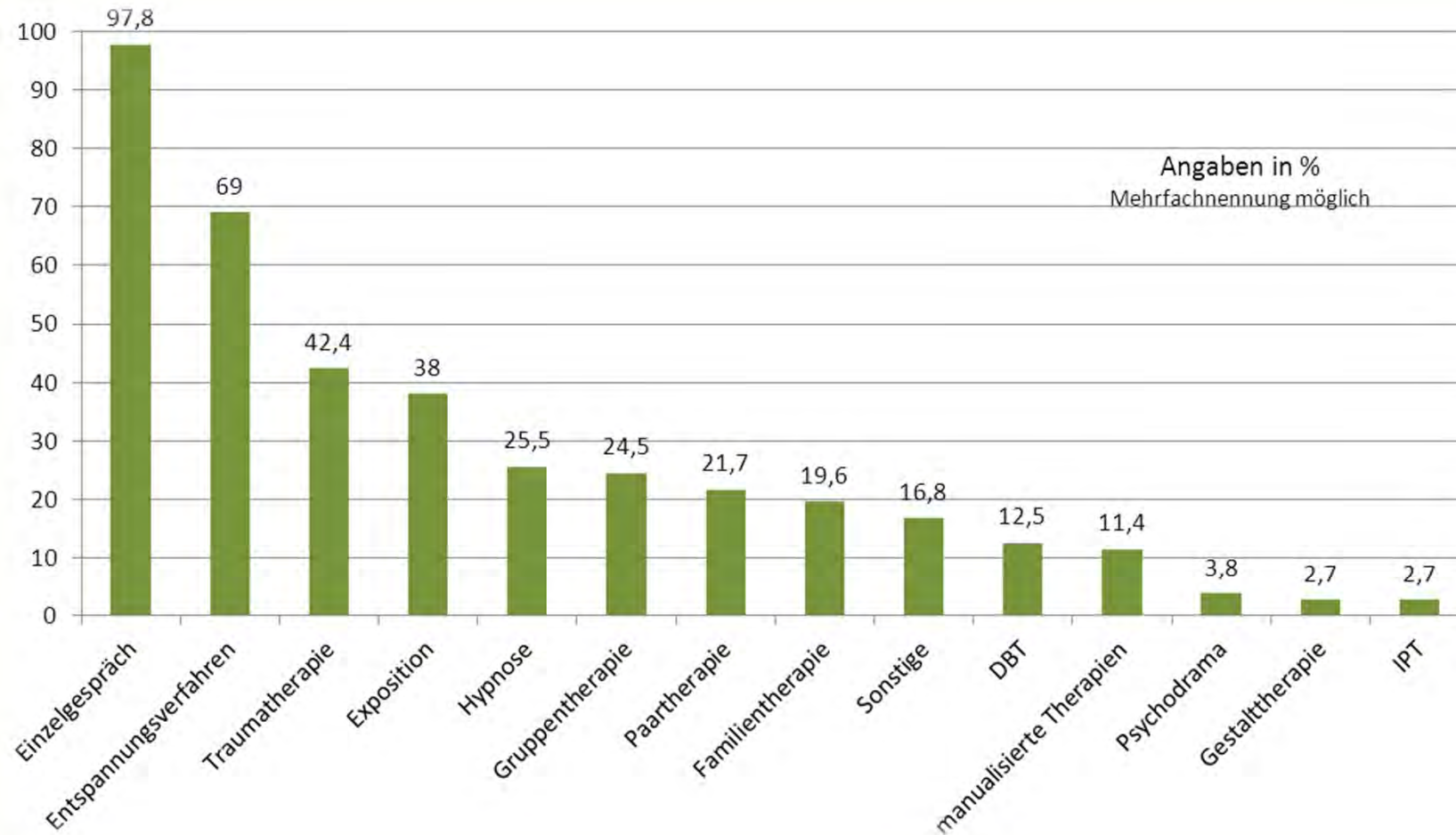


## In welchem/n psychotherapeutischen Richtlinienverfahren sind Sie ausgebildet?

Vergleich zwischen den Berufsgruppen

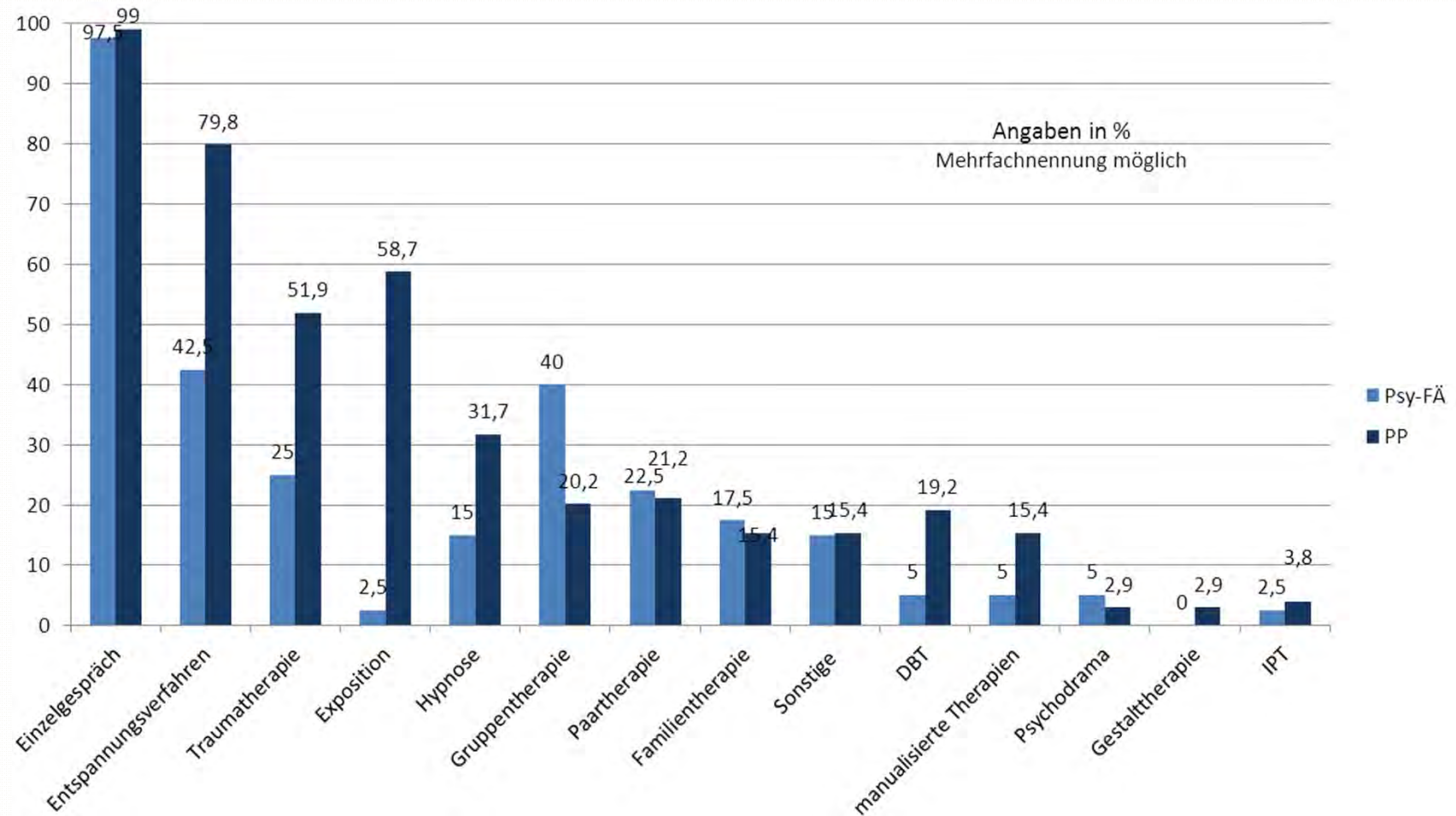


## Welche Therapieelemente werden in Ihrer Praxis angeboten? Allgemein

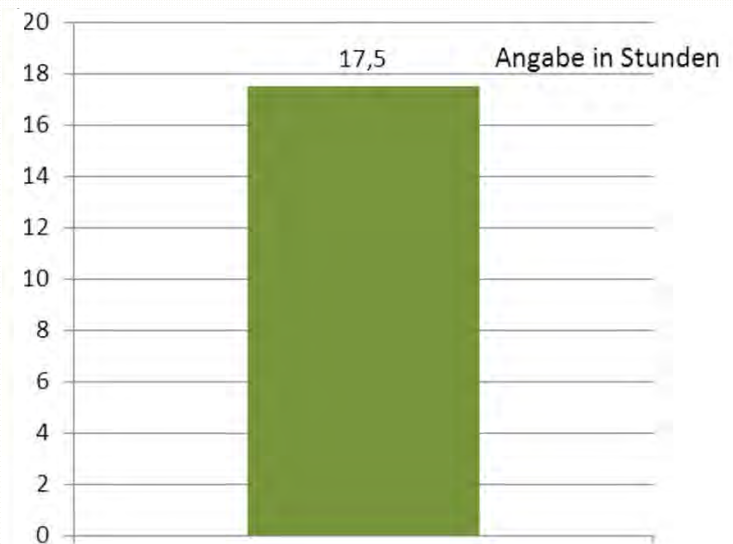
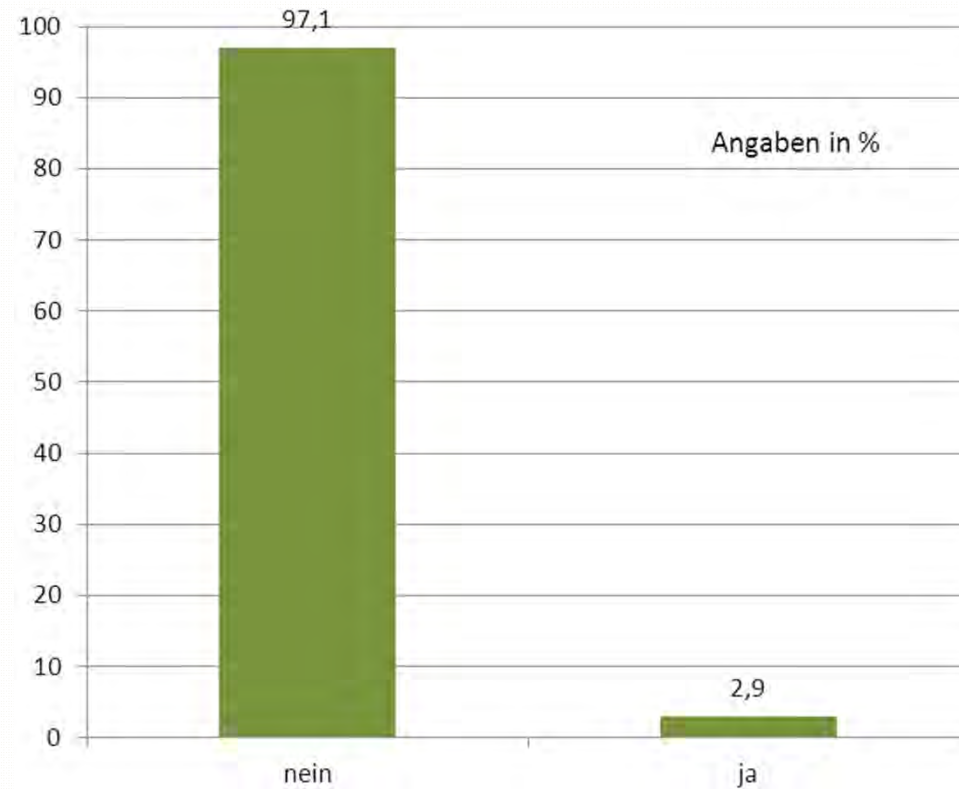




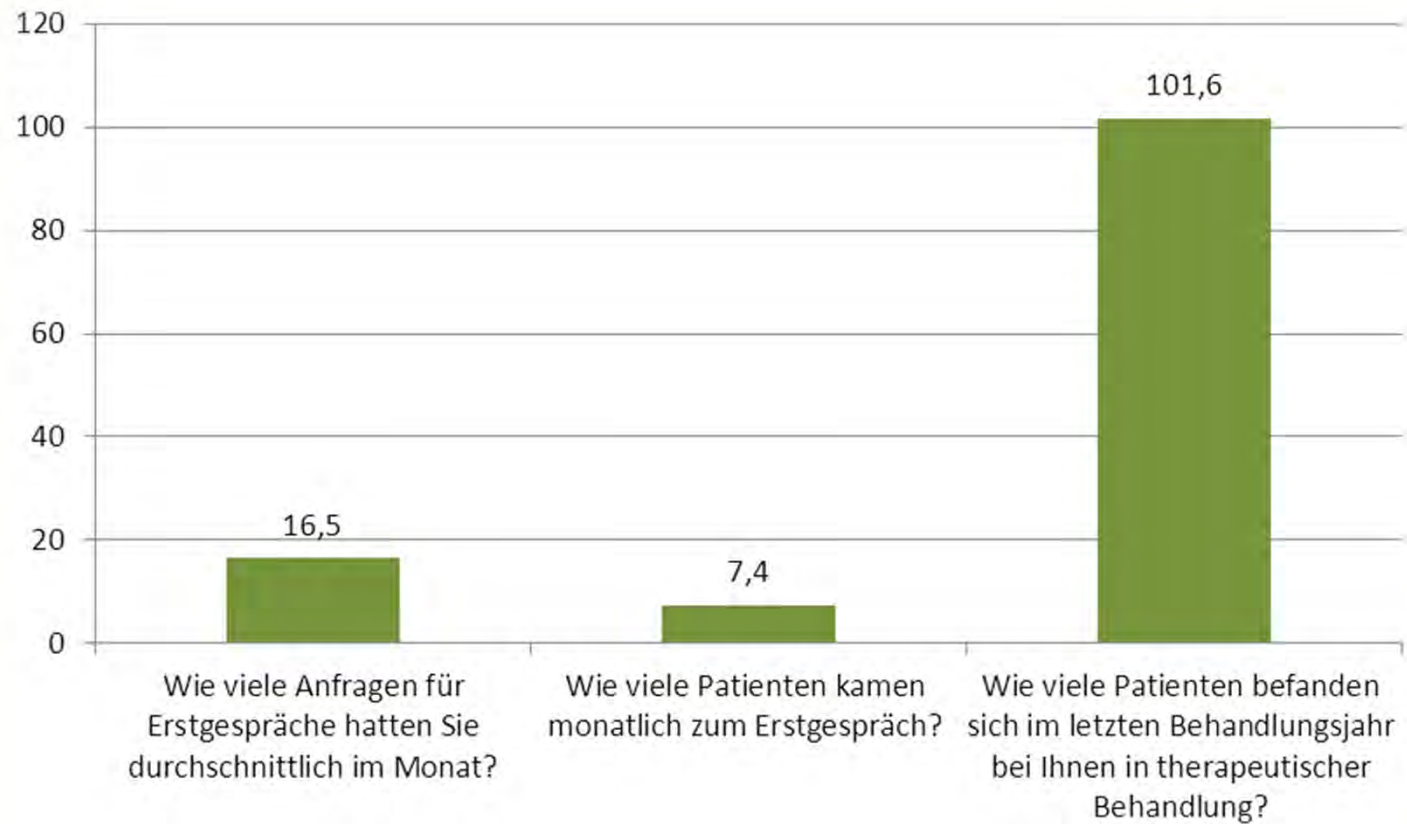
## Welche Therapieelemente werden in Ihrer Praxis angeboten? Vergleich zwischen den Berufsgruppen



