



Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie

Vorläufiger Abschlussbericht
Dezember 2011

Initiative zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie

Prof. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Prof. Stephan Herpertz, Bochum

Dr. Christa Schaff, Weil der Stadt

Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Prof. Peter Falkai, Göttingen

Prof. Peter Henningsen, München

Prof. Dr. Martin Holtmann,
Hamm/Bochum

Dr. Frank Bergmann, Aachen

Dr. med. Mathias Langkafel, Hattingen

Zusammenfassung

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes machen deutlich, dass die im Psychotherapeutengesetz gegebene Definition die von Ärzten geleistete Psychotherapie nicht hinreichend beschreibt, weil diese nicht nur verfahrensbezogene Richtlinienpsychotherapie einschließt, sondern sich in hohem Maße evidenzbasierter störungsorientierter Methoden und störungsübergreifend eingesetzter Techniken bedient. Ärztliche Psychotherapie kann **folgendermaßen definiert** werden: Sie ist ein geplanter interaktioneller Prozess nach ausführlicher Diagnostik unter definierter Zielsetzung und gezielter Auswahl von Methoden und Techniken oder eines Verfahrens. Die Therapieplanung und -durchführung ist eingebettet in einen ärztlichen Erfahrungskontext von leichten, aber auch schweren Erkrankungen und das Wissen um bio-psychosoziale und psychosomatische Zusammenhänge. Oft, aber nicht immer geht Ärztliche Psychotherapie mit einem definierten Anfang und einem ins Auge gefassten Ende einher; daneben gibt es auch jahrlange oder gar lebenslange niederfrequente Psychotherapien bei besonders schwerwiegenden und chronisch verlaufenden Erkrankungen oder auch begleitend zu einer somatisch-medizinischen Behandlung bei lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankungen. Ärztliche Psychotherapie meint immer einen inhaltlich zusammenhängenden Prozess, der sowohl eine Gesamtmindestanzahl von sechs, eine Behandlungsdichte von mindestens sechs Behandlungen innerhalb von einem halben Jahr als auch eine Mindestdauer einer psychotherapeutischen Intervention von 20 min einschließt. Ärztliche Psychotherapie schließt eine hohe Flexibilität in Inhalt und Dosis ein angesichts der Schwere und Akuität der behandelten Störungen als auch des wechselnden und z. T. geringen Funktionsniveaus der behandelten Patienten. Schließlich kann der Ärztliche Psychotherapeut aufgrund seiner ärztlich-naturwissenschaftlichen Grundausbildung Psychotherapie in einen Gesamtbehandlungsplan einbauen und mit medikamentösen sowie sozialtherapeutischen Interventionen kombinieren.

Neben vielen Gemeinsamkeiten gibt es auch Unterschiede im Selbstverständnis der Psychotherapie anbietenden ärztlichen Berufsgruppen, die sich auch in den Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung widerspiegeln.

Der **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**, ähnlich wie der Facharzt für Nervenheilkunde, sieht sich zur Sicherung der Versorgung in einer Region gefordert, eine hohe Anzahl von Menschen aus dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen zu behandeln, die besonders individuelle Behandlungsheuristiken erfordern. Er erbringt die ganze Bandbreite psychotherapeutischer Leistungen vom psychotherapeutischen Gespräch bis hin zu den antragspflichtigen Leistungen, vom zeitlich definierten Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bis hin zur lebenslangen niederfrequenten Behandlung von Patienten mit besonders schwerwiegender Chronifizierung. Sehr deutlich machen die Versorgungsdaten, dass die gegenüber anderen psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen vergleichbar sehr hohe Fallzahl (ca. 8x so hoch; in Ostdeutschland noch höher) auf Kosten der Intensität der Behandlung pro Patient geht.

Der hohe ärztliche Versorgungsbedarf spiegelt sich auch in den hohen Fallzahlen in **Facharztpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie** wider. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt bei der diagnostischen Erkennung des breiten Spektrums psychischer Störungen bei jungen Menschen bis 21 Jahren, was mit dem höchsten Anteil diagnostischer Leistungsziffern pro Behandlungsfall zu belegen ist. Ihre therapeutische Arbeit erfolgt weniger mit Richtlinien-Psychotherapie als vielmehr störungsspezifisch und systembezogen mit Gesprächsleistungen. Die eine Hälfte arbeitet in sog. „klassischen Praxen“ vorrangig mit Gesprächsleistungen –z.B. mit familientherapeutischen und/oder störungsspezifischen Interventionen – oder mit Richtlinien-Psychotherapie. Die andere Hälfte

arbeitet mit einem sozialpsychiatrischen Team zusammen und versorgt deutlich mehr Patienten mit weniger Einzelleistungen des Arztes pro Fall (sog. sozialpsychiatrische Praxen mit Finanzierung über die Sozialpsychiatrie-Pauschale).

Die Domäne **der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** ist die Psychotherapie im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie; sie erbringen verglichen mit allen anderen psychotherapeutisch arbeitenden Berufsgruppen die meisten antragspflichtigen Leistungen pro Patient. Durch die Richtlinienpsychotherapie und das gegenwärtige Honorierungssystem sind der ambulanten Versorgung von Patienten mit psychosomatischen wie auch somatopsychischen Störungen von Seiten der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Grenzen gesetzt, wenngleich auch ein nicht unerheblicher Anteil der Versorgung dieser Arztgruppe auf nicht-antragspflichtige Gesprächsleistungen entfällt. Der wachsenden Zahl von primär chronisch körperlichen erkrankten Patienten mit komorbiden psychischen Störungen muss die ambulante Versorgung Rechnung tragen, indem verfahrensübergreifende, störungsorientierte und zeitlich flexiblere Behandlungsangebote gemacht werden können, was sicherlich auch eine Verkürzung der Wartezeiten auf eine solche Behandlung zur Folge hätte.

Auf der Grundlage der im Rahmen der Untersuchung herangezogenen Quellen und vor allem der Ergebnisse des Diskussionsforums ist nicht davon auszugehen, dass Annahmen über spezifische Profile verschiedener Fachgruppen ärztlicher Psychotherapeuten **auf Seiten der Patienten** existieren. Insgesamt legen die Ergebnisse des Diskussionsforums nahe, dass sich Betroffene einer verwirrenden Zahl unterschiedlicher Berufs- und Facharztbezeichnungen ausgesetzt sehen, die ihnen keine brauchbare Informationsgrundlage für ihren Entscheidungsprozess bieten.

Folgende Schlussfolgerungen sind in Hinblick auf **notwendige Maßnahmen** zu ziehen:

- Die künftige Profilierung der Psychotherapie durch Ärzte bzw. die Ärztliche Psychotherapie muss schärfer herausgearbeitet werden.
- Es werden genauere Untersuchungen zu quantitativen und vor allem qualitativen Merkmalen der psychotherapeutischen Tätigkeit benötigt, die vor allem ein genaueres Bild der fachärztlichen Gesprächsleistungen entwerfen können.
- Die einzelnen an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen sind gefordert, ihr Selbstverständnis als ärztliche Psychotherapeuten und ihren Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung präziser herauszuarbeiten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1 Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie.....	3
1.2 Zielsetzung.....	4
2. Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland.....	5
2.1 Stationäre Versorgung.....	5
2.2 Ambulante Versorgung: Analyse der Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV (Sonderauswertung)	6
2.2.1 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie:	8
2.2.2 Nervenheilkunde	9
2.2.3 Neurologie	9
2.2.4 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	9
2.2.5 Psychologische Psychotherapeuten	9
2.2.6 Ärztliche Psychotherapeuten:	10
2.2.7 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	10
2.2.8 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	11
2.2.9 Sonstige psychotherapeutisch tätige Ärzte	11
2.2.10 Exkurs: Hausärzte	12
2.2.11 Zwischenfazit der Analyse der KBV Daten:.....	12
3. Selbstdefinition ärztlicher Psychotherapeuten	15
3.1 Ergebnisse der Analyse der Positionspapiere	15
3.2 Ergebnisse des Diskussionsforums zur Selbstdefinition Ärztlicher Psychotherapie.....	15
3.3 Zwischenfazit: Selbstdefinition Ärztlicher Psychotherapie	18
4. Ärztliche Psychotherapie in der Wahrnehmung der Patienten	18
4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche zur Patientensicht.....	18
4.2 Ergebnisse der Analyse von Webauftritten der Mitglieder des Aktionsbündnis Seelische Gesundheit	19
4.3 Ergebnisse des Diskussionsforums zur Patientensicht.....	20
4.4 Zwischenfazit: Patientensicht.....	21
5. Synopse und Diskussion	21
6. Literaturverzeichnis.....	28
7. Anhang.....	30
Abkürzungsverzeichnis	Anhang - 1

Abbildungsverzeichnis.....	Anhang - 2
Tabellenverzeichnis.....	Anhang - 23
Transkription des Diskussionsforums - Inhaltsverzeichnis.....	Anhang - 30

1. Einleitung

1.1 Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie

Psychische Erkrankungen betreffen Erwachsene, Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Lebensphasen. Psychotherapie ist in vielen Behandlungen ein unverzichtbarer und hochwirksamer Baustein. Die psychotherapeutische Versorgung bestreiten psychotherapeutisch tätige Ärzte¹, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Schnell und Herpertz 2011; Grobe et al. 2007).

Dabei existieren unterschiedliche Definitionen von Psychotherapie. Dies wird bei der Gegenüberstellung folgender Definitionen deutlich:

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch aversal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.“ (Strotzka 1978)

„§1 (3) Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 13112)).

Die erste beschreibende Definition kann auf eine Vielzahl von Verfahren, Methoden und Techniken der Psychotherapie zutreffen. Bei der zweiten Definition wird von „wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren“ zur Behandlung von Störungen mit Krankheitswert gesprochen. Die Aufgabe zur Prüfung der Verfahren und der diesen Verfahren zuzuordnenden Methoden und Techniken obliegt in Deutschland dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP).

Beide Definitionen beinhalten keine Aussagen zur Dosis der Psychotherapie, weder im Hinblick auf die Anzahl an Minuten pro psychotherapeutische Sitzung noch auf die Frequenz bzw. die zeitlichen Abstände der einzelnen psychotherapeutischen Sitzungen, was letztendlich eine valide Vergleichbarkeit psychotherapeutischer Versorgungsleistungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen nicht zulässt (siehe Diskussion).

In der ambulanten vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung waren Ende 2009 in Deutschland nach Angaben der KBV insgesamt 13.369 Psychologische Psychotherapeuten und 3.110 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig (KBV 2009). Am 31. 12. 2009 waren in Deutschland 11.525 zur psychotherapeutischen Versorgung befähigte Ärzte gemäß § 5 Absatz 1 bis 3 der

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im vorliegenden Dokument die männliche Form verwendet, dabei sind jeweils sowohl Ärztinnen und Ärzte respektive Patientinnen und Patienten etc. eingeschlossen.

² das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist

Psychotherapievereinbarung zugelassen (KBV 2009, S. 36). Davon waren 5.322 Ärzte als ausschließlich psychotherapeutisch³ tätige Psychotherapeuten zugelassen. Diese Gruppe umfasst Ärztliche Psychotherapeuten und Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Weniger als 90 % psychotherapeutisch tätig waren 1702 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 843 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und 3658 Ärzte mit Zulassung in anderen Fachgebieten und Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychotherapie-fachgebunden“ (ebd.) oder Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“.

