



UniversitätsKlinikum Heidelberg



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG GMBH



Zwischenbericht

zum Gutachten

**„Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen
Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland –
Formen der Versorgung und ihre Effizienz“**

vorgelegt von

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog

unter Mitarbeit von

Dipl. Psych. Dipl. Sowi. Mareike Hofmann
Dr. rer. nat. Astrid Larisch M.P.H.

im Auftrag der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Justus-Liebig-Universität Gießen und
Philipps-Universität Marburg
Friedrichstraße 33
35392 Gießen
Tel.: 0641-985-45600
E-mail: Johannes.Kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Ruprecht-Karls Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Tel.: 06221-568649
E-mail: wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

Gießen, den 10. Januar 2012

1. Einführung und Hintergrund	1
1.1 Ziele des Gutachtens	2
2. Die Entwicklung der aktuellen ambulanten psychosomatischen/ psychotherapeutischen Versorgungsstruktur in Deutschland	4
3. Die Gruppen der Behandler in der psychosomatischen /psychotherapeutischen vertragsärztlichen Versorgung	8
3.1 Hausärzte und Fachärzte mit Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversor- gung.....	8
3.2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.....	9
3.3 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	10
3.4 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	11
3.5 Nervenärzte – Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	11
3.6 Psychologische Psychotherapeuten.....	12
3.7 Psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung durch Ambulanzen.....	13
4. Aufgabenfelder und Behandlungsbedarf für die psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung	14
4.1 Häufigkeit psychosomatischer/ psychischer Störungen und deren psychosoziale Folgen	15
4.2 Depressive Störungen.....	16
4.3 Somatoforme Störungen.....	20
4.4 Essstörungen.....	22
4.5 Anpassungsstörungen und Komorbiditäten bei körperlichen Erkrankungen.....	25
5. Die aktuelle Versorgung im Spiegel der Versorgungsforschung.....	27
5.1 Inanspruchnahme und Bedarfsdeckung	27
5.2 Zuweisungswege	29
5.3 Wartezeiten.....	30
5.4 Therapiedauer, Sitzungszahl, Ausschöpfung der genehmigten Kontingente.....	31
5.5 Therapieorientierung	31
5.6 Therapieangebote - Einzeltherapie vs. Gruppentherapie	33
5.7 Psychosomatische Grundversorgung und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie	34
6. Analyse des psychosomatischen/psychotherapeutischen Leistungs- und Diagnose- spektrums in der kassenärztlichen Versorgung.....	36
6.1 Methodik	36
6.2 Grundlegende Strukturkennziffern der Datenbasis	39
6.2.1 Behandlergruppen und Praxiskennziffern.....	39
6.2.2 Charakterisierung der in den unterschiedlichen Behandlergruppen versorgten Patienten.....	41
6.3 Verteilung der versorgungsdominanten Diagnosen in den Behandlergruppen.....	46
6.3.1 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“	48
6.3.2 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“	49
6.3.3 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Nervenärzte“	50
6.3.4 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Psycholo-	

gische Psychotherapeuten“	51
6.3.5 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „ausschließ- lich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie“	52
6.4 Psychosomatisches/psychotherapeutisches Leistungsspektrum der Behandlergruppen	54
6.5 Leistungsprofile nach EBM-Kapiteln der Behandlergruppen in der Versorgung von Behandlungsfällen mit spezifischen Diagnosen.....	56
6.5.1 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „mittelgradige depressive Episode“	57
6.5.2 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „rezidivierende depressive Störung“	58
6.5.3 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „somatoforme Störungen“	60
6.5.4 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „Essstörungen“	62
6.5.5 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „Anpassungsstörungen“	63
7. Zusammenfassung	65
8. Ausblick	71
Anhang	73
Literaturverzeichnis.....	76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Erkennen depressiver Störungen in der Hausarztpraxis (nach G-BA, 2011).....	19
Tabelle 2. Durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz (nach Zepf et al., 2003).....	30
Tabelle 3. Niedergelassene Ärzte und psychologische Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung – befähigt zur Richtlinien-Psychotherapie	37
Tabelle 4. Bildung der Behandlergruppen	38
Tabelle 5. Gesamtleistungsbedarf sowie Anzahl aller Diagnosen, Fälle und Praxen je Behandlergruppe in der Vollerhebung der KBV aus dem Jahr 2008.....	40
Tabelle 6. Patientenkenziffern 2008 - Standardkennzahlen der Patienten der GesamtGeburtstagsstichprobe sowie getrennt pro Behandlergruppe.....	41
Tabelle 7. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (alle Altersgruppen)	43
Tabelle 8. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (Altersgruppe 0-34 Jahre) .	44
Tabelle 9. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (Altersgruppe 35-54 Jahre)	45
Tabelle 10. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (Altersgruppe 55+ Jahre)...	46
Tabelle 11. Anteil der Diagnosen in Prozent nach Zusatzkennzeichen in den Behandlergruppen	47
Tabelle 12. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“	48
Tabelle 13. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“	49
Tabelle 14. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe Nervenärzte	50
Tabelle 15. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Psychologische Psychotherapeuten“	51
Tabelle 16. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie“	52
Tabelle 17. Die 20 gruppierten GOPs mit dem größten Leistungsbedarf (Häufigkeit x GOP-Wert) nach EBM-Kapiteln für alle Diagnosen pro Behandlergruppe	54
Tabelle 18. Prozentualer Anteil aller Fälle pro Behandlergruppe, die ausgewählte Gebührenordnungspositionen (GOP) erhalten	55
Tabelle 19. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „mittelgradige depressive Episode“ (ICD-10 F32.1)	57
Tabelle 20. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „rezidivierende depressive Störung“ (ICD-10 F33).....	59
Tabelle 21. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „Somatoforme Störungen“ (ICD-10 F45)	60
Tabelle 22. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „Essstörungen“ (ICD-10 F50.)	62
Tabelle 23. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „Anpassungsstörungen“ (ICD-10 F43)	63

1. Einführung und Hintergrund

Nach Angaben des Bundes-Gesundheitssurveys (Jacobi & Wittchen, 2001) leiden im Verlauf eines Jahres ca. 31 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an mindestens einer psychischen Störung, ca. 16,5 Mio. Erwachsene im Erwerbsalter sind demnach betroffen. Diese Störungen finden sich in gleichem Ausmaß in der hausärztlichen und ambulanten fachärztlichen Versorgung (Löwe et al. 2003) und stellen Volkserkrankungen von erheblichem Ausmaß dar. Psychische und psychosomatische Störungen sind in Deutschland zunehmend Ursache für eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, krankheitsbedingte Fehlzeiten und vorzeitigen Berufsausstieg. Als Begleiterkrankung bei primär organischen Leiden (wie z.B. koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus) führen sie nicht nur zu einer schlechteren Lebensqualität, zu erhöhten Krankheitskosten, sondern auch zu einer höheren Mortalität (Friederich et al., 2002; Zipfel et al., 2002; Jünger et al., 2005; Hochlehnert et al., 2007; Beutel & Schulz, 2011).

Zur Versorgung dieser Patienten im Erwachsenenalter verfügen wir in Deutschland über eine vielfältige Versorgungsstruktur. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde bzw. Neurologie und Psychiatrie, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapiefachgebunden/Psychoanalyse sowie Psychologische Psychotherapeuten arbeiten in der spezialisierten ambulanten Versorgung. Daneben werden Patienten von Haus- und Fachärzten mit Qualifikation zur Durchführung der Psychosomatischen Grundversorgung psychosomatisch/psychotherapeutisch und/oder pharmakotherapeutisch behandelt. Hochschul- und Institutsambulanzen, Ambulanzen von Ausbildungsstätten u.a. erweitern diese Versorgung.

Hinzu kommt ein spezialisiertes Angebot der stationären (und teilstationären) Krankenhausbehandlung mit Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ein breites Angebot an stationären Rehabilitationsbehandlungen (Adler et al., 2010).

Trotz der differenzierten Versorgungsstrukturen gilt ein Teil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen als unter- oder fehlversorgt. Die Versorgung sei nicht ausreichend strukturiert, die Schnittstellen nicht definiert, eine sektorenübergreifende

Versorgung fände nur selten statt. Zwar haben psychotherapeutische, psychosomatische und pharmakologische Therapien in einer Vielzahl von RCTs und Metaanalysen ihre Wirksamkeit nachgewiesen. Es mangelt aber an Studien, um die Wirksamkeit und die Mängel des aktuellen Versorgungssystems besser abschätzen zu können. Bisher liegen kaum naturalistische Studien vor, die differenziert Auskunft geben können über die verschiedenen Versorgungsprofile der an der ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Behandlergruppen. Das Gutachten, dessen Zwischenbericht hier vorliegt, soll dazu beitragen, die aktuelle Versorgungsrealität abzubilden, um Entwicklungsimpulse zur Verbesserung des Systems zu geben.

1.1 Ziele des Gutachtens

Das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Auftrag gegebene Gutachten „Zur psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“ zielt darauf

- a) die aktuelle Versorgungsrealität im Bereich der ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung zu beschreiben,
- b) die unterschiedlichen Versorgungsbereiche psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychologen zu untersuchen sowie
- c) die differentielle Effektivität/Effizienz dieser Strukturen zu analysieren,
- d) Grundlagen für die patientenorientierte und evidenzbasierte Weiterentwicklung der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung zu schaffen und
- e) Vorschläge für die weitere Entwicklung abzuleiten.

Der vorliegende Zwischenbericht soll den Versorgungsbedarf, die aktuelle Versorgungsrealität sowie die unterschiedlichen Versorgungsprofile in den Fachgebieten (i) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, (ii) Psychiatrie und Psychotherapie, (iii) Nervenheilkunde, (iiii) Fachärzte und Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und (iiiii) der Psychologischen Psychotherapeuten beschreiben hinsichtlich der soziodemographischen Patientenmerkmale, Diagnosen, Komorbiditäten und Leistungen. Es stützt sich auf eine systematische Analyse der aktuellen Literatur zur Versorgung und zur

psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung sowie auf die statistische Analyse der Querschnittsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)^{1,2}.

¹ Wir danken dem Vorstandsvorsitzenden der KBV Herrn Dr. A. Köhler und dem Leiter des Dezernats 3 der KBV Herrn Dr. B. Rochell für das entgegengebrachte Vertrauen bei der Auftragserteilung und der Bereitstellung des umfangreichen Datenmaterials. Dem Leiter der Abteilung Morbiditätsorientierung Herrn Dr. A. Ryll und seinen Mitarbeitern danken wir für die Aufbereitung der Daten und die methodische Beratung.

² Uns ist bewusst, dass die psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung überwiegend von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen geleistet wird und überwiegend Patientinnen dies in Anspruch nehmen. Lediglich wegen der besseren Lesbarkeit und aus Gründen der Vereinfachung wurde im Text durchgängig die männliche Form gewählt.

2. Die Entwicklung der aktuellen ambulanten psychosomatischen/ psychotherapeutischen Versorgungsstruktur in Deutschland

Die aktuelle Versorgungsstruktur ist vor dem Hintergrund ihrer geschichtlichen Entwicklung zu verstehen. Am 3. Mai 1967 beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Richtlinien über „tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung“. Von nun an hatte jeder sozialversicherte Patient das Anrecht auf Psychotherapie bei entsprechenden Krankheiten. Diese „Psychotherapie-Richtlinien“ stellen eine Grundlage des psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgungssystems dar und legen drei Kernpunkte fest: a) die Definition der zugelassenen Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, seit den 80er Jahren Verhaltenstherapie und psychosomatische Grundversorgung) und Behandlungsmöglichkeiten (Gruppensetting, Paar- und Familientherapie), b) die Anwendungsbereiche (Indikationen) und c) ein Gutachterverfahren zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen.

Vor der Etablierung der Richtlinien-Psychotherapie fanden umfangreiche Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie durch das bereits 1946 gegründete „Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen“ der AOK Berlin statt. Annemarie Dührssen leistete mit ihren katamnestischen Studien zur Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen wie z.B. die „Krankenhausaufenthalts-Studie“ Pionierarbeit. Die Entwicklung und Etablierung der Psychotherapie in der Bundesrepublik nach dem 2. Weltkrieg erfolgte zum Teil abseits der Universitäten, teils gegen den erheblichen Widerstand der Universitätspsychiatrie sowie überwiegend ohne Beteiligung der akademischen Psychologie (Rüger & Bell, 2004).

Die Psychotherapie und Psychosomatik hat eine weitere Wurzel im Bereich der Inneren Medizin. Ab 1927 setzte in Deutschland eine rasche Entwicklung psychosomatisch internistischer Abteilungen u.a. an Universitätskliniken in Lübeck, Heidelberg, Ulm oder Bern ein, die die psychosomatischen Ansätze als integrierte internistische Psychosomatik in die Innere Medizin einbezogen (Herzog et al., 2003; 2006).

Die Ärzteschaft nahm in ihrer Weiterbildungsordnung die Impulse auf. 1957 wurde durch einen richtungsweisenden Beschluss des Ärztetages die Zusatzbezeichnung Psychotherapie eingeführt. 1978 folgte die Einführung der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse. Die Zusatzbezeichnung Psychotherapie (Psychotherapie – fachgebunden) ermöglicht seither allen Fachärzten, eine spezielle Qualifikation in der Psychotherapie zu erwerben, sei es in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder in der Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Methode wurde somit breit in der Ärzteschaft verankert.

Auch in die ärztliche universitäre Ausbildung wurde die Psychotherapie und Psychosomatik zunehmend integriert. 1964 forderte die Denkschrift zur ärztlichen Psychotherapie und psychosomatischen Medizin der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die psychosomatische Medizin stärker in die Lehr- und Forschungspläne zu integrieren. In der Novellierung der Approbationsordnung im Jahr 1970 erfolgte die Einführung der Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in die Vorklinik sowie des obligaten Praktikums im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den klinischen Studienabschnitt neben den Praktika u.a. in den Fächern Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin. Die Gründung der entsprechenden Lehrstühle war die Folge.

Der Bericht der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung „Zur Lage der psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ im Jahr 1975 war ein weiterer Meilenstein der Entwicklung. Der Bericht forderte neben einem psychiatrischen einen psychotherapeutisch-psychosomatischen Strang in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Mit der Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin (heute: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) im Jahr 1992 wurde dieses zweisträngige Versorgungskonzept aufgegriffen und in die Weiterbildungsordnung sowie in die Versorgung integriert. In der Folge wurde im Jahr 2005 für den ambulanten Bereich im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein Kapitel Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eingeführt.

Neben der „spezialisierten Psychosomatik und Psychotherapie“ wurde mit der Psychosomatischen Grundversorgung eine Qualifikation und Vergütungsstruktur geschaffen, die die psychosomatische Basisqualifikation des primär somatisch tätigen Arztes stärkt. Für den psychosomatischen/psychotherapeutischen Bereich hat sich mit der Konzeptualisierung und der Etablierung der Psychosomatischen Grundversorgung in den veränderten

Psychotherapie-Richtlinien (1986) ein dreistufiges Konzept für die ärztliche Weiter- und Fortbildung sowie für die psychosomatische Versorgung (vgl. Janssen, 2009) etabliert:

- Die Psychosomatische Grundversorgung stellt die Basisversorgung in der Hand des somatisch tätigen Arztes dar. Sie ermöglicht einen psychosomatischen Verständnisansatz in der haus- und fachärztlichen Versorgung. Mit den Beschlüssen des Ärztetages aus dem Jahr 2003 wurden Kurse in der Psychosomatischen Grundversorgung Pflicht in der allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Weiterbildung. In zahlreichen weiteren Fachgebieten wird der Erwerb einer psychosomatischen Grundkompetenz im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung erwartet.
- Die Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse ermöglichen den Erwerb einer Qualifikation in der Psychotherapie für Ärzte aus somatischen Fachgebieten und die Teilnahme an der psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung.
- Der Facharzt für Psychosomatische Medizin arbeitet als Spezialist für den psychosomatisch/psychotherapeutischen Ansatz mit intensiver psychotherapeutischer Weiterbildung. Er hat seinen Schwerpunkt in der Behandlung psychosomatischer, erlebnisreaktiver und psychoneurotischer Erkrankungen.

Dieses Versorgungskonzept verbindet den Ansatz der integriert arbeitenden Psychosomatik (psychosomatische Behandlung in der Hand des primär somatisch arbeitenden Arztes) mit dem der spezialisierten Psychosomatik/Psychotherapie.

Der psychiatrische/nervenärztliche Bereich trat Anfang der 1950er Jahre nach einer Phase der rein deskriptiven Psychopathologie in seine biologische Ära ein, in der Psychotherapie eine untergeordnete Rolle spielte. Zwar blieben Psychiatrie und Psychotherapie formell verbunden, eine erste Annäherung erfolgte Ende der 1970er Jahre mit der „Psychiatrie-Enquete“. Der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) zur „Psychotherapie in der Psychiatrie“ 1980 in Berlin begann, sie weiter zusammenzuführen. Mit der neuen Weiterbildungsordnung und der Umbenennung des Facharztes in den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie wurde die Weiterbildung in der Psychotherapie als obligater Bestandteil in die Weiterbildung integriert. Seitdem erfolgt eine zunehmende Hinwendung zur Psychotherapie.

Neben der ärztlichen psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung entwickelte sich parallel die psychotherapeutische Versorgung durch Psychologen. Die psychotherapeutischen Wurzeln der Psychologie bildeten sich einerseits aus der psychoanalytischen Tradition, andererseits entwickelte sich parallel Anfang des 20. Jahrhunderts der Behaviorismus mit Watson (1913), der die Grundlage für die Verhaltenstherapie darstellt. Ab den 1950er Jahren leitete der Kognitivismus eine zentrale Wende ein. Im Jahr 1991 erschien ein Gutachten zum Psychotherapeutengesetz, das 1998 vom Bundestag beschlossen wurde und 1999 in Kraft trat. Mit dem Psychotherapeutengesetz wurden zwei neue Heilberufe in das Versorgungssystem eingeführt: den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und den approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Während zuvor ca. 2.600 Psychologen über das Delegationsverfahren an der kassenärztlichen Versorgung im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie beteiligt waren, sind seitdem ca. 13.000 Diplom-Psychologen mit entsprechender zusätzlicher Ausbildung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eigenverantwortlich tätig. Sie können sich in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, in der analytischen Psychotherapie oder in der Verhaltenstherapie ausbilden lassen.

3. Die Gruppen der Behandler in der psychosomatischen/ psychotherapeutischen vertragsärztlichen Versorgung

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

3.1 Hausärzte und Fachärzte mit Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung

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

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

Nach einer Hochrechnung der KBV gab es im Jahr 2009 ca. 66.000 Hausärzte und andere Fachärzte mit Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung (KBV, Stand 31.12.2009). Die berufsbegleitende Kurs-Weiterbildung umfasst 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balintgruppenarbeit), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, d.h. insgesamt 80 Stunden. Das Curriculum berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (GOP 35 100/35 110 nach EBM). Seit 2003 ist in der Weiterbildung im Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ und

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

3.2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

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

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

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

Im Jahr 2008 waren bundesweit 2.176 (KBV, Stand 31.12.2008) niedergelassene ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie in der ambulanten Versorgung aktiv. Das durchschnittliche Alter lag bei 51 Jahren, der Frauenanteil überwog mit 71 %. Die Abrechnungsmöglichkeiten der psychotherapeutisch tätigen Ärzte beinhalten das Kapitel 35 zur Richtlinien-Psychotherapie und das fachspezifische Kapitel 23

für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten (23 211/23 212 Grundpauschale; 23 220 psychotherapeutisches Gespräch als Einzelleistung) im EBM.

3.3 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

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

Die fünfjährige Facharztweiterbildung umfasst 1.500 Therapiestunden unter Supervision und 240 Theoriestunden. Von den 60 Monaten praktischer Tätigkeit müssen 36 Monate im Bereich der psychosomatischen Medizin, 12 Monate in der Psychiatrie und 12 Monate im Gebiet Innere Medizin oder Allgemeinmedizin abgeleistet werden. Die Selbsterfahrung beinhaltet je nach theoretischer Ausrichtung 150 Einzelstunden und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung (Tiefenpsychologie, Psychoanalyse) bzw. 70 Doppelstunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung (Verhaltenstherapie) (s. Tab. 1 im Anhang). Der Schwerpunkt der Weiterbildung liegt in der praktischen und klinischen Ausbildung im Bereich der psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung von Patienten mit psychischen, psychosomatischen, somatopsychischen und erlebnisreaktiven Störungen.

Im Jahr 2008 nahmen bundesweit 2.508 niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einem Frauenanteil von 57 % und einem Durchschnittsalter von 55 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, Stand 31.12.2008). Nach EBM können Ärzte dieser Behandlergruppen u.a. Leistungen aus Kapitel 35 gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) und aus dem erstmals im Jahr 2005 aufgenommenen fachspezifischen Kapitel 22 abrechnen. Diese ermöglichen neben der Richtlinien-Psychotherapie eine flexible und adaptierte psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung.

3.4 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Im Jahr 2008 nahmen insgesamt 1.917 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Frauenanteil von 46 % und einem Durchschnittsalter von 50 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, Stand 31.12.2008). Nach EBM können Ärzte dieser Behandlergruppen u.a. Leistungen wie antragsgebundene Richtlinien-Psychotherapie aus Kapitel 35 und dem fachspezifischen Kapitel 21 zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen abrechnen.

3.5 Nervenärzte – Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

Die Behandlergruppe der Nervenärzte setzt sich innerhalb der KBV aus den Fachärzten für Nervenheilkunde (alte Bezeichnung), den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie zusammen. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie als Doppelfacharzt hat sowohl die Ausbildung zum Neurologen als auch die zum Psychiater durchlaufen. Neben den Aufgaben der Psychiatrie (s. Kapitel 3.1.2) beschäftigt

sich die Neurologie nach aktueller MWBO (Stand vom 25.06.2010) mit der „Vorbeugung, Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur“.

Bundesweit nahmen 2.567 niedergelassene Nervenärzte mit einem Frauenanteil von 32 % und einem durchschnittlichen Alter von 56 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, 31.12.2008). Ebenso wie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie können sie u.a. Leistungen aus den EBM-Kapiteln 35 und 21 abrechnen.

3.6 Psychologische Psychotherapeuten

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

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

Bundesweit waren 13.023 niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2008 tätig. Das Durchschnittsalter lag bei 52 Jahren und der Frauenanteil überwog mit 68 %. Die Abrechnungsmöglichkeiten der Psychologischen Psychotherapeuten beinhalten u.a. das Kapitel 35 zur Richtlinien-Psychotherapie und das fachspezifische Kapitel 23 für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten (23 211/23 212 Grundpauschale; 23 220 psychotherapeutisches Gespräch als Einzelleistung) im EBM.