## In meiner Praxis liegt eine Sicherstellungsassistenz vor Allgemein



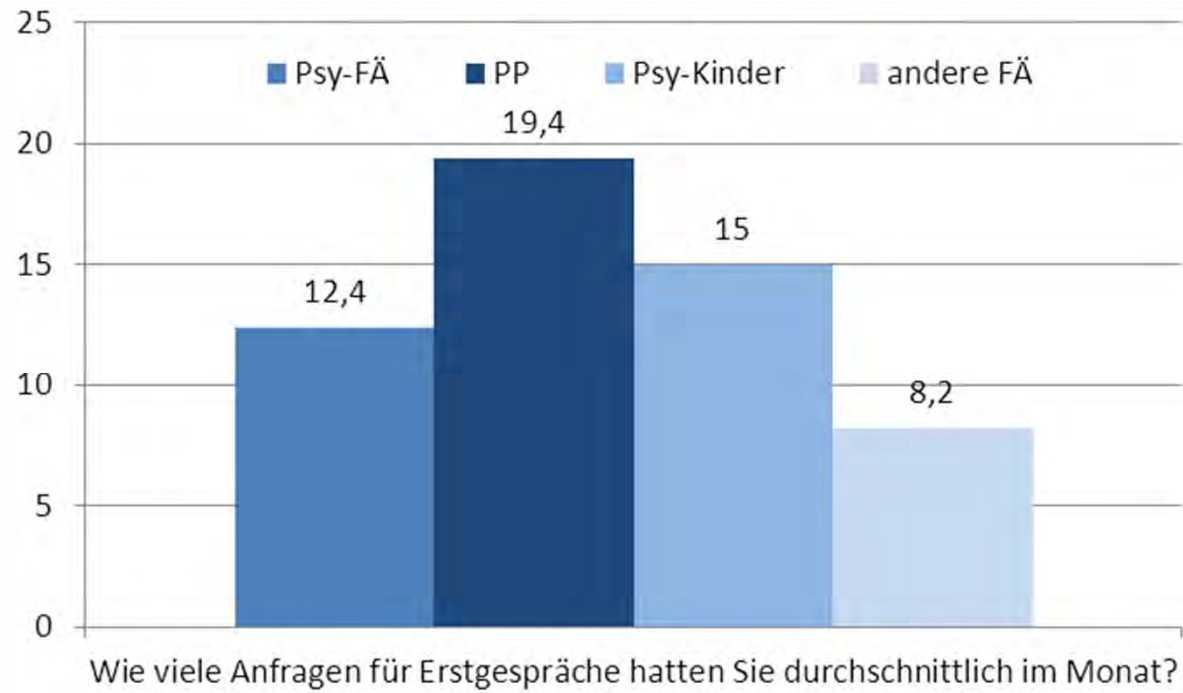
## A1-A3 Allgemein



# A1

## Wie viele Anfragen für Erstgespräche hatten Sie durchschnittlich im Monat?

Vergleich zwischen den Berufsgruppen

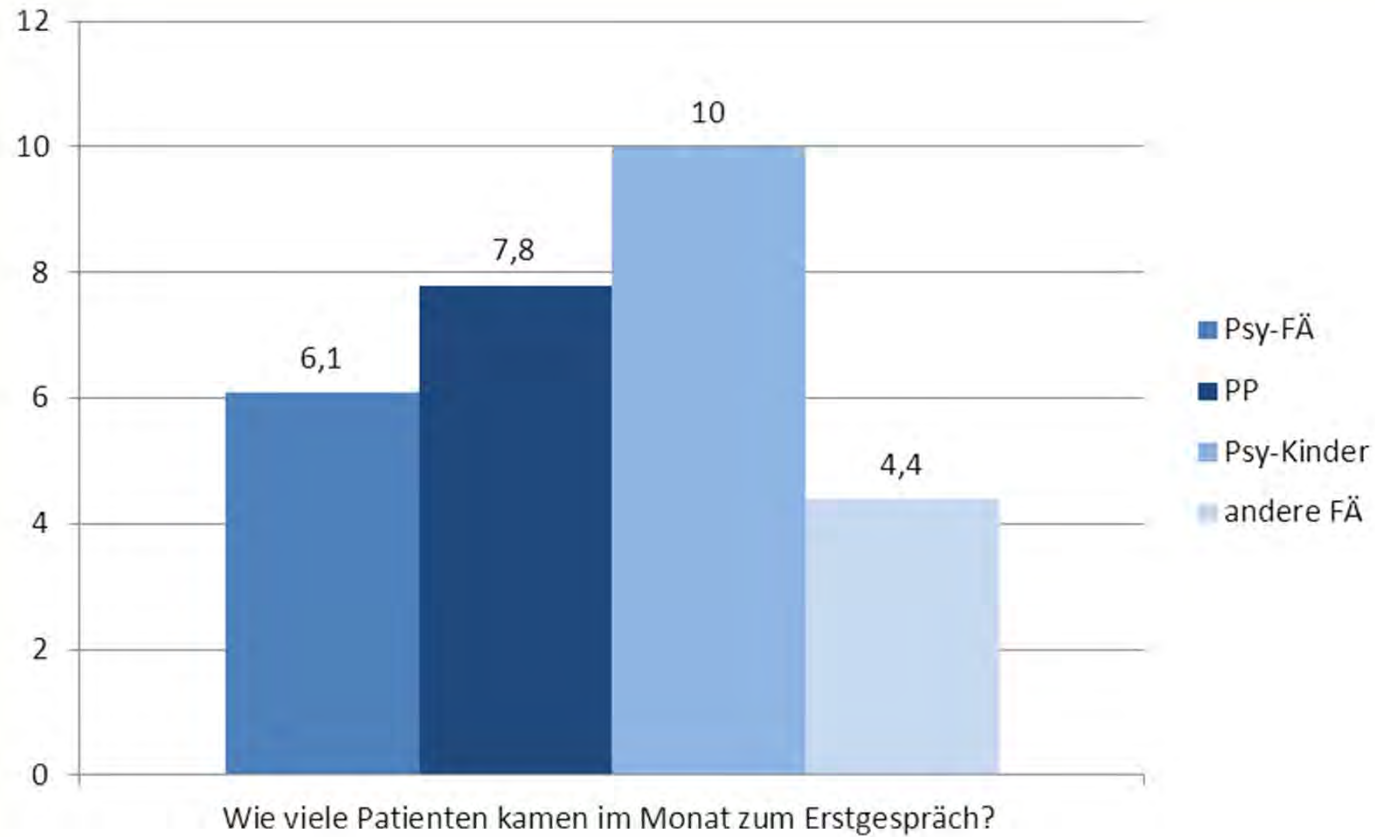




## A2

# Wie viele Patienten kamen im Monat zum Erstgespräch?

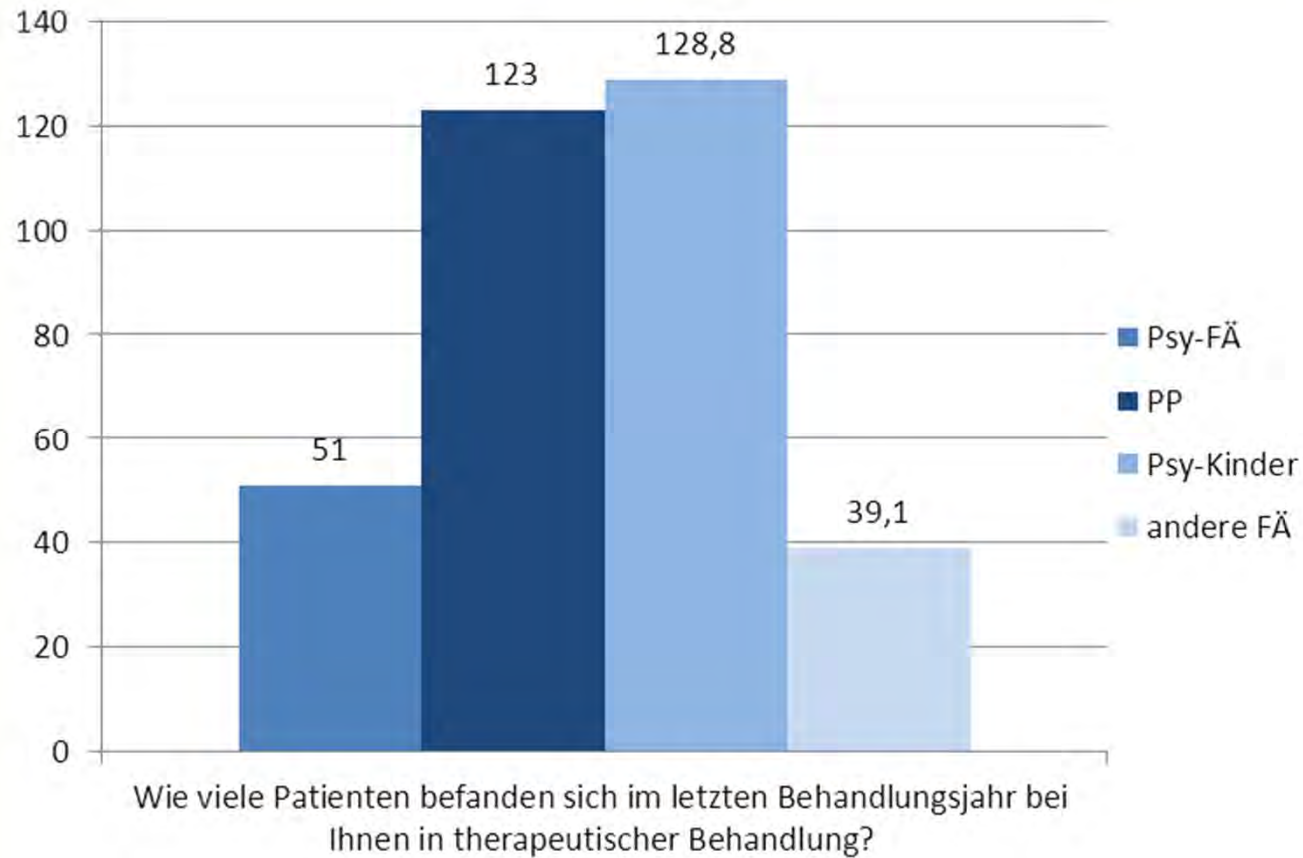
Vergleich zwischen den Berufsgruppen