In der stationären und teilstationären Versorgung waren 2009 deutschlandweit in allen Krankenhäusern 4268 Ärzte mit Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie sowie 548 Ärzte mit Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 704 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie beschäftigt. (Statistisches Bundesamt 2011a)

Bisher liegen zur Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie kaum differenzierte Untersuchungen darüber vor, welche Patienten und welche Altersgruppen, Diagnosecluster u.a. von welchen Fachgruppen versorgt werden. Für psychotherapeutisch tätige Ärzte ist auch die Frage interessant, welche Leistungen außerhalb von Richtlinien-therapie angeboten werden können und was die spezifischen Charakteristika des Spektrums der Psychotherapie von Ärzten ausmacht.

Im Rahmen des Projektes wurde neben einer Versorgungsdaten- und Dokumentenanalyse das Diskussionsforum: „Aktuelle und zukünftige Rolle der Ärztlichen Psychotherapie“ organisiert und durchgeführt. Dieses ist als geschlossene, interne Veranstaltung unter psychotherapeutisch tätigen Ärzten konzipiert worden, damit in einem geschützten Rahmen sowohl Stärken als auch Schwachstellen des Versorgungsbereichs und der Schnittstellen offen und kritisch diskutiert werden konnten. Die Veranstaltung fand am 19. Oktober 2011 in der Kaiserin-Friedrichstiftung in Berlin statt. Das Programm ist der Anlage (Abb. 1.1) zu entnehmen.

1.2 Zielsetzung

Gegenstand der Untersuchung ist die Darstellung der Ist-Situation ärztlich-psychotherapeutischer Versorgung in Hinblick auf die beteiligten ärztlichen Disziplinen sowie das Herausarbeiten eines spezifischen Profils der Psychotherapie durch Ärzte. Dabei ist auf Veröffentlichungen von an der Versorgung beteiligten Institutionen wie Krankenkassen aber auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zurückgegriffen worden (Teil A). In zwei weiteren Projektsäulen ist die Selbstwahrnehmung der ärztlichen Psychotherapeuten (Teil B) wie auch die Perzeption auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer der Gesundheitsdienste (Teil C) – Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen – herangezogen worden. Damit wurden alle drei enger beteiligten Bereiche der Versorgungslandschaft einbezogen.

Die Darstellung dieser unterschiedlichen Perspektiven erfolgt in der vorliegenden Dokumentation zunächst in drei Unterkapiteln (Kap: 2, 3 und 4), wobei deutlich wird, dass der Begriff Ärztliche Psychotherapie unterschiedlich verwendet wird. Kapitel 5 führt die Einzelaspekte in eine Synopse zusammen und die Autorenschaft stellt ihre Diskussion um eine Begriffsbestimmung vor und ordnet die Ergebnisse abschließend ein.

³ Ausschließlich psychotherapeutisch tätig bedeutet, dass die Tätigkeit in Richtlinien-Psychotherapie (RI-Pt) mehr als 90% des Leistungsspektrums umfasst. (Ärztliche Psychotherapeuten und Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

2. Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland

2.1 Stationäre Versorgung

Welche spezifische Rolle und Aufgabenbereiche kommen den psychotherapeutisch tätigen Ärzten im stationären Setting zu? Durch die Abrechnung von Pflegesätzen sind viele Leistungen verdeckt und nicht individuell aufzuschlüsseln. Zudem wird in den multidisziplinär besetzten Stationsteams eine Gesamtbehandlung aus unterschiedlichen Elementen auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt und pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung in Einzel- und Gruppensettings um musische und bewegungstherapeutische Angebote oft ergänzt. Zudem tragen Psychologische Psychotherapeuten in erheblichem Maße zur stationär-psychotherapeutischen Behandlung in Psychiatrischen und Psychosomatischen Kliniken sowie Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei. Dies erschwert eine Bestimmung der ärztlich-psychotherapeutischen Aufgaben im stationären Setting und liegt für den Sektor der akuten Krankenhausbehandlung unseres Wissens nicht vor.

Ein Hinweis auf das Versorgungsspektrum der beteiligten Facharztgruppen kann jedoch aus den Daten des Statistischen Bundesamtes abgeleitet werden, welches jährlich die Zahlen und Diagnosen der aus der vollstationären Versorgung entlassenen Patienten zur Verfügung stellt. Es handelt sich um eine Vollerhebung aller Krankenhäuser in Deutschland, die sich nach Fachabteilungen aufschlüsseln lässt. Bei der Erfassung wird dem Patienten diejenige Fachabteilung mit der längsten Verweildauer zugeordnet, d.h. bei Verlegungen in andere Abteilungen wird jene gewertet, in der der Patient die meiste Zeit verbracht hat.

In Abbildungen 2.1, 2.2, und 2.3 sind die Verteilungen der zehn häufigsten Erstdiagnosen des ICD-10 Kapitels F der vollstationären Patienten in Deutschland in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie (Abb. 2.1), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin⁴) (Abb. 2.2) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abb. 2.3) für das Jahr 2009 abgebildet (Statistisches Bundesamt 2011, eigene Berechnungen).

Im Diagnosevergleich der Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für erwachsene Patienten wird ein bedeutsamer Unterschied bei den Störungen durch Alkohol- und Substanzgebrauch deutlich. Diese machen als Erstdiagnosen ein Viertel der Patienten in den Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie aus, in den Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kommen sie jedoch nicht vor. Ähnliches gilt für die F2.x Diagnosen des schizophrenen Formenkreises, die mit 16% in Psychiatrischen Fachabteilungen jeden sechsten Patienten ausmachen und ebenfalls nicht häufig in den Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu finden sind. In diesen bildet die größte Patientengruppe die der depressiv Erkrankten, die mit 57 % über die Hälfte der stationären Patienten ausmachen, gefolgt von den F.4.x. Diagnosen, der Neurotischen Belastungs- und Somatoformen Störungen (25%). Eine weitere Unterscheidung findet sich in der Behandlung von Patienten mit Erstdiagnose Essstörungen, die in der Psychiatrie und Psychotherapie fehlen.

In allen 133 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Abb. 2.3) in Deutschland mit Patienten über alle Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre werden fast zur Hälfte (49%) expansive Störungen mit 25% Störungen des Sozialverhaltens und der

⁴ Die Facharztbezeichnung Psychotherapeutische Medizin wurde 2003 durch die Bezeichnung Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie ersetzt. Daher wird im Folgenden von der Bezeichnung des Statistischen Bundesamtes abgewichen.

Emotionen F.92, 14% Hyperkinetischen Störungen F 90 und 10% Störungen des Sozialverhaltens F 91 behandelt. Die zweithäufigste Diagnose ist Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F 43 mit 19%. Zusammen mit den 12% Depressiven Episoden F 32 und 7% Emotionalen Störungen des Kindesalters F 93 machen introversive emotionale Störungen weitere 38% aller Diagnosen aus.

Bei der Gesamtschau der Diagnosen muss berücksichtigt werden, dass ca. 86% aller Patienten zwischen 10 und 18 Jahre alt sind und das Durchschnittsalter in Kliniken bei ca. 13-14 Jahren liegt (Tab. 1.1). Bei den ca. 13% Mädchen und Jungen, die bei stationären Behandlungen in Kliniken 5-9 Jahre alt waren, werden auch knapp 50% Diagnosen mit expansiven Störungen angegeben (ebd.), vorrangig aber mit Hyperkinetischen Syndromen (knapp 30%), gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (ca. 18%), Es folgen Emotionale Störungen und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen zu je knapp 10%. Bei 10-14 jährigen Kindern und Jugendlichen sind Störungen des Sozialverhaltens die Hauptdiagnosen mit 26%, gefolgt von Hyperkinetischen Syndromen mit ca. 15%. Anpassungsstörungen nehmen in dieser Gruppe zu und werden bei den 15-19jährigen zu Hauptdiagnosen (knapp 19%), gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (17%) und depressiven Episoden (15%). In dieser Gruppe finden sich auch 2,76% diagnostizierte Schizophrenien (Tab. 1.1)

In Deutschland wird neben den oben beschriebenen Krankenhäusern auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifisch den Patienten ein Psychotherapieangebot gemacht, wie Schulz et. al. (2011) in ihrem Überblicksartikel darstellen. Insbesondere für die Diagnosegruppen ICD-10 Kapitel F3 und F4 sowie F1 gibt es damit eine Überschneidung im Versorgungsangebot (RKI 2008; zitiert nach Härter, persönliche Mitteilung). Die Statistik des DRV (2010) führt für ca. jeden fünften Rehabilitanden ein solches Angebot, im Mittel ca. 3,7 Stunden psychotherapeutische Leistungen in der Woche. Dieser Anteil schwankt jedoch stark zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (Barghaan et. al. 2005 zitiert nach Härter, persönliche Mitteilung).

2.2 Ambulante Versorgung: Analyse der Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV (Sonderauswertung)⁵

Der folgenden Analyse liegen Abrechnungsdaten der KBV von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP), Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie (Psychiatrie), Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, anderen psychotherapeutisch tätigen Ärzten (siehe Tab. unten), sowie von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), zugrunde.

Betrachtet wurde die Gesamtheit aller Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10, sowie aller Behandlungsfälle und abgerechneten Leistungen vom Quartal 1/2010 der GKV-Abrechnungen im gesamten Bundesgebiet.

⁵ Wir danken dem Vorstand der KBV und der Abteilung ISI (Innovation, strategische Analysen und IT-Beratung) der KBV, unter Leitung von Herrn Dr. med. Bernhard Tenckhoff und unter Mitarbeit von Frau Alexandra Hofmann, für Ihre freundliche Unterstützung und die Übermittlung der Daten.

In der Nomenklatur der KBV sind „psychotherapeutisch tätige Ärzte“ alle jene Ärzte in der Hausarzt- und Facharztgruppe, die antragspflichtige Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie abrechnen. „Ärztliche Psychotherapeuten“ sind Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Ärztliche Psychotherapeuten, d.h. andere Ärzte, die mehr als 90% Richtlinienpsychotherapie durchführen. Die in der nachfolgenden Tabelle als „Sonstige“ bezeichnete Kategorie schließt psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychotherapie fachgebunden ein.

Tabelle: Häufigkeit der Therapeuten in den Berufsgruppen

Fachrichtung	Anzahl Ärzte in der gesamten Fachgruppe	Anzahl Kapitel 35 EBM abrechnend (%)
Hausärzte	60.374	35.331 58,5 %
Psychologische Psychotherapeuten	13.369	13.740 100 %
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.110	2.364 100 %
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.557	2.316 90,5 %
Fachärzte für Nervenheilkunde	2.461	1.226 49,8 %
Ärztliche Psychotherapeuten	2.371	2.316 97,6 %
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	1.964	1.557 79,2 %
Fachärzte für Neurologie	1.365	515 37,7 %
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	856	696 81,3 %
Sonstige		1.726

Die Fachgruppe der Hausärzte wurde bezüglich ihres Leistungsspektrums im Kapitel 35 (psychosomatische Leistungen, psychotherapeutische Leistungen und Psychodiagnostik) mit einbezogen. Da die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie häufige Übereinstimmungen mit der Fachgruppe der Nervenärzte und diese wiederum mit der Fachgruppe der Neurologen aufweisen, wurde die Fachgruppe der Nervenärzte und der Neurologen ebenfalls in ihrem abgerechneten Leistungsspektrum mit untersucht. Schließlich sind mit dem Begriff „abrechnende Ärzte/Psychotherapeuten“ solche gemeint, die Leistungen aus Kapitel 35 erbringen bzw. abrechnen.