3.7 Psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung durch Ambulanzen

Neben den niedergelassenen Ärzten und Psychologen beteiligen sich die an Krankenhäusern bzw. Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliederten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) an der ambulanten Versorgung. In universitären Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befinden sich häufig Polikliniken. Hinzu kommen in diesen beiden universitären Bereichen sowie in den nicht-universitären Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ambulante Behandlungen im Rahmen von persönlichen Chefarztermächtigungen oder für spezielle Indikationsbereiche (z. B. Psychoonkologie). Laut Angaben der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie gibt es in Deutschland insgesamt 25 Hochschulambulanzen im Bereich der klinischen Psychologie mit 6.980 Behandlungsfällen pro Jahr. Nach Angaben des Verbandes Psychologischer Psychotherapeuten existierten im Jahr 2006 in Deutschland zudem ca. 171 staatlich anerkannte psychologische Ausbildungsinstitute für Psychotherapie, die eine Ausbildungsambulanz unterhalten.

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

4. Aufgabenfelder und Behandlungsbedarf für die psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung

Die Behandlungsnotwendigkeit und der Behandlungsbedarf bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen ist definiert durch a) das Vorliegen einer Diagnose nach ICD-10, b) eine erhebliche Beeinträchtigung aufgrund des Gesundheitsproblems, c) das Vorhandensein effektiver Behandlungsmaßnahmen und d) die vom Betroffenen subjektiv erlebte Behandlungsbedürftigkeit und die Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahme (vgl. Jacobi, 2011). Da einige Patienten zunächst ein Krankheits- und Therapieverständnis aufbauen müssen, ist die subjektiv wahrgenommene Behandlungsbedürftigkeit und Akzeptanz von Behandlungsmaßnahmen keine konstante Größe. Sie können durch Aufklärungs- oder motivierende Maßnahmen gefördert werden.

Zur Skizzierung der Aufgaben, der Behandlungsnotwendigkeit und des Behandlungsbedarfs werden im Folgenden die Häufigkeit psychosomatischer/psychischer Störungen und deren Folgen für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit berichtet.

Am Beispiel von vier Störungsbildern - depressive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen - werden die Häufigkeiten, die Komorbiditäten, die „State of the Art“-Therapie sowie die Versorgungssituation auf der Grundlage der aktuellen Literatur dargestellt. Diese vier Störungsbilder wurden ausgewählt, um die spezifische Versorgungsproblematik von Patienten darzustellen mit

- a) primär psychischer Symptomatik (Depression),
- b) funktionellen körperlichen Störungen, also körperlichen Beschwerden ohne organischen Befund (somatoforme Störungen),
- c) psychosomatischen Krankheiten als diejenigen körperlichen Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychosoziale Faktoren wesentlich beteiligt sind (Essstörungen) und
- d) reaktiven Störungen, die vorliegen, wenn bei der Bewältigung schwerer somatischer Erkrankungen psychische Probleme auftreten (Anpassungsstörungen).

4.1 Häufigkeit psychosomatischer/ psychischer Störungen und deren psychosoziale Folgen

Laut Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Jacobi & Wittchen, 2001) sind innerhalb eines Jahres ca. 31 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren von mindestens einer psychischen Störung betroffen, was ca. 16,5 Mio. Erwachsenen im Erwerbsalter entspricht. In dieser Altersgruppe überwiegen mit 14,5 % Patienten mit Angststörung, gefolgt von Patienten mit affektiven (depressiven) Störungen (11,9 %), somatoformen Störungen (11,0 %) und Schmerzstörungen (8,9 %). Die Ergebnisse der „Mannheimer Kohortenstudie“ bestätigen diese Ergebnisse auch im Längsschnitt. Hier wurden 600 Mannheimer über 35 Jahre hinweg begleitet (Lieberz et al., 2011). Die Prävalenz psychischer Störungen von etwa 25-30 % besteht durchgehend über alle Erhebungsphasen hinweg. Psychische Störungen stellen somit Volkserkrankungen von erheblichem Ausmaß dar.

Die sozialmedizinischen Auswirkungen psychischer und psychosomatischer Störungen fordern die Gesellschaft zunehmend heraus. Während der Krankenstand in den letzten Jahren insgesamt gesunken ist, ist seit etwa einem Jahrzehnt ein kontinuierlicher Anstieg an Arbeitsunfähigkeitstagen (AU) in Folge psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zu beobachten (DAK-Gesundheitsreport, 2011). Psychische und psychosomatische Störungen machen im Jahr 2010 12,1 % des Gesamt Krankenstands aus und stehen somit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Bei Frauen machen sie 14,8 % des AU-Volumens aus, bei Männern 10,0 %. Bei beiden Geschlechtern erhöhte sich der Anteil am AU-Volumen kontinuierlich. Psychische und psychosomatische Störungen sind mit langen Ausfallszeiten verbunden: durchschnittlich fehlt ein DAK-versicherter Arbeitnehmer, der an einer psychischen Störung leidet, 28,9 Tage im Jahr 2010 im Vergleich zu 6,3 Tagen wegen einer Atemwegserkrankung (DAK-Gesundheitsreport, 2011). Auch als Ursache für die vorzeitige Berentung haben psychische und psychosomatische Störungen orthopädische und Herz-Kreislauf-Erkrankungen längst überholt. Nach der Rentenzugangsstatistik des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger erfolgte 2009 in 38 % der Fälle eine Frühberentung wegen einer psychisch bzw. psychosomatisch bedingten Erwerbsminderung (Deutsche Rentenversicherung, 2011). Im Jahr 2001 lag der Anteil noch bei 26,8 % (1993: 15,4 %).

4.2 Depressive Störungen

Prävalenz Depressive Störungen sind in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig. Die Punktprävalenz wird zwischen 5,2 % (Ellert et al., 2006) und 16 % (Fichter et al., 2008) eingeschätzt. Die 12-Monats-Prävalenz liegt zwischen 3 % (Friemel et al., 2005) und 10,9 % (Ellert et al., 2006). Die Zahl derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an Depressionen erkranken (Lebenszeitprävalenz) beträgt 17,1 % (Jacobi et al., 2004). Die gesetzlichen Krankenkassen ermitteln bei ihren Versicherten Prävalenzen für eine depressive Störung um die 8 % (DAK, 2005; TK, 2008; GEK, 2007; 2008). Insgesamt beträgt das Verhältnis Frauen zu Männern etwa 2:1. Die Depression bei älteren Menschen verdient ebenso besondere Beachtung wie die altersabhängige Verteilung der Prävalenzen bei Älteren mit einem Maximum zwischen 55 und 60 Jahren (Wild et al., in press).

Etwa 8,6 % (Linden et al., 1996) bis 11,3 % der hausärztlichen Patienten (Wittchen et al., 2001) leiden unter einer depressiven Störung (Punktprävalenzen) (Wittchen et al., 2002; Bermejo et al., 2003; Weyerer et al., 2008; Sielk et al., 2009). Ursachen für die teils erheblichen Schwankungen in den Daten können in den untersuchten Populationen (Patienten vs. Allgemeinbevölkerung), der Art der Messinstrumente (Selbstberichte vs. klinische Interviews), der zugrundeliegenden Klassifizierung (ICD vs. DSM) und dem untersuchten Zeitraum liegen.

Depressionen treten selten alleine auf. Vielmehr leiden Patienten mit Depression häufig zusätzlich unter einer komorbiden psychischen oder einer komorbiden somatischen Erkrankung. 60 % der Personen mit depressiver Episode und 80 % derjenigen mit Dysthymie weisen mindestens eine weitere psychische Störung auf (Jakobi & Wittchen, 2001). Zu den häufigsten Komorbiditäten der depressiven Störungen gehören Angst- und Zwangsstörungen, Alkoholabhängigkeit, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie somatoforme Störungen. Personen mit einer somatischen Erkrankung entwickeln innerhalb ihres Lebens in ca. 40 % der Fälle eine depressive oder Angststörung. Neurologische, endokrine Erkrankungen wie Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Tumorerkrankungen werden häufig durch depressive Störungen kompliziert. Folgen dieser Komorbiditäten können u.a. verstärkte körperliche Symptome, eine verschlechterte Anpassung an die Erkrankung, eine erschwerte Therapie und eine erhöhte Mortalitätsrate sein (vgl. Jünger et al., 2005; Kruse et al., 2006).

Therapie Zur Behandlung der Patienten mit unipolarer Depression liegt seit 2009 eine S3-Leitlinie/nationale Versorgung Leitlinie „Unipolare Depression“ vor, auf die verwiesen wird (AWMF, 2009). Grundsätzlich sieht die Leitlinie vier primäre Behandlungsstrategien vor:

- aktiv-abwartende Begleitung („watchful waiting“),
- medikamentöse Behandlung (Antidepressiva),
- psychotherapeutische Behandlung (z. B. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie),
- Kombinationstherapie.

Des Weiteren werden in der Leitlinie zur unipolaren Depression nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren wie elektrokonvulsive Therapie, Wachtherapie, Lichttherapie, körperliches Training und unterstützende Therapieverfahren genannt (AWMF, 2009).

Unter Berücksichtigung der Präferenz des Patienten soll - den evidenzbasierten Leitlinien entsprechend - nach aktuellem Stand des Wissens bei leichten Depressionen bevorzugt eine Psychotherapie, bei mittelschweren eine Pharmakotherapie oder Psychotherapie und bei schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung angeboten werden. Wirksamkeitsnachweise für die Behandlungen liegen vor. In der Leitlinie werden die Aufgabengebiete der unterschiedlichen Behandler und die Schnittstellen der Versorgung je nach Schweregrad der depressiven Störung definiert. Als zentrale Behandler für depressive Erkrankungen werden aufgelistet v.a.:

- Hausärzte;
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde;
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie;
- Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse;
- Psychologische Psychotherapeuten;
- ergänzend: Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und -pädagogen, Soziotherapeuten, häusliche psychiatrische Pflege;
- Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen einschließlich Instituts- und Hochschulambulanzen;
- Rehabilitationseinrichtungen.

Die Leitlinien sehen vor, dass leichte bis mittelschwere depressive Störungen ambulant von allen relevanten Behandlungsgruppen behandelt werden können (Schauenburg & Gensichen,

2011). Erfolgt keine ausreichende Besserung nach 6 Wochen, so soll der Hausarzt eine Konsultation bei einem Facharzt oder einem ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten anraten (Schauenburg, 2010).

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenarzt soll insbesondere hinzugezogen werden bei unklarer psychiatrischer Differenzialdiagnostik, schwerer Symptomatik, Therapieresistenz, Problemen bei der Pharmakotherapie und/oder in einer Psychotherapie, Interaktionsproblemen im Rahmen der Kombinationstherapie von Antidepressiva, akuter Selbst- und Fremdgefährdung, psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten sollten zur Durchführung von Richtlinien-Psychotherapien, zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei schweren Symptomen im Rahmen einer Kombinationstherapie, bei Therapieresistenz, bei Komorbidität mit anderen schweren psychischen und somatischen Erkrankungen sowie bei Problemen in der Psychotherapie hinzugezogen werden. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztliche Psychotherapeuten können auch mit pharmakotherapeutischen Fragen konsultiert werden.

Versorgungssituation Insgesamt ist der Kenntnisstand über die reale Versorgung von Patienten mit Depression sehr lückenhaft. Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 liefern Behandlungsquoten von 44 % bei einer depressiven Episode und 54 % bei dysthymen Störungen (Jacobi & Wittchen, 2001). Höhere Quoten finden sich in Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten, niedrigere Quoten sind eher auf dem Land als in der Stadt. Je nach Ausmaß der depressiven Symptomatik wird das medizinische Versorgungssystem in stärkerem Maße in Anspruch genommen (Wittchen et al., 2000; Braune & Berger, 2005). Da Patienten mit depressiven Beschwerden in erster Linie ihren Hausarzt aufsuchen, kommt dieser Arztgruppe eine besondere Funktion als „Lotse im System“ zu (Albani et al., 2010).

Hegerl und Pfeiffer (2003) weisen auf erhebliche Versorgungsdefizite in der Behandlung von Patienten mit Depression zu Beginn des Jahrtausends hin. Insgesamt gibt es, so die Autoren, in Deutschland ca. 4 Mio. Personen mit behandlungsbedürftiger depressiver Störung, wovon 2,4 – 2,8 Mio. (60-70 %) sich in hausärztlicher Behandlung befanden. Eine Diagnose aus dem Spektrum der depressiven Störungen erhielten wiederum 1,2 – 1,4 Mio. (30-35 %) Patienten.

Von einer suffizienten therapeutischen Behandlung profitieren 240.000 bis 360.000 Patienten (6-9 %).

Der Bericht des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA 2011) ermittelt, dass etwa 40 % bis 75 % der Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Versorgung entsprechend diagnostiziert werden (s. Tab.1, vgl. G-BA, 2011). 12 % bis 18 % der Patienten wurden fälschlich als an einer depressiven Störung leidend diagnostiziert.

Tabelle 1. Erkennen depressiver Störungen in der Hausarztpraxis (nach G-BA, 2011)

Studie	aus Jahr	Ort	N (Patienten/Praxen)	Sensitivität	Spezifität
Wittchen	1999	bundesweit	20.421 / 633	59,0% - 74,8%	88,0%
Wittchen	1999	bundesweit	15.081 / 412	55,0%	-
Bermejo	2001/2002	Rheinland, München	1.232 / 32	45,2%	86,2%
Löwe	2001/2002	Heidelberg	288 / 12	40,0%	87,0%
Sielk	2006	Düsseldorf	902 / 35	48,8%	82,3%

In ihrer Analyse der Versorgungssituation konnten die Autoren des Berichts des Gemeinsamen Bundesausschusses (2011) aufzeigen, dass die Untererkennung depressiver Störungen nicht an einer allgemeinen Zurückhaltung bei der Diagnosevergabe liegt, sondern daran, dass die Hausärzte andere Patienten als depressiv diagnostizierten als die rein symptomorientierten Fragebögen. Im Gegensatz zum Fragebogen erhalten Hausärzte weitere Informationen zum sozialen und biografischen Hintergrund der Patienten und beurteilen die Symptomatik in diesem Kontext. Da Hausärzte und Allgemeinärzte dann Diagnosen mit unspezifischen Kategorien stellen (F32.8, sonstige depressive Episode bzw. F32.9, depressive Episode, nicht näher bezeichnet), ergibt sich die Frage, inwieweit die Klassifikation nach ICD die Behandlungsanlässe und gesundheitlichen Probleme der Patienten in diesem Feld ausreichend präzise widerspiegeln. In den letzten Jahren hat es zahlreiche Initiativen zur Verbesserung der Diagnose und Therapie depressiver Störungen im hausärztlichen Feld gegeben. Wie sich dieses in der Versorgung niederschlägt, ist zur Zeit nicht sicher abzuschätzen.

Die Therapie depressiver Patienten bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie besteht, so Bermejo et al. (2008), vornehmlich in der Aufklärung des Patienten, einer pharmakotherapeutischen Behandlung mit Antidepressiva sowie in einem kurzen therapeutischen Gespräch. Eine nicht näher definierte psychotherapeutische Behandlung erfolgte bei 58,8 % der Patienten. Dabei wurden 22,9 % der Patienten mit depressiven Störungen an einen Psychotherapeuten, 11,4 % in eine Klinik und 10 % an den Hausarzt überwiesen. Mit steigendem Schweregrad der Erkrankung erhöhte sich der Anteil

der Überweisungen (Bermejo et al., 2008). Das subjektive Zuständigkeitserleben für die Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen unterscheidet sich kaum innerhalb der verschiedenen Behandlergruppen. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde fühlen sich jedoch eher für die Erkennung und Differentialdiagnostik zuständig, während Hausärzte sich in der Rolle sehen, eine gemeinsame Behandlung mit anderen Behandlern zu koordinieren (Bermejo et al., 2010).

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine Untererkennung und zu geringe Behandlungsrate der depressiven Störungen hin.

4.3 Somatoforme Störungen

Prävalenz Patienten mit somatoformen Störungen zeichnen sich nach ICD-10 durch „die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind“ aus. Die Prävalenzen schwanken je nach Versorgungsbereich. In der Allgemeinbevölkerung liegt die 4-Wochen-Prävalenz bei 7,5 % (Wittchen et al., 1999), die Lebenszeitprävalenz bei 12,9 % (Meyer et al., 2000). Somatoforme Störungen können bei älteren Menschen wegen der hohen somatischen Komorbidität zu einem besonderen Problem werden (Wild et al., 2004). Da Patienten mit somatoformen Störungen vermehrt medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, ist der Anteil dieser Patienten in der hausärztlichen Versorgung deutlich höher bei rund 20 % (Tress et al., 1997, Fink et al., 1999; Kroenke et al. 2003, Rief et al., 2001). Die erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt bei Patienten mit somatoformen Störungen zu vielfach erhöhten Kosten im ambulanten und stationären Bereich (Smith et al., 1986; Hiller et al., 2003; Barsky et al., 2005). Nanke und Rief (2003) ermitteln, dass sie durchschnittlich 31 Arztkontakte pro Jahr haben, davon 17 Kontakte mit dem Hausarzt. In einer neueren Untersuchung von Hessel et al. (2005) fand sich eine 2-Jahres-Prävalenz somatoformer Beschwerden bei 8,3 % der Bevölkerung. Diese Patienten waren innerhalb der letzten beiden Jahre durchschnittlich 20 Tage arbeitsunfähig, 16 % lagen im Krankenhaus, 9 % waren in einer Rehabilitationsmaßnahme, 9 % erhielten eine Rente.

Generell besteht eine hohe Komorbidität bei somatoformen Störungen mit depressiven

Störungen bzw. Angststörungen (Katon et al., 1991; Henningsen et al., 2002; Creed & Barsky, 2004; Löwe et al., 2008). So geben Ebel und Podoll (1998) eine Komorbiditätsrate der Somatisierungsstörung im engeren Sinne mit einer depressiven Störung von 75 bis 90 % an, mit einer Panikstörung von 10 bis 50%, mit phobischen Störungen von 17 bis 70 %.

Therapie Die Versorgung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden erfolgt in einem ersten Schritt in den Hausarztpraxen bzw. beim somatischen Facharzt. Die Mehrheit der Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden möchte zunächst durch den Hausarzt behandelt werden (Franz et al., 1993; Timmer et al., 2006). Generell sollen diese Patienten zeitkontingent statt symptomkontingent betreut werden. Es ist auf eine minimale invasive Diagnostik zu achten (Henningsen et al., 2002). Der Hausarzt/Facharzt sollte ein psychosomatisches Krankheitsverständnis aufbauen. Viele der Behandlungsansätze im primärärztlichen Bereich zielen deshalb auf eine Schulung der Hausärzte und basieren auf dem Reattributionsmodell von Goldberg et al. (1989) bzw. der Modifikation, dem TERM-Modell (Fink et al., 2002; Larisch et al., 2004; Fritzsche & Larisch, 2003) sowie im FUNKTIONAL-Projekt (Schäfer et al. 2005; Benedikt et al., 2005). In anderen Ansätzen führen Hausärzte gemeinsam mit Psychosomatikern Gruppeninterventionen durch wie z.B. im SpeziAll-Projekt (Schäfer et al., 2011).

Im Rahmen eines „stepped care“-Ansatzes werden in einem zweiten Schritt spezifischere psychotherapeutische/psychosomatische Verfahren eingesetzt, soweit der Patient hierzu motiviert und ein entsprechendes Krankheitsverständnis erarbeitet wurde. Eine Übersicht über die psychotherapeutische Behandlung bei somatoformen/funktionellen Störungen geben u.a. Henningsen et al. (2007, 2011) und Kleinstäuber et al. (2011), die eine gute Wirksamkeit dieser Maßnahmen belegen. Sauer und Eich (2007) beschreiben für diese Patienten die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie ebenso wie niederschwellige Angebote im ambulanten Bereich.

Medikamentöse Mitbehandlung ist vorsichtig einzusetzen, da sie zu einer weiteren somatischen Fixierung führen kann. Es stehen bisher keine spezifischen Medikamente zur Verfügung, jedoch haben einige Antidepressiva positive Effekte. Die aktuelle Leitlinie zu den somatoformen Störungen wird zurzeit als S3-Leitlinie Somatisierung / somatoforme und funktionelle Störungen aktualisiert und befindet sich im Konsentierungsprozess.

Versorgungssituation Im Kontrast zu den hohen Prävalenzzahlen funktioneller Körperbeschwerden in der Primärversorgung ergibt sich bei der Analyse der Hauptdiagnosen von Patienten in ambulanter Fachpsychotherapie die Beobachtung, dass funktionelle Körperbeschwerden/somatoforme Störungen hier deutlich unterrepräsentiert sind.

Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys (Wittchen & Jacobi, 2001) konnte gezeigt werden, dass die psychotherapeutische Behandlungsquote für Patienten mit somatoformen Störungen sehr gering war (40,5 %). Die „Nicht-Versorgungsquote“ war damit bei somatoformen Störungen mit 59,5 % am zweithöchsten nach den Suchterkrankungen, wo sie bei 71 % lag. In einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen in einer ausgewählten Region in Süddeutschland (Südbaden) stellten Patienten mit der Hauptdiagnose einer somatoformen oder funktionellen Störung unter insgesamt 800 Patienten in ambulanter Psychotherapie nur 6% (Scheidt et al., 1998; Scheidt, 2002). Dies bedeutet, dass Patienten mit somatoformen Störungen bislang nur in einem geringen Ausmaß eine ambulante fachpsychotherapeutische Behandlung erhalten und von einer Unter- bzw. Fehlversorgung auszugehen ist. Um diese Kluft zu überwinden, haben sich folgende Versorgungsmodelle für Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden empirisch als wirksam erwiesen:

- eine differenzielle Stufentherapie (Hausarzt/Fachpsychotherapie) (Smith et al., 2003; Henningsen et al., 2007; Fink & Rosendal, 2008),
- die Kooperation zwischen Hausarzt und Spezialisten für psychosomatische Medizin (Smith et al., 2003; van der Feltz-Cornelis et al., 2006; Schäfer et al., 2011),
- die koordinierte Versorgung anhand eines Gesamtbehandlungsplanes (Henningsen et al., 2007).