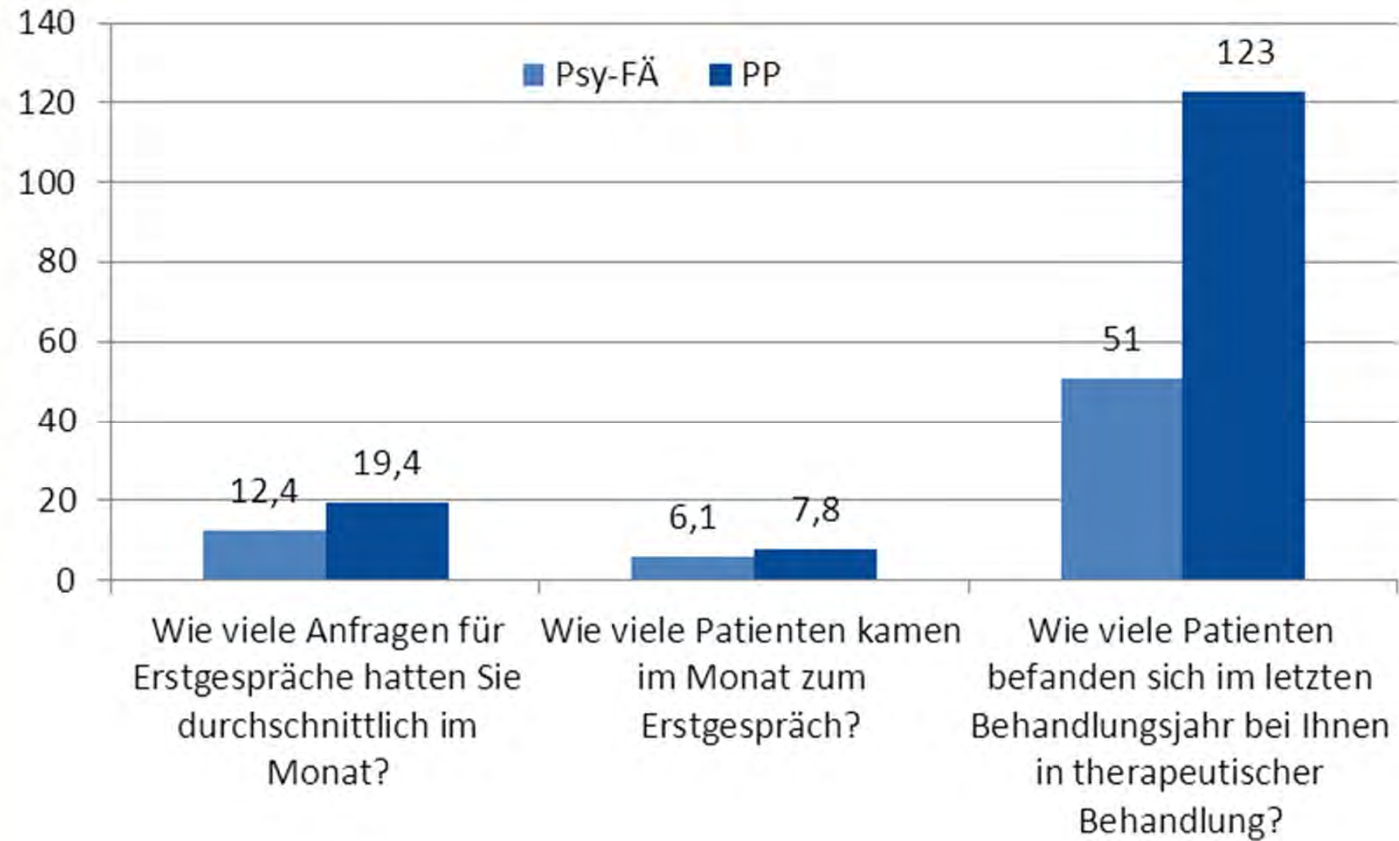
### A3

## Wie viele Patienten befanden sich bei im letzten Behandlungsjahr Ihnen in therapeutischer Behandlung?

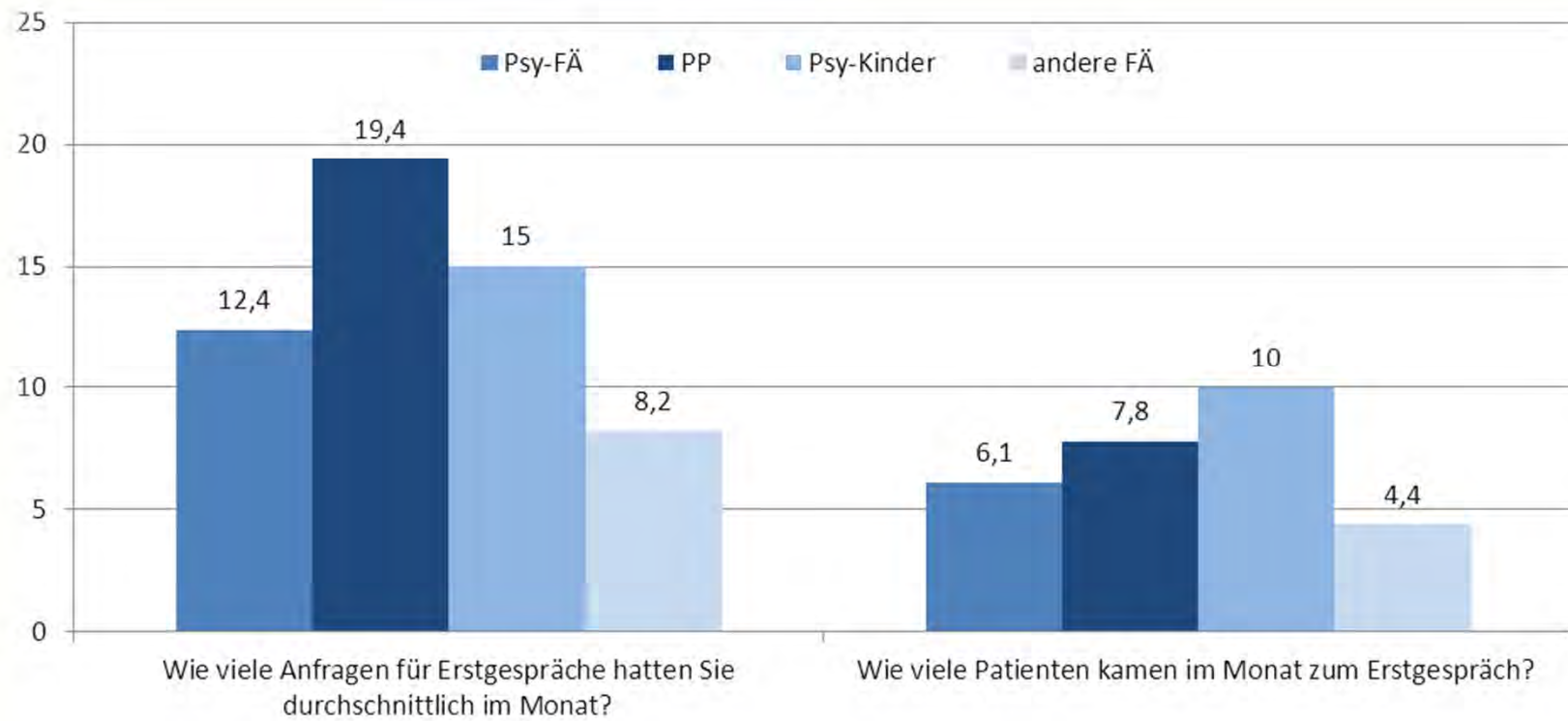
Vergleich zwischen den Berufsgruppen



## A1-A3 Vergleich zwischen Psy-FÄ und PP

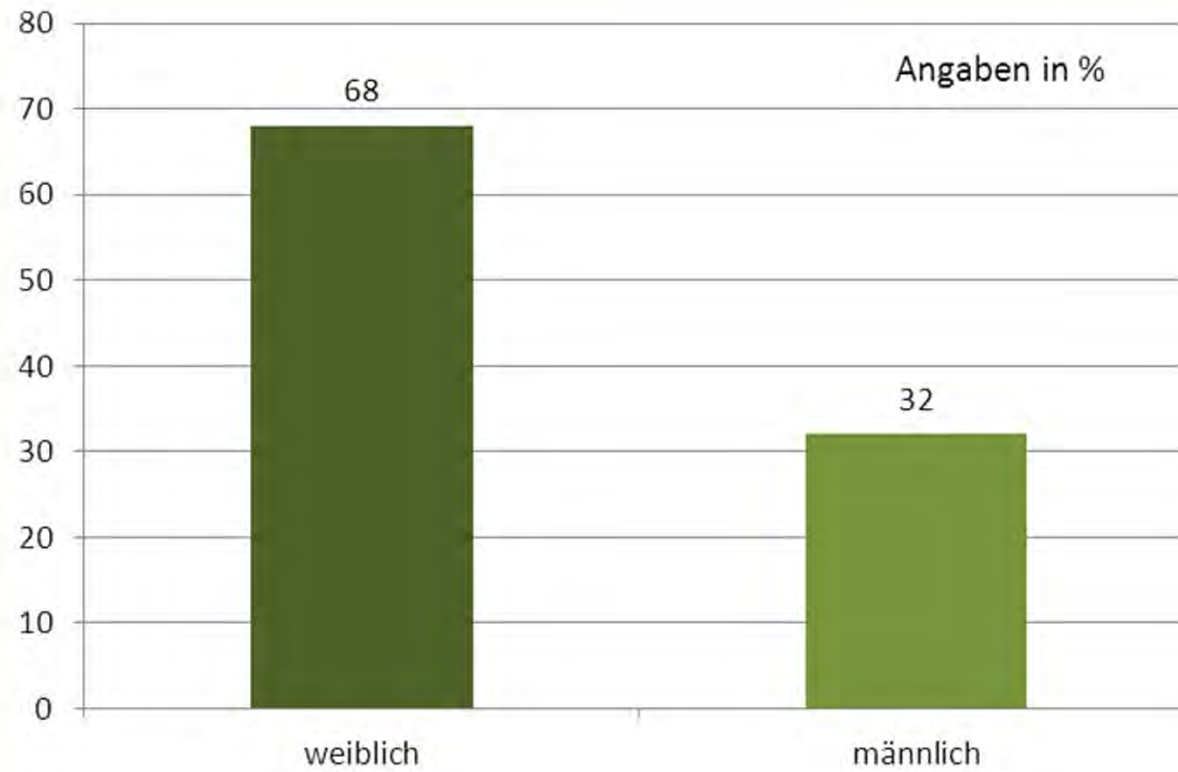


## A1-A2 Vergleich zwischen den Berufsgruppen



## A4

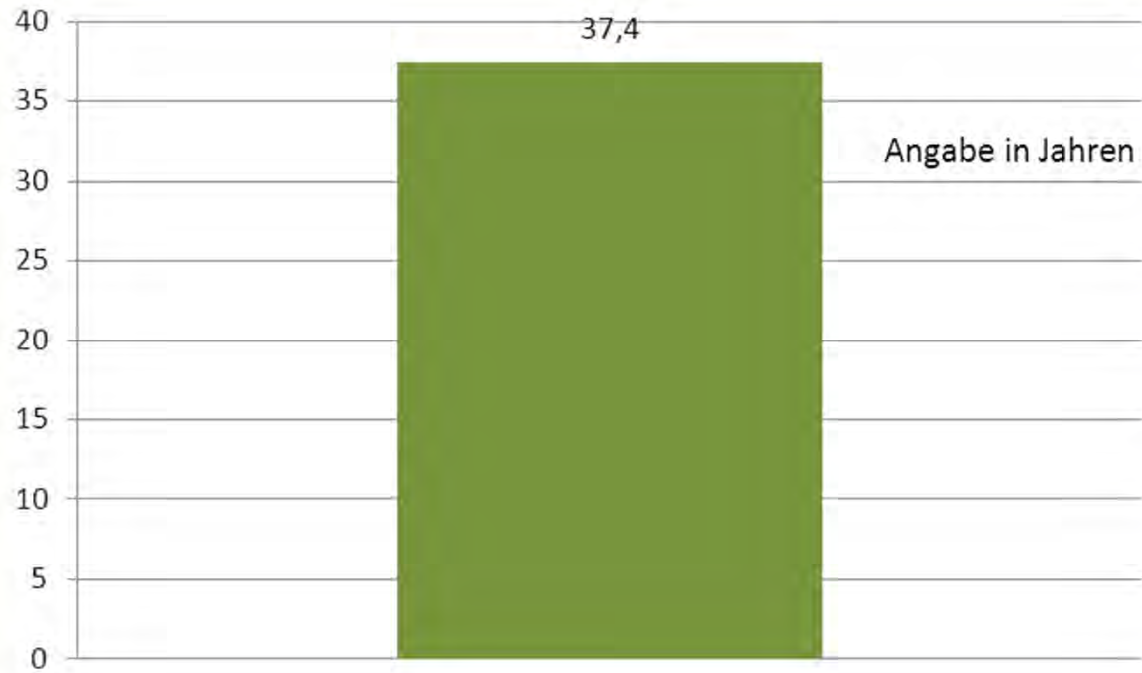
## Wie viele Ihrer Patienten sind...