Honorartechnisch werden solche psychotherapeutischen Leistungen, die den Vorgaben der Richtlinien-Psychotherapie und des EBM Kapitels 35.2. entsprechend als sog. antragspflichtige Leistungen konzipiert sind, als Einzelleistungen zu einem festen Betrag pro Stunde abgerechnet, während fachgruppenspezifische andere ärztliche psychotherapeutische Leistungen als nicht näher definierte Gesprächsleistungen über die Kapitel 14, 21,22, 23 innerhalb eines regional unterschiedlichen Budgetrahmens abgerechnet werden müssen. Damit ist die auf S. 3 genannte formalrechtliche Definition von Psychotherapie im Psychotherapeutengesetz zur Grundlage des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemacht worden und in die

Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Krankenversorgung in der GKV übernommen worden. Das hat für Ärzte eine abrechnungstechnische Relevanz, da nur jene Tätigkeit als Psychotherapie abgerechnet werden darf, die mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren der Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt wird, während psychotherapeutische Leistungen, die nur von der ersten Definition (nach Strotzka siehe S.3) umfasst werden, als Gesprächsleistungen mit niedrigerem Stundensatz und begrenzter Menge abgerechnet werden müssen. Schließlich sind mit dem Begriff „abrechnende Ärzte/Psychotherapeuten“ solche gemeint, die Leistungen aus Kapitel 35 erbringen bzw. abrechnen. Mit Antragspflichtigen Leistungen in den Abbildungen und im Text sind die Leistungen des Kap. 35.2 gemeint

2.2.1 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie:

1.964 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben ein vergleichsweise hohes Patientenaufkommen in ihrer Praxis. Die bundesweit 1.964 Praxen behandeln im Durchschnitt ca. 400 Fälle im Quartal (Abb. 2.4). Dabei werden auch regionale Unterschiede deutlich wie Abbildung 2.8 zu entnehmen ist. In drei neuen Bundesländern liegt die durchschnittliche Fallzahl pro Praxis bei über 800 Fällen (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen). Analog dazu variiert die Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis als Maß für die Breite des Diagnosespektrums. Dieses ist im Saarland und in den neuen Bundesländern am höchsten (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg) mit über 70 unterschiedlichen Diagnosen (Abb. 2.5). Im Bundesdurchschnitt kodieren Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie dabei pro Praxis und pro Fall ca. 2,71 Diagnosen (Tab. 2.1). Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie kodieren also ein besonders breites Diagnosespektrum in ihren Praxen und komorbid psychisch erkrankte Patienten scheinen die Regel darzustellen. Die führende Diagnose der FA für Psychiatrie und Psychotherapie ist die Depressive Episode, gefolgt von den Anderen Angststörungen (solche mit Ausnahme von Phobien) und den Rezivierenden Depressiven Episoden (Abb. 2.10). Sie sind die einzige Gruppe, die Patienten mit der Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol F10 (wenn auch nur in 2,9%) behandelt; auch Patienten mit Schizophrenien, F 20 werden vorwiegend in Psychiatrischen Praxen behandelt, machen allerdings nur 5% der Patienten aus (Abb.2.10). Die anderen Fachgruppen kodieren diese Diagnosen zu max. 1%.

Zum Leistungsspektrum ist festzustellen, dass die gesamte Fachgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie am häufigsten 10min Gesprächsleistungen (knapp 1,8 Mio. bei 600000 Behandlungsfällen) (vgl. Abb. 2.18) erbringt. Dabei lassen die Daten nicht die Differenzierung in 10-min Gespräche oder 2x10-min, 3x10-min etc. Gespräche zu. 79,2% der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (1.557 Ärzte) rechnen Leistungen des Kapitels 35 ab, 60% (entsprechend 1.168 Ärzte) wenden antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie aus Kapitel 35.2 an (vgl. Tab. 2.4 und 2.5). Jene Gruppe erbringt pro Fall im Mittel ca. 4,5 antragspflichtige Leistungen; die Gesamtgruppe aller Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erbringt im Mittel 3 Gesprächsleistungen pro Fall und damit eine 30minütige Gesprächsleistung pro Quartal, die im Falle der Verteilung auf mehrere Termine nicht mehr als Psychotherapie zu bezeichnen wäre (s. Diskussion). Eine Subgruppe von 533 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie erbringt psychodiagnostische Testeinheiten und zwar im Mittel 3,5 (vgl. Abb.2.19).

2.2.2 Nervenheilkunde

Diese Arztgruppe umfasst insgesamt 2.461 Ärzte, davon erbringen 1.226 (und damit ca.50%), Leistungen nach Kapitel 35 (vgl. Tab.2.4). 262 Nervenärzte, d.h. 21% der Nervenärzte, rechnen im Mittel ca. 4 Richtlinienpsychotherapien nach Kap. 35.2 ab, entsprechend 10,6% der Gesamtgruppe. 1.789 (73%) der Nervenärzte erbringen im Mittel 2 Gesprächsleistungen pro Fall und 906 (37%) der Nervenärzte führen im Mittel ca. 3,8 psychodiagnostische Testeinheiten durch (vgl. Abb.2.19).

Die Fachgruppe der Nervenärzte wurde lediglich in ihrem Abrechnungsspektrum, nicht in ihrem Diagnosenspektrum erfasst.

2.2.3 Neurologie

Die Arztgruppe der Neurologen stellt in ihrer Gesamtheit 1.365 Ärzte dar, 515 von ihnen rechnen auch aus Kapitel 35 ab (vgl. Tab.2.4). 15 Neurologen (knapp 3% der Neurologen und 1% der gesamten Arztgruppe) erbringen pro Fall ca. 4 antragspflichtige Leistungen, lediglich 50 Neurologen insgesamt erbringen ca. 1,8 Gesprächsleistungen pro Fall und 334 Neurologen im Mittel 3 psychodiagnostische Testverfahren (vgl. Abb.2.19). In der Fachgruppe der Neurologen ist demnach ein sehr geringer Anteil der Ärzte psychotherapeutisch tätig.

2.2.4 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

2.557 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandeln im Schnitt 50 Patienten im Quartal, davon wenden 90,5 % (2.316 Ärzte) Leistungen aus Kapitel 35.2 an. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kodieren ca. 2 Diagnosen/Fall (vgl. Tab.2.1, 2.4). Dabei ist die Zahl der kodifizierten unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis als Maß für die Breite des versorgten Diagnosenspektrums regional unterschiedlich und reicht von durchschnittlich ca. 15 bis über 25 in den neuen Bundesländern bis hin zu durchschnittlich 5 unterschiedlichen Diagnosen je Quartal in Praxen in anderen Regionen (vgl. Abb. 2.5 und 2.6).

2.344 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (100% der aus Kapitel 35 abrechnenden Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 92% der gesamten Arztgruppe) erbringen pro Fall ca. 6,25 antragspflichtige Leistungen, 1.783 aller Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (77% der Kapitel 35 abrechnenden Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 70% der gesamten Arzt-Gruppe) rechnen im Mittel ca. 10,5 Gesprächsleistungen pro Fall entsprechend 105 min im Quartal ab und 299 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (13% der aus Kapitel35 abrechnenden Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 12% der gesamten Arzt-Gruppe) führen 6,25 psychodiagnostische Testeinheiten pro Fall durch (vgl. Abb.2.19).

Die häufigsten Diagnosen bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind die Depressive Episode F32 mit 18,9%, Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen mit 18%, sowie Angststörungen und Rezidivierende depressive Störungen mit je 11% (vgl. Abb.2.11).

2.2.5 Psychologische Psychotherapeuten

Diese Psychotherapeutengruppe umfasst insgesamt 13.369 aus Kapitel 35 abrechnende Psychotherapeuten und sie ist als Gesamtgruppe mit 13.740 beziffert (über 100%) (vgl. Tab.2.4).

Offensichtlich gab es im Laufe des Quartals 1/10 ca. 380 Neuzulassungen an Psychologischen Psychotherapeuten. Die durchschnittliche Fallzahl liegt bei ca. 50 Patienten/Quartal. Psychologische Psychotherapeuten kodieren 1,4 Diagnosen/Fall und durchschnittlich weniger als drei unterschiedliche Diagnosen pro Praxis (vgl. Abb. 2.5 und 2.6). Die häufigste kodierte Diagnose ist die Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung F43 (21,5%), gefolgt von der Depressiven Episode (19,3%) und den anderen Angststörungen F41 (12%) (vg. Abb.2.13). 13.654 Psychologische Psychotherapeuten (100% der aus Kapitel 35 abrechnenden Psychologischen Psychotherapeuten und 99% der gesamten Psychotherapeuten-Gruppe) erbringen pro Fall im Quartal ca. 5,5 antragspflichtige Leistungen, 10.978 aller Psychologischen Psychotherapeuten (80% der abrechnenden Psychologischen Psychotherapeuten) ca. 9,25 Gesprächsleistungen pro Fall und 4.258 Psychologische Psychotherapeuten (31%) erheben 8,25 psychodiagnostische Testeinheiten pro Fall (vgl. Abb.2.19).

2.2.6 Ärztliche Psychotherapeuten:

Diese Arztgruppe umfasst insgesamt 2.371 Ärzte insgesamt und 2.316 (97,6%) aus Kapitel 35 abrechnende Ärzte. 97,6% erbringen Richtlinienpsychotherapien. Die durchschnittliche Fallzahl liegt bei ca. 50 Patienten/Quartal. Die Anzahl der Diagnosen/Behandlungsfall liegt bei Ärztlichen Psychotherapeuten bei 1,6 Diagnosen/Behandlungsfall (vgl. Abb. 2.5 und 2.6).

Die Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis liegt bei Ärztlichen Psychotherapeuten zwischen 4 und 15 (vg. Abb.2.5 und 2.6). In den neuen Bundesländern liegt die Zahl der unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis insgesamt höher (vgl. Abb. 2.6).

2.268 Ärztliche Psychotherapeuten (98% der aus Kapitel 35 abrechnenden Ärztlichen Psychotherapeuten und 96% der gesamten Arztgruppe; vgl. Tab.2.5) erbringen pro Fall ca. 5,5 antragspflichtige Leistungen, 1.689 aller Ärztlichen Psychotherapeuten (73% der abrechnenden Ärztlichen Psychotherapeuten und 71% der gesamten Arzt-Gruppe) rechnen ca. 8 Gesprächsleistungen a 10 min pro Fall ab und 305 Ärztliche Psychotherapeuten (13% der abrechnenden Ärztlichen Psychotherapeuten und 13% der gesamten Arzt-Gruppe) erheben 5,5 psychodiagnostische Testeinheiten (vgl. Abb.2.19).