4.4 Essstörungen

Prävalenz Innerhalb der Essstörungen werden Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa) und periodische Essanfälle mit Kontrollverlust (Binge-Eating-Störung) voneinander unterschieden. Die Magersucht ist mit Punktprävalenzen von 0,2 % bis 0,8 % eine seltene aber oft folgenschwere Erkrankung (Zipfel et al., 2000; de Zwaan, 2004; Herzog et al., 2010; Treasure et al., 2010;). Unter Bulimie leidet ca. 1 % der Bevölkerung (Punktprävalenz), die Lebenszeitprävalenz liegt bei 1,5 %. Die Binge-Eating-Störung hat eine 1-Jahres-Prävalenz von ca. 2 % (Treasure et al., 2010; de Zwaan, 2004). Übergewicht (Adipositas) wird nicht als psychische Erkrankung im engeren Sinn eingestuft und ist mit

einer Prävalenz von ca. 23 % sehr weit verbreitet (Baumhardt & Köllner, 2008). Es gibt jedoch Überschneidungen zwischen den Störungsbildern Adipositas und Binge-Eating-Störung: 2 % der Bevölkerung und 30 % aller Patienten, die wegen Adipositas medizinische Hilfe suchen, erfüllen die Diagnosekriterien einer Binge-Eating-Störung (Baumhardt & Köllner, 2008). Die Prävalenzen bei Magersucht und Bulimie liegen für Frauen wesentlich höher als für Männer. Zudem finden sich Männer mit diesen beiden Störungen seltener in Behandlung als Frauen, was für einen Selektionsfehler der behandelten Prävalenz spricht (vgl. Leitlinien Diagnostik und Therapie der Essstörungen, AWMF, 2010). Neben einer hohen Morbidität ist die fünf- bis zehnfach erhöhte Mortalitätsrate für Patienten mit Magersucht die höchste aller psychischen Erkrankungen (Herzog et al., 1997; Harris & Barraclough, 1998). Fichter et al. (2006) berichteten bei 103 Patientinnen mit Magersucht für einen 12-Jahreszeitraum eine Mortalitätsrate von etwa 9 %, Deter und Herzog (1994) bei gleichlangem Beobachtungszeitraum eine fast zehnfach erhöhte standardisierte Mortalitätsrate. Die Mortalitätsraten für Bulimie und Binge-Eating-Störung liegen deutlich darunter (Fichter et al., 2006).

Patienten mit einer Essstörung leiden häufig unter komorbiden psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Zwangserkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen sowie unter komorbiden somatischen Erkrankungen. Besonders der Zusammenhang zwischen Essstörungen und Diabetes mellitus wird aktuell diskutiert. Nach Herpertz (2008) kommen Magersucht und Typ-I-Diabetes nicht häufiger gleichzeitig vor, wohl aber Typ-I-Diabetes und Bulimie, sog. „Insulin-Purgin“ oder „Erbrechen über die Niere“. Das kombinierte Auftreten der Erkrankungen kann die Behandlung sowohl des Diabetes als auch der Essstörung erheblich komplizieren (AWMF, 2010).

Therapie Zur Behandlung der Patienten mit Essstörungen liegt seit 2010 eine S3-Leitlinie/nationale Versorgung Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ vor (AWMF, 2010). Da der Heilungsprozess einer Essstörung mehrere Jahre andauern kann, ist ein „Gesamtbehandlungsplan“ erforderlich, der unterschiedliche Settings beinhaltet: das stationäre Setting, das teilstationäre/tagesklinische Setting und das ambulante Setting. Es liegen jedoch keine gesicherten empirischen Ergebnisse vor, welches Setting in der Behandlung von Patienten mit Magersucht zu favorisieren wäre (AWMF, 2010). Empfohlen wird eine störungsorientierte Psychotherapie, die auch körperliche Beschwerden berücksichtigt. Zur Vermeidung von Chronifizierung sollte die Behandlung frühzeitig

einsetzen und dann möglichst kontinuierlich verlaufen. Von den beteiligten Behandlern (niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte) erfordert eine erfolgreiche Therapie eine engmaschige Absprache und Kommunikation. Hier ist die fehlende Vernetzung ein häufiges Problem. Die ambulante Behandlung einer Essstörung erfordert eine multimodale Therapie (s. z.B. für die Binge Eating Störung Friederich et al., 2007) unter Beteiligung von einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, einem Hausarzt sowie einer Ernährungsberaterin. Innerhalb des ambulanten Versorgungssystems spielen Haus- und Fachärzte eine wichtige Rolle bei der Ersterkennung sowie der begleitenden Betreuung von Patienten mit Magersucht.

Versorgungssituation Patientinnen mit Anorexia nervosa berichten im Langzeitverlauf über 12 Jahre im Mittel über 35 Wochen stationäre Behandlung (Herzog 1993). Vor allem chronisch anorektische Patientinnen wiesen im Jahr vor der Nachuntersuchung durchschnittlich 70 Krankenhaustage/Jahr auf. Es wurde eine ambulante Therapie von durchschnittlich 70-wöchiger Dauer angegeben. Dabei korrelierte die ambulante Behandlungsdauer mit einem günstigen Verlaufsergebnis. Es kann davon ausgegangen werden, dass Patienten mit Essstörungen in der Störung selbst begründete Hindernisse überwinden müssen. Patienten mit Magersucht zeichnen sich oftmals durch fehlende Krankheitseinsicht und starke Ambivalenzen gegenüber (Gewichts-)Veränderungen aus. Gefühle der Scham und Heimlichkeit bei Patienten mit Bulimie stellen weitere störungsspezifische Barrieren dar, so dass der Motivationsarbeit durch Hausärzte/Fachärzte sowie der Kooperation eine besondere Bedeutung zukommt. Ambulante störungsspezifische Konzepte der Anorexia-nervosa-Therapie (Schauenburg 2009) werden aktuell evaluiert.

4.5 Anpassungsstörungen und Komorbiditäten bei körperlichen Erkrankungen

Prävalenz Nach Bengel & Hubert (2010, S. 9) zählen „Anpassungsstörungen [...] zu den häufigsten Diagnosen, die in der ambulanten und stationären Versorgungspraxis gestellt werden. Zwischen 10 % und 30 % aller psychiatrischen Patienten in der ambulanten Versorgung erhält die Diagnose einer Anpassungsstörung, im Konsil-Liaisondienst liegen die Prävalenzen zwischen 8 % und 12 % (Arolt, Gehrman & John, 1995). In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liegt der Anteil von Patienten mit der Hauptdiagnose Anpassungsstörung zwischen 5 % und 20 % (DSM-IV) (Casey, Dowrick & Wilkinson, 2001).

Bei Patienten, die an einer schweren bzw. chronischen körperlichen Erkrankung u.a. Diabetes, KHK, Asthma, Z. n. Apoplex, onkologischen Erkrankungen etc. leiden, ist die Anpassungsstörung die am häufigsten gestellte psychische Diagnose. Hier werden bei 15 % bis 30 % der Patienten Anpassungsstörungen diagnostiziert, neben Depression und Angststörungen (Beutel & Schulz, 2011). Demnach ist das Risiko einer komorbiden psychischen Störung bei Vorhandensein einer chronischen somatischen Erkrankung 1,5- bis 2-fach erhöht (Härter et al., 2007). Für eine Vielzahl chronischer körperlicher Erkrankungen (u.a. Diabetes, KHK) ist nachgewiesen, dass die psychische Störung die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt, die sozialmedizinischen Auswirkungen steigern und den somatischen Krankheitsverlauf sowie die Mortalität negativ beeinflusst (u.a. Beutel & Schulz 2011; Kruse et al., 2010).

Therapie Bei Patienten mit Anpassungsstörungen gilt, dass die ambulante Behandlung grundsätzlich Vorrang haben sollte. Anpassungsstörungen werden ähnlich wie depressive bzw. Angststörungen behandelt, je nachdem, welche Symptomatik im Vordergrund steht bzw. je nach Schweregrad. Sonnenmoser (2007) schreibt zur Behandlung der Anpassungsstörungen: „Psychotherapeutische Verfahren, die speziell zur Behandlung von Anpassungsstörungen eingesetzt werden können, gibt es nicht. [...] Deshalb müssen die therapeutischen Interventionen an den Einzelfall angepasst und bewährte Verfahren herangezogen werden, z. B. Techniken, die im Rahmen von Kriseninterventionen greifen. Dazu gehören etwa eine kurzfristige Pharmakotherapie zur Entlastung sowie Psychotherapie, die zunächst Schuldgefühle, Ängste, Feindseligkeiten oder emotionalen Druck abbauen hilft“.

Drei neue therapeutische Arbeitsfelder haben sich dabei in Anlehnung an die bestehenden Fachrichtungen der Onkologie, der Kardiologie und der Inneren Medizin herauskristallisiert: die Psychoonkologie, die Psychokardiologie und die Psychodiabetologie. Sie entwickeln für die Störung spezialisierte interdisziplinäre Behandlungsformen, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und längerfristige Psychotherapie für Patienten mit subklinischen und klinischen psychischen Störungen sowie Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung stehen im Zentrum. Dabei kann auf evidenzbasierte psychosomatisch/psychotherapeutische Versorgungsansätze zurückgegriffen werden, die in den entsprechenden Leitlinien zusammengefasst sind bzw. zurzeit zusammengestellt werden. Vor allem die Besserung der körperlichen Symptomatik, eine Verbesserung der Funktionsseinschränkungen, der Lebensqualität und Krankheitsbewältigung, die Steigerung des emotionalen Befindens und der Erhalt sozialer Partizipation stehen im Mittelpunkt dieser Behandlungen (u.a. Heußner et al., 2009).

Versorgungssituation Aufgrund der fehlenden Datenlage liegen keine spezifischen Informationen zur allgemeinen Versorgung von Patienten mit Anpassungsstörungen vor. Purucker und Wolfersdorf (2010, S. 63) betonen jedoch ihre Relevanz für das Gesundheitssystem: „Anpassungsstörungen sind durch die Inanspruchnahme des Versorgungssystems und durch die Assoziation mit später auftretenden affektiven Störungen versorgungswissenschaftlich relevant“. Im Bereich der Onkologie, Kardiologie und Diabetologie sind die psychotherapeutischen Versorgungsansätze in den stationären Bereichen (z.B. onkologischen Zentren) und den rehabilitativen Einrichtungen (Kardiologie, Onkologie, Diabetologie) in strukturierter Form integriert. Im ambulanten Bereich mangelt es jedoch vielfach an entsprechenden Versorgungsangeboten, die kurzfristig zur Krisenintervention zur Verfügung stehen sollten.

5. Die aktuelle Versorgung im Spiegel der Versorgungsforschung

5.1 Inanspruchnahme und Bedarfsdeckung

Die Zahlen zur Inanspruchnahme von ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Therapieangeboten variieren je nach Datengrundlage zwischen 1,9 % bei einer Versichertenpopulation (Grabe et al., 2007) bis 3,1 % in der Allgemeinbevölkerung (Grabe et al., 2005). Es wird ein Geschlechterverhältnis von ca. zwei Dritteln Frauen und einem Drittel Männer für die Inanspruchnahme von Psychotherapie berichtet (Strauß et al., 2002). Eine antragspflichtige Psychotherapie wurde im Jahr 2006 nach Angaben des GEK-Reports bei 11,97 Frauen je 1.000 versicherten Frauen und 5,5 Männern je 1.000 versicherten Männern genehmigt (Grabe et al., 2007).

Trotz steigender Behandlungsraten weisen der nationale Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts wie auch andere Studien darauf hin, dass zwischen 35 % und 50 % der Personen mit psychischen Störungen keine professionelle Hilfe erhalten (Jacobi et al., 2004; Demyttenaere et al., 2004; Alonso et al., 2007). Die Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors 2008 zeigen eine noch geringere Inanspruchnahme. Fast 80 % der befragten Personen nahmen keine Versorgungseinrichtung wegen ihrer psychischen Beschwerden in Anspruch (Böcken et al., 2008), in der Health in Pomerania-Studie waren es ca. 75 % (Grabe et al., 2005). Wittchen und Jacobi (2001) gehen davon aus, dass nur 10 % der Betroffenen eine nach wissenschaftlichen Kriterien adäquate Therapie erhalten.

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

Bei psychischen Beschwerden werden Hausärzte am häufigsten kontaktiert, gefolgt von Nervenärzten/Psychiatern, Psychologischen Psychotherapeuten sowie ärztlichen Psychotherapeuten (Wittchen & Jacobi, 2001). Auch die Bertelsmann-Studie zeigt, dass von den 1.403 Befragten der Hausarzt am häufigsten aufgesucht wurde (18 %) wegen psychischer Beschwerden. Grabe et al. (2005) zeigen auf, dass psychisch hoch belastete Personen signifikant häufiger Allgemeinärzte, aber auch Internisten, Orthopäden und Neurologen konsultierten als niedrig belastete. Die Ergebnisse können einerseits als Zeichen für eine hohe somatische Komorbidität dieser Patienten gedeutet werden, andererseits auch den Wunsch ausdrücken, eine Behandlung durch einen Arzt bei psychischen Beschwerden zu erhalten.

Albani et al. (2010, 2011) untersuchten in einer repräsentativen Stichprobe 1.212 Patienten, die aktuell (n=514) oder innerhalb der letzten 6 Jahre (n=698) eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben. 85 % der Befragten gaben depressive Beschwerden als Anlass für die ambulante Psychotherapie an, 24 % Suizidalität. 63 % der Befragten nannten Ängste, 54 % psychosomatische Beschwerden, 26 % Essstörungen, 14 % süchtiges Verhalten, 16 % Zwangsstörungen, 12 % sexuelle Funktionsstörungen und 14 % Persönlichkeitsstörungen als Behandlungsanlass. Überraschend hoch ist mit 30 % der Anteil der Patienten, die psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, um mit einer körperlichen Erkrankung umzugehen. Im Mittelwert gaben die Patienten 5,1 Beschwerdefelder an. 84 % der Befragten schätzen ihren Zustand zu Beginn der Psychotherapie als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ ein. Die Psychotherapie wirkte sich in der Angabe der Patienten u.a. positiv auf die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität der Patienten aus. Sie waren seltener krankgeschrieben und nahmen das ärztliche Versorgungssystem weniger in Anspruch.

Als ein weiteres Ergebnis dieser Studie kann festgehalten werden, dass Psychotherapie nicht überwiegend von sogenannten „YARVIS“-Patienten (young, attractive, rich, verbal, intelligent, successful) in Anspruch genommen wird. Der Anteil Erwerbstätiger, aber auch der Anteil Arbeitsloser war bei den Psychotherapiepatienten höher als in der Allgemeinbevölkerung. Mehr als die Hälfte der befragten Patienten gaben ein monatliches Nettoeinkommen von unter 1000 Euro pro Person im Haushalt an. In der Altersverteilung ist der Anteil der 45-59-Jährigen überrepräsentiert in der Psychotherapieclientel, ebenso wie der Anteil geschiedener oder verwitweter Patienten.

5.2 Zuweisungswege

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

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

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

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

5.3 Wartezeiten

Zepf et al. (2003) führten eine bundesrepräsentative Studie zur Lage der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der BRD durch. Die Befragung von 1.042 psychosomatisch/psychotherapeutisch tätigen Akteuren ergab eine durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz von 4,6 Monaten. Auf ein Erstgespräch mussten die Patienten 1,9 Monate warten (s. Tab. 2).

Tabelle 2. Durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz (nach Zepf et al., 2003)

Behandlergruppen	Patienten	Wartezeit (Monate) <i>diagn. Erstgespräch</i>	Patienten	Wartezeit (Monate) <i>Therapie</i>
PP	598	2,2 ± 0,2	595	4,8 ± 0,2
PSM&P	..99	0,9 ± 0,2	98	4,1 ± 0,5
P&P/N	..93	1,4 ± 0,4	92	4,2 ± 0,6
ÄZP	129	1,5 ± 0,4	129	4,2 ± 0,5
Gesamt	919	1,9 ± 0,2	914	4,6 ± 0,2

Anmerkungen: N = 1.042. PP = Psychologische Psychotherapeuten (n=669); PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (n=110); P&P = Psychiatrie und Psychotherapie/N = Nervenärzte (n=111); ÄZP = Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie (n=152).

Psychologische Psychotherapeuten wiesen im Vergleich zu den anderen Behandlergruppen längere Wartezeiten sowohl auf ein diagnostisches Erstgespräch als auch auf eine Therapie auf. Längere Wartezeiten bei Psychologischen Psychotherapeuten können in den Besonderheiten der psychotherapeutischen Praxis begründet sein: vorab genehmigte, nicht beliebig vermehrbare, zeitgebundene Leistungen werden dort erbracht. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie berichteten die kürzesten Wartezeiten. Schmerzpatienten, organisch Kranke mit psychischen Veränderungen, Patienten mit anderen Störungen, Suchterkrankungen und psychosomatischen Organstörungen wurden signifikant weniger in eine weitere Behandlung übernommen als statistisch zu erwarten war (Zepf et al., 2003).

Walenzik et al. (2011) erfragten das Verhalten von Psychologischen Psychotherapeuten bei fehlenden Ressourcen für ein sofortiges Erstgespräch. In den meisten Fällen wurde ein Kollege empfohlen (59 %) oder auf eine Therapieplatzauskunft verwiesen (62,2 %). Eine Warteliste für ein Erstgespräch führten 51 % der befragten Psychologischen Psychotherapeuten. Übereinstimmend mit Zepf et al. (2003) betrug die durchschnittliche

Wartezeit für das Erstgespräch bei den Therapeuten mit Warteliste 74,1 Tage (SD 85 Tage), also ca. 2 ½ Monate.

5.4 Therapiedauer, Sitzungszahl, Ausschöpfung der genehmigten Kontingente

Laut aktueller Versorgungsstudien betrug die Dauer einer ambulanten Psychotherapie im Median ca. 15,9 (SD ±0,64) (Gallas et al., 2010) bis im Mittel 20,5 Monate (SD ±16,6) (Walendzik et al., 2011). Die letztgenannte Zeit enthält auch diejenigen Patienten, die nur probatorische Sitzungen in Anspruch nahmen, was neben den verschiedenen Lagemaßen die Differenz von etwa 4 Monaten zwischen den Studien erklären könnte.

Die Anzahl der durchgeführten Sitzungen in einer ambulanten Psychotherapie betrug im Median ca. 40 Sitzungen (SD ±2) (Gallas et al., 2010) und im Mittel 48 (SD ±69) (Albani et al., 2010) bis 50 Sitzungen (SD ±34,9) (Walendzik et al., 2011).

Laut GEK-Report (2007) sind 54 % der genehmigten Psychotherapie Kurzzeittherapien (= 25 Sitzungen), 37 % der Anträge betreffen Langzeittherapien. Bei knapp 9 % der Genehmigungen ist diese Differenzierung nicht eindeutig möglich.

Insgesamt variiert der Anteil realisierter an den genehmigten Leistungen zwischen zwei Dritteln (Median = 73 %, MW = 68 %) (Gallas et al., 2010) bis 90 % (Walendzik et al., 2011). Bei Gallas (2010) zeigte sich, dass die tatsächlich abgehaltenen Therapiestunden nicht durch die jeweils bewilligten Stundenkontingente erklärt werden können. Das genehmigte Stundenkontingent wurde nur bei etwa zwei Drittel (Verhaltenstherapie und Analytische Psychotherapie) und drei Viertel (tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie) der Behandlungen ausgeschöpft. Verlängerungen waren bei psychisch stärker beeinträchtigten Patienten festzustellen. Diese Handhabung deutet auf eine individualisierte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Ressourcen hin.

5.5 Therapieorientierung

Die Daten des GEK-Reports (2007) zeigen, dass sich die Erstgenehmigungen von ambulanten Psychotherapien in den Jahren von 2004 bis 2006 über gleiche Teile auf Therapeuten mit psychodynamischen Verfahren (48,5 %) sowie auf Verhaltenstherapeuten (51,5 %) verteilten.

Nach Hochrechnungen der GEK auf die bundesdeutsche Bevölkerung dürfte im Jahr 2006 bei etwa 730.000 Personen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) mindestens eine Genehmigung für die Einleitung oder Fortsetzung einer Psychotherapie erteilt worden sein.

Betrachtet man die ausgeübten Therapieverfahren innerhalb der Behandlergruppen (s. Abb. 1), wird aus einer Statistik des Bundesarztregisters für das Jahr 2009 deutlich, dass Psychologische Psychotherapeuten verhaltenstherapeutische Verfahren favorisieren, wohingegen ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung eher tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Verfahren ausüben.

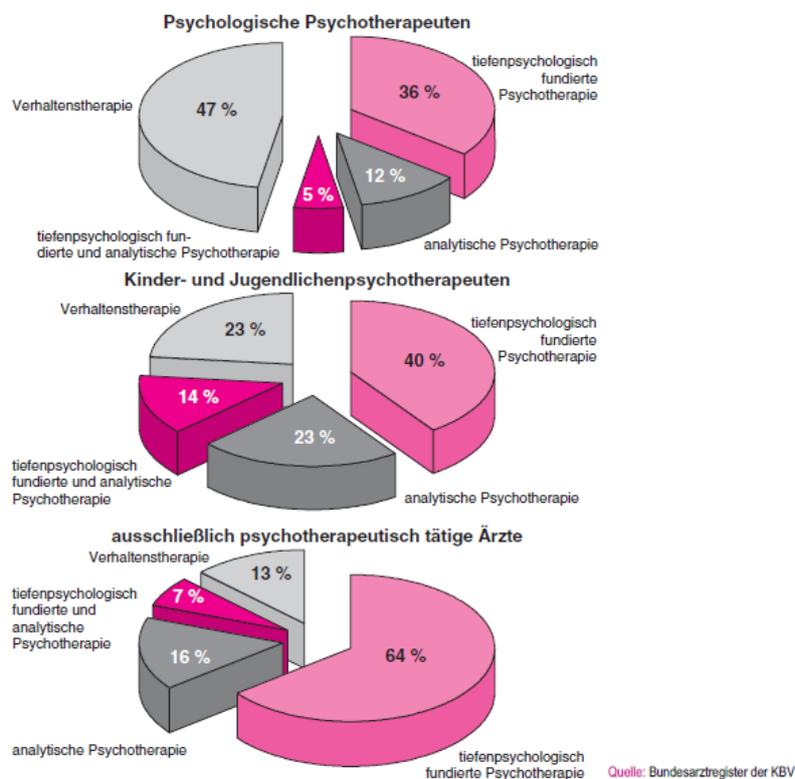


Abbildung 1. Struktur der Psychotherapie-Berechtigungen nach den Richtlinien-Verfahren zum 31. 12. 2009. Quelle: Bundesarztregister der KBV 2010, S. 37.

Insgesamt 64 % der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind zur tiefenpsychologisch fundierten Therapie berechtigt (vs. 36 % der Psychologischen Psychotherapeuten). Von den Psychologischen Psychotherapeuten haben dagegen 47 % eine Berechtigung zur Abrechnung als Verhaltenstherapeut (vs. 13 % psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie).