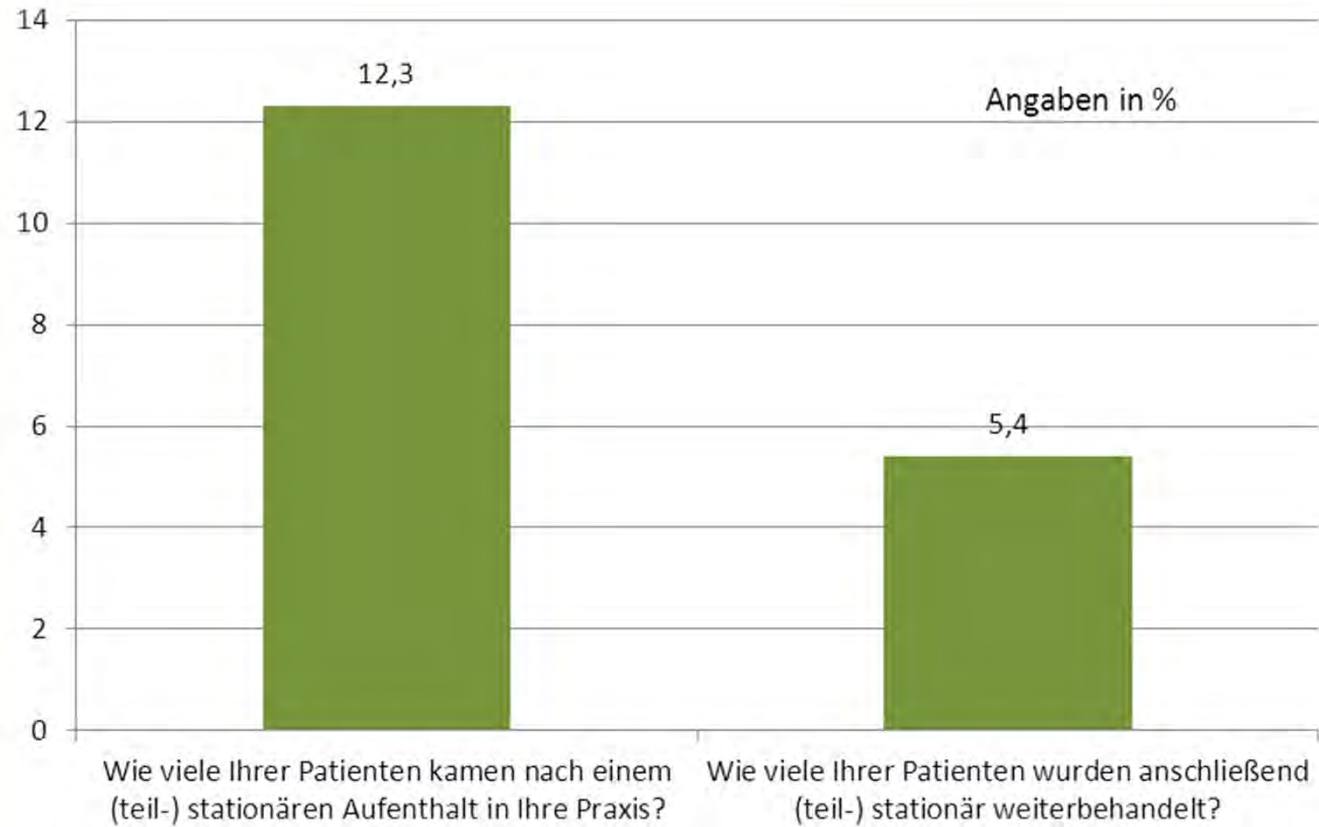


**A5**

**Wie hoch ist das Durchschnittsalter Ihrer Patienten? Allgemein**

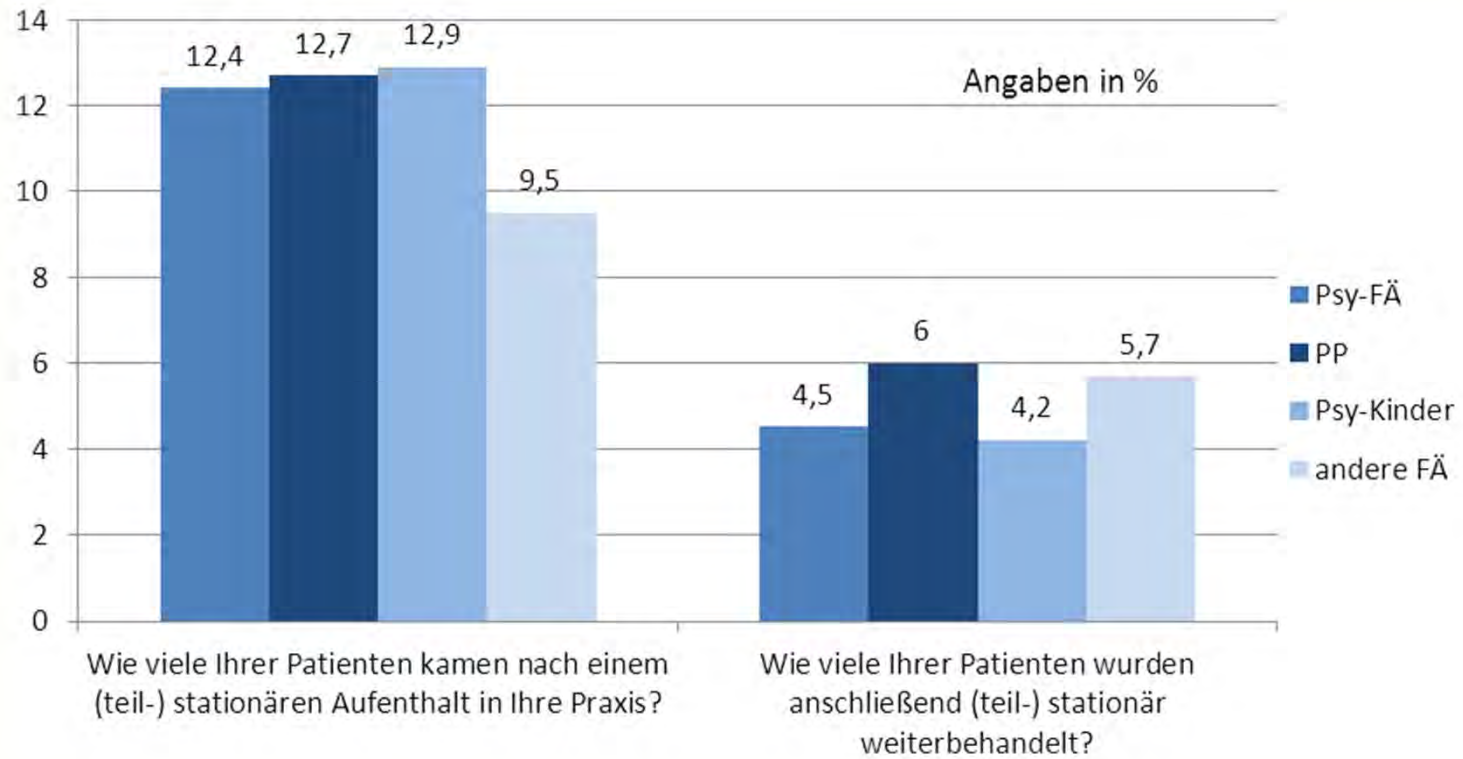


## A6 –A7 Allgemein



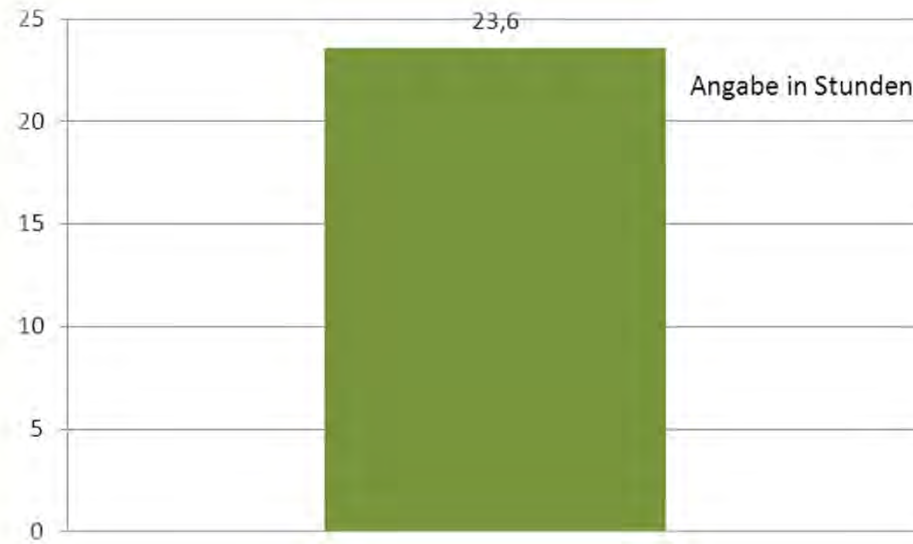
## A6 –A7

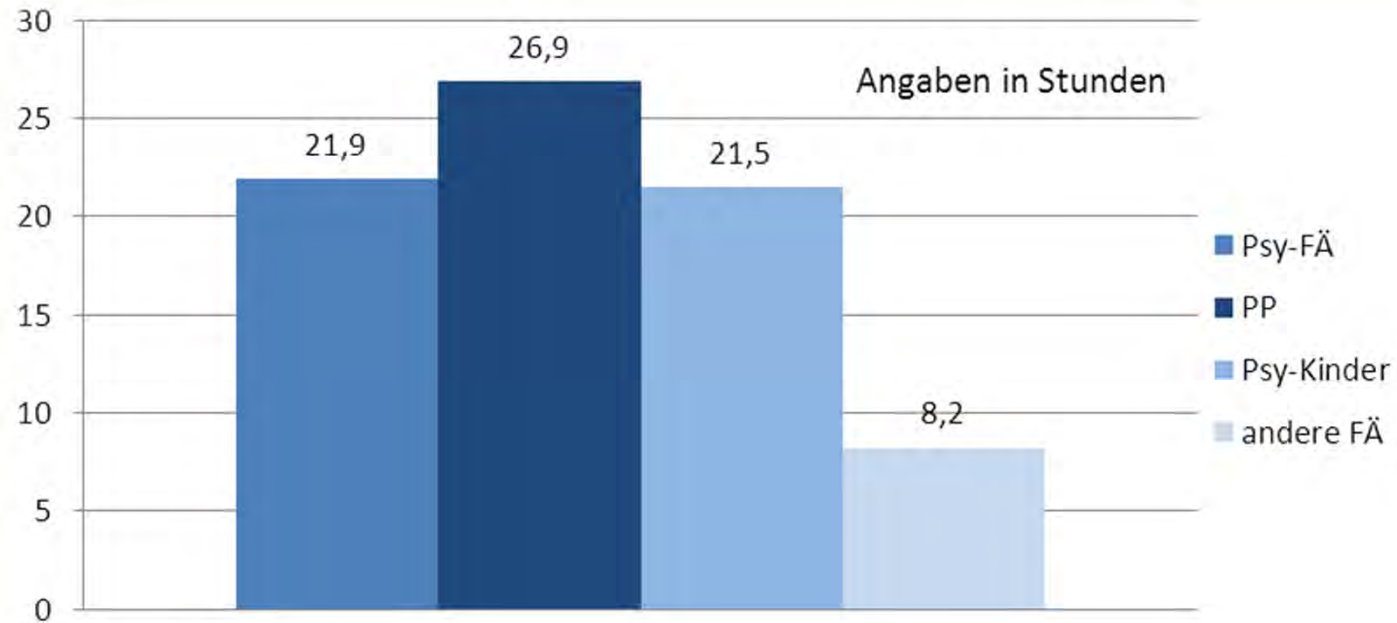
### Vergleich zwischen den Berufsgruppen





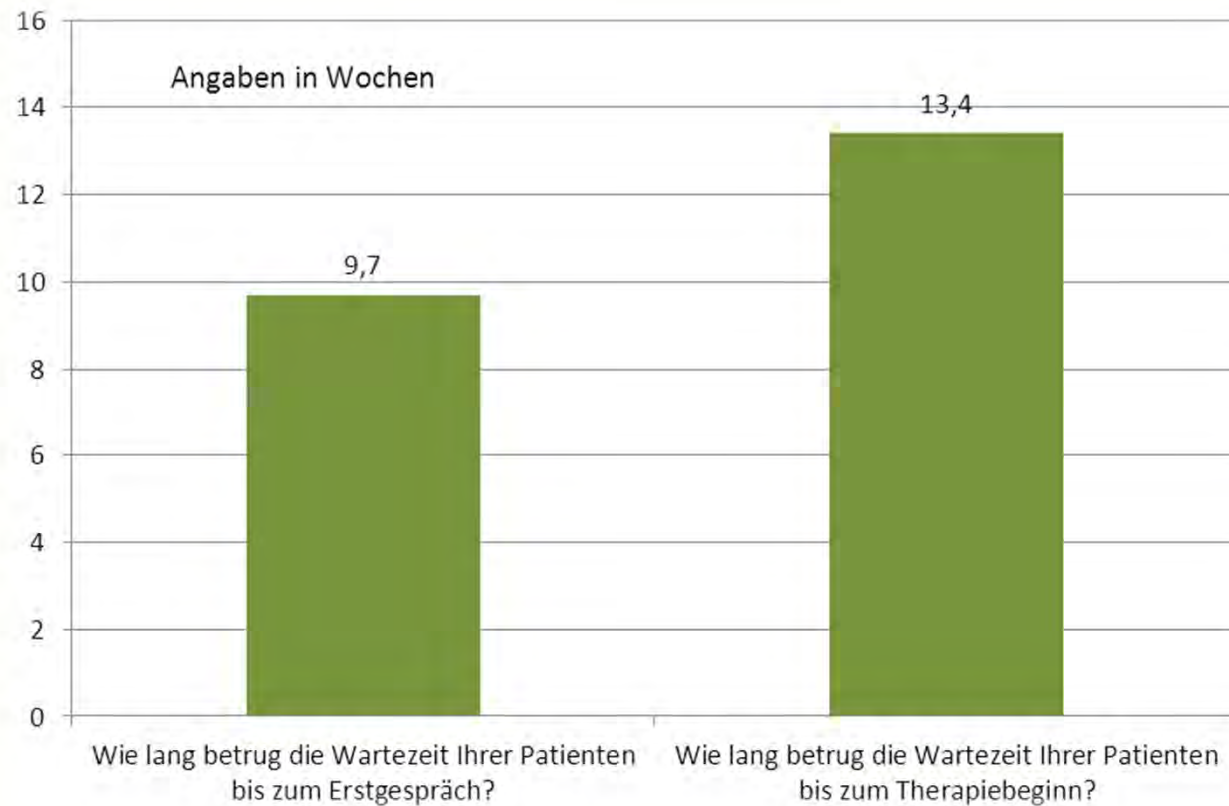
**B1**      **Wie viele Therapiestunden wurden von Ihnen durchschnittlich pro Woche durchgeführt?** Allgemein



**B1****Wie viele Therapiestunden wurden von Ihnen durchschnittlich pro Woche durchgeführt? Vergleich zwischen den Berufsgruppen**

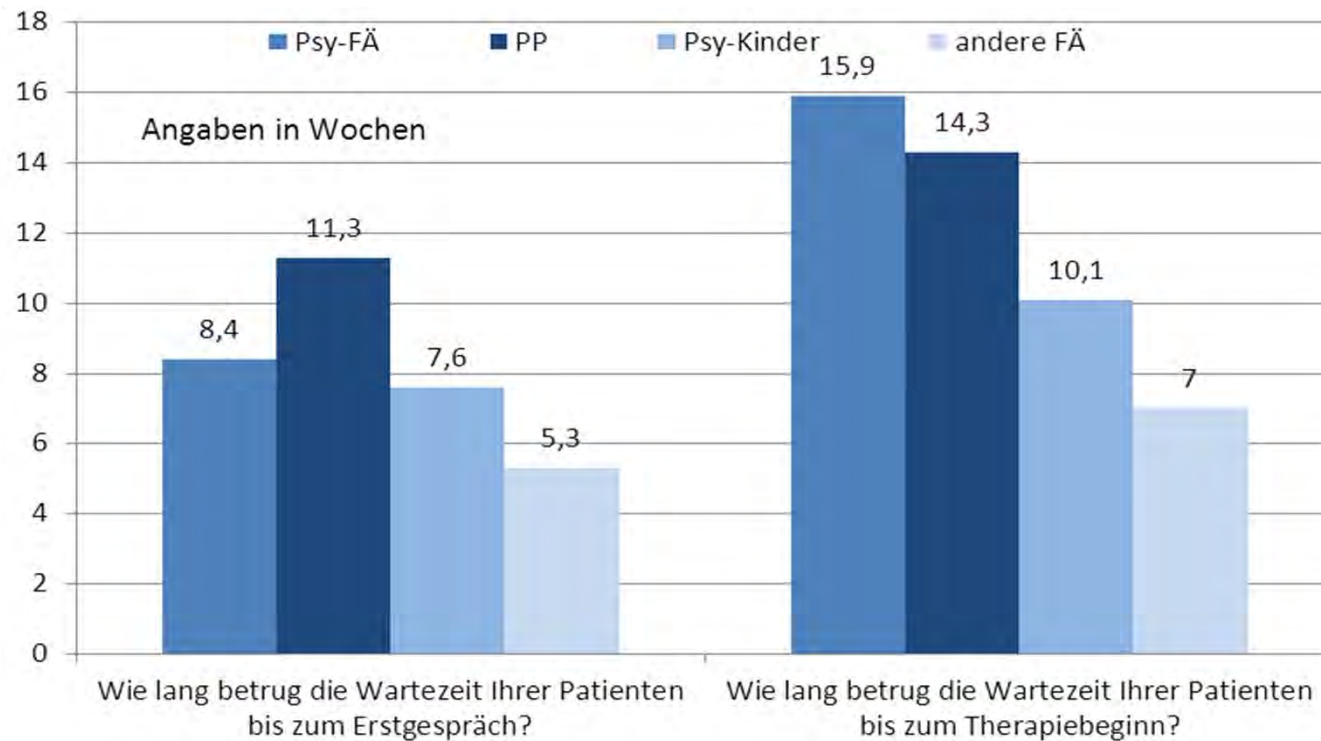
**B2**      **Wie lang betrug die durchschnittliche Wartezeit Ihrer Patienten bis zum Erstgespräch?**

**B3**      **Wie lang betrug die durchschnittliche Wartezeit Ihrer Patienten bis zum Therapiebeginn?** Allgemein



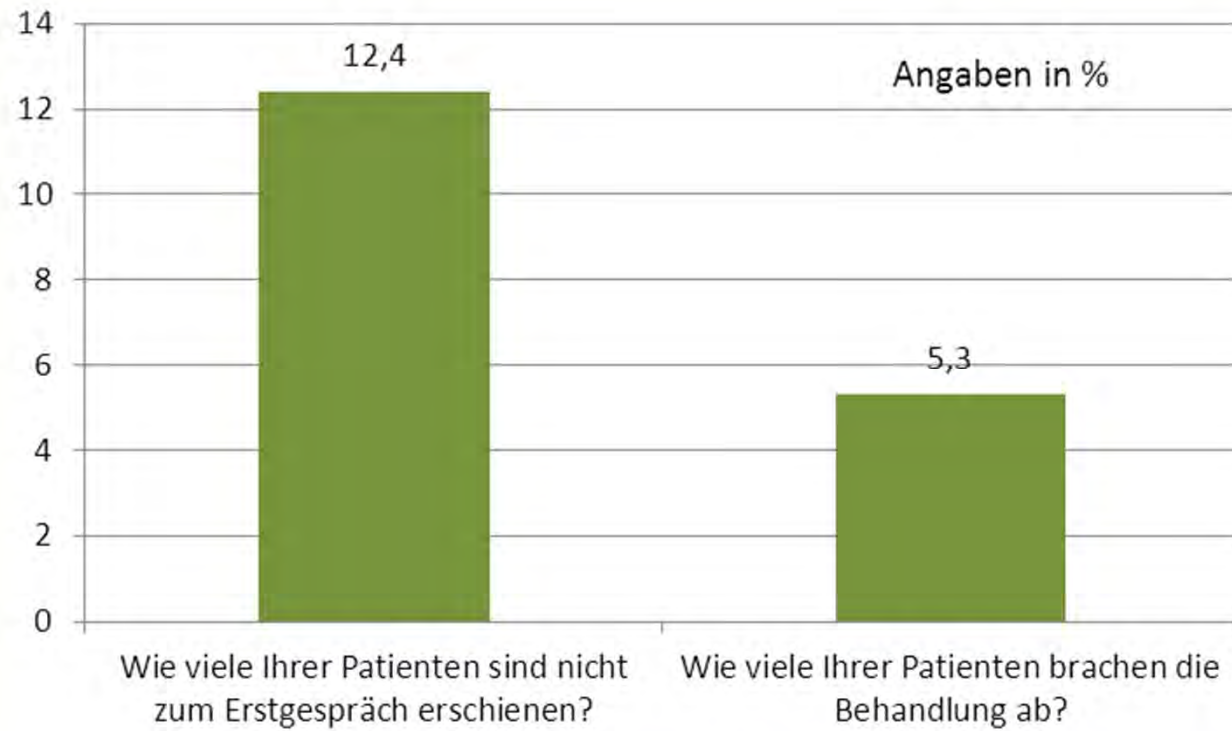
**B2** **Wie lang betrug die durchschnittliche Wartezeit Ihrer Patienten bis zum Erstgespräch?**

**B3** **Wie lang betrug die durchschnittliche Wartezeit Ihrer Patienten bis zum Therapiebeginn?** Vergleich zwischen den Berufsgruppen