2.2.7 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Diese Arztgruppe umfasst insgesamt 856 Ärzte. 696 (81%) Ärzte rechnen Leistungen aus Kapitel 35 ab. Alle Ärzte behandeln im Quartal im Durchschnitt 280 Fälle (vgl.Tab. 2.4 und Tab.2.1). Die Zahl an Behandlungsfällen ist in den neuen Bundesländern insgesamt deutlich höher (z. B. Mecklenburg-Vorpommern 550 Fälle/Praxis) als in anderen Bundesländern (vgl. Abb. 2.8). Die Anzahl der durchschnittlich pro Patient gestellten Diagnosen beträgt 2,25 (vgl. Abb. 2.5 und 2.7).

Die Zahl an unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis – als Ausdruck des Diagnosenspektrums pro Praxis – liegt zwischen 10 und 60 Diagnosen und ist in den neuen Bundesländern am höchsten (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg; vgl. Abb. 2.5 und 2.7).

Die häufigste Diagnose bei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Hyperkinetische Störungen F 90 (29,5%). Zusammen mit den Verhaltens- und Emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend F 98 (5,4%) und den Diagnosen Kombinierte Störung des Sozialverhaltens (3,4%) und der Emotionen F 92, sowie Störungen des Sozialverhaltens F 91 (2,8%)

werden 41,1% Expansive Störungen bei Kindern und Jugendlichen/Heranwachsenden kodiert. Introversive, emotionale Störungen wie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F 43 (10%), Emotionale Störung des Kindesalters F 93 (11,6 %) und Depressive Episode F 32 (2,1%) werden insgesamt bei 23,7 % der Kinder und Jugendlichen/Heranwachsenden kodiert (vgl. Abb.2.14).

Entwicklungsstörungen werden bei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie häufig gesehen: Umschriebene Störungen schulischer Fertigkeiten F 81 werden bei 9,6% der Fälle, Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen F 82 bei 3,9% der Fälle und Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen bei 3,7% der Fälle kodiert.

194 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (28% der abrechnenden Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und 23% der gesamten Arztgruppe) erbringen pro Fall ca. 5,5 antragspflichtige Leistungen, 737 aller Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie rechnen ca. 7 Gesprächsleistungen a 10 min pro Fall ab entsprechend 70 min im Quartal, und 672 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erheben im Durchschnitt 15 Abrechnungseinheiten für psychodiagnostische Testverfahren pro Fall (vgl. Abb.2.19).

2.2.8 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Diese Psychotherapeutengruppe umfasst 3110 Therapeuten gesamt und 2.339 Kapitel 35 abrechnende Psychotherapeuten (vgl. Tab. 2.4). Die durchschnittliche Fallzahl beträgt ca. 35 Patienten pro Praxis im Quartal (vgl. Tab. 2.1). Die durchschnittliche Anzahl von Diagnosen pro Behandlungsfall liegt bei 1,4 (vgl. Abb. 2.5 und 2.6), in den neuen Bundesländern deutlich höher (vgl. Abb. 2.7).

Diagnostisch ist die Emotionale Störung des Kindesalters F 93 (16%) am häufigsten. Expansive Störungen wurden bei 27,3% der Behandlungsfälle diagnostiziert (Hyperkinetische Störung F 90 (9,6%), Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen F 92 (6,3%), sowie Störungen des Sozialverhaltens F 91 (5.0%) und Andere Verhaltens- und Emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend F 98 (6,4%)). Introversive Störungsbilder wie Emotionale Störungen wurden bei 41,8% der Fälle diagnostiziert (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F 43 (20,1%), Emotionale Störung des Kindesalters F 93 (16%); Depressive Episode F 32 (5,7%)).

2.339 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (100% der abrechnenden Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und 75 % der gesamten Psychotherapeuten-Gruppe) erbringen pro Fall ca. 8 antragspflichtige Leistungen, 1.602 aller Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten rechnen ca. 7 Gesprächsleistungen a 10 min pro Fall ab (68% der abrechnenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 52% der gesamten Psychotherapeuten-Gruppe) und 1.397 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (60% der abrechnenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 45% der gesamten Psychotherapeuten-Gruppe) erheben 13,8 psychodiagnostische Testverfahren pro Fall (vgl. Abb.2.19).

2.2.9 Sonstige psychotherapeutisch tätige Ärzte

Die große Zahl der Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychotherapie fachgebunden taucht in den Daten der KBV allenfalls in der Gruppe der „Sonstigen“ auf. Bei der Datenanalyse wurden die

Gruppen mit weniger als 100 000 Behandlungsfällen oder weniger als 100 000 Leistungshäufigkeit oder weniger als 10 Ärzten bundesweit nicht berücksichtigt. Es ist festzustellen, dass im Quartal 1/2010 insgesamt 1726 Ärzte (Tab. 2.4) aus Kapitel 35 mit Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, psychotherapeutischen Leistungen und Psychodiagnostik abgerechnet haben. 649 Ärzte haben auch aus Kapitel 35.2 der Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet (Tab. 2.5). 640 Ärzte haben psychodiagnostische Testeinheiten, 1155 Ärzte Gesprächsleistungen abgerechnet (Abb.2.21). Der Anteil aller drei Leistungen pro Fall ist gemessen an allen Fällen der Gruppe gering (Abb.2.20). Da in dieser Gruppe aber die Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (antragspflichtige Leistungen) pro Behandlungsfall nach Abb. 2.19 am höchsten von allen Gruppen ist, müssen sich in dieser Gruppe auch Ärzte befinden, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Andere wenige psychotherapeutische Leistungen abrechnende Ärzte sind möglicherweise wegen der Ausschlusskriterien nicht erfasst worden.

2.2.10 Exkurs: Hausärzte

Von insgesamt 60.374 Hausärzten in Deutschland diagnostizieren und erbringen 35.331 Ärzte (58,5%) bei ca. 3 Mio. Menschen Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung. Knapp 2% der gesamten Fachgruppe bzw. 3% der aus Kapitel 35 abrechnenden Ärzte (1.148 Ärzte) rechnen auch antragspflichtige Leistungen ab. Diese 1.148 Hausärzte erbringen pro Fall ca. 4 antragspflichtige Leistungen, lediglich 22 aller Hausärzte ca. 5 Gesprächsleistungen pro Fall und 194 Hausärzte 3 psychodiagnostische Testeinheiten (vgl. Abb.2.19).

2.2.11 Zwischenfazit der Analyse der KBV Daten:

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wird in Deutschland im Rahmen der Krankenbehandlung von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht.

1. Psychotherapie von Ärzten:

Von einer sehr großen Anzahl von Hausärzten (35.331, das sind 58,5 % aller Hausärzte) wird eine sehr große Anzahl von Fällen (3,25 Mio. Fälle im Quartal 1/10) im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung versorgt. Die Versorgung mit antragspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie spielt in der hausärztlichen Versorgung eine untergeordnete Rolle.

Es stehen 9.203 Fachärzte zur psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie und Nervenärzte. Daneben werden psychotherapeutische Leistungen durch 2.371 Ärztliche Psychotherapeuten erbracht.

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ähneln sich darin, dass sie eine große Anzahl von Patienten (ca. 1,5 Mio. pro Quartal) mit sehr unterschiedlichen Diagnosen behandeln und zumeist Fälle mit mehreren Diagnosen. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind mit durchschnittlich über 400 Fällen pro Quartal führend in der Zahl der Behandlungsfälle. Patienten mit der Diagnose Schizophrenie werden weitgehend in Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Pat. ab 15 Jahren (Tab. 1.1)

versorgt; Patienten mit Störungen durch Alkohol werden weitestgehend durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie versorgt. Die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS/ADHS) wird überwiegend durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gestellt. Letztere behandeln ein sehr viel breiteres Diagnosespektrum als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das Diagnosespektrum der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist enger als in den vorgenannten Fachgruppen, ähnlich wie bei den Ärztlichen Psychotherapeuten, aber breiter als bei Psychologischen Psychotherapeuten. Ärztliche Psychotherapeuten behandeln Patienten mit depressiver Episode F32 mit 23,5% am häufigsten von allen Fachgruppen. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärztliche Psychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten behandeln vergleichbar viele Fälle (nämlich durchschnittlich ca. 50) pro Praxis, während vor allem die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchschnittlich deutlich mehr Diagnosen pro Patient vor allem im Vergleich zu den Psychologischen Psychotherapeuten vergeben.

Die Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis liegt bei Ärztlichen Psychotherapeuten höher als bei Psychologischen Psychotherapeuten und ist etwas niedriger bzw. gleich dem der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In den neuen Bundesländern liegt die Zahl der unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis, wenn auch nicht so deutlich wie bei den Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (aber deutlicher als bei den Psychologischen Psychotherapeuten) insgesamt höher (vgl. Abb. 2.6).

Während Neurologen nur zu einem geringen Anteil, nämlich unter 5% für die psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung stehen, erbringen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie alle in hohem Maße fachärztliche Gesprächsleistungen. Allerdings unterscheiden sich diese Berufsgruppen in Hinblick auf die Erbringung von antragspflichtigen Psychotherapien: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beteiligen sich hieran zu 60%, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu weniger als 1/4 und Nervenärzte zu gut 10%. Die geringere Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiater an der Richtlinienpsychotherapie könnte u. a. mit der Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zu tun haben, die für den Arzt mit seinem Team eine höhere Patientenzahl impliziert, aber auch zu einer geringeren Anzahl an Leistungen des Arztes in der Richtlinien-Psychotherapie führt.

Erwartungsgemäß führen nahezu alle Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die Ärztlichen Psychotherapeuten, d.h. Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die ausschließlich psychotherapeutische Leistungen in der Versorgung erbringen, Richtlinienpsychotherapien durch. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbringen im Quartal die meisten Gesprächsleistungen pro Patient, deutlich mehr als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, auch mehr als Ärztliche Psychotherapeuten und etwas mehr als Psychologische Psychotherapeuten.

Die Gruppe der „Sonstigen psychotherapeutisch tätigen Ärzte“ erbringt gemessen an der Gesamtheit ihrer Leistungen begrenzt viele psychotherapeutische Leistungen pro Fall, beteiligt sich aber in nicht unbedeutender Weise an der Richtlinienpsychotherapie.

2. Psychotherapie von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Hier werden durch 13 369 Psychologische Psychotherapeuten ca. 670 000 und durch 3 110 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ca. 125 000 Patienten (Quartal) mit wenigen spezifischen Diagnosen sowohl mit Richtlinien-Psychotherapie als auch mit Gesprächsleistungen versorgt. Dabei behandeln Psychologische Psychotherapeuten durchschnittlich ca. 50 Fälle pro Quartal, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ca. 35/Quartal. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind offenbar spezialisierter auf wenige Diagnosen oder kodieren informationsparsamer (s. u.).

Psychologische Psychotherapeuten erbringen mit Abstand die höchste Absolutzahl an Richtlinienpsychotherapien, beteiligen sich aber auch in wesentlichem Umfang an nicht-antragspflichtigen Gesprächsleistungen. In den psychotherapeutischen Leistungen pro Patient ähneln sie Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztlichen Psychotherapeuten, graduelle Unterschiede sind oben ausgeführt. Darüber hinaus führen sie in hohem Umfang und mehr als die ärztlichen Berufsgruppen psychodiagnostische Testverfahren durch, während Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht mehr testpsychologische Diagnostik als Kinder- und Jugendpsychiater durchführen.

3. Methodische Einschränkungen

Die Diskussion der Daten ist in einigen Punkten nur eingeschränkt möglich.