5.6 Therapieangebote - Einzeltherapie vs. Gruppentherapie

Die überwiegend ausgeführte Therapieform im ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgungsbereich ist die Einzeltherapie. Seit Jahren liegt der Anteil an Gruppenpsychotherapien bei ca. 1 % aller durch Psychologische Psychotherapeuten beantragten Psychotherapien (Best, 2010). Jeder fünfte Psychologische Psychotherapeut hatte im Jahre 2010 eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie (Walenzik et al., 2011; für die Gruppe der Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 39 %). Von diesen bot jedoch nur ein Drittel tatsächlich Gruppentherapie als Kassenleistung innerhalb der ambulanten Versorgung an. Folglich liegt der Anteil der Gruppentherapie real anbietenden Therapeuten an allen Psychologischen Psychotherapeuten lediglich bei 7 % (Walenzik et al., 2011; Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 13%). Lediglich die Psychoanalytiker sowie die Psychoanalytiker/Tiefenpsychologen und Therapeuten mit mehreren Fachkundenachweisen boten zu einem Anteil von 20 % der Therapeuten Gruppentherapien an (Walenzik et al., 2011). Die Autoren erfragten die Gründe für das niedrige Angebot an Gruppentherapien innerhalb der Behandlergruppe der Psychologischen Psychotherapeuten. Ein Viertel benannte organisatorische Schwierigkeiten. Wurden ausschließlich die Antworten der Therapeuten ausgewertet, die zwar eine Genehmigung zur Durchführung von Gruppentherapie hatten, diese jedoch nicht durchführten, wird dieser Grund bei etwa der Hälfte der Befragten aufgelistet. Best (2010) sieht eine weitere Erklärung in fachgruppenspezifischen Abrechnungsmöglichkeiten: Psychologische Psychotherapeuten sind im Gegensatz zu Ärzten an Richtlinien-Psychotherapie gebunden. Ärzten steht hingegen das gesamte Leistungsspektrum des SGB V offen (z.B. EBM 22 222 Psychosomatisch-medizinische Behandlung, Gruppenbehandlung), welche jedoch aufgrund niedriger Vergütung kaum in Anspruch genommen wird). In der Ausbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten sind lediglich Kenntnisse in „Behandlungsverfahren bei Paaren, Familien und Gruppen“ obligatorisch. Dennoch führten während der praktischen Tätigkeit 65 % der Absolventen Gruppen selbstständig an, 35 % als Co-Therapeuten und 24 % als Hospitanten (Strauß et al., 2009). Die Zahlen aus dem Forschungsgutachten zur Psychotherapeutenausbildung beziehen sich jedoch auf den (teil-) stationären Bereich, die Lage in der ambulanten Versorgung bleibt offen. Anders als in der Psychotherapeutenausbildung werden in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die Voraussetzungen für die

Abrechnungsgenehmigung genehmigungspflichtiger gruppentherapeutischer Leistungen erworben.

5.7 Psychosomatische Grundversorgung und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Neben den oben genannten Therapieformen gibt es eine breite Versorgung, die durch Haus- und Fachärzte (z.B. Innere Medizin, Gynäkologie) im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung durchgeführt wird. Ältere Studien zum hausärztlichen Versorgungsbereich sind die EvaS-Studie von Schach et al. (1989), eine WHO-Studie von Linden et al. (1996) sowie eine Studie von Tress et al. (1997). Auch wenn die Studienlage unbefriedigend ist, so geben zwei Studien von Fritzsche et al. (2010) einen ersten Einblick in die aktuelle Versorgungslage. Sie befragten 191 Hausärzte mit einer Qualifikation in der Psychosomatischen Grundversorgung. Diese führten bei den Patienten, bei denen sie eine psychische/psychosomatische Störung erkannt hatten, im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung psychodiagnostische Gespräche (49 %), therapeutische Gespräche (51 %), Entspannungsverfahren (19 %), Paar- und Familiengespräche (8 %) durch, überwiesen in ambulante (8 %) oder stationäre (3 %) Fachpsychotherapie und vermittelten an Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen (2 %). Patienten mit primär körperlicher Erkrankung, die von Schmerzen berichten sowie ohne psychosomatisches Krankheitsverständnis sind, hatten trotz psychosozialer Belastungen eine geringere Chance, psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung zu erhalten als Patienten mit psychischer Symptomatik. In den untersuchten Praxen wurde - in der Selbstangabe der Ärzte - die psychosomatische Basisversorgung realisiert. Bei ca. 70 % der Patienten wurde die psychosomatische Grundversorgung kombiniert mit anderen Maßnahmen. Nur ein geringer Teil (6,2 %) wurde ausschließlich mit psychotherapeutischen Maßnahmen behandelt.

In einer weiteren Studie haben Fritzsche et al. (2010) die Häufigkeit und Art der ärztlichen Psychotherapie in 60 Haus- und Facharztpraxen bei Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie in Südbaden untersucht. Die Ärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie behandelten zwar durchschnittlich 8,3 Patienten pro Quartal mit Richtlinien-Psychotherapie, es zeigte sich jedoch eine Aufspaltung in eine kleine Gruppe von Ärzten, die eine hohe Anzahl von Patienten pro Quartal mit Richtlinien-Psychotherapie behandeln sowie Ärzten, die keine Kurzzeittherapien (43 %) und keine Langzeittherapien (35 %) durchführen. Vielmehr

standen kurze psychotherapeutische Interventionen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (108,9 Patienten pro Arzt pro Quartal) im Vordergrund der psychosomatischen Versorgung. Die Anzahl der behandelten Patienten pro Arzt variierte dabei sehr stark.

6. Analyse des psychosomatischen/psychotherapeutischen Leistungs- und Diagnosespektrums in der kassenärztlichen Versorgung

6.1 Methodik

In dem vorgestellten Zwischenbericht handelt es sich um eine Querschnittsanalyse der Versorgungslage von Patienten, die im Jahre 2008 bei der KBV registriert waren und Leistungen in Anspruch genommen haben. Die Datengrundlage wurde durch die KBV bereitgestellt und umfasst die Abrechnungsdaten auf Basis des EBM 2008. Daten zu den Verordnungen und den Krankhauseinweisungen stehen in diesen Datensätzen nicht zur Verfügung, so dass die stationäre und medikamentöse Behandlung nicht berücksichtigt werden können.

Beschreibung der Stichprobe - Behandler

Für die durchgeführte Studie sind die zum Stichtag 31.12.2008 bei der KBV registrierten niedergelassene Fachärzte (n=9.168) und niedergelassenen psychologische Psychotherapeuten (n=13.023), die psychotherapeutische Leistungen in unterschiedlichem Umfang erbrachten, relevant. Insgesamt wurden 20.987 Praxen im Abrechnungszeitraum 2008 erfasst.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die aktuelle Anzahl der niedergelassenen Akteure im ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgungsbereich für das Jahr 2008. Zudem werden privat versicherte oder selbst zahlende Personen mit psychischen Störungen auch von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in privater Praxis behandelt. Der Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) veröffentlicht keine detaillierten Zahlen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, weshalb hier keine weiteren Angaben gemacht werden können.

Tabelle 3. Niedergelassene Ärzte und psychologische Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung – befähigt zur Richtlinien-Psychotherapie

	Statistik der KBV, Stand 31.12.2008			Statistik der BAEK bzw. BPtK, Stand 31.12.2008
	Anzahl	weiblich in %	Alter Ø	
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.508	57	55	3.024
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	1.917	46	50	2.824
Fachärzte für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	2.567	32	56	2.312
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte*	2.176	71	51	k.A.
Psychologische Psychotherapeuten	13.023	68	52	> 12.000

Quelle: Grunddaten der KBV, 2009; Ärztestatistik der BAEK, 2008. *Ärzte, die mindestens 90 Prozent ihres Gesamtleistungsbedarfes aus den Leistungen des Abschnittes G IV und G V sowie den Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 des Abschnittes G III generieren.

Darüber hinaus gibt es ca. 66.000 Hausärzte oder Fachärzte mit Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung (57.550 ohne Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin) (Anfrage bei KBV, 2011). Bereits in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 41 zur Psychotherapeutischen Versorgung, 2008) wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der genaue Umfang der erbrachten psychotherapeutischen Leistungen der Behandlergruppen, die neben der psychosomatischen/psychotherapeutischen auch somatomedizinische Versorgung leisten, aus den verfügbaren Datenquellen nicht hervorgeht. Diese Lücke kann der vorliegende Zwischenbericht nicht schließen, da entsprechende Daten in der Statistik der KBV nicht auszuweisen sind.

Einteilung in Behandlergruppen

Um einen Vergleich zwischen den verschiedenen fachspezifischen Behandlungsgruppen zu ermöglichen, wurden die Beteiligten in fünf Behandlergruppen differenziert. Behandlergruppe 1 umfasst die niedergelassenen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Fachärzte für Psychotherapie. Behandlergruppe 2 umfasst niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlergruppe 3 enthält niedergelassene Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlergruppe 4 umfasst niedergelassene Psychologische

Psychotherapeuten und Behandlergruppe 5 enthält niedergelassene „ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte“, d.h. Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse, die mehr als 90 % ihrer Tätigkeit psychotherapeutisch tätig sind (s. Tab. 4).

Tabelle 4. Bildung der Behandlergruppen

Behandlergruppe	Fachgruppe der Praxis	Bezeichnung
Behandlergruppe 1: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM&P)	534	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	148	Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie
	310	Psychotherapie
Behandlergruppe 2: Psychiatrie und Psychotherapie (P&P)	141	Psychiatrie
	147	Psychiatrie und Psychotherapie
Behandlergruppe 3: Nervenärzte (N)	140	Nervenheilkunde
	145	Neurologie und Psychiatrie
	149	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Behandlergruppe 4: Psychologische Psychotherapeuten (PP)	470	Psychologischer Psychotherapeut
Behandlergruppe 5: Zusatzbezeichnung Psychotherapie (ÄZP)	144	Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

Patienten

Bei der Datenauswertung wurden zwei verschiedene Datensätze berücksichtigt: die Geburtstagsstichprobe (GS) und die Daten der Vollerhebung aller Fälle in der kassenärztlichen Versorgung des Jahres 2008 (VE).

a) Die Geburtstagsstichprobe: Für die Geburtstagsstichprobe wurden die Patienten erfasst, die an 4 ausgewählten Tagen im Monat Geburtstag hatten, bei 12 Monaten ergibt dieses insgesamt 48 Geburtstage. So wurde eine Zufallsstichprobe von 10.162.162 Patienten gezogen, die ca. 13,2 % aller Patienten in der kassenärztlichen Versorgung umfasst. Die Analyse der Daten der Geburtstagsstichprobe ermöglicht patientenbezogene Angaben zur Diagnose und Versorgung in einem Zeitraum von einem Jahr.

b) Die Analyse der Daten der Vollerhebung bezieht sich auf alle Patienten, deren Leistungen im entsprechenden Quartal im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung in der BRD abgerechnet wurden. Die Daten liegen fallbezogen vor. Unter einem Behandlungsfall versteht man die „gesamte von demselben Vertragsarzt in seiner Praxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung“ (§ 1a Bundesmantelvertrag).

Statistik

Auf eine statistische Berechnung der Gruppenunterschiede wurde weitgehend verzichtet, da es sich bei den Daten überwiegend um eine Vollerhebung handelt (s.u.). Bei den Daten der Geburtstagsstichprobe werden die 99 % Konfidenzintervalle mit unterer und oberer Grenze angezeigt; überschneiden sich die Grenzen nicht, so kann man bei einem 99 % Konfidenzintervall von einem signifikanten Unterschied sprechen.

6.2 Grundlegende Strukturkennziffern der Datenbasis

6.2.1 Behandlergruppen und Praxiskennziffern

Insgesamt wurden die Daten von 2.385 Praxen der Gruppe Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1.955 Praxen der Gruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 1.310 nervenärztliche Praxen, 2.073 Praxen mit ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie von 13.264 Praxen der Psychologischen Psychotherapeuten ausgewertet.

Mit 3.172,1 Fällen war die Anzahl der Fälle pro Praxis bei den niedergelassenen Nervenärzten am höchsten, gefolgt von 1.347,0 Fällen pro Praxis bei den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie. Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (170,3 Fälle pro Praxis), den psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung (173,5 Fälle pro Praxis) und den Psychologischen Psychotherapeuten (187,2 Fälle pro Praxis) war diese Anzahl deutlich geringer (s. Tab. 5).

Tabelle 5. Gesamtleistungsbedarf sowie Anzahl aller Diagnosen, Fälle und Praxen je Behandlergruppe in der Vollerhebung der KBV aus dem Jahr 2008

Behandlergruppe	Anzahl aller Diagnosen	Anzahl Fälle	Gesamt-LB aller Fälle	Anzahl Praxen	Diagnose/Fall	Fälle/Praxis	Gesamt-LB/ Fall
PSM&P	705.625	406.128	3.826.698.559	2.385	1,74	170,3	9.422,4
P&P	6.788.583	2.633.475	6.145.735.742	1.955	2,58	1.347,1	2.333,7
N	12.153.142	4.155.456	6.902.819.198	1.310	2,92	3.172,1	1.661,1
PP	3.263.709	2.482.861	22.671.882.718	13.264	1,31	187,2	9.131,4
ÄZP	546.729	359.616	3.073.067.677	2.073	1,52	173,5	8.545,4

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie; Gesamt-LB = Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle in der jeweiligen Behandlergruppe.

Die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten weisen mit Abstand den höchsten Gesamtleistungsbedarf für alle Fälle auf, gefolgt von der Behandlergruppe der niedergelassenen Nervenärzte und der Psychiater. Schaut man sich den Gesamtleistungsbedarf pro Praxis an, so zeigt sich, dass die Nervenärzte mit circa 5,3 Millionen Punkten den höchsten Gesamtleistungsbedarf haben, gefolgt von den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit 3,1 Millionen Punkten. Deutlich niedriger liegt der Gesamtleistungsbedarf pro Praxis bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (1,6 Millionen Punkte), den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung (1,5 Millionen Punkte) und den Psychologischen Psychotherapeuten mit 1,7 Millionen Punkten (s. Tab. 5).

Mit 9.422,4 Punkten Gesamtleistungsbedarf pro Fall ist dieser bei den niedergelassenen Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am höchsten, gefolgt von den Psychologischen Psychotherapeuten mit 9.131,4 Punkten und den psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung mit 8.545,4 Punkten. Deutlich niedriger liegen diese Zahlen für die Bereiche für Psychiatrie und Psychotherapie mit 2.333,7 Punkten und für die Nervenärzte mit 1.661,1 Punkten. Es zeigt sich somit, dass Psychologische Psychotherapeuten bei Weitem den größten Gesamtleistungsbedarf für alle Fälle aufweisen. Dieses ist jedoch primär durch die große Anzahl der Praxen bedingt. In der durchschnittlichen Anzahl der Fälle pro Praxis und dem durchschnittlichen Leistungsbedarf pro Fall sowie im Gesamtleistungsbedarf pro Praxis ähneln sich die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und die Psychologischen Psychotherapeuten, während die

Behandlergruppe der Psychiater und der Nervenärzte eine deutlich höhere Anzahl von Fällen pro Praxis mit einem deutlich geringeren Gesamtleistungsbedarf pro Fall bei gleichzeitig deutlich höherem Gesamtleistungsbedarf pro Praxis versorgen (s. Tab. 5).

6.2.2 Charakterisierung der in den unterschiedlichen Behandlergruppen versorgten Patienten

Tabelle 6. Patientenkenziffern 2008 - Standardkennzahlen der Patienten der GesamtGeburtstagsstichprobe sowie getrennt pro Behandlergruppe

	Alter	Gesamt	PSM&P	P&P	N	PP	ÄZP
Gesamt Anzahl	alle	10.162.162	24.889	153.260	270.915	138.970	22.370
	0-34	3.790.473	6.987	27.531	36.600	44.404	6.483
	35-54	2.911.853	12.916	59.827	86.745	70.967	11.059
	55+	3.459.836	4.986	65.902	147.570	23.599	4.828
Durchschnittsalter (Jahre)	alle	43,19	43,14	51,94	56,24	41,17	43,28
% der Stichprobe	0-34	37,29	28,07	17,96	13,51	31,95	28,98
	35-54	28,65	51,89	39,04	32,02	51,07	49,44
	55+	34,05	20,03	43,00	54,47	16,98	21,58
LB Gesamt / Patient	alle	11.372	39.164	26.379	25.388	38.382	37.321
	0-34	7.042	34.665	22.193	18.290	34.188	32.221
	35-54	10.191	40.897	26.034	23.101	39.506	38.568
	55+	17.109	40.979	28.440	28.493	42.895	41.313
Distinkte Diagnosen / Patient	alle	12,86	21,08	23,01	25,21	20,48	21,51
	0-34	9,15	16,76	16,25	16,83	16,14	17,03
	35-54	11,38	20,63	20,81	21,55	20,60	20,85
	55+	18,16	28,29	27,83	29,45	28,29	29,04
Anzahl ACCs / Patient	alle	5,66	7,93	8,70	9,34	7,79	8,06
	0-34	4,4	6,79	6,70	6,98	6,67	6,90
	35-54	5,22	7,82	7,93	8,21	7,84	7,91
	55+	7,42	9,81	10,24	10,60	9,76	9,98

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie; Gesamt-LB = Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle.

Insgesamt wurden in der Geburtstagsstichprobe im Jahr 2008 10.162.162 Patienten versorgt. Von diesen Patienten wurden 0,24 % durch niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1,50 % durch niedergelassene Fachärzte aus der Gruppe Psychiatrie und Psychotherapie, 2,66 % durch niedergelassene Nervenärzte, 1,36 % durch niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten und 0,22 % durch niedergelassene ausschließlich psychotherapeutische Ärzte versorgt. Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation der kassenärztlich versorgten Patienten bedeutet dieses, dass ca. 190.000 Patienten sich in der Behandlung beim Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie jährlich befinden, 1.160.000 Patienten beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ca.

2.050.000 Patienten beim Nervenarzt, ca. 1.050.000 beim Psychologischen Psychotherapeuten und ca. 170.000 Patienten beim ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie. In der Altersverteilung imponiert, dass die Patienten der Psychologischen Psychotherapeuten (41,2 Jahre) im Durchschnitt 2 Jahre jünger sind als die Population der kassenärztlichen Patienten (43,2 Jahre), während die Patienten der Psychiater und Nervenärzte mit 51,9 und 56,2 Jahren weit über dem Durchschnitt aller versorgten Patienten liegen. Dieses zeigt sich auch in der unterschiedlichen Altersverteilung. Die Hälfte der Patienten in den Behandlergruppen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie entstammen der Altersgruppe der 35- bis 54-Jährigen, während der überwiegende Teil der Patienten, die in den Behandlergruppen Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzte behandelt werden 55 Jahre und älter sind (s. Tab. 6). Eine detaillierte Darstellung mit den entsprechenden Konfidenzintervallen findet sich im Anhang in der Tabelle 2.

Die Patienten, die in den einzelnen Behandlergruppen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie versorgt werden, weisen gegenüber der durchschnittlichen kassenärztlich versorgten Patientengruppe eine sehr deutlich erhöhte Anzahl an distinkten Diagnosen auf, die im Jahre 2008 im kassenärztlichen System gestellt wurden. Zwar weisen die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte der Gesamtpopulation ihrer Patienten im Vergleich zu den anderen Behandlergruppen eine leicht erhöhte Anzahl an distinkten Diagnosen pro Patient auf, dieser Unterschied ist jedoch primär durch den größeren Anteil an älteren Patienten bedingt, die im Rahmen ihrer Multimorbidität eine höhere Anzahl distinkter Diagnosen enthält. Vergleicht man die Anzahl der distinkten Diagnosen in den Altersgruppen, so zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Behandlergruppen bei deutlich steigender Anzahl distinkter Diagnosen mit dem Alter der Patienten.

Einen vergleichbaren Effekt finden wir auch bei der Verteilung der Aggregated Condition Categories (ACCs). Dieses Klassifikationssystem besteht aus 30 zusammengefassten Kategorien (ACCs), die wiederum in 118 condition categories (CCs) nach Organsystem oder Störungsgruppe gegliedert sind. Durch dieses Maß der Schweregradeinstufung bzw. Komorbidität kann für jeden Patienten die Krankheitslast (total illness burden) quantifiziert werden. Auch hier weisen die Patienten, die in den fünf Behandlergruppen behandelt werden,

grundsätzlich eine sehr ausgeprägte und signifikant höhere Anzahl von ACCs auf als die durchschnittlichen Patienten in der Versorgung. In den Altersgruppen bis 34 Jahre und von 35 bis 54 Jahre finden sich kaum bedeutsame Unterschiede zwischen den Behandlergruppen, lediglich bei den Patienten, die 55 Jahre und älter sind, liegen die ACCs bei den Patienten der Psychiater und Nervenärzte über denen der anderen Behandlergruppen. Die sehr ausgeprägt erhöhte Anzahl distinkter Diagnosen und der ACCs lässt sich nicht primär auf die durch die Behandler der jeweiligen Gruppen gestellten Diagnosen zurückführen. Vielmehr weisen diese Daten hin auf die im Vergleich zum durchschnittlichen Patienten in der kassenärztlichen Versorgung deutlich höhere Multimorbidität der Patienten, die durch die Behandlergruppen versorgt werden. Die Tabellen 7-10 beinhalten die Häufigkeit der Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Gruppen pro 10.000 Patienten. Sie zeigen die Häufigkeit sowohl für die psychischen Belastungen (ACC012) als auch für ausgewählte somatische ACCs, um die differentielle Multimorbidität der Patienten zu verdeutlichen.