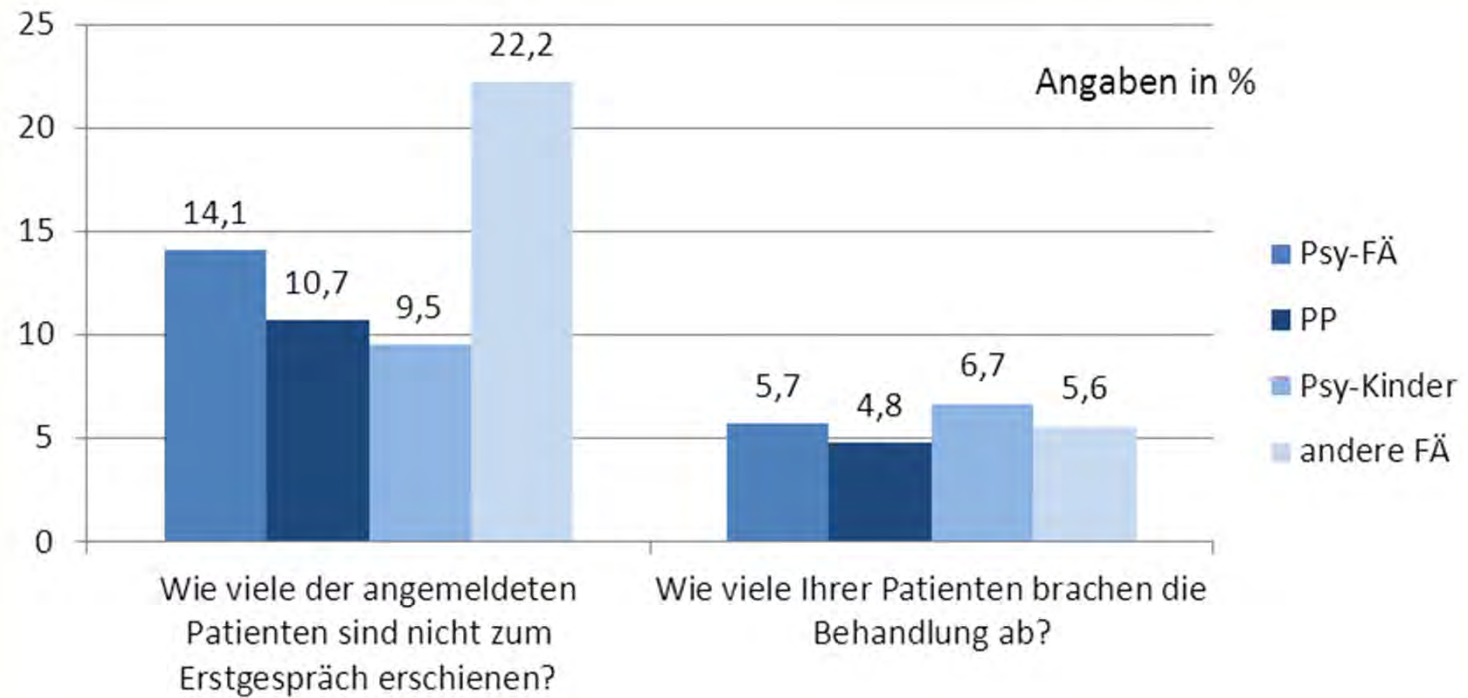




## B4 + B5 Allgemein

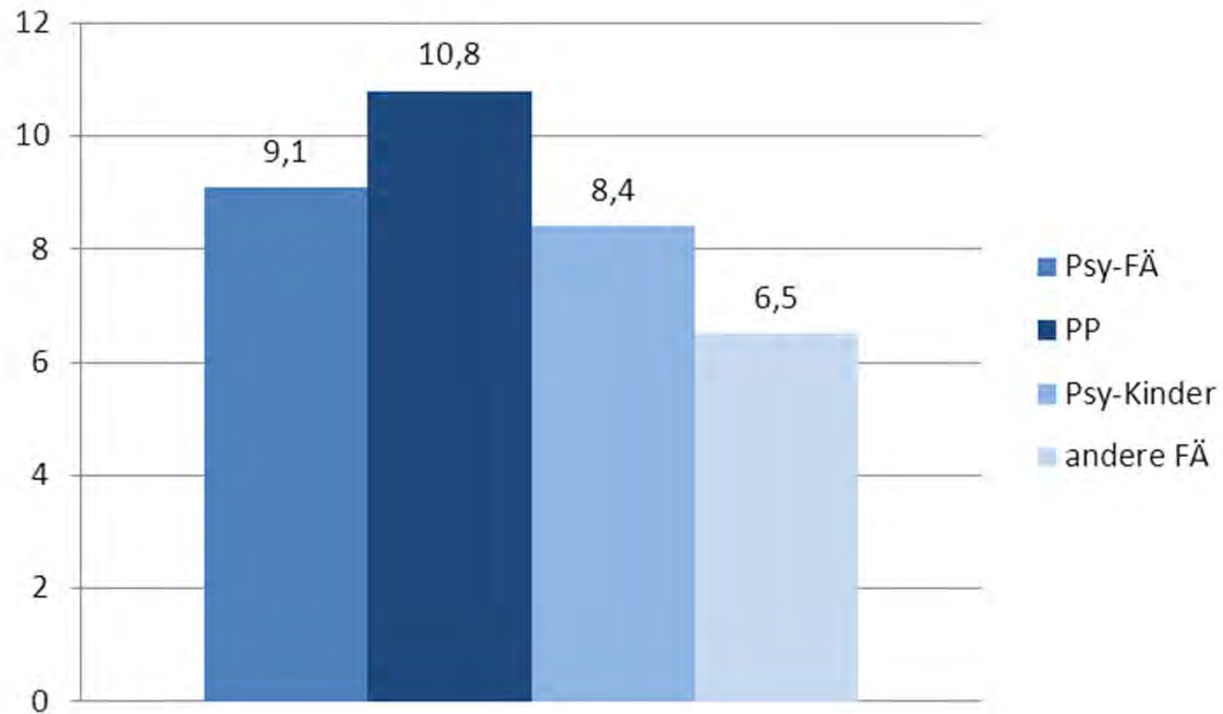


## B4 + B5 Vergleich zwischen den Berufsgruppen



**B6**

## Nach durchschnittlich viel vielen Sitzungen brachen die Patienten die Behandlung ab? Vergleich zwischen den Berufsgruppen



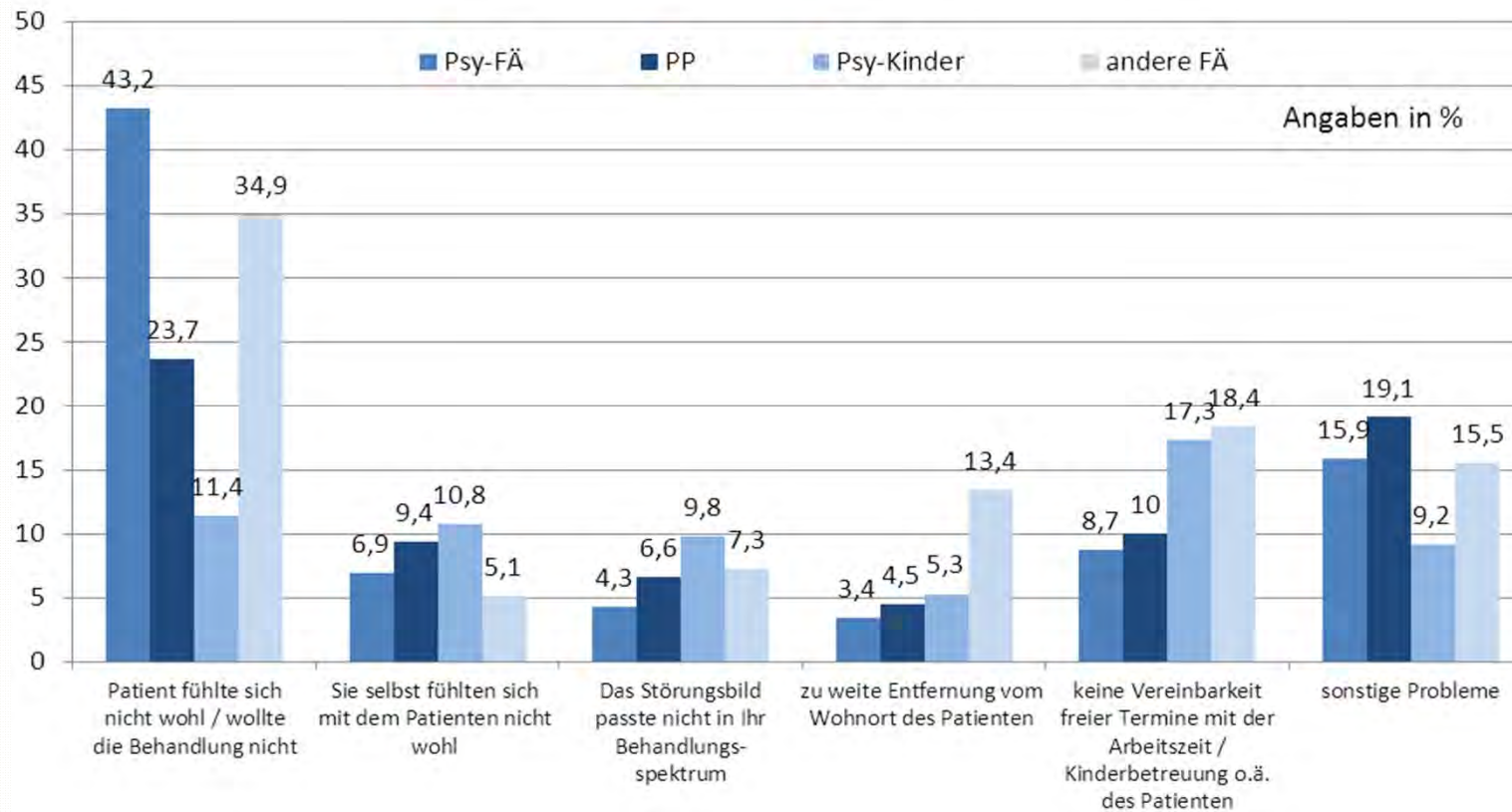
**B7****Welche Gründe sind diesen Abbrüchen zuzuschreiben? Allgemein**



## B7

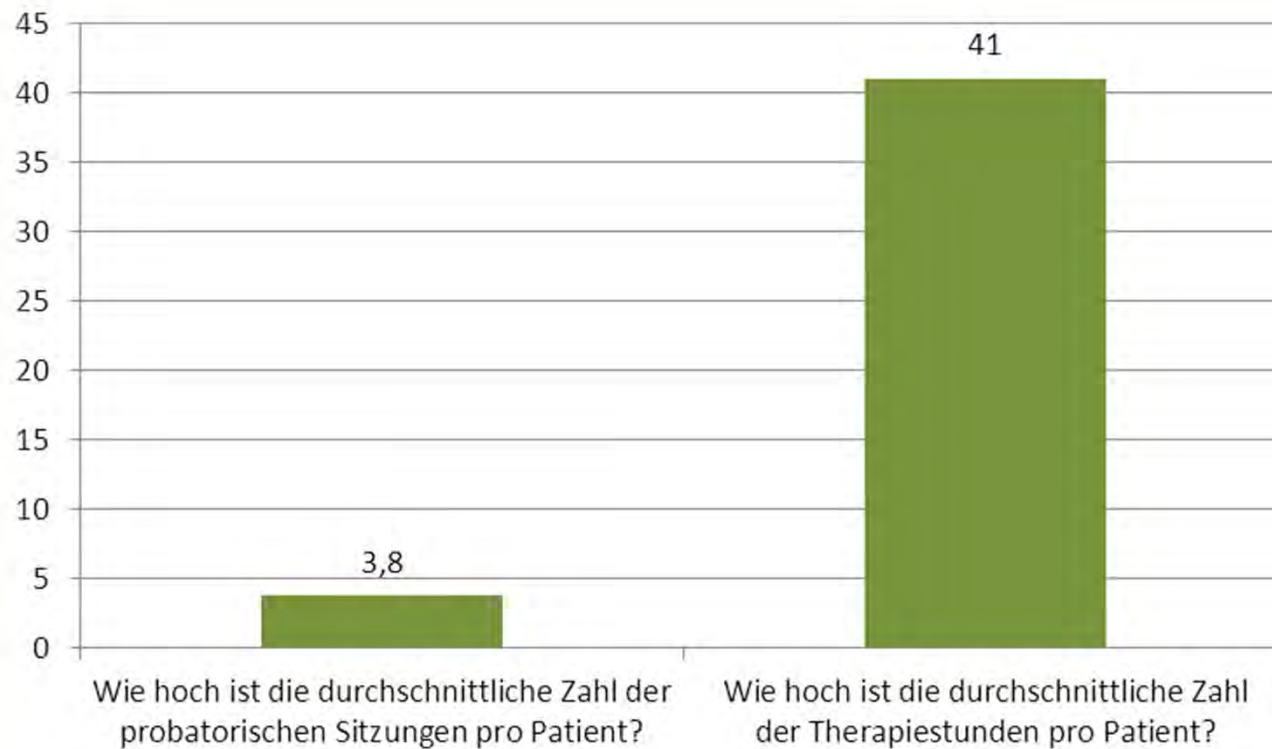
# Welche Gründe sind diesen Abbrüchen zuzuschreiben?

Vergleich zwischen den Berufsgruppen



**B8** Wie hoch ist die durchschnittliche Zahl der probatorischen Sitzungen pro Patient?

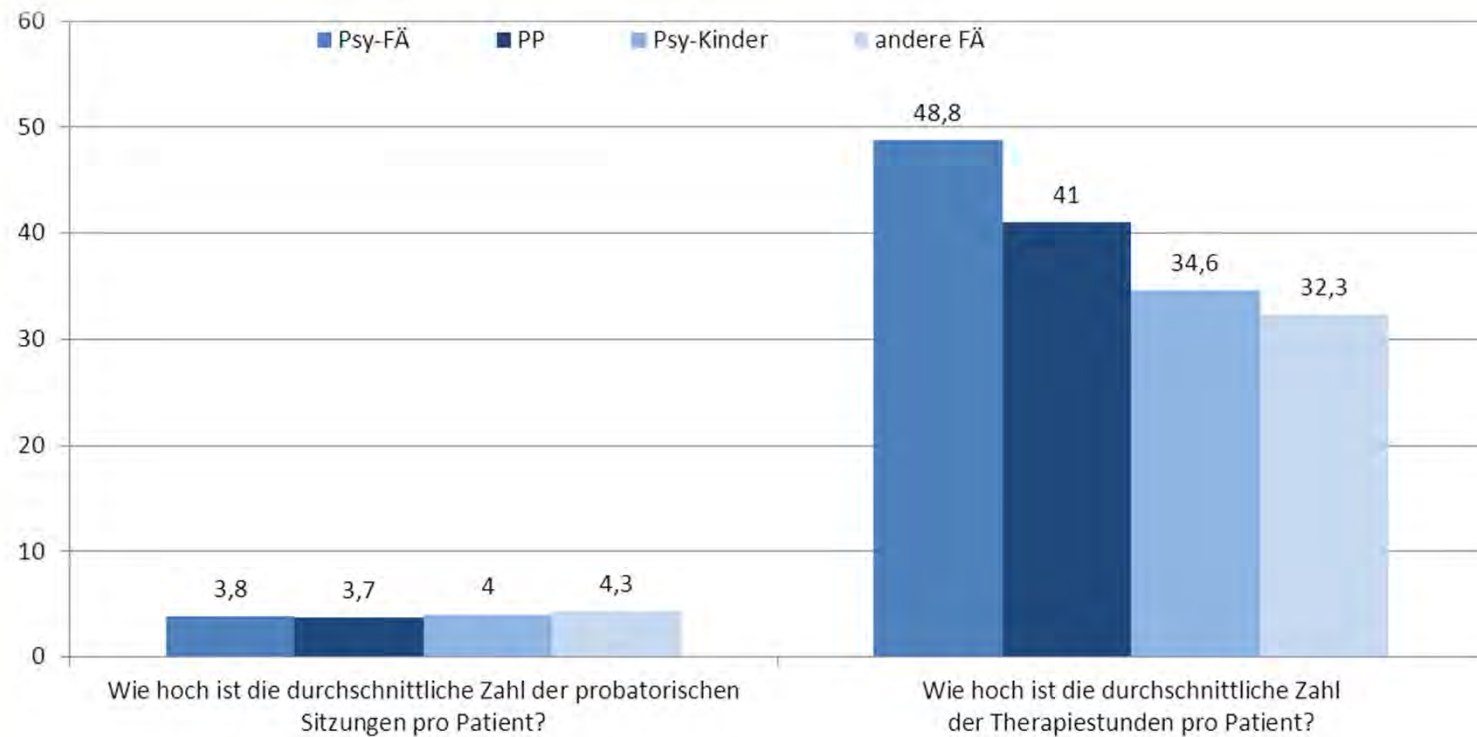
**B9** Wie hoch ist die durchschnittliche Zahl der Therapiestunden pro Patient?  
Allgemein



**B8** Wie hoch ist die durchschnittliche Zahl der probatorischen Sitzungen pro Patient?

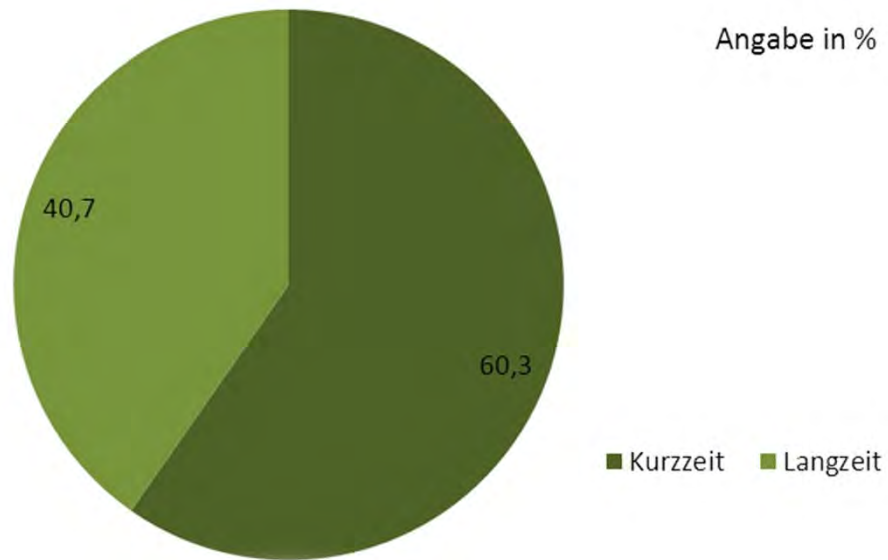
**B9** Wie hoch ist die durchschnittliche Zahl der Therapiestunden pro Patient?