Da die Gesprächsleistungen in 10minütiger Taktung abgerechnet werden (i. e. 10 min, 2x10 min, 3x10 min etc.), lässt sich nicht klären, in welchem Maß die Gesprächsleistungen psychotherapeutische Leistungen abbilden.

Die Anzahl der pro Patient kodifizierten Diagnosen könnte als ein Maß für die psychische Komorbidität und damit ein Aspekt der Erkrankungsschwere aufgefasst werden. Allerdings werfen z.B. die großen regionalen Unterschiede bei allen Berufsgruppen die Frage auf, ob auch andere Aspekte, wie eine berufsgruppen- oder/und regional unterschiedliche diagnostische Kodierungspraxis sich auf die Daten ausgewirkt haben könnte. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass manche Therapeuten die Diagnosen in der Abrechnung möglichst informationsarm verschlüsseln, um Datenschutz zu gewährleisten und potentielle Stigmatisierung zu vermeiden. Dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die wenigsten unterschiedlichen Behandlungsdiagnosen pro Praxis kodieren, könnte schließlich auch Ausdruck einer hohen diagnostischen Spezialisierung dieser Praxen sein.

Weiterhin ist zu diskutieren, dass die Daten keine Aussage darüber liefern, ob die Praxen mit voll- oder teilzeittätigen Ärzten besetzt sind, was Implikationen für den Umfang der erbrachten Leistungen haben könnte. Strukturelle Unterschiede in der Versorgung könnten auch eine Alternativerklärung für die über alle Fachgruppen hinweg sichtbare höhere Fallzahl in neuen Bundesländern sein, etwa weil dort ein ungünstigeres Arzt/ Einwohnerverhältnis zu finden ist. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wäre in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass Praxen in östlichen Bundesländern aus der Tradition der „Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ heraus – wie die Fachbezeichnung in der ehemaligen DDR lautete – viele Kinder und Jugendliche mit neurologischen Erkrankungen im Sinne eines Nervenarztes des Kindes- und Jugendalters behandeln.

3. Selbstdefinition ärztlicher Psychotherapeuten

In der kassenärztlichen ambulanten Versorgung sind als psychotherapeutisch tätige Ärzte definiert: Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte) gemäß Muster-Weiterbildungsordnung gültig bis 1992, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin gemäß Muster-Weiterbildungsordnung gültig bis 2003, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte mit Zusatztitel „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“, Ärzte mit Zusatztitel „Psychotherapie-fachgebunden“. Die drei zuerst aufgeführten Gruppen bilden die drei Fachärzte, die Psychotherapie im Titel führen: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Zur Beschreibung von Spezifika der Psychotherapie von Ärzten war geplant, für diese drei P-Fächer frei zugängliche Publikationen von Berufsverbänden und Fachgesellschaften der vergangenen fünf Jahre sowie die aktuelle Webpräsenz dieser drei Fachgruppen einer qualitativen Dokumentenanalyse zu unterziehen. Aussagen zur Definition von Psychotherapie in diesen Fachgruppen, einem spezifischen Versorgungsprofil, den zu versorgenden Patientengruppen und zu Behandlungselementen wurden selektiv kodiert und die Ergebnisse gegenübergestellt. Aufgrund der begrenzten Projektressourcen konnten nicht-öffentliche Briefwechsel von ärztlich-psychotherapeutischen Verbänden an Politiker oder BMG nicht einbezogen werden.

Als ein erstes Rechercheergebnis muss konstatiert werden, dass eine Selbstdefinition oder Standortbestimmung zu Psychotherapie in den einzelnen Fachgesellschaften bzw. -Verbänden weitestgehend fehlt. Es bleibt bei allgemeinen Standortbestimmungen zum eigenen Fach insgesamt, wie die Bedeutung der Integration von biologisch-somatischen Faktoren, psychisch/biografischen sowie sozialen Komponenten im diagnostischen Bedingungsgefüge als auch in der Therapie. Bei den Ärzten im Kinder- und Jugendbereich (i.e. Webauftritte BKJPP; DGKJP) wird explizit im Leitbild die unabdingbare Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld, mit Erziehern und Lehrern und in Eltern- und Familienarbeit betont.

Wegen des Mangels an Grundsatzpositionspapieren zu Psychotherapie in den drei Fachgebieten wurden in einem zweiten Rechteschritt Stellungnahmen zu aktuellen Themen in die Analyse einbezogen (Richtlinienpsychotherapie, Zukunft der Psychotherapie, Versorgungsstrukturgesetz, Psychotherapieausbildung), um so mittelbar Rückschlüsse auf die Definition des Faches bezüglich Psychotherapie abzuleiten. Diese Ergebnisse werden ergänzt durch die Redebeiträge des Diskussionsforums.

3.1 Ergebnisse der Analyse der Positionspapiere

Eine detaillierte Auswertung der berufspolitischen Positionen ist zum Zeitpunkt der Erstellung des vorläufigen Berichtes noch nicht abgeschlossen.

3.2 Ergebnisse des Diskussionsforums zur Selbstdefinition Ärztlicher Psychotherapie

In den Beiträgen verdichteten sich besonders vier Merkmale zu einer fächerübergreifenden Definition: (1) Aufgrund der ärztlich-naturwissenschaftlichen Grundausbildung - zusätzlich zur

spezifischen psychotherapeutischen Weiterbildung - können psychotherapeutisch tätige Ärzte ihre psychotherapeutischen Behandlungen auf der Grundlage ihres ärztlichen Wissens von biologischen, psychischen und sozialen Perspektiven konzipieren und psychotherapeutische Behandlungen im praktischen Vorgehen in komplexe Therapieprogramme integrieren. So etwa kann der Ärztliche Psychotherapeut bzw. der psychotherapeutisch tätige Arzt auch medikamentöse Behandlungen und sozialpsychiatrische Maßnahmen parallel zur Psychotherapie einsetzen. Zusätzlich können Arbeitsunfähigkeitsfeststellungen, Krankenhauseinweisungen, Antragsstellungen für Rehabilitationsmaßnahmen oder Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe, Beratungen zu Anträgen auf Schwerbehinderung etc. ausschliesslich durch Ärzte vorgenommen werden. (2) Solche komplexen Behandlungsprogramme eignen sich besonders für die Behandlung von Komorbiditäten bei somatischen und psychischen Erkrankungen. (3) In der Praxis wird in der Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten eine besondere Belastbarkeit im Umgang mit schwer und lebensgefährlich erkrankten Patienten erlebt. Die angehenden Mediziner haben nicht zuletzt im Rahmen ihres Medizinstudiums einschließlich der notwendigen Praktika und Famulaturen im Vergleich zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine größere Adaptation an die somatisch-naturwissenschaftlich-apparativen Versorgungsstrukturen erfahren. Da die angehenden Mediziner bereits in der ärztlichen Ausbildung mit einer breiten Spektrum an Erkrankungen, aber auch damit verbundenem Leiden konfrontiert sind, wird weniger Berührungsangst und Hilflosigkeit bei ärztlichen Berufsanfängern im Vergleich zu etwa Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wahrgenommen. (4) Eine weitere Abgrenzung zu anderen Psychotherapeuten wird in der flexibleren Dosierung psychotherapeutischer Interaktionen gesehen, die eben nicht ausschließlich im vorgegebenen Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bleiben müssen und bleiben sollten.

Gleichwohl ist eine Abgrenzung psychotherapeutischer Kurzzeitinterventionen zum ärztlichen Gespräch notwendig. Es wird deutlich der Bedarf formuliert, für diesen Bereich der psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen methodische Konzepte – gegebenenfalls störungsorientiert - zu entwickeln und zu erproben.

Neben den gemeinsamen Merkmalen werden von den vertretenen P-Fächern aber auch Spezifika für die eigene Disziplin hervorgehoben. So betont die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die historisch gewachsene Gleichgewichtung von Soma und Psyche. Die Berücksichtigung dieser Wechselwirkung ist im Besonderen notwendig für die Versorgung chronisch körperlich erkrankter Patienten mit psychischer Komorbidität (Versorgungsbereiche der Psychoonkologie, Kardiologie, Diabetologie, somatoformen Störungen (F 45) wie auch Symptombilder mit psychischen Faktoren und Verhaltenseinflüssen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie oder im Verlauf körperlicher Erkrankungen spielen (F 54). Schließlich ist zu berücksichtigen, dass psychische Erkrankungen selbst das Risiko für körperliche Erkrankungen erhöhen. Eine andere Perspektive eröffnet sich durch das subjektive Erklärungsmodell des Patienten. So würden Betroffene mit somatisch orientiertem Krankheitsverständnis, wie z.B. Patienten mit Diagnosen aus dem somatoformen Störungskreis, besonders bei einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine Passung erfahren. Insgesamt wird bei der hohen Prävalenz chronischer körperlich Erkrankter in Deutschland eine Unterversorgung mit begleitenden psychotherapeutischen Angeboten kritisiert.

Für das Patientenspektrum des Faches Psychiatrie und Psychotherapie wurde hervorgehoben, dass es sich um Menschen mit vielfältigen Krankheitsbildern mit hoher psychiatrischer und somatischer Komorbidität handelt, die nicht selten besonders individuelle Behandlungsheuristiken und eine

lebenslange Behandlung benötigen. Des Weiteren handelt es sich nicht selten um Menschen in existenziellen und interpersonellen Krisensituationen mit eingeschränkter Coping-Kompetenz und geringer sozialer Interaktionsfähigkeit. Der Behandlungsbedarf ist entsprechend dringend, muss häufig eingebettet werden in einen multimodalen Behandlungsansatz mit zusätzlichen pharmakologischen und soziotherapeutischen Angeboten, der flexibel in der Dosis oft über einen langen Zeitraum gewährleistet werden muss. Ein besonderer Versorgungsmangel wird für Menschen mit psychotischen Erkrankungen, Suchterkrankungen, dementiellen Erkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen angenommen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie betont ebenfalls, dass in der Praxis multimorbide Patientinnen und Patienten versorgt werden müssen. Dabei versteht sich der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie in besonderer Weise als Generalist mit einem breiten Aufgabenspektrum, da sowohl klassisch psychosomatische als auch psychiatrische Krankheitsbilder versorgt werden (i.e. Copingstrategien für chronisch körperliche Erkrankungen, Lernschwierigkeiten). Dabei ist die Arbeit mit dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen wesentlicher Bestandteil der Therapieangebote, die durch die zunehmende Auflösung von Familienverbänden, „Patchworkfamilien“ und Eltern, die selbst von psychischen Erkrankungen betroffen sind, erschwert wird.

Bei Kindern und Jugendlichen ist wegen der engen Verflechtung von somatischen und psychischen Reaktionen und Störungen medizinisches Wissen unabdingbar (vgl. Resch et al. 2009; Warnke et al. 2011). Bei Differentialdiagnostik und Indikationsstellung sollten Entwicklungsdaten, medizinische Befunde und sozio- und milieutherapeutische Bedingungen berücksichtigt werden. Maßnahmen sollten dann gezielt – z. B. in störungsspezifischen Behandlungsprogrammen - eingesetzt werden. Dabei sind die Schnittstellen in der Versorgung zur Schule, zum Kindergarten und zur Jugendhilfe etc. besonders zu berücksichtigen und einzubeziehen, damit für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Eltern spezifische Hilfen gefunden und Therapiemaßnahmen nach unzumutbarem und kostspieligem Gießkannenprinzip unterbunden werden.