Tabelle 7. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (alle Altersgruppen)

ACCs	Bezeichnung	Gesamt	PSM&P	P&P	N	PP	ÄZP
ACC001	Erkrankungen durch Infektionen und Parasiten	2.237	2.864	2.495	2.476	2.778	2.885
ACC002	Bösartige Neubildungen	411	497	582	747	439	557
ACC003	Gutartige Neubildungen	1.480	2.538	2.138	2.271	2.556	2.502
ACC004	Diabetes mellitus	916	550	1.406	1.786	469	616
ACC005	Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	3.339	4.221	5.054	5.540	4.092	4.295
ACC006	Erkrankungen der Leber	625	700	1.086	1.174	623	739
ACC007	Gastrointestinale Erkrankungen	2.812	3.842	4.217	4.371	3.686	3.918
ACC008	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	4.490	5.813	6.367	7.118	5.740	5.842
ACC009	Krankheiten des Blutes	607	900	945	1.043	830	903
ACC010	Bewusstseinsstörungen und neuropsych. Störungen	360	378	1.650	1.934	316	432
ACC011	Alkohol- und Drogenmissbrauch	449	971	1.457	1.031	900	1.007
ACC012	Psychische Erkrankungen	2.118	9.150	8.381	6.486	9.113	8.909

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Tabelle 8. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (Altersgruppe 0-34 Jahre)

ACCs	Bezeichnung	Gesamt	PSM&P	P&P	N	PP	ÄZP
ACC001	Erkrankungen durch Infektionen und Parasiten	3.176	3.242	3.043	3.191	3.148	3.398
ACC002	Bösartige Neubildungen	44	142	92	117	105	122
ACC003	Gutartige Neubildungen	913	1.819	1.488	1.614	1.813	1.860
ACC004	Diabetes mellitus	73	137	166	153	122	156
ACC005	Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	1.171	2.552	2.472	2.449	2.422	2.465
ACC006	Erkrankungen der Leber	97	242	408	309	205	258
ACC007	Gastrointestinale Erkrankungen	2.333	3.368	3.401	3.346	3.164	3.420
ACC008	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	2.634	4.189	4.186	4.857	4.099	4.174
ACC009	Krankheiten des Blutes	389	800	673	681	689	719
ACC010	Bewusstseinsstörungen und neuropsych. Störungen	101	205	458	602	221	185
ACC011	Alkohol- und Drogenmissbrauch	234	850	1.557	967	712	805
ACC012	Psychische Erkrankungen	1.302	8.785	8.326	5.848	8.645	8.462

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Erwartungsgemäß ist die Häufigkeit der ACCs012 „Psychische Erkrankungen“ bei den durch die fünf Behandlergruppen behandelten Patienten insgesamt deutlich erhöht gegenüber den durchschnittlichen Patienten in der kassenärztlichen Versorgung - unabhängig von der Altersgruppe. In der Gruppe der Nervenärzte ist der Anteil der Patienten mit psychischen Erkrankungen mit 6.486 Patienten pro 10.000 Patienten sowie bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit 8.381 pro 10.000 Patienten deutlich erniedrigt gegenüber den anderen drei Behandlergruppen. Dieses weist darauf hin, dass durch diese Gruppen nicht nur Patienten mit psychischen Erkrankungen behandelt werden.

Tabelle 9. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (Altersgruppe 35-54 Jahre)

ACCs	Bezeichnung	Gesamt	PSM&P	P&P	N	PP	ÄZP
ACC001	Erkrankungen durch Infektionen und Parasiten	1.809	2.776	2.443	2.468	2.632	2.692
ACC002	Bösartige Neubildungen	226	439	337	351	424	477
ACC003	Gutartige Neubildungen	1.887	2.807	2.350	2.450	2.873	2.786
ACC004	Diabetes mellitus	453	401	710	781	396	423
ACC005	Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	3.388	4.319	4.623	4.781	4.369	4.403
ACC006	Erkrankungen der Leber	626	709	1.022	986	652	743
ACC007	Gastrointestinale Erkrankungen	2.474	3.643	3.785	3.767	3.598	3.659
ACC008	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	4.834	6.018	6.239	6.874	6.118	6.080
ACC009	Krankheiten des Blutes	562	944	858	885	893	931
ACC010	Bewusstseinsstörungen und neuropsych. Störungen	134	257	663	839	277	286
ACC011	Alkohol- und Drogenmissbrauch	685	1.044	1.799	1.432	1.015	1.138
ACC012	Psychische Erkrankungen	2.452	9.440	8.931	6.969	9.407	9.334

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Auch bei den ausgewählten ACCs001-011, die ein Spektrum unterschiedlicher Diagnosen somatischer Erkrankungen repräsentieren, weisen die in den fünf Behandlergruppen behandelten Patienten insgesamt eine deutlich höhere Belastung auf als der Durchschnitt der kassenärztlich versorgten Patienten (s. Tab. 7-10). Es zeigt sich eine unspezifische höhere Krankheitslast für sehr unterschiedliche somatische Erkrankungen bei den Patienten der fünf Behandlergruppen unabhängig vom Alter, so dass davon auszugehen ist, dass die Patienten, die im psychotherapeutischen psychosomatischen und psychiatrisch/psychosomatischen Bereich versorgt werden, eine deutlich höhere somatische Morbidität aufweisen gegenüber dem Durchschnitt der kassenärztlich versorgten Patienten.

Tabelle 10. Häufigkeit der ausgewählten Aggregated Condition Categories (ACCs) für die Patienten der einzelnen Behandlergruppen pro 10.000 Patienten (Altersgruppe 55+ Jahre)

ACCs	Bezeichnung	Gesamt	PSM&P	P&P	N	PP	ÄZP
ACC001	Erkrankungen durch Infektionen und Parasiten	1.569	2.563	2.314	2.304	2.522	2.639
ACC002	Bösartige Neubildungen	967	1.145	1.010	1.136	1.112	1.321
ACC003	Gutartige Neubildungen	1.759	2.850	2.218	2.328	2.999	2.711
ACC004	Diabetes mellitus	2.230	1.514	2.556	2.781	1.338	1.676
ACC005	Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	5.673	6.306	6.525	6.753	6.405	6.504
ACC006	Erkrankungen der Leber	1.203	1.320	1.428	1.500	1.323	1.377
ACC007	Gastrointestinale Erkrankungen	3.620	5.022	4.951	4.981	4.932	5.180
ACC008	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	6.235	7.559	7.394	7.822	7.695	7.535
ACC009	Krankheiten des Blutes	885	929	1.138	1.226	908	1.083
ACC010	Bewusstseinsstörungen und neuropsych. Störungen	835	933	3.045	2.908	609	1.098
ACC011	Alkohol- und Drogenmissbrauch	487	951	1.106	811	912	976
ACC012	Psychische Erkrankungen	2.730	8.909	7.906	6.361	9.113	8.536

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

6.3 Verteilung der versorgungsdominanten Diagnosen in den Behandlergruppen

Um zu klären, ob sich die verschiedenen Behandlergruppen hinsichtlich ihres Diagnosespektrums unterscheiden, werden im Folgenden die jeweils zwanzig häufigsten gesicherten Diagnosen für die unterschiedlichen Behandlergruppen detailliert dargestellt.

Der Anteil der gesicherten Diagnosen an allen Diagnosen ist in allen Behandlergruppen hoch und liegt zwischen 81,1 % und 90,4 % (s. Tab. 11). Dabei vergeben Psychiater (90,4%) und

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (88,7 %) relativ am häufigsten gesicherte Diagnosen, die Psychologischen Psychotherapeuten am wenigsten (81,1 %). Es zeichnet sich ein leichter Trend über die Quartale in dem Sinne ab, dass der Anteil gesicherter Diagnosen in den letzten beiden Quartalen eines Jahres höher liegt als am Anfang. Bei den Verdachtsdiagnosen liegt die Varianz zwischen 5,8 % (Psychiater) und 17,3 % der Diagnosen (Psychologische Psychotherapeuten). Ausschlussdiagnosen werden zwischen 0,1 % (Psychologische Psychotherapeuten) und 3,3 % (Nervenärzte) vergeben.

Tabelle 11. Anteil der Diagnosen in Prozent nach Zusatzkennzeichen in den Behandlergruppen

Behandlergruppe	Zusatzkennzeichen	2008	2008 1. Quartal	2008 2. Quartal	2008 3. Quartal	2008 4. Quartal
PSM&P	V	8,6	8,6	9,0	8,4	8,3
	A	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2
	G	88,7	88,4	88,3	88,9	89,0
	Z	2,4	2,4	2,3	2,3	2,4
	n. v.	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0
P&P	V	5,8	5,9	5,9	5,7	5,6
	A	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0
	G	90,4	90,3	90,2	90,4	90,6
	Z	2,7	2,7	2,7	2,8	2,7
	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N	V	6,7	6,8	6,6	6,6	6,5
	A	3,3	3,8	3,8	2,8	2,8
	G	86,7	86,1	86,3	87,2	87,4
	Z	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PP	V	17,3	17,5	17,5	17,4	16,7
	A	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	G	81,1	80,8	81,0	81,1	81,6
	Z	1,4	1,3	1,3	1,3	1,5
	n. v.	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
ÄZP	A	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
	V	10,4	10,1	10,8	10,4	10,5
	G	87,3	87,6	87,0	87,3	87,3
	Z	1,9	1,8	2,0	2,0	2,0
	n. v.	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: V =Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose, A =ausgeschlossene Diagnose, G=gesicherte Diagnose, Z=(symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose, n. v =nicht vorhanden oder nicht gültig. Vgl.: DIMDI (Hrsg.) ICD-10-GM 2010: Systematisches Verzeichnis, Seite XXVII. PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

6.3.1 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

Im Jahr 2008 stellten Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie insgesamt 705.625 Diagnosen. Die häufigsten Diagnosen gehören zum Spektrum der depressiven Störung, der Anpassungsstörungen sowie der Angststörungen. Die fünf häufigsten Diagnosen decken fast 60 % des Anteils am Gesamt-Leistungsbedarf (Gesamt-LB) ab (s. Tab. 12). Nahezu 8 % der Fälle erhalten eine Diagnose aus dem Spektrum der somatoformen Störungen (F45), 21,6 % aus dem ICD-Diagnosecluster „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“.

Tabelle 12. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

Rang	ICD-10 Kode	Bezeichnung	Anzahl gesicherter Diagnosen	Anteil an allen Fällen in %	Anteil am Gesamt-LB* in %
1	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	55.234	14,1	15,3
2	F43.2	Anpassungsstörungen	54.824	14,0	13,3
3	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode	36.932	9,5	10,4
4	F34.1	Dysthymia	32.243	8,2	10,0
5	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	28.207	7,2	8,2
6	F32.9	Depressive Episode, nmb	17.756	4,5	4,4
7	F41.0	Panikstörung	17.062	4,4	4,8
8	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	15.139	3,8	4,3
9	F43.0	Akute Belastungsreaktion	15.012	3,8	3,8
10	F32.0	Leichte depressive Episode	12.748	3,3	3,2
11	F48.9	Neurotische Störung, nmb	11.975	3,0	4,2
12	F45.0	Somatisierungsstörung	11.664	3,0	3,2
13	F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	10.066	2,4	2,7
14	F41.1	Generalisierte Angststörung	9.797	2,5	2,7
15	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	9.347	2,4	2,4
16	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, leichte Episode	9.237	2,4	2,4
17	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	9.087	2,3	2,4
18	F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	8.026	2,1	3,0
19	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	7.623	1,9	2,2
20	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome	6.713	1,7	1,9

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose in der jeweiligen Behandlergruppe.

6.3.2 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“

Im Jahr 2008 stellten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie insgesamt 6.788.583 Diagnosen. Unter den fünf häufigsten Diagnosen sind vorrangig solche aus dem F3-Kapitel (s. Tab. 13). Es werden 47 % des Anteils am Gesamt-Leistungsbedarf durch die fünf häufigsten Diagnosen abgedeckt (s. Tab 13). Neben den depressiven Störungsbildern, Angststörungen und Anpassungsstörungen treten die Diagnosen „paranoide Schizophrenie“ (5,4 %), organische Persönlichkeitsstörungen (4,6 %), Alkoholabhängigkeit (2,7 %), Demenz (1,9 %) und nichtorganische Insomnie (2,0 %) auf. Eine Diagnose aus dem Spektrum der somatoformen Störungen erhalten ca. 5,2 % der Fälle, 11,6 % aus dem ICD-Diagnosecluster „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“.

Tabelle 13. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“

Rang	ICD-10 Kode	Bezeichnung	Anzahl gesicherter Diagnosen	Anteil an allen Fällen in %	Anteil am Gesamt-LB* in %
1	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	252.423	9,3	10,0
2	F34.1	Dysthymia	217.427	8,0	10,5
3	F43.2	Anpassungsstörungen	205.817	7,6	9,1
4	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode	199.977	7,4	7,5
5	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	181.054	6,7	7,5
6	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	180.037	6,6	7,8
7	F32.9	Depressive Episode, nnb	157.704	5,8	5,2
8	F20.0	Paranoide Schizophrenie	151.635	5,4	5,6
9	F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	128.527	4,6	4,1
10	F41.1	Generalisierte Angststörung	99.806	3,6	3,9
11	F41.0	Panikstörung	96.728	3,6	3,8
12	F45.0	Somatisierungsstörung	85.212	3,2	3,0
13	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome	79.939	2,9	3,1
14	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	74.118	2,7	2,8
15	I10.9	Essentielle Hypertonie, nnb	64.137	2,4	2,2
16	F45.9	Somatoforme Störung, nnb	54.689	2,0	1,8
17	F43.0	Akute Belastungsreaktion	54.251	2,0	2,5
18	F03	Demenz nnb	54.017	1,9	1,4
19	F51.0	Nichtorganische Insomnie	53.999	2,0	1,8
20	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	53.580	2,0	2,7

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose in der jeweiligen Behandlergruppe.

6.3.3 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Nervenärzte“

Die Nervenärzte stellten im Jahr 2008 insgesamt 12.153.142 Diagnosen. Im Vergleich zu den anderen Behandlergruppen betreuen Nervenärzte die mit einem Durchschnittsalter von 56,2 Jahren ältesten Patienten (vs. 43,2 Jahre Grundgesamtheit). Das Diagnosespektrum der Nervenärzte ist am heterogensten und umfasst neurologische und psychische Störungen. Unter den 20 häufigsten Diagnosen sind 12 aus dem F-Kapitel über psychische Störungen und 7 aus dem G-Kapitel für Krankheiten des nervösen Systems.

Tabelle 14. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe Nervenärzte

Rang	ICD-10 Kode	Bezeichnung	Anzahl gesicherter Diagnosen	Anteil an allen Fällen in %	Anteil am Gesamt-LB* in %
1	F34.1	Dysthymia	264.775	6,1	7,1
2	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	237.221	5,5	5,2
3	F32.9	Depressive Episode, nnb	230.939	5,4	5,3
4	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	217.568	5,1	5,8
5	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	211.005	5,0	6,1
6	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	199.538	4,6	4,5
7	F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	173.129	3,9	4,5
8	F43.2	Anpassungsstörungen	170.664	4,0	4,2
9	I10.9	Essentielle Hypertonie, nnb	148.184	3,5	3,7
10	F20.0	Paranoide Schizophrenie	145.102	3,3	4,1
11	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode	138.188	3,2	3,0
12	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	138.010	3,1	3,2
13	G62.9	Polyneuropathie, nnb	137.449	3,2	3,1
14	R42	Schwindel und Taumel	130.584	3,1	3,4
15	G44.2	Spannungskopfschmerz	125.210	2,9	3,0
16	F03	Demenz nnb	113.906	2,6	2,8
17	F41.1	Generalisierte Angststörung	111.667	2,6	2,9
18	G20.9	Primäres Parkinson-Syndrom, nnb	110.814	2,5	2,6
19	G25.8	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	108.472	2,6	2,2
20	F45.0	Somatisierungsstörung	105.074	2,5	2,4

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose in der jeweiligen Behandlergruppe

An erster Stelle befindet sich die Dysthymia gefolgt vom Karpaltunnel-Syndrom. Der hohe Anteil unspezifischer Diagnosen unter den häufigsten Diagnosen ist hier auffällig. Sechs der häufigsten 20 Diagnosen haben einen ICD-Kode mit der Endstelle 8 für „sonstige“ oder 9 für

„nicht näher bezeichnet“ und sind somit eher unspezifisch dokumentiert. Hier decken die fünf häufigsten Diagnosen knapp 30 % des Gesamt-LB ab (s. Tab. 14). Eine Diagnose aus dem Spektrum der somatoformen Störungen (F45) erhalten ca. 2,5 % der Fälle, 4 % aus dem ICD-Diagnosecluster „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“.

6.3.4 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Psychologische Psychotherapeuten“

Psychologische Psychotherapeuten stellten im Jahr 2008 insgesamt 3.263.709 Diagnosen. Die Patienten der Psychologischen Psychotherapeuten sind mit einem Durchschnittsalter von 41,2 Jahren (vs. 43,2 Jahre in der Grundgesamtheit) jünger als die Patienten der Geburtstagsstichprobe, aber auch als die Patienten der anderen Behandlergruppen.

Tabelle 15. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „Psychologische Psychotherapeuten“

Rang	ICD-10 Kode	Bezeichnung	Anzahl gesicherter Diagnosen	Anteil an allen Fällen in %	Anteil am Gesamt-LB* in %
1	F43.2	Anpassungsstörungen	347.479	14,9	14,2
2	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	287.757	12,4	13,2
3	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode	163.334	7,0	7,5
4	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	138.084	5,9	6,5
5	F34.1	Dysthymia	120.067	5,2	6,1
6	F32.0	Leichte depressive Episode	99.627	4,3	4,2
7	F41.0	Panikstörung	97.319	4,2	4,2
8	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	77.774	3,3	3,6
9	F43.0	Akute Belastungsreaktion	71.096	3,1	3,0
10	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, leichte Episode	57.007	2,5	2,4
11	F41.1	Generalisierte Angststörung	55.088	2,4	2,4
12	F40.0	Agoraphobie	51.613	2,2	2,2
13	F40.1	Soziale Phobien	50.136	2,2	2,3
14	F45.0	Somatisierungsstörung	47.241	2,0	2,1
15	F32.9	Depressive Episode, nnb	40.300	1,7	1,7
16	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	35.991	1,5	1,7
17	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	31.785	1,4	1,3
18	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	31.292	1,3	1,4
19	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	30.895	1,3	1,4
20	F48.9	Neurotische Störung, nnb	30.856	1,3	2,0

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose in der jeweiligen Behandlergruppe

Im Diagnosespektrum der Psychologischen Psychotherapeuten führen Anpassungsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen die Tabelle an (s. Tab. 15). Die fünf häufigsten Diagnosen decken fast 50 % des Gesamt-LB ab. Eine Diagnose aus dem Spektrum der somatoformen Störungen (F45) erhalten ca. 3,4 % der Fälle, 21,3 % aus dem ICD-Diagnosecluster „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“.

6.3.5 Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie“

Tabelle 16. Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen der Behandlergruppe „ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie“

Rang	ICD-10 Kode	Bezeichnung	Anzahl gesicherter Diagnosen	Anteil an allen Fällen in %	Anteil am Gesamt-LB* in %
1	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	56.852	16,6	18,5
2	F43.2	Anpassungsstörungen	55.013	15,9	15,8
3	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode	26.463	7,7	8,7
4	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	23.236	6,7	7,6
5	F34.1	Dysthymia	19.675	5,7	6,5
6	F41.0	Panikstörung	15.201	4,4	4,8
7	F43.0	Akute Belastungsreaktion	13.601	3,8	3,8
8	F32.9	Depressive Episode, nmb	13.285	3,8	3,7
9	F32.0	Leichte depressive Episode	12.426	3,6	3,8
10	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	11.059	3,2	3,5
11	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	9.300	2,7	3,0
12	F45.0	Somatisierungsstörung	9.038	2,5	2,6
13	F41.1	Generalisierte Angststörung	8.025	2,3	2,5
14	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, leichte Episode	6.729	2,0	2,1
15	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	5.883	1,7	1,9
16	F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	5.657	1,6	1,7
17	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	5.007	1,5	1,5
18	F48.9	Neurotische Störung, nmb	4.895	1,4	2,0
19	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome	4.773	1,4	1,5
20	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	4.364	1,3	1,4

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose in der jeweiligen Behandlergruppe

Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie stellten im Jahr 2008 546.729 Diagnosen bei ihren Patienten. Die behandelten Patienten waren im Durchschnitt 43,3 Jahre alt. Störungen aus dem depressiven Spektrum, Anpassungsstörungen sowie Angststörungen sind unter den häufigsten Diagnosen vertreten. Die fünf häufigsten Diagnosen decken 57 % des Gesamt-LB ab. Eine Diagnose aus dem Spektrum der somatoformen Störungen (F45) erhalten ca. 5,6 % der Fälle, 22,9 % aus dem ICD-Diagnosecluster „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ (s. Tab. 16).

Insgesamt zeigt sich, dass bei der Verteilung der Diagnosen die depressiven Störungen, Angststörungen und Anpassungsstörungen überwiegen. Dieses entspricht auch ihrer Häufigkeit in der Bevölkerung, wie sich diese in epidemiologischen Studien zeigen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Diagnoseprofile der einzelnen Behandlergruppen bei diesen Störungsbildern überlappen. Die Gruppe der Nervenärzte unterscheidet sich von den anderen vier Behandlergruppen insbesondere durch den hohen Anteil neurologischer Störungen. In der Behandlergruppe der Fachärzte für Psychiatrie treten neben Depression, Angststörung und Anpassungsstörung die Diagnosen aus dem ICD-Kapitel F0 (organisch, einschließlich symptomatischer, psychischer Störung), F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) und F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen), die nahezu 20 % der Fälle umfassen. Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung sowie den Psychologischen Psychotherapeuten ist mit über 20 % der Anteil an Fällen aus dem ICD-Diagnosecluster „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ deutlich höher gegenüber der Behandlergruppe der Psychiater (11,6 %) und der Nervenärzte (4 %). Mit 8 % ist der Anteil der Fälle, die eine F45-Diagnose (somatoforme Störung) erhalten, in der Behandlergruppe der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am höchsten, insbesondere im Vergleich zu den Psychologischen Psychotherapeuten (3,4 % der Fälle).

6.4 Psychosomatisches/psychotherapeutisches Leistungsspektrum der Behandlergruppen

Um zu klären, ob sich die verschiedenen Behandlergruppen hinsichtlich ihres Leistungsspektrums unterscheiden, wird im Folgenden anhand der Gebührenordnungspositionen (GOPs) ein detailliertes Leistungsprofil erstellt.