Vergleich zwischen den Berufsgruppen



**B10**

**Welchen Umfang haben Ihre Behandlungsangebote gewöhnlich? Allgemein**

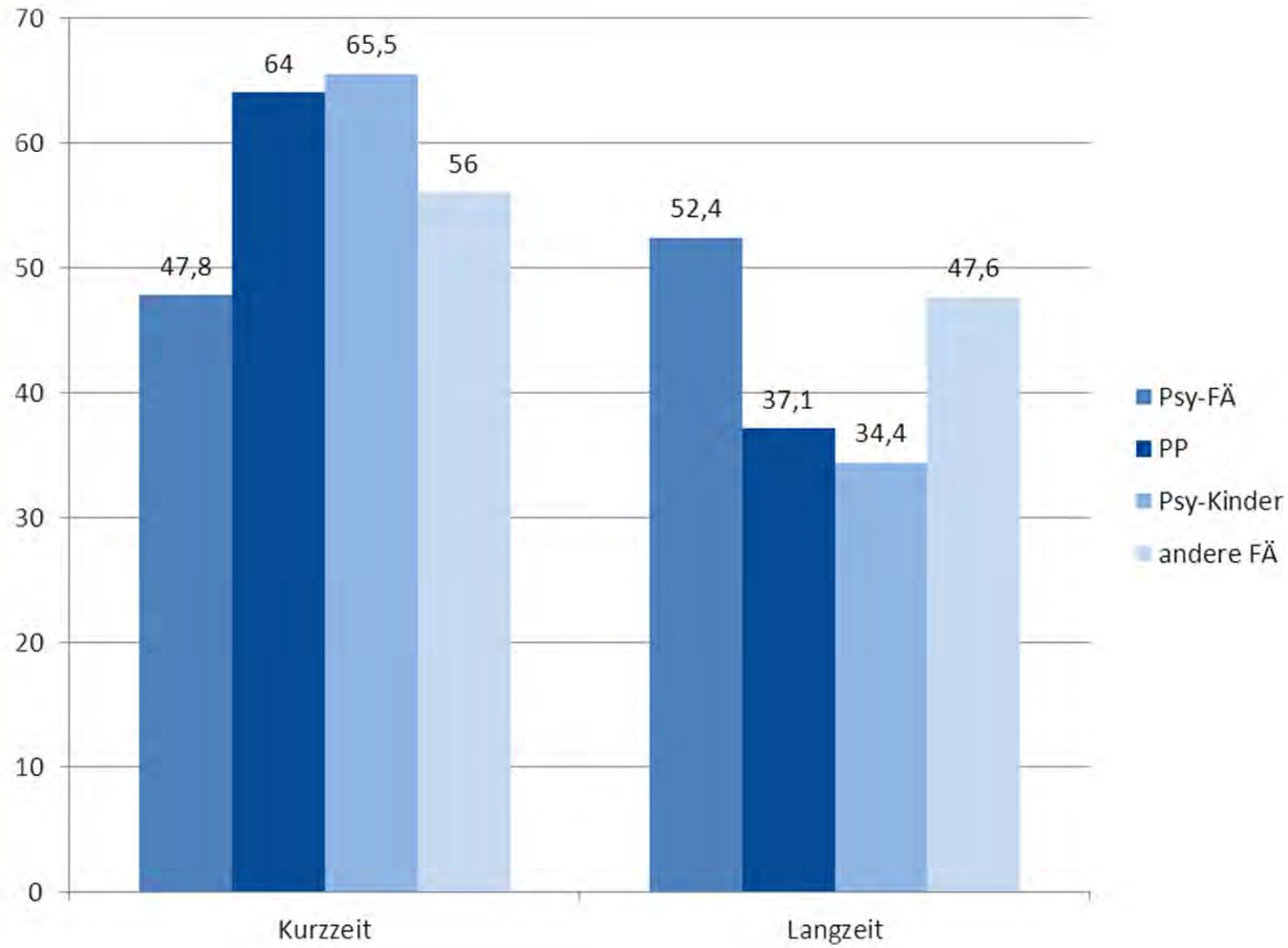




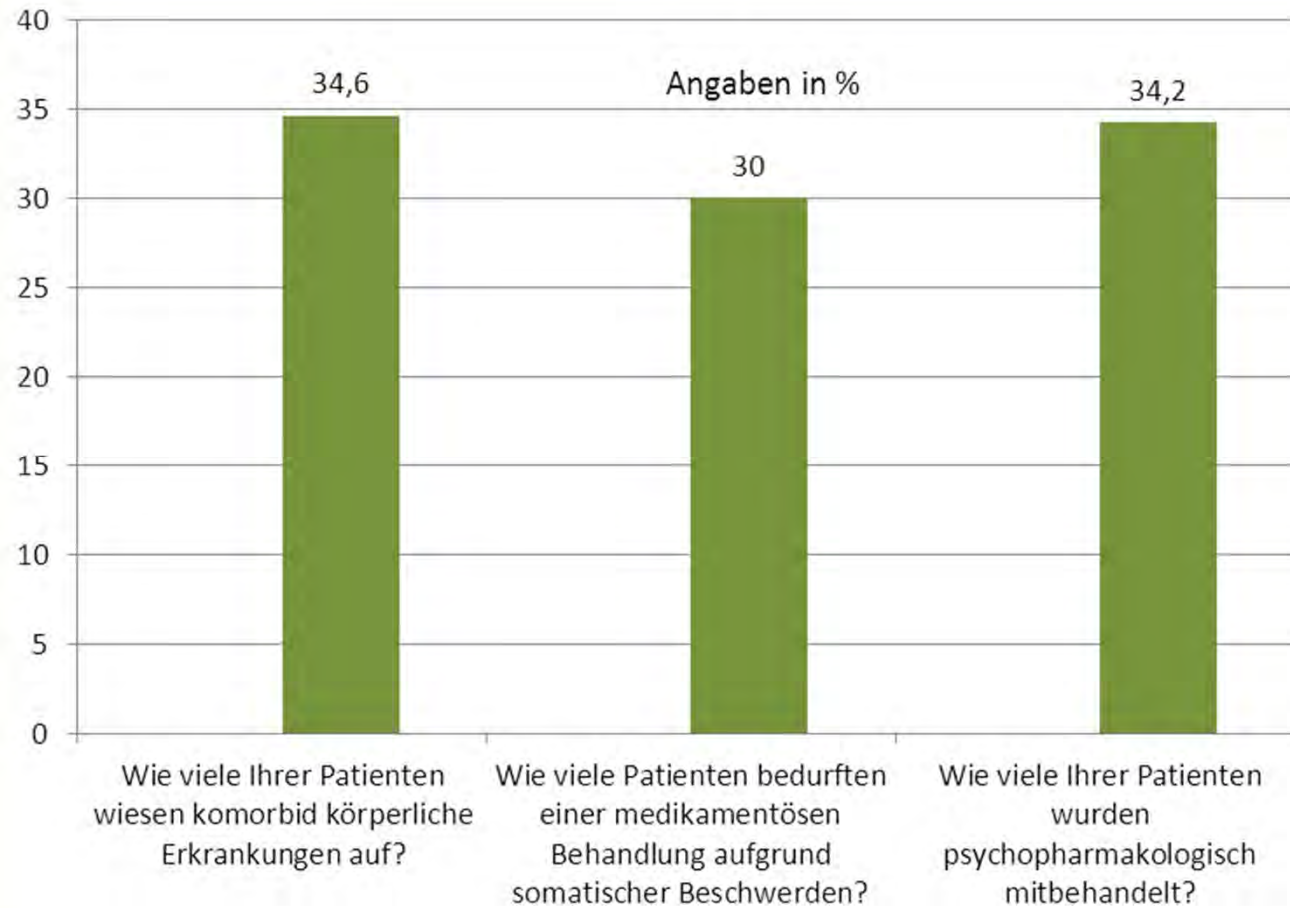
## B10

# Welchen Umfang haben Ihre Behandlungsangebote gewöhnlich?

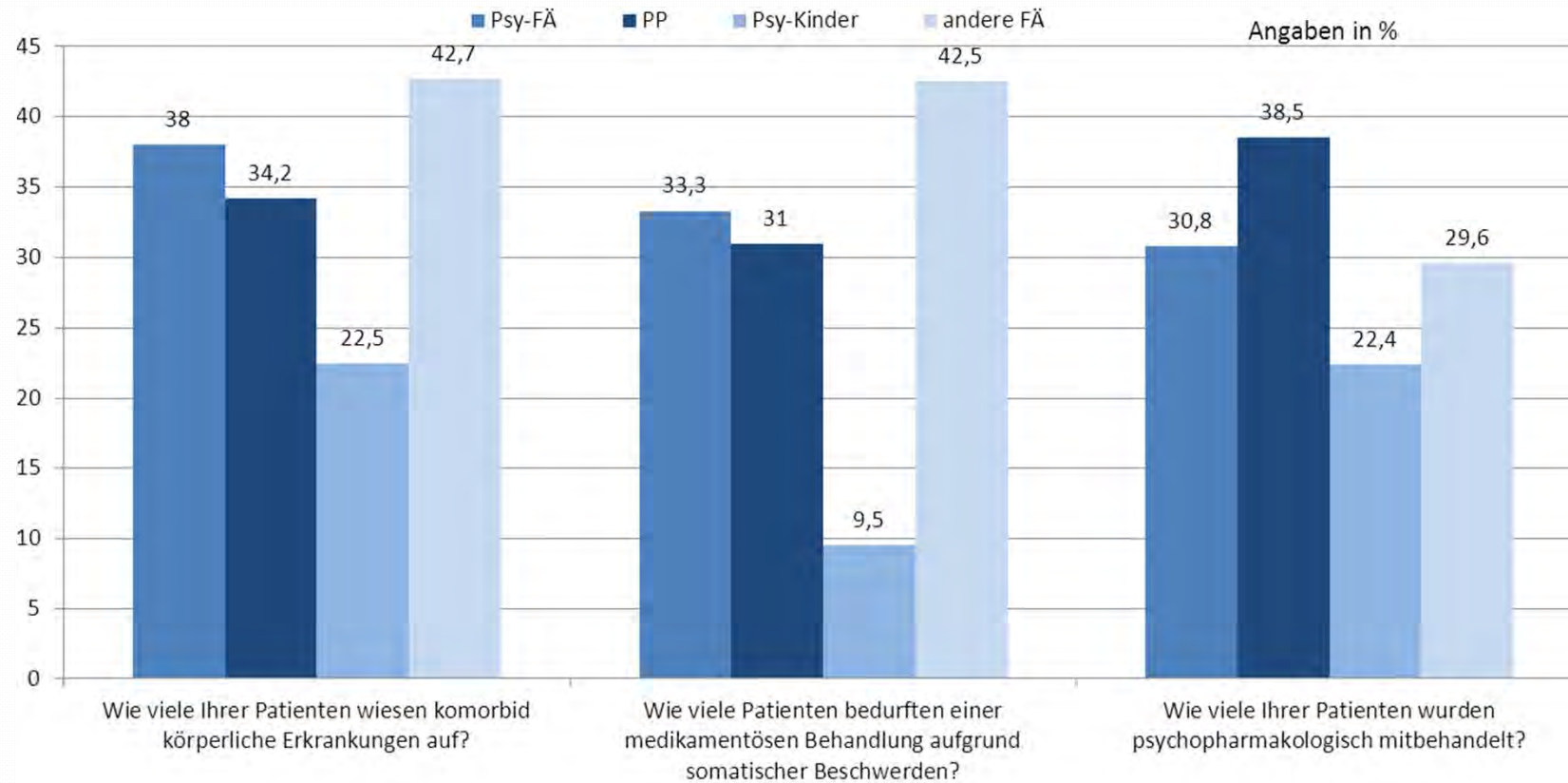
Vergleich zwischen den Berufsgruppen



## B12-B14 Allgemein



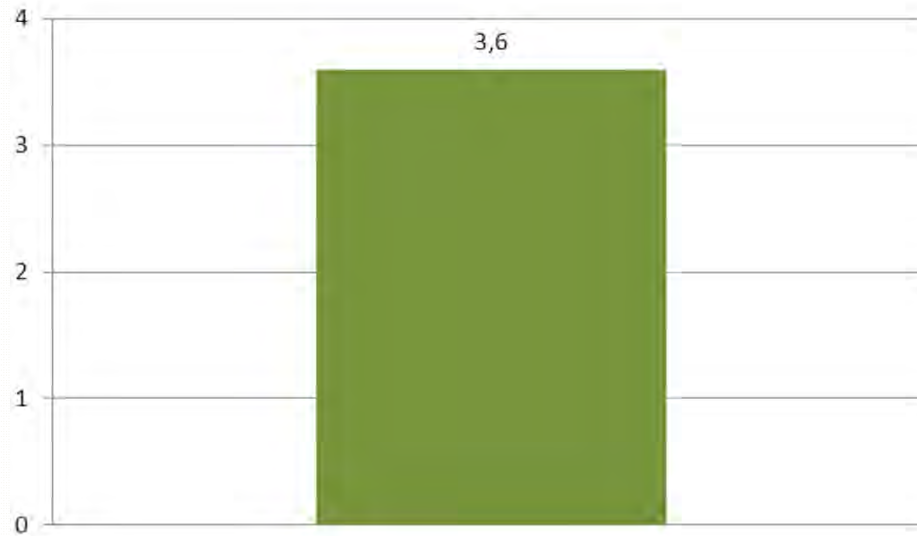
## B12-B14 Vergleich zwischen den Berufsgruppen