Immer noch ist das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie unter Kolleginnen und Kollegen und im Wissenschaftsbetrieb zu wenig bekannt. So ist es immer noch nicht an allen Universitäten in der Ausbildung von Medizinern als obligates Fachgebiet etabliert. In der Versorgungslandschaft sind Aufgabengebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und –psychotherapie oft wenig bekannt oder in der Vorstellung von Kollegen ausschließlich auf Diagnostik begrenzt und wenig von dem Berufsbild der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgegrenzt.

Neben Überlegungen zu den fachärztlichen Fachgebieten psychotherapeutisch tätiger Ärzte wurden im Diskussionsforum auch die Perspektiven der zuweisenden Kollegen, einer Allgemeinmedizinerin und eines Pädiaters integriert. Beiden Disziplinen kommt die Rolle des Weichenstellers in der psychotherapeutischen Versorgung zu. Nach den geäußerten Erfahrungen scheint es jedoch große individuelle Unterschiede im Wissen über psychische Erkrankungen und die indizierten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten unter den zuweisenden Allgemeinmedizinern zu geben. Eine geäußerte Hypothese ist für den Bereich der Kinder- und Jugendlichen, dass Patienten mit einzelnen und eindeutigen psychischen Diagnosen an Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten überwiesen werden, wohingegen auf den ersten Blick

„unklare Fälle“ zur weiteren differentialdiagnostischen Abklärung an einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie überwiesen werden.

Neben den oben genannten Spezifika einer Ärztlichen Psychotherapie wurde im Diskussionsforum auch eine Skepsis dieser Begrifflichkeit gegenüber deutlich. Es bestand weitgehend Konsens in der Lesart, dass Ärztliche Psychotherapie eine psychotherapeutische Intervention ist, die von einem Arzt durchgeführt wird. Anders formuliert wird die Ärztliche Psychotherapie von einem Behandler durchgeführt, der ein Medizinstudium absolviert hat, also schon während des gesamten Studiums auf die Ausübung der Heilkunde vorbereitet wurde. Darüber hinaus wurde jedoch von anderen Teilnehmern kritisch hinterfragt, ob Psychotherapie durch Ärzte tatsächlich eine qualitativ andere ist als eine, die von einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.

Andere Redebeiträge betonen für Psychotherapie durch Ärzte das Moment der Flexibilität und Individualisierbarkeit in Inhalt und Dosis, um den Bedürfnissen des einzelnen Patienten gerecht zu werden. Insgesamt muss bei der Verwendung des Begriffs der Ärztlichen Psychotherapie offensichtlich ein Geltungsbereich definiert werden, wie er unter Kapitel 5 von der Autorenschaft vorgenommen wird.

Zu den Auswertungen des Diskussionsforums bleibt einschränkend zu sagen, dass die geäußerten Meinungen und Erfahrungen nicht als repräsentativ für ärztliche Psychotherapeuten verstanden werden können, da nur das Meinungsbild der teilnehmenden 45 Kolleginnen und Kollegen eingefangen wurde, die jedoch auch Erfahrungen aus anderen berufspolitischen Diskursen eingebracht haben. Die Diskutanten auf dem Podium waren überwiegend in Universitätsklinik in leitenden Positionen tätig.

3.3 Zwischenfazit: Selbstdefinition Ärztlicher Psychotherapie

Noch nicht abgeschlossen, da Analyse der Positionspapiere noch nicht abgeschlossen.

4. Ärztliche Psychotherapie in der Wahrnehmung der Patienten

4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche zur Patientensicht

Versorgungsforschung zu psychischer Gesundheit nimmt im Verlauf der letzten 10 Jahre vermehrt den Wissensstand von Laien über psychische Erkrankungen oder die Erfahrungen von Betroffenen mit dem Gesundheitssystem ins Blickfeld ihrer Untersuchung (Horch et al. 2011). Patientenurteile über ambulante Psychotherapie fallen dabei insgesamt ausgesprochen positiv aus (Albani et al 2010; 2011, Puschner et al 2005). Inwieweit dies auf Besonderheiten der Methodik oder das Konstrukt zurückzuführen ist wird etwa bei Puschner (2005) thematisiert. Die vorliegende Fragestellung geht jedoch über eine globale Beurteilung von Psychotherapie hinaus und hat zum Ziel, den Wissensstand der Bevölkerung zu den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen am Angebot ambulanter Psychotherapie in Deutschland zu beschreiben. Die Literaturrecherche im Rahmen des Projektes liefert keine Publikation, die sich explizit mit einer Psychotherapie durch Ärzte und der Differenzierung innerhalb der sogenannten P-Fächer auseinandersetzt.

Gleichwohl konstatieren Horch et al (2011) dass die Patientenperspektive in den vergangenen zehn Jahren immer häufiger Gegenstand von Untersuchungen ist. Dies kann auch für die Kontakte mit

Gesundheitsdiensten bei psychischen Erkrankungen angenommen werden. Zwischen zwei Erhebungen in den Jahren 1990 und 2001 wurde ein Wissenszuwachs in der deutschen Bevölkerung verzeichnet, verbunden mit einer stärkeren Bekundung, bei als psychisch klassifizierten Symptomen professionelle medizinische Hilfe aufzusuchen (Angermeyer und Matschinger 2005).

Dagegen gibt es mehrere Studien, die die Einstellungen zu Psychiatern mit der zu (überwiegend psychologischen) Psychotherapeuten kontrastiert (Riedel-Heller et al 2005, Holzinger et al 2010). In beiden Studien fand sich eine positivere Einstellungen zu Psychotherapeuten und eine Bevorzugung von Psychotherapie für leichte psychische Erkrankungen. Psychiater wurden eng mit der Gabe von Psychopharmaka in Verbindung gebracht, denen gegenüber sich eine skeptische Einstellung abzeichnete und die am ehesten im Hinblick auf schwere psychische Erkrankungen akzeptiert wurde.

Im Bereich der Erfassung von Merkmalen von Psychotherapeuten wird zumeist die Zugehörigkeit zu einem der drei Richtlinienverfahren in den Fokus gestellt. In einer telefonischen Befragung von Psychotherapiepatienten gaben 71% der Befragten an, durch einen Psychologen therapeutisch behandelt zu werden, bei 25% gehörte der Behandler der Berufsgruppe der Ärzte an (Albani et al 2010). Nach den veröffentlichten Ergebnissen konnten somit alle befragten Psychotherapie-Patienten angeben, zu welcher Gruppe ihr Psychotherapeut gehört. Unklar bleibt hingegen, ob die unterschiedlichen Berufsgruppen der Therapeuten bereits vor Aufnahme einer therapeutischen Behandlung bekannt sind und ob diese eine bedeutende Rolle bei der Wahl des Behandlers spielt.

4.2 Ergebnisse der Analyse von Webauftritten der Mitglieder des Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Die 2009 vom Robert-Koch- Institut durchgeführte Telefonbefragung *GEDA – Gesundheit in Deutschland Aktuell* erfragte das Informationsverhalten von Patienten im Vorfeld eines Arzt- oder Krankenhausbesuchs; ca. 30% der Patienten suchen gezielt Informationen. Das Internet ist dritthäufigste Bezugsquelle nach anderen Ärzten oder Freunden/ Familienangehörigen, für die jüngere Altersgruppe unter 40 Jahren sogar zweithäufigste Informationsquelle (Horch et al. 2011).

Aus diesem Anlass wurde im Juli 2011 die Webpräsenz von Patientenverbänden systematisch untersucht. Als Grundgesamtheit dienten beispielhaft die Webauftritte der Mitglieder des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit. Das 2005/2006 gegründete Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit bildet ein Netzwerk, das diagnoseübergreifend die Förderung der seelischen Gesundheit thematisiert. Der Aufnahme einer neuen Organisation muss die Steuerungsgruppe zustimmen, wodurch eine gewisse Seriosität und Qualität der Anbieter gesichert ist.

Im Netz wurden 71 Mitglieder des Aktionsbündnisses geführt, wobei im Verlauf der Recherche 10 Mitglieder ausgeschlossen wurden, weil sie keinen eigenen Webauftritt hatten (n=3), bzw. dieser vorübergehend nicht verfügbar war (n=1) oder die Organisation nicht im engeren Sinne mit der Behandlung einer klinischen psychischen Erkrankung in Verbindung stand (n=4), z.B. der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V.

Das methodische Vorgehen folgte einem standardisierten Ablauf. Jede Mitgliederwebsite wurde aufgerufen, wobei zunächst die Verlinkung mit der Aktionsbündnisseite genutzt wurde und nur falls keine Weiterleitung erfolgen konnte eine Suche über die Suchmaschine *google* erfolgte. Auf der Zielwebsite des Aktionsbündnispartners wurden die Inhalte bis maximal fünf Minuten nach

Informationen zum Behandlungsangebot und Behandlern durchgesehen. Es fehlen verlässliche Schätzungen für die durchschnittliche Verweildauer von Besuchern auf einer Website, daher ist der Wert von fünf Minuten als Abbruchkriterium willkürlich gesetzt. Es wird angenommen, dass ein Nutzer, der nach fünf Minuten die gesuchte Information nicht gefunden hat, eine neue Seite oder Informationsquelle zu Rate zieht.

Als Ausgangsfragestellung galt es zu entscheiden, ob den Besuchern der Website Auskünfte zu unterschiedlichen Ausbildungshintergründen und Behandlungsschwerpunkten von Psychotherapeuten bereitgestellt werden. Es war vorgesehen, diese einer qualitativen Inhaltsanalyse zu unterziehen. Falls Detailinformationen fehlten, wurde vermerkt, ob überhaupt Auskünfte zur Behandlung psychischer Störungen oder Therapeutensuche gegeben wurden oder die Website keine Informationen enthielt und etwa nur auf Printpublikationen verwies.

Im Ergebnis zeigt sich, dass lediglich 6% (n=4) der Websites ihre Besucher über die unterschiedlichen grundständigen Ausbildungen von Psychotherapeuten in Deutschland informieren. Bei allen vieren handelt es sich um eher berufspolitische Vereinigungen und Informationen. Schwerpunkte der verschiedenen Behandler werden nicht genannt, so dass der zweite Schritt einer inhaltlichen Auswertung zur Ableitung eines Profils nicht umgesetzt werden konnte. Gut ein Drittel (n=23, bzw. 37%) der aufgerufenen Websites klären über Modalitäten von Psychotherapie als eine mögliche Behandlungsmethode bei psychischer Erkrankung, meist alternativ oder begleitend zu Pharmakotherapie auf. Typischerweise wird darüber hinaus eher auf unterschiedliche Verfahren (Verhaltenstherapie, psychodynamische Verfahren) in der Behandlung eingegangen als auf unterschiedliche Berufsgruppen, die an der Versorgung beteiligt sind. Über die Hälfte (n=35 bzw. 56%) der Mitglieder veröffentlicht auf ihren Websites keine Informationen zum Behandlungsangebot für Betroffene und deren Angehörige.