Tabelle 17. Die 20 gruppierten GOPs mit dem größten Leistungsbedarf (Häufigkeit x GOP-Wert) nach EBM-Kapiteln für alle Diagnosen pro Behandlergruppe

Behandlergruppe	Kapitel	Abschnitt	GOP	Gesamt-LB*	Anteil am Gesamt-LB*	Gesamt-LB* pro Fall	Häufigkeit im Quartal	Anteil an allen Praxen	Anteil an allen Fällen
PSM&P	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	12 Mio.	0,32%	2.488	1.277	11,24%	1,22%
	22	2	Grundpauschale	3.725 Mio.	97,34%	9.899	94.069	98,49%	92,65%
	22	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	422 Mio.	11,04%	7.056	142.676	78,95%	14,74%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	1.326 Mio.	34,66%	8.905	90.246	98,91%	36,67%
	35	2	antragspflichtige Leist.	3.275 Mio.	85,58%	12.402	424.100	98,24%	65,02%
P&P	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	381 Mio.	6,19%	2.147	82.937	36,27%	6,73%
	1	8	Substitutionsbehandlung	163 Mio.	2,65%	9.033	185.251	5,68%	0,69%
	16	3	Diagnostik z.B. EEG	123 Mio.	2,00%	1.801	17.447	9,41%	2,59%
	21	2	Grundpauschale	5.872 Mio.	95,54%	2.434	727.685	94,42%	91,61%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	4.633 Mio.	75,38%	2.361	1.504.810	93,30%	74,50%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	470 Mio.	7,65%	5.296	36.774	65,52%	3,37%
N	35	2	antragspflichtige Leist.	1.150 Mio.	18,71%	9.989	139.193	60,26%	4,37%
	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	463 Mio.	6,71%	1.904	91.495	69,24%	5,85%
	16	3	Diagnostik z.B. EEG	2.807 Mio.	40,67%	2.114	429.551	96,26%	31,96%
	21	2	Grundpauschale	6.754 Mio.	97,85%	1.771	1.116.249	94,73%	91,77%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	5.470 Mio.	79,24%	1.980	1.389.829	96,03%	66,46%
PP	33		Ultraschall	490 Mio.	7,10%	2.939	53.089	53,44%	4,01%
	23	2	Grundpauschale	22.225 Mio.	98,03%	9.284	598.481	99,19%	96,42%
	23	3	Therapeutische GOP	1.816 Mio.	8,01%	6.596	567.847	82,05%	11,09%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	8.101 Mio.	35,73%	9.098	513.265	99,65%	35,87%
	35	2	antragspflichtige Leist.	19.964 Mio.	88,06%	10.967	2.548.326	99,54%	73,32%
ÄPZ	35	3	Testverfahren	1.030 Mio.	4,54%	10.172	170.916	33,12%	4,08%
	1	2	Notfallversorgung	28 Mio.	0,92%	1.595	8.818	18,09%	4,95%
	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	16 Mio.	0,53%	2.588	1.651	14,95%	1,75%
	23	2	Grundpauschale	2.967 Mio.	96,53%	8.986	82.535	98,89%	91,80%
	23	3	Therapeutische GOP	251 Mio.	8,18%	6.525	70.156	73,32%	10,71%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	1.135 Mio.	36,95%	8.321	88.939	99,28%	37,94%
	35	2	antragspflichtige Leist.	2.639 Mio.	85,87%	11.059	338.593	97,54%	66,35%

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄPZ = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

*Gesamt-LB = Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit dem betreffenden EBM-Kapitel in der jeweiligen Behandlergruppe

Bezogen auf die 20 GOPs mit dem meisten Leistungsbedarf zeigt sich (s. Tab. 17), dass die Grundpauschale von allen Behandlergruppen im Durchschnitt zu 92 % erhoben wird, die Psychologischen Psychotherapeuten haben hier eine leicht höhere Quote von 96 %. Die diagnostisch/therapeutische GOP nimmt bei Psychiatern und Nervenärzten einen hohen Prozentsatz ein (74,5 % vs. 66,5 %). Testverfahren werden ausschließlich von den Psychologischen Psychotherapeuten erbracht (4 %).

Sehr diskrepant sind die Ergebnisse für die Erbringung antragspflichtiger Leistungen (EBM 35.2) bzw. nicht antragspflichtiger Leistungen (EBM 35.1). Psychologische

Psychotherapeuten versorgen 73,3 % der Fälle mit antragspflichtigen Psychotherapie-Leistungen, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 65 % und psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie mit 66,4 %. Hingegen behandeln Psychiater nur 4,4 % der Fälle mit antragspflichtigen Leistungen (EBM 35.2), bei den Nervenärzten gehören diese nicht zu den 20 GOPs mit dem größten Leistungsbedarf. Auch die Erbringung nicht antragspflichtiger Leistungen aus dem Kapitel 35 nimmt bei den erstgenannten Berufsgruppen einen hohen Stellenwert ein und variiert von 36-38 % der behandelten Fälle (s. Tab. 17). Eine detaillierte Auflistung zeigt Tabelle 18.

Tabelle 18. Prozentualer Anteil aller Fälle pro Behandlergruppe, die ausgewählte Gebührenordnungspositionen (GOP) erhalten

GOP	Position	PSM&P	P&P	N	PP	ÄZP
21211/ 22211/23211	Grundpauschale <=59J.	83,29%	59,91%	47,33%	85,12%	82,50%
21212/ 22212/23212	Grundpauschale >=60J.	9,36%	30,67%	43,57%	7,86%	9,30%
22220	Psychotherapeutisches Gespräch	13,47%				
21216	Fremdanamnese		13,46%	12,40%		
21220	Psychiatrisches Gespräch		65,86%	42,38%		
21230	häusliche Mitbetreuung		11,09%	8,12%		
23220	PT Gespräch				11,09%	10,71%
35150	Probatorische Sitzung	21,48%	2,30%		23,61%	22,56%
35200	TP KZT E	32,72%	2,70%		13,35%	33,60%
35201	TP LZT E	18,24%	0,99%		10,04%	22,85%
35202	TP KZT G	0,64%				0,45%
35203	TP LZT G					0,47%
35210	AT E	9,14%	0,34%		4,37%	3,34%
35211	AT G	0,76%			0,17%	
35220	VT KZT E	3,43%	0,34%		31,48%	4,81%
35221	VT LZT E	1,74%			15,77%	2,84%
35222	VT KZT G				0,17%	
35223	VT LZT G					

Anmerkungen: TP= tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, AT= analytische Psychotherapie, VT= Verhaltenstherapie, E= Einzeltherapie, G= Gruppentherapie, KZT= Kurzzeittherapie, LZT= Langzeittherapie; PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie berechnen bei 13,5 % ein psychotherapeutisches Gespräch (GOP 22220), während Psychologische Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch arbeitende Ärzte die entsprechende GOP aus dem Kapitel 23 (GOP 23220) bei ca. 11 % der Fälle berechnen. Neben der Grundpauschale

dominiert bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie bei den Nervenärzten die Abrechnung des psychiatrischen Gesprächs (GOP 21220).

Bezogen auf die Darstellung einzelner psychotherapeutischer Richtlinienverfahren zeigt sich, dass Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie größtenteils tiefenpsychologisch bzw. analytisch arbeiten, ähnlich so die psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, während bei den Psychologischen Psychotherapeuten die Verhaltenstherapie überwiegt. Gemeinsam ist allen Behandlergruppen, dass gruppentherapeutische Verfahren kaum angewandt werden (unter 1 %). Es überwiegen die Kurzzeitpsychotherapien, wobei nicht aus den Daten hervorgeht, ob diese später in Langzeittherapien umgewandelt werden.

6.5 Leistungsprofile nach EBM-Kapiteln der Behandlergruppen in der Versorgung von Behandlungsfällen mit spezifischen Diagnosen

Am Beispiel von fünf ausgewählten versorgungsrelevanten Diagnosen soll das Leistungsspektrum der unterschiedlichen Behandlergruppen verglichen werden. Behandlungsfälle mit mittelgradiger depressiver Episode, rezidivierender depressiver Störung, somatoformer Störungen, Essstörung oder Anpassungsstörungen werden analysiert. Die Auswahl erfolgte, um die Versorgung von Fällen mit primär psychischer Symptomatik, mit funktionellen körperlichen Störungen ohne organischen Befund, mit psychosomatischen Krankheiten und Anpassungsstörungen bei Belastungen exemplarisch darzustellen (vgl. Kap. 4).

6.5.1 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „mittelgradige depressive Episode“

Tabelle 19. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „mittelgradige depressive Episode“ (ICD-10 F32.1)

Behandlergruppe	Kapitel	Abschnitt	GOP	Gesamt-LB*	Anteil am Gesamt-LB*	Häufigkeit im Quartal	Anteil an allen Praxen je ausgewählte Diagnose und Gruppe	Anteil an allen Fällen je ausgewählte Diagnose und Gruppe
PSM&P	22	2	Grundpauschale	531,6 Mio.	13,89%	13.023	98,29%	95,14%
	22	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	32,1 Mio.	0,84%	9.714	42,24%	7,83%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	127,4 Mio.	3,33%	8.354	82,32%	25,44%
	35	2	antragspflichtige Leist.	296,2 Mio.	7,74%	36.179	80,09%	45,88%
P&P	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	13,6 Mio.	0,22%	2.623	21,92%	2,72%
	1	6	Gutachten	23,2 Mio.	0,38%	1.757	52,07%	2,53%
	1	8	Substitutionsbehandlung	7,0 Mio.	0,11%	3.531	2,33%	0,21%
	21	2	Grundpauschale	553,2 Mio.	9,00%	58.953	95,98%	90,37%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	222,4 Mio.	3,62%	76.783	86,24%	43,13%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	33,6 Mio.	0,55%	2.397	44,96%	2,47%
	35	2	antragspflichtige Leist.	95,8 Mio.	1,56%	11.157	38,83%	3,81%
N	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	19,7 Mio.	0,29%	3.457	45,67%	4,91%
	16	3	Diagnostik z.B. EEG	73,2 Mio.	1,06%	8.487	81,92%	16,06%
	21	2	Grundpauschale	265,8 Mio.	3,85%	44.040	98,20%	85,50%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	151,7 Mio.	2,20%	40.943	93,92%	45,06%
	33	1	Ultraschall	5,5 Mio.	0,08%	435	25,62%	0,99%
35	1	nicht antragspflichtige Leist.	2,0 Mio.	0,03%	165	8,40%	0,25%	
PP	23	2	Grundpauschale	2708,9 Mio.	11,95%	69.718	99,24%	97,30%
	23	3	Therapeutische GOP	154,3 Mio.	0,68%	44.429	42,67%	7,75%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	724,3 Mio.	3,19%	41.899	85,75%	25,40%
	35	2	antragspflichtige Leist.	1839,8 Mio.	8,11%	225.965	89,23%	59,15%
	35	3	Testverfahren	89,7 Mio.	0,40%	13.652	19,54%	2,90%
ÄPZ	1	1	Aufwandsersatzung	5,5 Mio.	0,18%	286	4,78%	0,63%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	0,7 Mio.	0,02%	84	0,81%	0,29%
	23	2	Grundpauschale	514,9 Mio.	16,76%	13.613	98,62%	96,24%
	23	3	Therapeutische GOP	24,5 Mio.	0,80%	5.872	40,68%	6,31%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	144,4 Mio.	4,70%	10.777	87,97%	29,53%
35	2	antragspflichtige Leist.	340,2 Mio.	11,07%	42.613	86,59%	54,10%	

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄPZ = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose und GOP in der jeweiligen Behandlergruppe

Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird die Grundpauschale bei ca. 13.000 Fällen mit der Diagnose „mittelgradige depressive Episode“ pro Quartal berechnet. Es überwiegen Leistungen gemäß der Psychotherapierichtlinien aus dem Kapitel 35, wobei 25 % der Fälle mit diagnostizierter mittelgradiger depressiver Episode nicht antragspflichtige Leistungen aus diesem Kapitel erhalten und ca. 46 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 22, insbesondere die diagnostisch therapeutische Gebührenordnungsposition erhalten ca. 8 % der Fälle, wobei diese in einer relativ hohen Frequenz (Gesamthäufigkeit im Quartal 9.714) angewandt wird. Bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie überwiegen neben der Grundpauschale die Leistungen aus dem Kapitel 21, Abschnitt 3, die diagnostische GOP, die bei 43 % der Fälle angewandt wird. Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Kapitel 35 werden nur bei einem sehr kleinen Anteil der Fälle abgerechnet (nichtantragspflichtige Leistungen 2,5 %, antragspflichtige Leistungen 3,8 %). Bei den Nervenärzten erhalten von den Fällen mit einer Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode 45 % eine diagnostisch therapeutische GOP nach Kapitel 21. 16 % der Betroffenen erhalten weitere Diagnostik, z. B. EEG, und 1 % eine

Ultraschalluntersuchung. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen finden sich nur bei 0,2 % der Fälle. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten imponiert, dass der Anteil der antragspflichtigen Leistungen mit 59 % der Fälle deutlich höher ist als in den anderen Gruppierungen, außerdem führen sie als einzige Behandlergruppe bei 2,9 % der Fälle mit der entsprechenden Diagnose psychologische Testverfahren durch. Die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung weisen ebenfalls einen sehr hohen Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie auf: 30 % der Fälle mit diagnostizierter mittelgradiger depressiver Episode erhalten nicht antragspflichtige Leistungen und 54 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 23.3 der therapeutischen Gebührenordnungsposition erhalten ca. 6 % der Fälle. (s. Tab. 19)

Obwohl anhand dieser Daten keine Aussagen über das Verordnungsverhalten gemacht werden, deutet sich jedoch an, dass die einzelnen Behandlergruppen ihre Aufgaben in der Form wahrnehmen, wie sie in den nationalen Versorgungsleitlinien zur Behandlung der Depression beschrieben werden.

6.5.2 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „rezidivierende depressive Störung“

Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird die Grundpauschale bei ca. 13.400 Fällen berechnet. Es überwiegen Leistungen gemäß der Psychotherapierichtlinien aus dem Kapitel 35, wobei 20 % der Fälle mit diagnostizierter rezidivierender depressiver Störung nicht antragspflichtige Leistungen aus diesem Kapitel erhalten und ca. 41 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 22, insbesondere die diagnostisch therapeutische Gebührenordnungsposition, erhalten fast 10 % der Fälle, mit einer relativ hohen Gesamthäufigkeit im Quartal von fast 12.000. Bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie überwiegen die Leistungen aus dem Kapitel 21, Abschnitt 3, mit 46 % der Fälle. Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Kapitel 35 werden nur bei einem sehr kleinen Anteil der Fälle abgerechnet (nichtantragspflichtige Leistungen 1,5 %, antragspflichtige Leistungen 2,3 %).

Tabelle 20. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „rezidivierende depressive Störung“ (ICD-10 F33)

Behandlergruppe	Kapitel	Abschnitt	GOP	Gesamt-LB*	Anteil am Gesamt-LB*	Häufigkeit im Quartal	Anteil an allen Praxen je ausgewählte Diagnose und Gruppe	Anteil an allen Fällen je ausgewählte Diagnose und Gruppe
PSM&P	1	1	Aufwandsersatzung	9,1 Mio.	0,24%	236	7,32%	1,14%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	0,7 Mio.	0,02%	228	1,05%	0,20%
	22	2	Grundpauschale	541,6 Mio.	14,15%	13.381	98,11%	94,78%
	22	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	34,8 Mio.	0,91%	11.968	46,53%	9,62%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	108,0 Mio.	2,82%	7.139	80,58%	20,26%
	35	2	antragspflichtige Leist.	279,9 Mio.	7,32%	36.461	81,42%	41,30%
P&P	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	25,8 Mio.	0,42%	5.007	33,41%	2,74%
	1	6	Gutachten	23,6 Mio.	0,38%	1.745	52,40%	1,56%
	1	8	Substitutionsbehandlung	11,2 Mio.	0,18%	10.113	2,75%	0,23%
	21	2	Grundpauschale	796,0 Mio.	12,95%	93.608	95,65%	86,61%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	391,7 Mio.	6,37%	138.256	89,07%	46,38%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	31,1 Mio.	0,51%	2.412	43,42%	1,45%
N	35	2	antragspflichtige Leist.	86,9 Mio.	1,41%	10.532	40,45%	2,25%
	1	4	Besuche, telefon. Beratung etc	27,3 Mio.	0,39%	4.379	55,94%	3,71%
	16	3	Diagnostik z.B. EEG	86,9 Mio.	1,26%	10.413	86,32%	10,84%
	21	2	Grundpauschale	455,9 Mio.	6,60%	78.333	98,36%	83,98%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	285,3 Mio.	4,13%	82.792	97,62%	48,21%
	33		Ultraschall	7,0 Mio.	0,10%	633	28,75%	0,75%
PP	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	3,0 Mio.	0,04%	256	7,86%	0,23%
	35	2	antragspflichtige Leist.	1,8 Mio.	0,03%	196	3,03%	0,12%
	23	2	Grundpauschale	2310,8 Mio.	10,19%	60.868	99,10%	96,65%
	23	3	Therapeutische GOP	143,3 Mio.	0,63%	50.005	46,26%	9,15%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	538,9 Mio.	2,38%	30.749	83,15%	21,54%
	35	2	antragspflichtige Leist.	1456,5 Mio.	6,42%	187.200	89,09%	54,61%
ÄPZ	35	3	Testverfahren	67,6 Mio.	0,30%	10.235	18,83%	2,47%
	1	1	Aufwandsersatzung	3,4 Mio.	0,11%	110	4,68%	0,68%
	23	2	Grundpauschale	359,1 Mio.	11,68%	9.592	98,48%	94,69%
	23	3	Therapeutische GOP	21,8 Mio.	0,71%	6.352	40,19%	8,17%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	89,1 Mio.	2,90%	6.384	82,76%	24,19%
	35	2	antragspflichtige Leist.	219,4 Mio.	7,14%	28.090	83,00%	49,13%
	35	3	Testverfahren	5,0 Mio.	0,16%	761	7,59%	1,24%

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄPZ = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose und GOP in der jeweiligen Behandlergruppe

Bei den Nervenärzten erhalten von den Fällen mit einer Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung 48 % eine diagnostisch therapeutische GOP nach Kapitel 21.3. 11 % der Betroffenen erhalten weitere Diagnostik, z. B. EEG, und knapp 1 % eine Ultraschalluntersuchung. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen finden sich nur bei 0,1 % der Fälle. Die Psychologischen Psychotherapeuten erbringen antragspflichtige Leistungen bei 55 %, nichtantragspflichtige Leistungen bei 22 % der Fälle. Psychologische Testverfahren werden bei 2,5 % der Fälle mit der entsprechenden Diagnose durchgeführt. Die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung weisen ebenfalls einen hohen Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie auf: 24 % der Fälle mit diagnostizierter mittelgradiger depressiver Episode erhalten nicht antragspflichtige Leistungen und 49 % antragspflichtige Leistungen. (s. Tab. 20).

Auch bei der Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung sind die Daten kompatibel mit den Aufgabenverteilungen der einzelnen Berufsgruppen, wie sie in den nationalen Versorgungsleitlinien zur Behandlung der Depression beschrieben sind. Es überrascht allerdings insgesamt der Anteil an Patienten, die keine Richtlinien-Psychotherapie erhalten.

6.5.3 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „somatoforme Störungen“

Tabelle 21. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „Somatoforme Störungen“ (ICD-10 F45)

Behandlergruppe	Kapitel	Abschnitt	GOP	Gesamt-LB*	Anteil am Gesamt-LB*	Häufigkeit im Quartal	Anteil an allen Praxen je ausgewählte Diagnose und Gruppe	Anteil an allen Fällen je ausgewählte Diagnose und Gruppe
PSM&P	22	2	Grundpauschale	122,4 Mo.	3,20%	3.318	80,46%	30,16%
	22	3	Therapeutische GOP	64,1 Mo.	1,68%	20.593	49,90%	18,70%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	132,7 Mo.	3,47%	10.009	87,89%	31,73%
	35	2	antragspflichtige Leist.	339,3 Mo.	8,87%	41.902	89,33%	62,97%
P&P	21	2	Grundpauschale	182,7 Mo.	2,97%	23.277	89,84%	34,04%
	21	3	Diagnostische/therapeutische GOP	372,9 Mo.	6,07%	117.401	87,80%	67,68%
	30	7	Schmerztherapie	14,6 Mo.	0,24%	1.744	1,10%	1,33%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	60,4 Mo.	0,98%	7.816	52,96%	6,57%
	35	2	antragspflichtige Leist.	107,7 Mo.	1,75%	12.804	46,11%	4,83%
N	16	3	Diagnostik z.B. EEG	105,7 Mo.	1,53%	14.495	89,78%	14,18%
	21	2	Grundpauschale	277,5 Mo.	4,02%	41.665	98,30%	48,98%
	21	3	Diagnostische/therapeutische GOP	406,6 Mo.	5,89%	106.886	98,46%	66,29%
	33		Ultraschall	32,1 Mo.	0,46%	3.404	42,42%	3,21%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	47,6 Mo.	0,69%	7.288	40,96%	7,23%
	35	2	antragspflichtige Leist.	3,7 Mo.	0,05%	420	5,03%	0,16%
PP	23	2	Grundpauschale	484,3 Mo.	2,14%	14.036	78,09%	39,39%
	23	3	Therapeutische GOP	102,8 Mo.	0,45%	32.853	40,29%	11,43%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	403,7 Mo.	1,78%	23.568	83,07%	28,85%
	35	2	antragspflichtige Leist.	1132,9 Mo.	5,00%	140.906	92,20%	74,26%
	35	3	Testverfahren	56,9 Mo.	0,25%	8.806	18,48%	3,82%
ÄPZ	23	2	Grundpauschale	77,9 Mo.	2,54%	2.427	77,24%	35,07%
	23	3	Therapeutische GOP	21,4 Mo.	0,69%	6.193	39,22%	11,99%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	83,1 Mo.	2,70%	7.111	86,67%	35,26%
	35	2	antragspflichtige Leist.	199,1 Mo.	6,48%	24.817	88,65%	66,30%
	35	3	Testverfahren	5,5 Mo.	0,18%	762	7,15%	1,71%

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄPZ = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose und GOP in der jeweiligen Behandlergruppe

Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie überwiegen Leistungen gemäß der Psychotherapierichtlinien aus dem Kapitel 35, wobei 32 % der Fälle mit diagnostizierter somatoformer Störung nicht antragspflichtige Leistungen aus diesem Kapitel erhalten und ca. 63 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 22, insbesondere die diagnostisch therapeutische Gebührenordnungsposition, erhalten knapp 20 % der Fälle. Bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie überwiegen die Leistungen aus dem Kapitel 21, Abschnitt 3, mit 68 % der Fälle. Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Kapitel 35 werden hier interessanterweise mit einem höheren Anteil gegenüber den v.g. depressiven Störungen abgerechnet: nichtantragspflichtige Leistungen 6,6 %, antragspflichtige Leistungen 4,9 %. Bei den Nervenärzten erhalten von den Fällen mit einer somatoformen Störung 66 % eine diagnostisch therapeutische GOP nach Kapitel 21.3. 14 % der Betroffenen erhalten weitere Diagnostik, z. B. EEG, und 3 % eine Ultraschalluntersuchung. Nichtantragspflichtige psychotherapeutische Leistungen finden sich

bei 7 % der Fälle, hingegen antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen unter 0,2 % liegen. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten imponiert auch hier der hohe Anteil der antragspflichtigen Leistungen mit 74 %, nichtantragspflichtige Leistungen erhalten 29 % der Fälle. Psychologische Testverfahren werden bei knapp 4 % der Fälle mit der entsprechenden Diagnose durchgeführt. Die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung weisen ebenfalls einen sehr hohen Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie auf: 35 % der Fälle mit diagnostizierter somatoformer Störung erhalten nicht antragspflichtige Leistungen und 66 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 23.3, der therapeutischen Gebührenordnungsposition, erhalten ca. 12 % der Fälle. Psychologische Testverfahren werden bei 1,7 % der Fälle mit der entsprechenden Diagnose durchgeführt (s. Tab. 21). Insgesamt ist der Anteil der diagnostisch-therapeutischen GOP in allen Behandlergruppen erhöht und der Anteil an Richtlinien-Therapie ist im Vergleich zu den anderen Diagnosen höher.