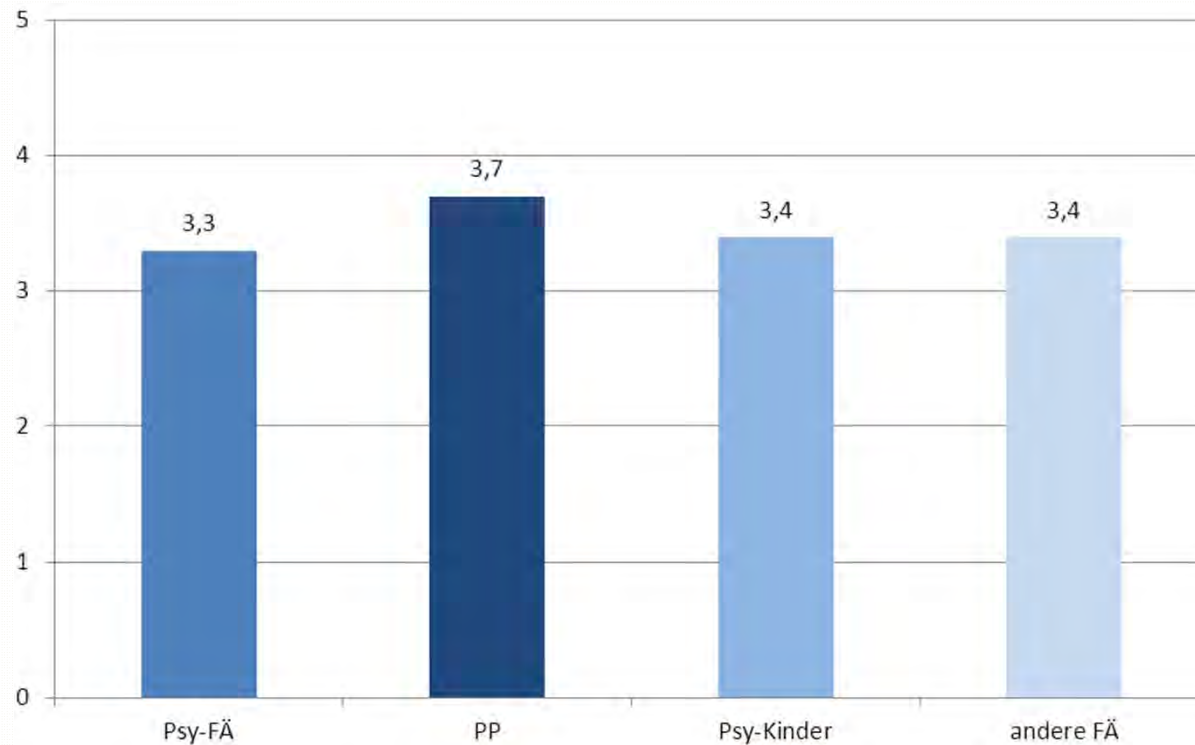


**B17**

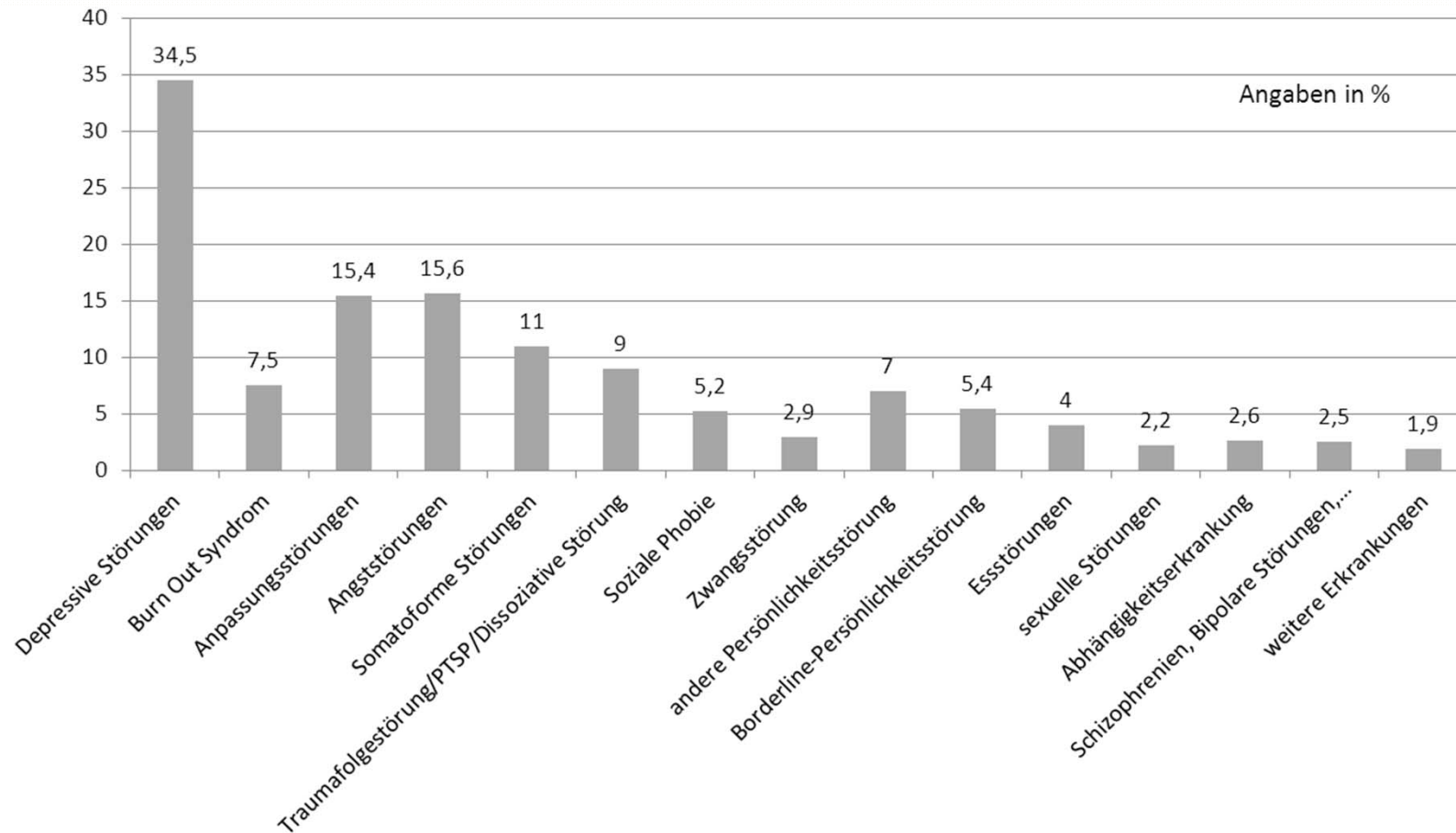
**Wie schätzen Sie die psychotherapeutische Versorgungslage in Ihrer eigenen Region ein?** (1=sehr gut; 2=gut; 3=befriedigend; 4=ausreichend; 5= mangelhaft) Allgemein



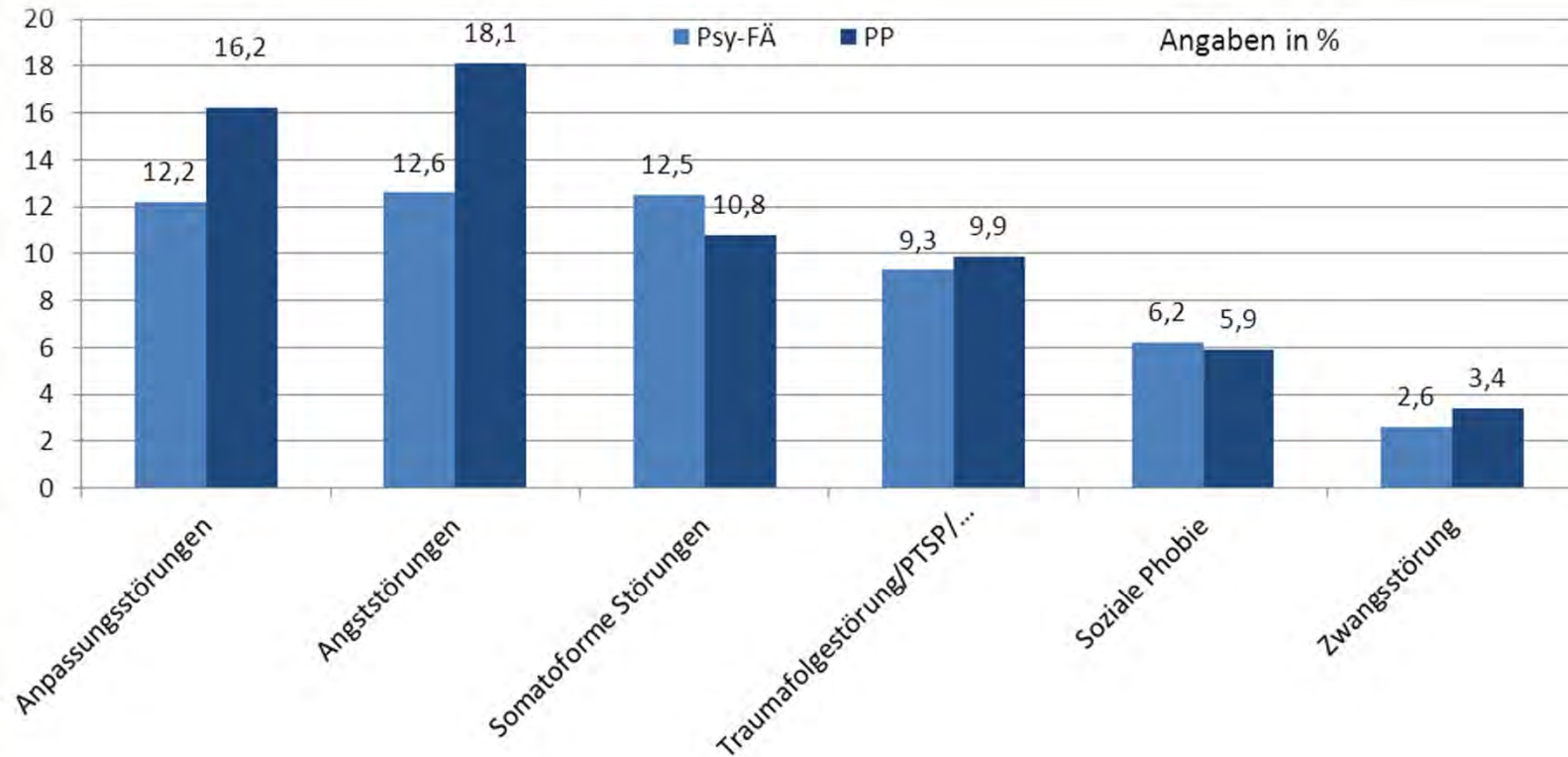
**B17** **Wie schätzen Sie die psychotherapeutische Versorgungslage in Ihrer eigenen Region ein?** (1=sehr gut; 2=gut; 3=befriedigend; 4=ausreichend; 5=mangelhaft)  
Vergleich zwischen den Berufsgruppen



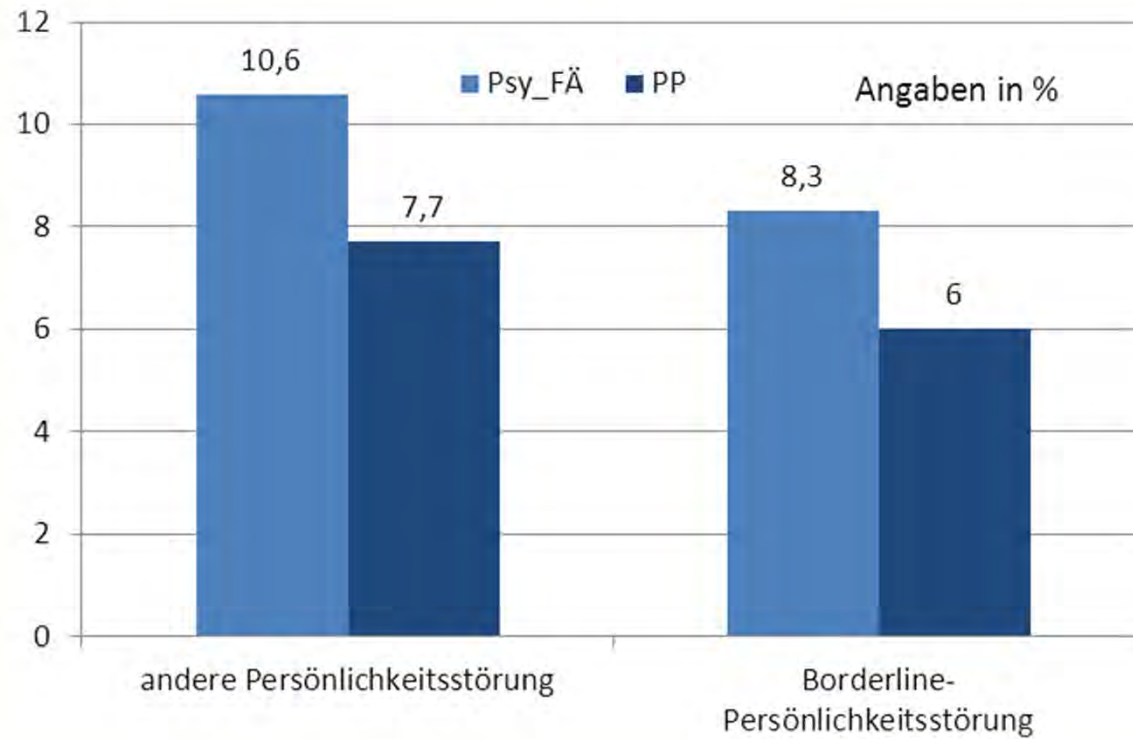
# C1 Welche Störungsbilder haben Sie im vergangenen Behandlungsjahr behandelt? Allgemein