4.3 Ergebnisse des Diskussionsforums zur Patientensicht

Die Auswertung der Beiträge des Diskussionsforums kann als komplementär zu den obigen Ausführungen gesehen werden. Ein Gastredner und Patientenvertreter im GBA berichtete aus seinen Erfahrungen und pointiert

„Sie (die ärztlichen Psychotherapeuten) tragen halt zur Verwirrung der Menschen bei durch all diese Zusatztitel und Facharztstitel. [...] Also es ist ganz schwierig. Dann gab es mal diesen Facharztstitel und dann jenen, und dann Übergangsregelungen und so was. Das heißt, diese Titel [...] sind für die Patienten natürlich völlig nutzlos“.

Gleichwohl wurde im Laufe der Diskussion deutlich, dass es auch sehr gut informierte und sich aktiv zu Behandlung und Behandelnde informierende Patientengruppen gibt. Dennoch kann es für das Gros der – zum Zeitpunkt der Hilfesuche ohnehin belasteten - Patienten eher als Ausnahme bezeichnet werden, die Unterschiede der Gruppe der Psychotherapeuten in Psychologen und Ärzte wahrzunehmen und ihr Wissen bei der Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten effektiv zu berücksichtigen. Die Möglichkeit, angesichts von z. T. langen Wartezeiten überhaupt einen Therapeuten in Wohnortnähe mit Behandlungskapazitäten zu finden scheint andere potentiell bedeutsame Charakteristiken von Psychotherapeuten in den Hintergrund zu drängen.

4.4 Zwischenfazit: Patientensicht

Auf der Grundlage der im Rahmen der Untersuchung herangezogenen Quelle ist nicht davon auszugehen, dass Annahmen über spezifische Profile verschiedener Fachgruppen ärztlicher Psychotherapeuten auf Seiten der Patienten existieren, die sich als kollektives Wissen des Laiensektors darstellen lassen könnten. Einzig das negative Image eines rein pharmakologisch behandelnden Psychiaters scheint mitunter auf Ärztliche Psychotherapeuten zu generalisieren. Hier wäre es angezeigt, glaubhaft die Patienten zu informieren, dass pharmakologische Behandlungen alleinig selten, häufig aber unterstützend bei entsprechender Indikation sinnvoll sind. Darüber hinaus scheint es eher angezeigt, grundsätzlich über unterschiedliche Schwerpunkte der an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Behandlungsangebote zu informieren oder aber Stellen zu schaffen, die mit den Betroffenen im Sinne eines *shared decision making* eine passende Behandlungsmöglichkeit im Falle psychischer Erkrankung finden (Härter et al. 2011).

5. Synopse und Diskussion

Psychotherapien, die von Ärzten oder von Psychologen durchgeführt werden, zeigen viele Gemeinsamkeiten, unterscheiden sich aber auch in bedeutsamen Aspekten, die sowohl mit dem Selbstbild der Psychotherapie Anbietenden als auch mit Unterschieden in den behandelten Patientengruppen zusammenhängen. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes können dazu beitragen, die Spezifika Ärztlicher Psychotherapie genauer herauszuarbeiten, aber auch die Grenzen der heutigen Konzeptionalisierung und den weiteren Forschungsbedarf aufzeigen.

Gehen wir von den eingangs genannten Definitionen von Psychotherapie aus, so machen unsere Ergebnisse deutlich, dass die im Psychotherapeutengesetz gegebene Definition die von Ärzten geleistete Psychotherapie nicht hinreichend beschreibt, als sie nur solche Tätigkeit einschließt, die auf wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren beruht. Ärztliche Psychotherapie aber schließt nicht nur verfahrensbezogene Richtlinienpsychotherapie ein, sondern bedient sich in hohem Maße evidenzbasierter störungsorientierter Methoden und störungsübergreifend eingesetzter Techniken. Sie kann folgendermaßen beschrieben bzw. definiert werden:

Ärztliche Psychotherapie ist ein geplanter interaktioneller Prozess nach ausführlicher Diagnostik unter definierter Zielsetzung und gezielter Auswahl von Methoden und Techniken oder eines Verfahrens. Die Therapieplanung und -durchführung ist eingebettet in einen ärztlichen Erfahrungskontext von leichten, aber auch schweren Erkrankungen und das Wissen um biopsychosoziale und psychosomatische Zusammenhänge. Oft, aber nicht immer geht Ärztliche Psychotherapie mit einem definierten Anfang und einem ins Auge gefassten Ende einher; daneben gibt es auch jahrlange oder gar lebenslange niederfrequente Psychotherapien bei besonders schwerwiegenden und chronisch verlaufenden Erkrankungen oder auch begleitend zu einer somatisch-medizinischen Behandlung bei lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankungen. Ärztliche Psychotherapie meint immer einen inhaltlich zusammenhängenden Prozess, der sowohl eine Gesamtmindestanzahl von sechs, eine Behandlungsdichte von mindestens sechs Behandlungen innerhalb von einem halben Jahr⁶ als auch eine Mindestdauer einer psychotherapeutischen

⁶ Eine Mindestanzahl von sechs Therapien wurde angenommen, um einerseits Kurzzeitinterventionen z.B. bei Patienten mit Belastungsreaktionen, aber auch bei Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen einzuschließen und zum anderen niederfrequente psychotherapeutische Langzeitbehandlungen bis hin zu „lebenslangen“ Behandlungen abbilden zu können. Für beide Annahmen gibt es keine Bezugsgrößen.

Intervention von 20 min einschließt. Ärztliche Psychotherapie schließt eine hohe Flexibilität in Inhalt und Dosis ein angesichts der Schwere und Akuität der behandelten Störungen als auch des wechselnden und z. T. geringen Funktionsniveaus der behandelten Patienten aufgrund eingeschränkter sozialer Fähigkeiten, Defiziten in der kognitiven Leistungsfähigkeit, begleitender körperlicher Erkrankungen oder auch eingeschränkter Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Schließlich kann der Ärztliche Psychotherapeut aufgrund seiner ärztlich-naturwissenschaftlichen Grundausbildung Psychotherapie in einen Gesamtbehandlungsplan einbauen und mit medikamentösen sowie sozialtherapeutischen Interventionen, auch im Sinne von Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe, kombinieren.

Dabei gibt es Unterschiede im Selbstverständnis der Psychotherapie anbietenden ärztlichen Berufsgruppen, die sich auch in den Versorgungsdaten widerspiegeln.

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ähnlich wie der Facharzt für Nervenheilkunde, sieht sich gefordert, eine hohe Anzahl von Menschen zu behandeln, um die Versorgung psychisch Kranker in einer Region zu sichern. Dabei weisen die Daten auf große Unterschiede in der Versorgung zwischen den alten und den neuen Bundesländern hin mit doppelt so hohen Fallzahlen in den letztgenannten Bundesländern. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie behandeln das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen und dabei Menschen mit hoher psychiatrischer, z.T. auch somatischer Komorbidität, die besonders individuelle Behandlungsheuristiken erfordern. Sie leisten auch die ambulante Notfallversorgung bei psychischen Störungen im Erwachsenenalter, häufig auf Zuweisung durch Hausärzte (siehe unten). Sie erbringen die ganze Bandbreite psychotherapeutischer Leistungen vom psychotherapeutischen Gespräch bis hin zu den antragspflichtigen Leistungen, vom zeitlich definierten Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bis hin zur lebenslangen niederfrequenten Behandlung von Patienten mit besonders schwerwiegender Chronifizierung (vgl. Berger 2004). Neben Gesprächsleistungen, die der o. g. Definition von Psychotherapie entsprechen, erbringen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie auch ärztliche Gesprächsleistungen im Rahmen eines multimodalen Behandlungsplans, die sich auf psychopharmakologische und soziotherapeutische Aspekte der Behandlung beziehen oder mit ärztlicher Unterstützung und Beratung zu beschreiben sind. Oft, so wird angenommen, ist die psychotherapeutische Behandlung eingebettet in einen solchen multimodalen Behandlungsplan, obwohl die Untersuchung hierzu keine Informationen bieten kann. Sehr deutlich machen die Versorgungsdaten, dass die gegenüber anderen psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen vergleichbar sehr hohe Fallzahl (ca. 8x so hoch) auf Kosten der Intensität der Behandlung pro Patient geht. Eine Steigerung psychotherapeutischer Leistungen, wie sie in Hinblick auf das Selbstbild von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie wünschenswert wäre, setzt somit voraus, dass sich die Versorgung der Bevölkerung auf mehr Anbieter verteilt.

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie spielen eine führende Rolle bei der Versorgung psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und Heranwachsender bis 21 Jahre. Das zeigen die hohen Fallzahlen in ihren Praxen. Versorgungsrelevant ist vor allem das in ca. der Hälfte der Praxen umgesetzte Modell der sozialpsychiatrischen Praxen mit Finanzierung über die Sozialpsychiatrie-Pauschale (SPV). Ein Schwerpunkt der Arbeit der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie liegt bei der diagnostischen Erkennung des breiten Spektrums psychischer Störungen, was mit dem höchsten Anteil diagnostischer Leistungsziffern pro Behandlungsfall von allen untersuchten Fachgruppen in den Abrechnungsdaten der KBV zu belegen ist. Diese Rolle wird Ihnen auch von Kinderärzten im Versorgungskontext zugewiesen (siehe

Kommentar des Kinderarztes Dr. Voigt im Diskussionsforum). Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie versorgen stationär und ambulant vorrangig Kinder und Jugendliche mit expansiven Störungen, welche die höchsten Anteile bei Diagnosen ausmachen; aber auch die Anzahl der Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden, die mit Anpassungsstörungen, Depressionen und im weiteren Sinne emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters behandelt werden, ist gemessen an der immer noch geringen Zahl der Arztgruppe – auch im Vergleich zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - erheblich. Die therapeutische Arbeit in den Praxen erfolgt weniger mit Richtlinien-Psychotherapie als vielmehr störungsspezifisch und systembezogen mit Gesprächsleistungen. Leider kann mit den vorliegenden Daten noch nicht genauer zwischen den beiden Gruppen kinder- und jugendpsychiatrischer Praxismodelle differenziert werden. Die eine Hälfte der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie arbeitet in ihren sog. „klassischen Praxen“ vorrangig mit Gesprächsleistungen –z.B. mit familientherapeutischen und/oder störungsspezifischen Interventionen – oder mit Richtlinien-Psychotherapie. Da die Fachgruppe in den Daten der KBV als ganze Gruppe dargestellt wird, kann das nicht anhand des Zahlenmaterials belegt werden. Die andere Hälfte der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die mit einem sozialpsychiatrischen Team arbeitet, versorgt in den Praxen deutlich mehr Patienten mit weniger Einzelleistungen des Arztes pro Fall. Ärztliche psychotherapeutische Interventionen mit Gesprächsleistungen und Richtlinien-Psychotherapie werden durch das Spektrum der psychotherapeutischen Interventionen der Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Team ergänzt, die in der Regel in spezifischen Methoden der Kinder- und Jugendpsychotherapie wie Psychodrama, klientenzentrierter Spieltherapie, systemischer Therapie weitergebildet sind und für die Arbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ihre Qualifikation nachweisen müssen (vgl. DGKJP 2007; Remschmidt et al. 2010). Das von diesen Mitarbeitern in sozialpsychiatrischen Praxen abgerechnete Leistungsspektrum wurde in den Daten der KBV nicht erfasst. Zu den bei Kindern und Jugendlichen von Ärzten und qualifizierten Mitarbeitern angewandten psychotherapeutischen störungsspezifische Methoden und Techniken liegen leider noch wenige Forschungsergebnisse vor (vgl. Hebebrand et al. 2009). Es wird Aufgabe weiterer Analysen der KBV-Daten sein, trotz der kleinen Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine Aufschlüsselung der Leistungsspektren der Ärzte in den verschiedenen Praxismodellen zu versuchen, evtl. auch mit Altersspezifizierung der behandelten Kinder und Jugendlichen. Leider konnten aus den bisherigen Daten der Sonstigen psychotherapeutisch tätigen Ärzte die psychotherapeutisch tätigen Kinder- und Jugendärzte noch nicht gesondert erfasst werden. Auch das soll noch versucht werden. Nach Information des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte sollen ca. 800 Kinder- und Jugendärzte eine psychotherapeutische Qualifikation haben, wovon etwa ein Viertel (ca. 200 Ärzte) auch psychotherapeutisch tätig ist.