Diese Zahlen spiegeln einerseits die Beobachtung der Versorgungsforschung wider, dass Patienten mit somatoformen Störungen in der spezialisierten psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung sowie in der psychiatrischen Versorgung eher unterrepräsentiert sind. Es imponiert, dass bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin die absolute und relative Häufigkeit der nicht antragspflichtigen Leistungen und der antragspflichtigen Leistungen aus dem Kapitel 35 in dieser Gruppe höher liegt als bei depressiven Störungen.

Auch erhält ein deutlich höherer Anteil der Fälle (18,7 %) Leistungen aus dem Kapitel 22.3 als bei der mittelgradigen depressiven Episode.

6.5.4 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „Esstörungen“

Tabelle 22. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „Esstörungen“ (ICD-10 F50.)

Block	Kapitel	Abschnitt	GOP	Gesamt-LB*	Anteil am Gesamt-LB*	Häufigkeit im Quartal	Anteil an allen Praxen je ausgewählte Diagnose und Block	Anteil an allen Fällen je ausgewählte Diagnose und Block
PSM&P	22	2	Grundpauschale	47,0 Mo.	1,23%	1.135	64,34%	32,79%
	22	3	Therapeutische GOP	19,3 Mo.	0,51%	6.240	36,22%	17,38%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	46,3 Mo.	1,21%	2.718	80,73%	32,50%
	35	2	antragspflichtige Leist.	131,6 Mo.	3,44%	16.634	82,67%	67,98%
P&P	21	2	Grundpauschale	40,3 Mo.	0,66%	3.264	81,62%	29,90%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	84,0 Mo.	1,37%	27.015	86,56%	70,67%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	19,8 Mo.	0,32%	1.723	44,73%	9,03%
	35	2	antragspflichtige Leist.	38,5 Mo.	0,63%	4.604	37,29%	9,79%
	91			1,1 Mo.	0,02%	111	0,13%	0,24%
N	16	3	Diagnostik z.B. EEG	2,2 Mo.	0,03%	242	30,93%	4,62%
	21	2	Grundpauschale	14,8 Mo.	0,21%	1.944	87,50%	37,09%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	30,6 Mo.	0,44%	9.183	95,83%	72,68%
	35	1	Ultraschall	2,6 Mo.	0,04%	264	17,22%	4,11%
	35	2	nicht antragspflichtige Leist.	1,7 Mo.	0,02%	199	4,07%	1,01%
PP	23	2	Grundpauschale	285,9 Mo.	1,26%	7.320	72,23%	46,93%
	23	3	Therapeutische GOP	50,7 Mo.	0,22%	14.391	31,87%	11,22%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	205,0 Mo.	0,90%	10.854	78,91%	30,93%
	35	2	antragspflichtige Leist.	571,5 Mo.	2,52%	72.276	88,45%	77,45%
	35	3	Testverfahren	25,3 Mo.	0,11%	3.894	14,25%	3,61%
ÄZP	23	2	Grundpauschale	31,0 Mo.	1,01%	777	65,16%	35,58%
	23	3	Therapeutische GOP	6,9 Mo.	0,23%	1.672	27,84%	10,25%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	29,2 Mo.	0,95%	2.044	83,05%	35,00%
	35	2	antragspflichtige Leist.	77,8 Mo.	2,53%	9.849	84,25%	73,66%

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose und GOP in der jeweiligen Behandlergruppe

Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie überwiegen Leistungen gemäß den Psychotherapierichtlinien aus dem Kapitel 35, wobei 32,5 % der Fälle mit Esstörungen nicht antragspflichtige Leistungen aus diesem Kapitel erhalten und ca. 68 % antragspflichtige Leistungen. Therapeutische Leistungen aus dem Kapitel 22 erhalten 17 % der Fälle. Bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie überwiegen die Leistungen aus dem Kapitel 21, Abschnitt 3, mit 71 % der Fälle. Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Kapitel 35 werden bei jeweils ca. 10 % der Fälle abgerechnet (nichtantragspflichtige Leistungen 9 %, antragspflichtige Leistungen 10 %). Bei den Nervenärzten erhalten von den Fällen mit einer Diagnose der Esstörung 73 % eine diagnostisch therapeutische GOP nach Kapitel 21.3. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen finden sich hier gar nicht unter den häufigsten GOPs. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten imponiert auch hier der hohe Anteil der antragspflichtigen Leistungen mit 77 %, nichtantragspflichtige Leistungen erhalten 31 % der Fälle. Die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung weisen ebenfalls einen sehr hohen

Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie auf: 35 % der Fälle mit diagnostizierter Essstörung erhalten nicht antragspflichtige Leistungen und 74 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 23.3 der therapeutischen Gebührenordnungsposition erhalten ca. 10 % der Fälle (s. Tab. 22).

Insgesamt liegt der Anteil der antragspflichtigen und nichtantragspflichtigen Leistungen nach Kapitel 35 in dieser Diagnosegruppe relativ hoch. Dieses könnte darauf hinweisen, dass diese Patienten gezielt einen entsprechenden Behandler, der eine Richtlinienpsychotherapie anbietet, zur Durchführung einer Psychotherapie aufsuchen oder ihm zu diesem Zweck zugewiesen werden.

6.5.5 Vergleich der Leistungsprofile der Behandlergruppen in der Versorgung von Fällen mit der Diagnose „Anpassungsstörungen“

Tabelle 23. Verteilung der Leistungen nach EBM-Kapiteln für die Behandlergruppen am Beispiel „Anpassungsstörungen“ (ICD-10 F43)

Behandlergruppe	Kapitel	Abschnitt	GOP	Gesamt-LB*	Anteil am Gesamt-LB*	Häufigkeit im Quartal	Anteil an allen Praxen je ausgewählte Diagnose und Gruppe	Anteil an allen Fällen je ausgewählte Diagnose und Gruppe
PSM&P	22	2	Grundpauschale	535,5 Mio.	13,99%	15.271	95,02%	68,34%
	22	3	Therapeutische GOP	84,7 Mio.	2,21%	24.392	57,98%	13,00%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	266,7 Mio.	6,97%	19.625	92,37%	35,05%
	35	2	antragspflichtige Leist.	597,3 Mio.	15,61%	73.208	90,00%	59,68%
P&P	21	2	Grundpauschale	542,7 Mio.	8,83%	56.820	94,96%	57,58%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	552,1 Mio.	8,98%	185.764	90,42%	67,46%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	131,5 Mio.	2,14%	11.418	62,71%	7,28%
	35	2	antragspflichtige Leist.	224,5 Mio.	3,65%	26.661	52,41%	7,46%
N	16	3	Diagnostik z.B. EEG	97,5 Mio.	1,41%	12.437	88,30%	14,65%
	21	2	Grundpauschale	301,1 Mio.	4,36%	45.100	98,28%	59,48%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	369,5 Mio.	5,35%	103.140	98,85%	67,11%
	33		Ultraschall	12,5 Mio.	0,18%	945	32,00%	1,39%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	23,8 Mio.	0,34%	2.675	29,05%	2,80%
	35	2	antragspflichtige Leist.	7,7 Mio.	0,11%	901	8,02%	0,34%
PP	23	2	Grundpauschale	3537,2 Mio.	15,60%	102.527	97,65%	79,15%
	23	3	Therapeutische GOP	373,8 Mio.	1,65%	114.575	59,62%	11,02%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	1582,3 Mio.	6,98%	101.912	94,59%	33,54%
	35	2	antragspflichtige Leist.	3752,7 Mio.	16,55%	465.642	95,38%	70,70%
	35	3	Testverfahren	194,4 Mio.	0,86%	32.859	24,35%	3,63%
ÄPZ	1	8	Substitutionsbehandlung	4,4 Mio.	0,14%	3.883	0,11%	0,25%
	21	3	Diagnostische-/therapeutische GOP	1,4 Mio.	0,05%	648	1,06%	0,33%
	23	2	Grundpauschale	501,5 Mio.	16,32%	15.187	96,46%	74,18%
	23	3	Therapeutische GOP	58,9 Mio.	1,92%	16.069	53,41%	10,77%
	35	1	nicht antragspflichtige Leist.	248,0 Mio.	8,07%	19.834	95,67%	37,87%
	35	2	antragspflichtige Leist.	545,1 Mio.	17,74%	67.323	91,23%	64,08%

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄPZ = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

* Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle mit der betreffenden gesicherten Diagnose und GOP in der jeweiligen Behandlergruppe

Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird die Grundpauschale bei ca. 15.271 Fällen berechnet. Es überwiegen Leistungen gemäß der Psychotherapierichtlinien aus dem Kapitel 35, wobei 35 % der Fälle mit Anpassungsstörungen nicht antragspflichtige Leistungen aus diesem Kapitel erhalten und ca. 60 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 22, insbesondere die

diagnostisch therapeutische Gebührenordnungsposition, erhalten 13 % der Fälle. Bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie überwiegen die Leistungen aus dem Kapitel 21, Abschnitt 3, mit 67 % der Fälle. Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Kapitel 35 werden nur bei einem kleinen Anteil der Patienten abgerechnet (nichtantragspflichtige Leistungen 7,5 %, antragspflichtige Leistungen 7,3 %). Bei den Nervenärzten erhalten von den Fällen mit einer Anpassungsstörung 67 % eine diagnostisch therapeutische GOP nach Kapitel 21.3. 15 % der Betroffenen/Fälle erhalten weitere Diagnostik, z. B. EEG. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen finden sich nur bei 0,3 % der Fälle. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten imponiert auch hier der hohe Anteil der antragspflichtigen Leistungen mit 71 %, nichtantragspflichtige Leistungen erhalten 34 % der Fälle. Psychologische Testverfahren werden bei 4 % der Fälle mit der entsprechenden Diagnose durchgeführt. Die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung weisen ebenfalls einen sehr hohen Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie auf: 38 % der Fälle mit diagnostizierter Anpassungsstörung erhalten nicht antragspflichtige Leistungen und 64 % antragspflichtige Leistungen. Leistungen aus dem Kapitel 23.3 der therapeutischen Gebührenordnungsposition erhalten ca. 11 % der Fälle (s. Tab. 23).

Bei den Anpassungsstörungen imponiert in den Gruppen der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten der hohe Anteil an nicht antragspflichtigen Leistungen im Kapitel 35 (33-37 % der Fälle). Es ist zu vermuten, dass das Versorgungssystem hier auf die akuten Belastungen reagiert. Bei einem Drittel der Fälle wird somit nicht primär das Antragsverfahren abgewartet. Gleichzeitig weisen die Behandlergruppen aber auch einen hohen Anteil an antragspflichtigen Leistungen bei diesen Patienten aus. Dieses spiegelt die Tatsache wider, dass die Psychotherapie bei den Anpassungsstörungen das bevorzugte Verfahren darstellt.

7. Zusammenfassung

Der Zwischenbericht zum Gutachten zielt darauf, die aktuelle Versorgungsrealität im Bereich der ambulanten Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen zu beschreiben und die unterschiedlichen Versorgungsbereiche psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychologen zu untersuchen. Es stützt sich auf die Analyse der aktuellen Literatur zur Versorgung sowie auf die statistische Analyse der Querschnittsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

In der ambulanten Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen besteht ein erheblicher Versorgungsbedarf. Die Behandlungsnotwendigkeit und der Behandlungsbedarf bei diesen Patienten ist definiert durch a) die Diagnose nach ICD-10, b) die resultierende erhebliche Beeinträchtigung, c) das Vorliegen effektiver Behandlungsmaßnahmen und d) die Akzeptanz der Behandlungsmaßnahme. Die im Gutachten referierte aktuelle Studienlage dokumentiert:

- Psychische und psychosomatische Störungen sind Volkserkrankungen, 25 bis 30 % (Jahresprävalenz) der Bevölkerung weisen die Kriterien einer entsprechenden ICD 10-Störung auf. In der Regel sind die Patienten multimorbid erkrankt. Neben Depression, Angststörungen, funktionellen somatischen (somatoformen) Störungen und Schmerzstörungen zählen klinisch bedeutsame Anpassungsstörungen u.a. bei chronischen körperlichen Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen.
- Die psychischen Störungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen, führen zu einem kontinuierlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage, sind mit langen Ausfallzeiten verbunden, stellen die häufigste Ursache für die vorzeitige Berentung dar und gehen mit einer vermehrten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einher. Sie beeinflussen den Krankheitsverlauf zahlreicher chronischer körperlicher Erkrankungen.
- Zur Behandlung dieser Störungen stehen mittlerweile eine Reihe von evidenzbasierten Therapieoptionen zur Verfügung. S3-Leitlinien bzw. nationale Versorgungsleitlinien dokumentieren den aktuellen Stand des Wissens. Diese Therapieansätze erfordern eine enge interdisziplinäre Verzahnung der therapeutischen Angebote im ambulanten Bereich.
- Die Akzeptanz der psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung ist in großen Bereichen der Bevölkerung gegeben, bei Patienten mit somatoformen Störungen oder

primär somatischen Erkrankungen ist der Aufbau eines psychosozialen Krankheitsverständnisses und der Therapiemotivation Teil der Behandlung.

Die ambulante kassenärztliche Versorgung dieser Patienten erfolgt durch niedergelassene Ärzte und durch psychologische Psychotherapeuten. In der ärztlichen Versorgung entwickelte sich ein zweisträngiges Versorgungssystem

- mit einem psychiatrisch/psychotherapeutischen Strang (1.917 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 2.567 Nervenärzte; Statistik der KBV für das Jahr 2008) und
- einem psychosomatisch/psychotherapeutischen Strang (2.508 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 2.176 ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Statistik der KBV für das Jahr 2008). Die psychosomatisch/psychotherapeutische ärztliche Versorgung beinhaltet darüber hinaus ein dreistufiges Konzept:
 - Die psychosomatische Grundversorgung stellt die psychosomatische Basisversorgung in der Hand des primär somatisch tätigen Arztes dar.
 - Die Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse ermöglicht den Ärzten aus somatischen Fachgebieten die Teilnahme an der psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung. Ein kleinerer Teil dieser Ärzte arbeitet ausschließlich psychotherapeutisch, der überwiegende Teil nutzt diese Qualifikation für eine erweiterte Psychosomatische Grundversorgung.
 - Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie arbeitet als Spezialist in diesem Bereich mit einem Schwerpunkt in der Psychotherapie.

Gleichzeitig beteiligen sich ca. 13.000 psychologische Psychotherapeuten an der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung.

Neben den niedergelassenen Ärzten und Psychologen sind u.a. psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), Hochschulambulanzen, Ausbildungsambulanzen und Spezialambulanzen (u.a nach § 116b) an der ambulanten Versorgung beteiligt, die aber nicht Gegenstand des aktuellen Gutachtens sind.

Insgesamt ist der Stand zur Versorgungsforschung im Bereich der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen unbefriedigend. Die Studienlage legt nahe, dass der Versorgungsbedarf nicht ausreichend gedeckt ist und Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen, insbesondere Patienten mit somatoformen

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

Hinzu kommen Wartezeiten von 0,9 bis 2,5 Monate auf ein Erstgespräch bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Immerhin wurden 33,5 % der Psychotherapiepatienten, die vor ihrer Psychotherapie einen Hausarzt konsultierten, von ihm zur Psychotherapie motiviert. Diese Rate lag bei den zuvor konsultierten Psychiatern bei 26,9 % (8,9 % der Psychotherapiepatienten). Mehr als 40 % der Psychotherapiepatienten finden aber den Zugang in die psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung aus Eigenmotivation.

Der überwiegende Teil der genehmigten ambulanten Psychotherapien sind Kurzzeittherapien, wobei nicht ersichtlich ist, inwieweit diese später in die Langzeittherapie überführt werden. Die Studienlage weist aber auf eine individualisierte, an den Patienten adaptierte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Ressourcen hin. Die Stundenanzahl ist nicht primär bedingt durch das Ausschöpfen der Stundenkontingente.

Die vorliegende Analyse der Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2008 lässt erkennen:

1. Aus der Gruppe der kassenärztlich versorgten Patienten erhalten im Verlaufe eines Jahres ca. 190.000 Patienten (0,2 %) Behandlungen vom Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ca. 1.160.000 Patienten (1,5 %) vom Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ca. 2.050.000 Patienten (2,7 %) vom Nervenarzt, ca. 1.050.000 (1,4 %) von einem psychologischen Psychotherapeuten und ca. 170.000 Patienten (0,2 %) von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Aufgrund der epidemiologischen Daten ist von einem höheren Versorgungsbedarf auszugehen.

2. Patienten, die in die psychotherapeutische/psychosomatische oder psychiatrische Versorgung eintreten, haben eine hohe Krankheitslast. Diese Patienten weisen gegenüber dem durchschnittlichen kassenärztlich versorgten Patienten eine deutlich erhöhte Anzahl distinkter Diagnosen und eine größere Anzahl der Aggregated Condition Categories (ACCs) auf. Die Indikatoren lassen erkennen, dass multimorbid erkrankte Patienten im Rahmen der psychosomatischen/psychotherapeutischen und der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung behandelt werden. Diese Daten stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Versorgungsforschung. In der Verteilung der somatischen Krankheitsgruppen ergeben sich – bis auf bei der Gruppe der Nervenärzte mit geringerer Prävalenz psychischer und hoher Prävalenz für neurologische Krankheitsbilder – keine spezifischen Profile für die unterschiedlichen Behandlergruppen.
3. Die häufigsten Diagnosen, die im Bereich der ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung vergeben werden, betreffen die depressiven Störungen, die Angststörungen und die Anpassungsstörungen. Dieses entspricht in der Verteilung auch ihrer Häufigkeit in der Bevölkerung. Die somatoformen (funktionellen) Störungen sind hingegen unterrepräsentiert.
4. Im ärztlichen Bereich bildet sich die zweisträngige Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen in den Daten der KBV zur ambulanten ärztlichen Versorgung ab. Bei den versorgungsdominanten Diagnosen weisen die Nervenärzte ein deutlich differentes Diagnoseprofil auf gegenüber den anderen Gruppen mit einem hohen Anteil neurologischer Diagnosen. Zwischen der Behandlergruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie einerseits sowie den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung andererseits gibt es im Diagnoseprofil – entsprechend der epidemiologischen Bedeutung - Überlappungsbereiche bei den depressiven Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen, aber es zeigen sich auch Unterschiede im Bereich der Versorgung von Patienten mit belastungsreaktiven Störungen sowie von Patienten mit Süchten, demenziellen Störungen und Schizophrenien.

5. Die Behandlergruppen unterscheiden sich insbesondere in ihrem Leistungsprofil. Die Versorgung in der Behandlergruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Nervenärzte ist gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Patienten, die primär über die Grundpauschale bzw. über die diagnostischen und therapeutischen GOPs im Kapitel 21 abgerechnet werden. Diese Abrechnung weist auf die spezifische psychiatrische Basisversorgung hin, die sich deutlich von der Psychotherapie nach der Richtlinienpsychotherapie unterscheidet. Sie erfolgt als niederschwelliges Angebot mit geringerem zeitlichem Umfang. Bei einem geringen Anteil der Fälle werden Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie berechnet. Dieses Leistungsprofil zeigt sich in der Versorgung der Fälle über die unterschiedlichen Diagnosen hinweg.

6. Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie bei den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten stehen hingegen die psychotherapeutischen Leistungen des Kapitels 35 im Vordergrund der Versorgung. Auch facharztspezifische Leistungen aus dem Kapitel 22 kommen bei 13,5 % der Fälle der Fachärzte zur Anwendung, wobei die Abrechnungshöhe dieser Leistungen auf eine zeitlich intensivere Konsultationszeit/-frequenz hindeutet. Dementsprechend werden deutlich weniger Patienten pro Praxis versorgt, die in der Regel eine intensivere psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung erhalten. Dieses Versorgungsprofil zeigt sich über die untersuchten Diagnosen hinweg, wobei sich eine höhere Frequenz von Richtlinien-Psychotherapie bei den somatoformen Störungen und den Essstörungen manifestiert als bei den depressiven Störungen. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie übernehmen – entsprechend ihrer Spezialisierung in der Weiterbildung - auch in absoluten Zahlen den überwiegenden Teil der ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Kapitel 35.

7. Die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten unterscheidet sich hinsichtlich der versorgungsdominanten Diagnosen kaum von den ärztlichen Psychotherapeuten. Bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist der prozentuale Anteil von Fällen mit somatoformen Störungen erhöht gegenüber den Fällen der psychologischen Psychotherapeuten, während Angsterkrankungen bei den psychologischen Psychotherapeuten häufiger behandelt werden. Im Leistungsspektrum ist der Anteil der Patienten pro Praxis, die eine antragspflichtige Psychotherapie erhalten,

gegenüber allen anderen Behandlergruppen bei den Psychologischen Psychotherapeuten am größten – über alle Diagnosen hinweg. Psychologische Psychotherapeuten haben häufiger eine verhaltenstherapeutische Orientierung, während die ärztlichen Psychotherapeuten zu einem überwiegenden Anteil tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durchführen.

8. Ausblick

Um Hinweise auf die differentielle Effektivität/Effizienz der Strukturen zu analysieren und weitere Grundlagen für die patientenorientierte und evidenzbasierte Weiterentwicklung der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung zu schaffen, sind im nächsten Schritt der Gutachtenerstellung folgende Analysen geplant:

- Zur Auswertung des Leistungsprofils der Behandlergruppen standen die Auswertung der Abrechnungsziffern zur Verfügung. Das Ordnungsverhalten, die Krankenseinweisungen, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. konnten nicht ausgewertet werden. Die Analyse von Krankenkassendaten soll hier Aufschluss geben.
- Um Fragen zur Akzeptanz, des Profils und der Behandlungspräferenz in der Bevölkerung zu klären, wird in einer repräsentativen bevölkerungsbezogenen Stichprobe ermittelt, welches Versorgungsprofil den einzelnen Behandlergruppen von der Bevölkerung zugewiesen wird.
- Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen, die sich in der psychosomatischen/psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung befinden, weisen eine hohe Krankheitslast und einen hohen Gesamtleistungsbedarf auf. Die Veränderung in diesen Bereichen, die sich durch die Versorgung in den unterschiedlichen Gruppierungen ergeben (ergänzt um den hausärztlichen Bereich), sollen in einer Längsschnittstudie u. a. anhand der Daten des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung sowie anhand von Krankenkassendaten ermittelt werden.
- Das dreistufige Modell der psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung (psychosomatische Grundversorgung, Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) ließ sich anhand der vorliegenden Daten der KBV nicht prüfen, da Daten zur Psychosomatischen Grundversorgung sowie zu der Arbeit der Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, die weniger als 90 % ihrer Leistungen im Bereich der Psychotherapie abrechnen, nicht generiert werden konnten. Hier bedarf es weiterer Analysen u.a. von Daten des

Zentralinstituts oder der Krankenkassen, um diesen Versorgungszweig besser abbilden zu können.