# C1 Welche Störungsbilder haben Sie im vergangenen Behandlungsjahr behandelt? Vergleich Psy-FÄ und PP

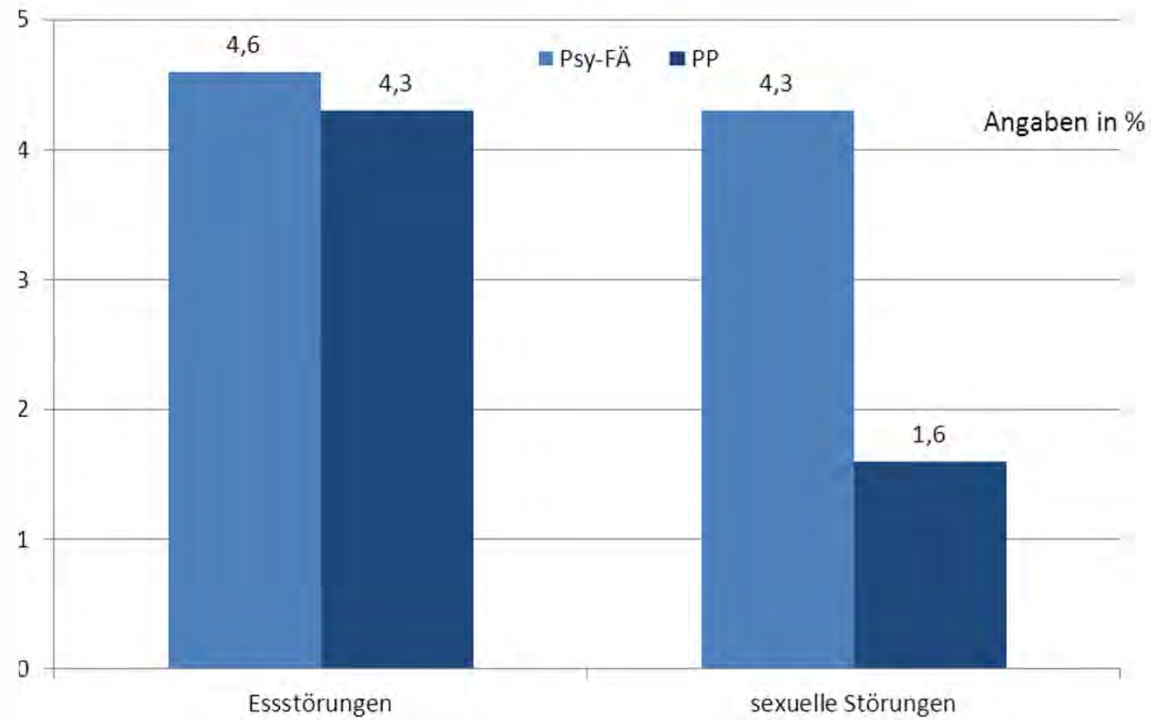


## C1 Welche Störungsbilder haben Sie im vergangenen Behandlungsjahr behandelt? Vergleich Psy-FÄ und PP

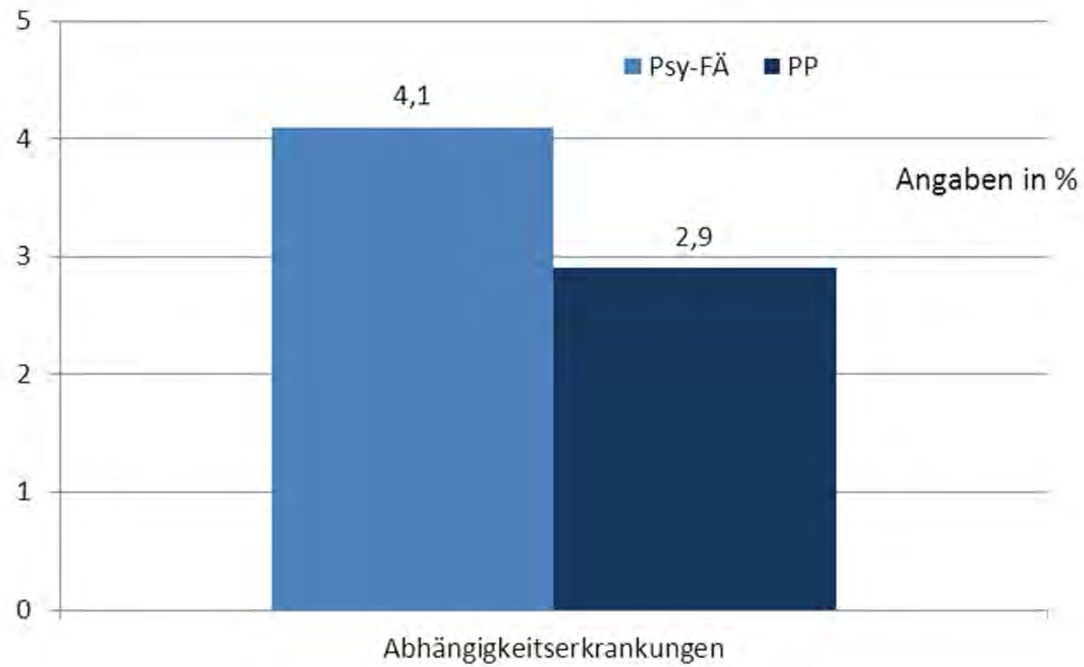




# C1 Welche Störungsbilder haben Sie im vergangenen Behandlungsjahr behandelt? Vergleich Psy-FÄ und PP

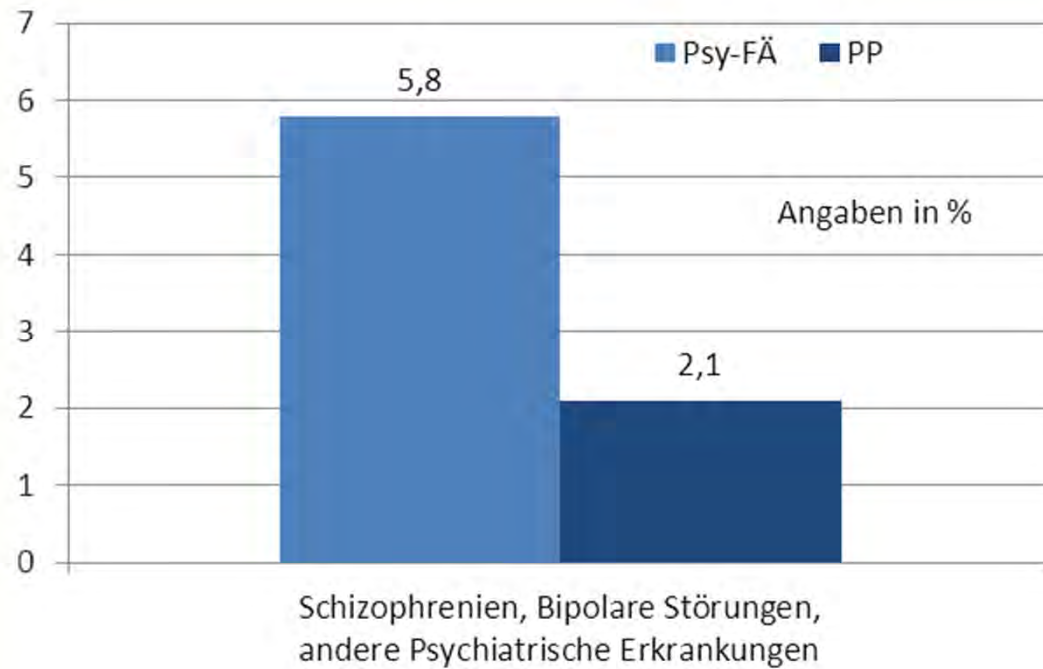


# C1 Welche Störungsbilder haben Sie im vergangenen Behandlungsjahr behandelt? Vergleich Psy-FÄ und PP



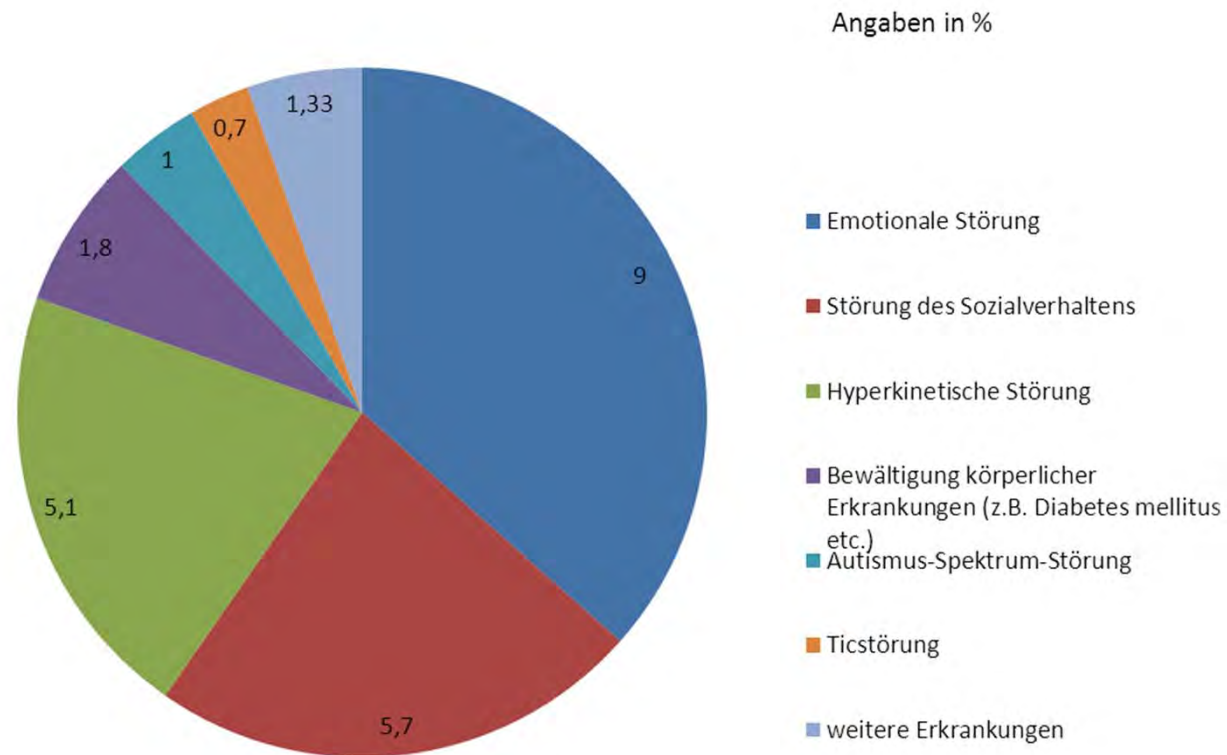


# C1 Welche Störungsbilder haben Sie im vergangenen Behandlungsjahr behandelt? Vergleich Psy-FÄ und PP



C2

## Welche Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend haben Sie im vergangenen Behandlungsjahr behandelt? Allgemein





## B Fragebogen für Niedergelassene

## FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER SPEZIFISCHEN ROLLE DER ÄRZTLICHEN UND PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPIE IN SACHSEN

ANGABEN ZU DEN PERSÖNLICHEN VORAUSSETZUNGEN		
Alter	Jahre	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Art der Praxis	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis
	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> MVZ
Ort der Niederlassung	PLZ _____	(die ersten 3 Zahlen)
Für welche Kostenträger arbeiten Sie prozentual?	Gesetzliche Krankenversicherung	%
	Private Krankenversicherung	%
	Selbstzahler	%
Art der Zulassung	<input type="checkbox"/> FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Psychotherapeutische Medizin <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut <input type="checkbox"/> andere FA – Zulassung:	
Für welche Zusatzgebiete ist eine Anerkennung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Psychoanalyse <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> sonstige:	
In welchem/n psychotherapeutischen Richtlinienverfahren sind Sie ausgebildet?	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> sonstige:	
Welche Therapieelemente werden in Ihrer Praxis angeboten?	<input type="checkbox"/> Einzelgespräch <input type="checkbox"/> Familientherapie <input type="checkbox"/> Traumatherapie (EMDR, IRRT,...) <input type="checkbox"/> Gestalttherapie <input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren <input type="checkbox"/> sonstige:	
	<input type="checkbox"/> Exposition	<input type="checkbox"/> DBT <input type="checkbox"/> IPT
	<input type="checkbox"/> Paartherapie	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
	<input type="checkbox"/> Psychodrama	<input type="checkbox"/> Hypnose
	<input type="checkbox"/> manualisierte Therapien	
Liegt in Ihrer Praxis eine Sicherstellungsassistenz vor?	<input type="checkbox"/> ja mit _____ Stunden <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>	
Ergänzungen:		



an Psychologische Psychotherapeuten:

Gründe für die Überweisung:

B16 | Worin sehen Sie die *spezifische Rolle* der *Ärztlichen* bzw. *Psychologischen Psychotherapie* bei der Versorgung psychisch Erkrankter?

B17 | Wie schätzen Sie die psychotherapeutische Versorgungslage in Ihrer eigenen Region ein?

1 = sehr gut     2 = gut     3 = befriedigend     4 = ausreichend     5 = mangelhaft

**TEIL C – ANGABEN ZU HAUPTDIAGNOSEN\***

\* Mehrfachnennungen möglich

C1	Bitte geben Sie an, welche Störungsbilder Sie im vergangenen Jahr behandelt haben.	
	<b>Hauptdiagnosen</b>	Angaben in %
1	Depressive Störungen	%
2	Burn-Out-Syndrom	%
3	Traumafolgestörungen / PTSD / Dissoziative Störungen	%
4	Anpassungsstörungen	%
5	Somatoforme Störungen und Schmerz	%
6	Essstörungen	%
7	Angststörungen (außer Soziale Phobie)	%
8	Soziale Phobie	%
9	Zwangsstörungen	%
10	Sexuelle Störungen	%
11	Abhängigkeitserkrankungen	%
12	Borderline-Persönlichkeitsstörung	%
13	andere Persönlichkeitsstörungen	%
14	Schizophrenien, Bipolare Störungen, andere psychiatrische Erkrankungen	%
15	Weitere Erkrankungen:	%
	<b>Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b>	Angaben in %
16	Hyperkinetische Störung	%
17	Störung des Sozialverhaltens	%
18	Emotionale Störung	%
19	Ticstörung	%
20	Autismus-Spektrum-Störung	%
21	Bewältigung körperlicher Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus etc.)	%
22	Weitere Erkrankungen:	%

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**





## **C Gesprächsleitfaden für Interviews mit niedergelassenen Therapeuten**

**Schulenintegration**

1. Sie haben eine Zulassung für... [VT, TP, PA] . Arbeiten Sie dennoch bewusst auch mit Elementen der... [VT, TP, PA] oder anderen Schulen [Gestalttherapie etc.]?
2. Nutzen Sie störungsspezifische Therapiemethoden [EMDR, IRRT, DBT etc.]?

**Versorgung**

3. Bieten Sie eine Akutsprechstunde an? [„ohne-Termin-Sprechstunde“]  
Wenn ja, in welchem Umfang [Wie oft / Wie viele Stunden]?  
Welche Möglichkeit der Abrechnung nutzen Sie dafür?
4. Kommt es vor, dass Sie Angebote außerhalb der Richtlinientherapie anbieten?  
Wenn ja, aus welchen Gründen? [z.B. Nachsorgetermine nach einer beendeten regulären Therapie]
5. Was bieten Sie Patienten an, deren Therapieantrag abgelehnt wurde?
6. Betreuen Sie auch Patienten aus dem ländlichen Umfeld?  
Wenn ja, wie viele (prozentual bezogen auf die Gesamtzahl Ihrer Patienten)?
7. Welche Gründe gibt es für die Mitversorgung? [Scham der Patienten / sehr lange Wartezeiten in ländlichen Gegenden etc.]

**Rolle der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapie**

8. Sehen Sie sich in einer besseren bzw. schlechteren Lage als Ihre [ärztlichen/psychologischen] Kollegen?
9. Es wird ja gern behauptet, dass die ärztlichen Kollegen die schwierigeren Patienten behandeln/übernehmen. Wie sehen Sie das?
10. **(Für Ärzte:** Bieten Sie auch eine rein medikamentöse Therapie an?)
  - Wenn ja: schwierigere Fälle welcher Art?(Schizophrenie, Depression...)
  - Wo liegt Ihre Belastungsgrenze/ Lehnen Sie auch Patientengruppen ab? Welche?
  - Wie viele Ihrer Patienten nehmen auch Medikamente?
  - Wie viele gibt es mit (nur) einer Diagnose?
11. Werden Sie von Ihren Patienten auch um ärztliche Ratschläge zu Diagnostik und Therapie somatischer Beschwerden gebeten?
12. Sind Sie der Meinung, ärztliche Psychotherapeuten sollten Vorrechte haben bei der Behandlung von körperlich stark beeinträchtigten psychisch Erkrankten?
13. Wie wichtig finden Sie die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen?

**„Berufspolitik“**

14. Das neue Versorgungsstrukturgesetz ist ja derzeit Gegenstand vieler Diskussionen. Engagieren Sie sich denn berufspolitisch? Wenn ja, in welcher Form?
15. In einer Studie der Techniker Krankenkasse wurde festgestellt, dass die Zahl der in Anspruch genommenen Therapiesitzungen nicht größer wird, wenn das Genehmigungsverfahren und damit die Begrenzung der Stundenzahl entfallen. Das heißt, Therapeuten nutzen diese „Freiheit“ nicht aus.  
Was halten Sie von dem derzeitigen Verfahren der Begutachtung und Genehmigung von bestimmten Stundenzahlen?
  - Wie gehen Sie mit diesen Antragsverfahren um? Arbeiten Sie mit Kurzzeitanträgen?
 Gäbe es für Sie alternative Modelle, die Ihnen den therapeutischen Arbeitsalltag erleichtern würden? Wie sehen diese aus?

16. Was halten Sie von der Idee, die zahlenmäßige Begrenzung der Kassensitze – so wie bei den Zahnärzten bereits geschehen – aufzuheben? Wo sehen Sie ggf. Vor- und Nachteile?
17. Wie schätzen Sie die psychotherapeutische Versorgungslage in Sachsen ein?
18. Was erwarten Sie in den kommenden Jahren hinsichtlich der Versorgung psychisch Erkrankter? Was wünschen Sie sich? Wo sehen Sie die Ärztliche und Psychologische Psychotherapie in 5 Jahren?
  - Sehen Sie eine Entwicklung zu einer Spezialisierung für spezifische Störungsbilder bei Ärztlichen Psychotherapeuten?
  - Sollte es weitere Spezialisierungen geben?