Die Domäne der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Psychotherapie im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie. Auf diesem Hintergrund erbringen sie im Quartal verglichen mit den anderen psychotherapeutisch arbeitenden Berufsgruppen die meisten antragspflichtigen Leistungen pro Patient. Mit der Änderung der Facharztbezeichnung von „Psychotherapeutische Medizin“ zu „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ im Jahr 2003 sollte neben der Psychotherapie die Schnittstelle zwischen Soma und Psyche akzentuiert und an die historisch gewachsene Aufgabe der Psychosomatik als ärztliche Psychotherapie innerhalb der somatischen medizinischen Fächer angeknüpft werden. Die stationäre Versorgung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie konnte in den letzten Jahren nicht zuletzt durch

Einführung multimodaler, verfahrensübergreifender und störungsorientierter psychotherapeutischer Behandlungsangebote flankiert von einer Psychopharmakotherapie auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin dem Anspruch der Versorgung psychosomatischer wie auch somatopsychischer Störungen gerecht werden. Durch die Richtlinienpsychotherapie und das gegenwärtige Honorierungssystem sind der ambulanten Versorgung dieser Patienten von Seiten der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Grenzen gesetzt, wengleich auch ein nicht unerheblicher Anteil der Versorgung dieser Arztgruppe auf nicht-antragspflichtige Gesprächsleistungen entfällt. Angesichts einer wachsenden Zahl von primär chronisch körperlichen Erkrankungen wird die Zahl der Patienten mit komorbiden psychischen Störungen steigen, denen eine primär naturwissenschaftliche und organbezogene Medizin immer weniger gerecht werden kann. Dieser Entwicklung muss letztendlich auch die ambulante Versorgung von Seiten der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen, indem verfahrensübergreifende, störungsorientierte und zeitlich flexiblere Behandlungsangebote gemacht werden können, was sicherlich auch eine Verkürzung der Wartezeiten auf eine solche Behandlung zur Folge hätte.

Die Versorgungsdaten legen nahe, dass es eindeutig unterversorgte Patientengruppen gibt. So fällt auf, dass die von ihrer Prävalenz besonders bedeutsamen Suchterkrankungen ambulant fast ausschließlich von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt werden, aber auch in diesen Praxen im Vergleich zu den depressiven Patienten und denen mit Angststörungen oder auch Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sehr unterrepräsentiert sind. Auch Patienten mit schizophrenen Erkrankungen machen mit 5% keine zahlenmäßig bedeutsame Gruppe in der Praxis des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie aus. Zu der ambulanten Versorgung anderer großer Patientengruppen, wie vor allem dementiellen Patienten, erlauben die Daten keinen Aufschluss, da sie nur in eine diagnostische Restkategorie eingingen. Leider haben wir zur stationären Versorgung sehr viel weniger Datenmaterial zur Verfügung gehabt. Deutlich aber wird, dass im Gegensatz zur ambulanten Versorgung Patienten mit Suchterkrankungen im stationären Setting Psychiatrischer Kliniken mit 26% die größte diagnostische Gruppe ausmachen. Dies dürfte einer der Gründe sein, warum nach aktuellen Gesundheitsberichten über 40 Mrd. Euro der Gesundheitskosten durch Gesundheitsstörungen durch Alkohol und deren Folgen bedingt sind (Robert Koch-Institut 2003). Weiterhin sollte berücksichtigt werden, dass die den Entgiftungen häufig folgenden Entwöhnungsbehandlungen im REHA-Sektor verortet sind. Ambulant wird sicherlich durch die Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen ein großer Beitrag für die Versorgung von Suchtpatienten geleistet, wobei es sich hierbei um keine Krankenbehandlung im eigentlichen Sinne handelt.

Wenig Aufschluss geben unsere Daten darüber, wie die Wartezeiten bei den einzelnen an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen sind und von welchen Berufsgruppen die Akut- und vor allem Notfallversorgung bestritten wird. Hier wäre zu prüfen, ob unsere Annahme stimmt, dass die ambulante Notfallversorgung von schwereren psychischen Störungen in der Regel von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, insbesondere auch auf Zuweisung von Haus- und Kinderärzten, geleistet wird.

Auf der Grundlage der im Rahmen der Untersuchung herangezogenen Quellen und vor allem der Ergebnisse des Diskussionsforums ist nicht davon auszugehen, dass Annahmen über spezifische Profile verschiedener Fachgruppen ärztlicher Psychotherapeuten auf Seiten der Patienten existieren, sieht man von einigen Hinweisen ab, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie weniger mit Psychotherapie assoziiert werden als Psychologische Psychotherapeuten. Insgesamt legen die Ergebnisse des Diskussionsforums nahe, dass sich Betroffene einer verwirrenden Zahl

unterschiedlicher Berufs- und Facharztbezeichnungen ausgesetzt sehen, die ihnen keine brauchbare Informationsgrundlage für ihren Entscheidungsprozess bieten. Eine ausreichende Information im Sinne eines „shared decision making“ scheint auch nicht in der Primärversorgung zu erfolgen (vgl. Ergebnisse des Diskussionsforums), wo von großen Unterschieden im Wissen über psychische Erkrankungen und die indizierten psychotherapeutischen Therapiemöglichkeiten auszugehen ist und Empfehlungen eher auf der Basis des persönlichen Bekanntheitsgrades von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten denn anhand von objektiven Kriterien erfolgen.

Folgende Schlussfolgerungen sind in Hinblick auf notwendige Maßnahmen zu ziehen:

- Die künftige Profilierung der Psychotherapie durch Ärzte bzw. die Ärztliche Psychotherapie muss schärfer herausgearbeitet werden.
- Es werden genauere Untersuchungen zu quantitativen und vor allem qualitativen Merkmalen der psychotherapeutischen Tätigkeit im ambulanten und stationären Behandlungsrahmen benötigt, die vor allem ein genaueres Bild der fachärztlichen Gesprächsleistungen entwerfen können. Wir haben uns deshalb entschieden, die von uns geplante Fragebogenuntersuchung auch jenseits des von der BÄK zur Verfügung gestellten Budgets durchzuführen. Dies wäre ein erster Schritt im Sinne der notwendigen Qualitätssicherung der Prozessqualität.
- Die einzelnen an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen sind gefordert, ihr Selbstverständnis als ärztliche Psychotherapeuten und ihren Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung präziser herauszuarbeiten. Es ist von einem erheblichen Mehrbedarf der Bevölkerung an Information über Schwerpunkte der an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen auszugehen.

Autoren

Prof. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. Herpertz', written on a light blue background.

Prof. Stephan Herpertz, Bochum

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. Herpertz', written on a light blue background.


Dr. Christa Schaff, Weil der Stadt

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Schaff', written on a light blue background.

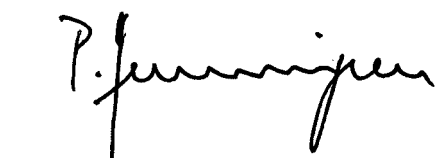
Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Roth', written on a light blue background.

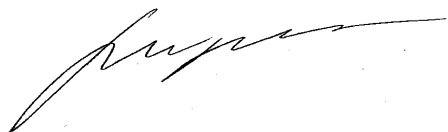
Prof. Peter Falkai, Göttingen

A handwritten signature in purple ink, appearing to be 'P. Falkai', written on a light blue background.

Prof. Peter Henningsen, München

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Henningsen', written on a light blue background.

Dr. Frank Bergmann, Aachen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Langkafel', written in a cursive style.

Dr. med. Mathias Langkafel, Hattingen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Holtmann', written in a cursive style.

Prof. Dr. Martin Holtmann, Hamm/ Bochum

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Holtmann', written in a cursive style.

6. Literaturverzeichnis

Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Der Psychotherapeut* 55: 503-514

Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2011) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Der Psychotherapeut* 56: 51-60

Angermeyer CM, Matschinger H (2005) Have there been any changes in the attitudes towards psychiatric treatment? *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 111: 68 - 73

Berger M (2004). Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches "Psychiatrie und Psychotherapie". *Der Nervenarzt* 75: 195-204.

DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007) Grundlagen der Psychotherapie im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. Überarbeitete Auflage, S. 437-450

Deutsche Rentenversicherung (2011) Reha-Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation im Licht der Statistik

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

Hebebrand, J. et al. (2009) Forschungsleistung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003-2008 in *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37.Jg., Heft 4

Härter, M, Müller, H, Dirmaier, J, Donner-Banzhoff, N, Bieber, C, Eich, W (2011) Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 263-270.

Holzinger A, Matschinger H, Drexler V, Angermeyer CM (2010) „Was denken Sie was ein Psychiater macht? ... Und was denken Sie macht ein Psychotherapeut?“ *Psychiatrische Praxis* 37: 329-334

Horch K, Ryl L, Hintzpeter B, Dierks ML (2011) Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. *GBE kompakt* 2(2)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010) Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2010. Struktur der Mitglieder in den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31.12.2009. Onlineresource, Zugriff am 25.11.2011 <http://www.kbv.de/publikationen/2394.html>

Puschner B, Bauer S, Kraft S, Kordy H (2005) Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* . 55: 517-526

Remschmidt, H, Mattejat, F., Warnke, A.: Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2010, Thieme Verlag

Resch, F., Lehmkuhl, G., & Schulte-Markwort, M. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In P. L. Janssen, P. Joraschky & W. Tress (Eds.), *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (Vol. 2. Auflage, pp. 625-632). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2009.

Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC (2005) Mental Disorders – who and what might help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 40:167-174

Schnell K, Herpertz SC (2011) Psychotherapy in psychiatry – the current situation and future directions in Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 261 Suppl 2:129-34

Schulz H, Barghaan D, Koch U, Harfst T (2011) Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In HU Wittchen und J Hoyer: Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin: Springer.

Rober-Koch-Institut (2008) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41

Statistisches Bundesamt (2011) Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011)b Gesundheit - Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2009. Onlineresource, Zugriff am 25.11.2011
(<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/TiefgegliederteDiagnosedaten,templateId=renderPrint.psml>)

Strotzka H (1978) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban und Schwarzenberg.

Warnke,A., Lehmkuhl,G.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland; Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, 4.Aufl. 2011,Schattauer

7. Anhang