Auf der Grundlage des Zwischenberichtes und der weiteren Analysen werden abschließend Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems entwickelt.

Anhang

Anhang: Tabelle 1. Vergleich der Weiter-Ausbildungen in Ärztlicher Psychotherapie und Psychologischer Psychotherapie.

	Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie	Psychologischer Psychotherapeut (PsychThG 1999)
Verfahren	TP, VT, (PA)	TP, VT, (PA)	TP, VT	TP, PA, VT
Vorraussetzungen	Medizin (Staatsexamen)	Medizin (Staatsexamen)	Facharztanerkennung	Psychologie-Diplom oder Master
Theorie	- 240 h - AT, PMR oder Hypnose - 35 DSt Balintgruppenarbeit oder patientenbez. Selbsterfahrungsgruppe	- 100 h - 16 DSt AT, PMR oder Hypnose - 10 h Seminar Krisenintervention - 10 h Seminar Konsiliararbeit	- 120 h Theorie - 16 DSt AT, PMR oder Hypnose - 15 DSt Balintgruppenarbeit oder patientenbez. Selbsterfahrungsgruppe	- 600 h
Diagnostik	- 100 Untersuchungen - 20 Untersuchungen im Konsiliar- und Liaisondienst		10 Erstuntersuchungen	
Klinik	- 60 Monate, davon 36 Monate in der Psychosomatischen Medizin, 12 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie und 12 Monate im Gebiet Innere Medizin oder Allgemeinmedizin	- 60 Monate, davon 24 Monate in der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und 12 Monate in Neurologie		- 1800 h, davon - 1200 (12 Monate) in psychiatrischer Klinik, - 600 (6 Monate) in psychosomat. Klinik oder psychotherapeut. Praxis
Therapiestunden	- 1500 Behandlungsstunden unter Supervision	- 240 Behandlungsstunden unter Supervision	- 120 Behandlungsstunden unter Supervision, davon drei abgeschlossene Fälle - 15 DSt Fallseminar	- 600 Behandlungsstunden unter Supervision; - 150 Supervisionstunden (mind. 50 als Einzelsupervision)
Selbsterfahrung	PA/TP: 150 h Einzel- oder 70 DSt Gruppenselbsterfahrung; VT: 70 DSt Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung	- 150 h Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung - 35 DSt Balintgruppenarbeit oder Fallarbeit	- 100 h Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung	- 120 h Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung
Dauer	- fünf Jahre	- fünf Jahre		- drei Jahre Vollzeit oder - fünf Jahre Teilzeit

Anhang: Tabelle 2. Standardkennzahlen zu allen Patienten (GS) und für Behandlergruppe 1-5 (VE) jeweils Mittelwert (M) mit 99 %-Konfidenzintervall (CI)

	Altersgruppe	GS M (CI)	PSM&P M (CI)	P&P M (CI)	N M (CI)	PP M (CI)	ÄZP M (CI)
Durchschnittsalter	alle	43,19 (43,18; 43,21)	43,14 (42,91; 43,38)	51,94 (51,82; 52,05)	56,24 (56,14; 56,33)	41,17 (41,07; 41,27)	43,28 (43,01; 43,54)
	0-34	18,01 (18,00; 18,03)	26,11 (25,91; 26,31)	26,06 (25,97; 26,15)	25,05 (24,96;25,14)	25,25 (25,17; 25,33)	25,60 (25,38; 25,82)
	35-54	44,61 (44,60; 44,62)	44,42 (44,29; 44,54)	45,17 (45,11; 45,23)	45,61 (45,56; 45,66)	44,32 (44,26; 44,37)	44,34 (44,21; 44,48)
	55+	69,59 (69,57; 69,60)	63,71 (63,39; 64,02)	68,89 (68,78; 68,99)	70,22 (70,15;70,28)	61,66 (61,56; 61,77)	64,57 (64,23; 64,92)
LB Gesamt /Patient	alle	11.372 (11.349; 11.394)	39.164 (38.615; 39.713)	26.379 (26.161; 26.596)	25.388 (25.197;25.5 79)	38.382 (38.164; 38.601)	37.321 (36.739; 37.903)
	0-34	7.042 (7.027; 7.058)	34.665 (33.691; 35.638)	22.193 (21.818; 22.569)	18.290 (18.011; 18.570)	34.188 (33.830; 34.545)	32.221 (31.349; 33.093)
	35-54	10.191 (10.156; 10.226)	40.897 (40.131; 41.664)	26.034 (25.727; 26.342)	23.101 (22.820;23.38 1)	39.506 (39.202; 39.811)	38.568 (37.783; 39.353)
	55+	17.109 (17.054; 17.164)	40.979 (39.693; 42.266)	28.440 (28.050; 28.830)	28.493 (28.193;28.79 3)	42.895 (42.307; 43.483)	41.313 (39.700; 42.926)
Distinkte Diagnosen / Patient	alle	12,86 (12,85; 12,87)	21,08 (20,84; 21,32)	23,01 (22,91; 23,11)	25,21 (25,14;25,29)	20,48 (20,38; 20,58)	21,51 (21,25; 21,78)
	0-34	9,15 (9,14; 9,16)	16,76 (16,40; 17,12)	16,25 (16,07; 16,43)	16,83 (16,68;16,98)	16,14 (16,00; 16,28)	17,03 (16,65; 17,41)
	35-54	11,38 (11,37; 11,40)	20,63 (20,31; 20,95)	20,81 (20,66; 20,96)	21,55 (21,43;21,67)	20,60 (20,47; 20,74)	20,85 (20,50; 21,20)
	55+	18,16 (18,14; 18,18)	28,29 (27,64; 28,94)	27,83 (27,66; 27,99)	29,45 (29,34;29,56)	28,29 (28,00; 28,58)	29,04 (28,35; 29,73)
Anzahl ACCs / Patient	alle	5,66 (5,66; 5,66)	7,93 (7,87; 7,99)	8,70 (8,68; 8,73)	9,34 (9,32;9,36)	7,79 (7,77; 7,82)	8,06 (7,99; 8,13)
	0-34	4,40 (4,39; 4,40)	6,79 (6,68; 6,89)	6,70 (6,65; 6,75)	6,98 (6,93;7,02)	6,67 (6,62; 6,71)	6,90 (6,79; 7,01)
	35-54	5,22 (5,22; 5,23)	7,82 (7,74; 7,91)	7,93 (7,89; 7,97)	8,21 (8,17;8,24)	7,84 (7,81; 7,88)	7,91 (7,81; 8,00)
	55+	7,42 (7,41;7,42)	9,81 (9,66; 9,96)	10,24 (10,20; 10,27)	10,60 (10,57;10,62)	9,76 (9,70; 9,83)	9,98 (9,82; 10,13)

Anmerkungen: PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Literaturverzeichnis

- Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg) (2010) Uexküll - Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7., komplett überarbeitete Aufl. München: Urban & Fischer
- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler, E (2010) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. Psychotherapeut; 6: 503-514
- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler, E (2010) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. Psychotherapeut; 6: 1-9
- Abbass A, Kisely S, Kroenke K (2009) Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. Psychotherapy and Psychosomatics; 78: 265-274
- Albrecht M, Fürstenberg T, Schliwen A (2010) Neurologie und Psychiatrie: Vergütung ärztlicher Leistungen und Versorgungssituation. Ergebnisbericht. IGES Berlin
- Alonso J, Codony M, Kovess V et al. (2007) Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. British Journal of Psychiatry; 190: 299-306
- Arolt V, Gehrman A, John U, Dilling H (1995) Psychiatrischer Konsildienst an einem Universitätsklinikum - Eine empirische Untersuchung zur Leistungscharakteristik. Nervenarzt; 66: 347-354
- Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C (2004) Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. Psychosomatic Medicine; 66: 802–813
- Baumhardt K, Köllner V (2008) Binge Eating und Adipositas. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin; 1: 5-11
- Benedikt G, Herzog W, Sauer N, Schäfert R, Schell T, Szecsenyi J et al. (2005) FUNKTIONAL – Ein Curriculum zur Früherkennung und Behandlungsomatoformer/funktioneller Beschwerden für Allgemeinärzte. Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 81: 127–30
- Bermejo I, Kriston L, Berger M, Härter M (2010) Ambulante Depressionsbehandlung – eine vergleichende Analyse des fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssektors. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie; 60: 326 – 328
- Best D (2010) Zahlen und Fakten zur Psychotherapie. Erkenntnisse aus dem Bericht des Bewertungsausschusses zur „Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung“. Psychotherapie Aktuell; 3: 2-8
- Best D (2010) Kaum Zunahme von Gruppentherapien. Psychotherapie Aktuell; 1: 10-12

- Beutel M, Schulz H (2011) Epidemiologie psychisch komorbider Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 54: 15-21
- Braune B, Berger K (2005) Einfluss von Depression auf Aktivitäten des Alltagslebens sowie Nutzung des Gesundheitssystems bei Älteren - Die MEMO-Studie auf der KORA-Plattform Augsburg Gesundheitswesen; 67: 176-179
- Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) (2010) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.06.2010. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (1999) Psychotherapeutengesetz (PsychThG) – erläuterte Textausgabe zu der seit dem 1. Januar 1999 geltenden berufsrechtlichen und krankensversicherungsrechtlichen Neuregelung der psychotherapeutischen Versorgung. Bundesanzeiger Verlag, Köln
- Casey P, Dowrick C, Wilkinson G (2001) Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. British Journal of Psychiatry; 179: 479–481
- Creed F & Barsky A (2004) A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. Journal of Psychosomatic Research; 56: 391-408
- DAK Versorgungsmanagement (Hrsg) (2005) DAK Gesundheitsreport 2005. Hamburg
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA; 291 2581-2590
- Deter HC, Herzog W (1994) Results of the Heidelberg-Mannheim Study. Psychosomatic Medicine; 56: 20-27
- Deutsche Rentenversicherung (2011). Weniger Probleme am Leib, mehr an der Seele. Grafiken der Woche. <http://www.ihre-vorsorge.de/kompakt/grafiken-der-woche/ursachen-erwerbsminderungsrenten.html>
- de Zwaan M (2004) Diabetes Mellitus Typ 1 und Essstörungen: Eine über- oder eine unterbewertete Komorbidität. Wiener Klinische Wochenschrift; 116: 215-216
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009
- DGPM, DKPM et al. (Hrsg) (2010) Diagnostik und Therapie der Essstörungen. S3-Leitlinien/Nationale VersorgungsLeitlinie Essstörungen. Stand 12.12.2010
- Ebel H, Podoll K (1998) Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg) Somatoforme Störungen, 25-38, Stuttgart: Schattauer

- Egede L, Ellis C (2010) Diabetes and depression: Global perspectives. *Diabetes research and clinical practice*; 87: 302-312
- Ellert U, Wirz J, Ziese T. (2006) Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle): deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Robert-Koch-Institut, (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). 2006.
- Fichter M, Kohlboeck G, Quadflieg N (2008) The Upper Bavarian longitudinal community study 1975-2004. 2. Long-term course and outcome of depression. A controlled study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; 258: 476-488
- Fink P, Ewald H, Jensen J, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P (1999) Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*; 46: 261-273
- Fink P, Rosendal M, Toft T (2002) Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model - an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*; 43: 93-131
- Fink P, Rosendal M (2008) Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Current Opinion in Psychiatry*; 21: 182-188
- Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P (1999) Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*; 40: 330-338
- Franz M, Dilo K, Schepank H, Reister G (1993) Why "no" to psychotherapy? Cognitive stereotypes of psychosomatic patients of a population sample in correlation with refusal of offered psychotherapy. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 43: 278-285
- Friederich H, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W (2002) Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. *Psychother Psych Med*; 52(7): 323-328
- Friederich HC, Schild S, Wild B, de ZM, Quenter A, Herzog W, Zipfel S (2007) Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. *Obesity*; 15(2): 283-287
- Friemel S, Bernert S, Angermeyer M, König H (2005) Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland - Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Projekt. *Psychiatrische Praxis*; 32: 113-121
- Fritzsche K, Larisch A (2003) Treating patients with functional somatic symptoms. A treatment guide for use in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 21: 132-135

- Fritzsche K, Sandholzer H, Werner J et al. (2010) Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse im Rahmen eines Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 50: 240-246
- Fritzsche K, Schmitt M, Nübling M, Wirsching M (2010) Ärztliche Psychotherapie in der Haus- und Facharztpraxis: Eine empirische Untersuchung in Südbaden. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 56: 348-357
- Gallas C, Kächele H, Kraft S et al. (2008) Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*; 53: 414-423
- Gallas C, Puschner B, Kühn A et al (2010) Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 60: 5-13
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Abschlussbericht. Modellprojekt Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. Berlin
- Glaeske G, Schicktanz C (2010) Barmer GEK-Arzneimittel-Report 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 2. St. Augustin: Asgard
- Grobe T, Dörning H, Schwartz F (2007) GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. In: GEK (Hrsg) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59. Schwäbisch Gmünd
- Görgen W, Engler U (2005) Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosекranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin. Berlin: Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
- Goldberg D P, Gask L, O'Dowd T (1989) The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*; 33: 689-695
- Grabe H, Alte D, Adam C, Sauer S, John U, Freyberger H (2005) Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pomerania. *Psychiatrische Praxis*; 32: 299-303
- Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B (1993) A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *British Journal of Psychiatry*; 163: 315-321
- Härter, M, Baumeister, H, Reuter, K, Jacobi, F, Höfler, M, Bengel, J, Wittchen, HU (2007) Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 76: 354-360

- Hamilton J, Guthrie E, Creed F, Thompson D, Tomenson B, Bennett R et al. (2000) A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*; 119: 661–669
- Harris E, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*; 173: 11-53
- Hegerl U, Pfeiffer T (2003) Das Kompetenznetz Depression Suizidalität. *Hausarzt Kolleg*; 1/03: 62-65
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt C, Rudolf G (2002) Somatoforme Störungen – Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H (2003) Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*; 65: 528-533
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W (2007) Management of functional somatic syndromes. *Lancet*; 369: 946-955
- Herpertz S (2008) Essstörungen und Diabetes mellitus. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg) *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer, 164-167
- Herrmann J (1996) Funktionelle Erkrankungen. Übersicht. In: Herrmann J, Lisker H, Dietze G (Hrsg) *Funktionelle Erkrankungen. Diagnostische Konzepte- Therapeutische Strategien*, 13-35. München: Urban und Schwarzenberg
- Herzog W (1993) *Anorexia nervosa – ihre Verlaufsgestalt in der Langzeitperspektive*. Habilitationsschrift. Universität Heidelberg
- Herzog W, Deter H-C, Fiehn W, Petzold E (1997) Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-year follow-up study. *Psychological Medicine*; 27: 269-279
- Herzog W, Nikendei C, Friederich HC, Löwe B, Jünger J, Eich W, Zipfel S (2003) *Internistische Psychosomatik*. *Psychotherapeut*; 48: 348-356
- Herzog W (2007) Die neuen Aufgaben der Psychosomatischen Medizin. In: Herfarth C, (Hrsg). *Heidelberger Jahrbücher 2006*. Band 50, 133-143. Berlin - Heidelberg: Springer
- Herzog W, Wild B, Friederich HC (2011) Anorexia nervosa. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*, 641-651. München: Urban & Fischer
- Hessel A, Geyer M, Hinz A, Brähler E (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wegen somatoformer Beschwerden - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 51: 38-56

- Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, Löwe B (2007) Höhere Kosten bei internistischen Krankenhauspatienten mit psychischer Komorbidität: Fehlende Abbildung im DRG-System. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 57(2): 70-75
- Hodeck J, Ruhe A, Greiner W (2009) Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*; 52: 1188–1201
- Jacobi F, Harfst T (2011) Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. *REPORT PSYCHOLOGIE*; 3: 111-113
- Janca A, Tacchini G, Isaac M (1999) WHO international study of somatoform disorders: an overview of methods and preliminary results. In: Ono, Y, Janca, A, Asai, M, Sartorius N (Hrsg) *Somatoform Disorders. A worldwide perspective*, 125-31. Tokio: Springer
- Janssen P, Joraschky P, Tress W (2009) *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Jünger J, Schellberg D, Müller-Tasch T, Raupp G, Zugck C, Haunstetter A, Zipfel S, Herzog W, Haass M (2005) Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. *Eur J Heart Fail*; 7(2): 261-267
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010) *Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2009*. KBV, Köln
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009) *Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2008*. KBV, Köln
- Katon W, Lin E, von Korff M, Russo J, Lipscomp P, Bush T (1991) Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*; 148: 34-40
- Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W (2011) Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*; 31: 146-160
- Kroenke K, Spitzer R, de Gruy F, Hahn S, Linzer M, Williams J, Brody D, Davies M (1997) Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*; 54: 352-358
- Kroenke K (2003) Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*; 12: 34-43
- Kroenke K (2007) Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*; 69: 881-888
- Kruse J, Heckrath C, Schmitz N et al. (1999) Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*; 49: 14-22

- Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress W (2004) Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Determinanten der hausärztlichen Identifikation psychischer Störung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*; 54: 45-51
- Kruse J, Petrak F, Herpertz S, et al. (2006) Diabetes und Depression – eine lebensbedrohliche Interaktion. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 52: 289-309
- Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K (2004) Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*; 57: 507-516
- Lieberz K, Franz M, Schepank H (2011) Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer Kohortenstudie. Ein 25-Jahres-Follow-up. Heidelberg: Springer
- Linden M, Helmchen H (1995) Results from the Berlin Centre. In: Üstün T, Sartorius N (Hrsg) *Mental Illness in General Health Care*. Chichester Wiley
- Löwe B, Gräfe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B, Fiehn C, Herzog W (2003) Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosomatic Medicine*; 65(5): 764-770
- Löwe B, Spitzer R, Williams J, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*; 30: 191-199
- Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*; 30(3): 191-199
- McCahill M (1995) Somatoform and related disorders: delivery of diagnosis as first step. *American Family Physician*; 52: 193-204
- Melchinger H, Rössler W, Machleidt W (2006) Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? *Nervenarzt*; 77: 73–80
- Melchinger H (2008) Gutachten zu Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der GKV. Hannover
- Meyer C, Rumpf H, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*; 71: 535–542
- Morriss R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Leese B, Goldberg D (1998) Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. *Family Practice*; 15: 119-125
- Potreck-Rose F, Koch U (1994) Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer-Verlag, Stuttgart

- Pittrow D, Pieper L, Klotsche J, Wittchen HU (2007) DETECT-Ergebnisse einer klinisch-epidemiologischen Querschnitts- und Verlaufsstudie mit 55000 Patienten in 3000 Hausarztpraxen. Elsevier, Urban & Fischer: München
- Rabe-Menssen C (2009) Zum Problem der niedrigen Erkennungsrate psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung. *Psychotherapie Aktuell*; 2: 16-19
- Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M (2001) Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management: *Family Practice*; 18: 519-523
- Rief W, Hessel A, Brähler E (2001) Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*; 63, 595-602
- Rudolf G, Henningsen P (2003) Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 49: 3-19
- Rüger U, Bell K (2004) Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 30: 127-152
- Sauer N, Eich W (2007) Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Deutsches Ärzteblatt*; 104: 1-2
- Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack M, Sauer N, Schneider G, Henningsen P (2011) Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, online first.
- Schäfert R, Benedikt G, Sauer N, Wilke S, Herzog W, Szecsenyi J, Henningsen P (2005) Früherkennung und Behandlung funktioneller / somatoformer Beschwerden in der Allgemeinarztpraxis - das FUNKTIONAL-Forschungsprojekt. *Notfall & Hausarztmedizin*; 31: 527-536
- Schäfert R, Kaufmann C, Bölder R, Faber R, Wild B, Szecsenyi J, Sauer N, Herzog W (2011) Somatoforme Syndrome in der Hausarztpraxis - ein Manual zur interdisziplinären Gruppentherapie. *Psychotherapeut*; 56: 315-324
- Schäfer S (2010) Wie lange dauert eine Psychotherapie? *Psychotherapie Aktuell*; 4: 17-20
- Schauenburg H, Friederich HC, Wild B, Zipfel S, Herzog W (2009) Fokale psychodynamische Psychotherapie der Anorexia nervosa. Ein Behandlungsmanual. *Psychotherapeut*; 54: 270-280
- Schauenburg H. (2010) Depression. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*, 724-738. München: Urban & Fischer
- Schauenburg H, Gensichen J (2011) Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis – Wann Psychotherapie, wann Medikamente? *Der Allgemeinarzt*; 10: 12-14

- Scheidt C, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bowe N, Hillenbrand D, Sczudlek G, Strasser F, Strasser P, Wirsching M (1998) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. *Psychotherapeut*; 43: 92-101
- Scheidt C (2002) Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut*; 47: 110-123
- Schomerus G (2010) Das Stigma psychischer Krankheit. Ein Gegenstand der Psychotherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*; 58: 253-255
- Schütte I, Peschken O, Friedrich H (2003) Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung bei niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten. Göttingen: Cuvillier
- Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2008) Psychotherapeutische Versorgung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 41. RKI, Berlin
- Smith G, Monson R, Ray D (1986) Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *New England Journal of Medicine*; 314: 1407-1413
- Smith G, Rost K, Kashner M (1995) A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*; 52: 238-243
- Speckens A, van Hemert A, Spinhoven P, Hawton K, Bolk J, Rooijmans H (1995) Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*; 311: 1328-1332
- Spitzbart S (2004) Barrieren bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“. Band 28. Johannes Kepler Universität Linz
- Statistisches Bundesamt (2008) Fachserie 12/Reihe 6.1.1 – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009) Fachserie 2/ Reihe 1.6.1 – Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen 2007. Wiesbaden
- Strauß B, Hartung J, Kächele H (2002) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Huber. S. 533-547
- Strauß B et al. (2009) Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen. Berlin

- Techniker Krankenkasse (TK) Gesundheitsreport – Auswertungen 2008.
Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen Schwerpunkt: Psychische Störungen.
Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 18.
Hamburg
- Timmer B, Bleichhardt G, Rief W (2006) Importance of psychotherapy motivation in patients with somatization syndrome. *Psychotherapy Research*; 16: 348-356
- Treasure J, Claudino A, Zucker N (2010) Eating Disorders. *Lancet*; 375: 583–593
- Tress W, Kruse J, Heckrath C, Schmitz N, Alberti, L (1997) Psychogene Erkrankungen in den hausärztlichen Praxen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*; 43: 211-233
- Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R (2011) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche PsychotherapeutenVereinigung. Berlin
- Watzke B, Koch U, Schulz H (2006) Zur theoretischen und empirischen Unterschiedlichkeit von therapeutischen Interventionen, Inhalten und Stilen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Psychotherapien. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*; 56: 234-248
- Wild B, Kruse A, Hartmann M, Herzog W (2004) Somatoforme Beschwerden bei älteren Menschen - Prävalenz und Zusammenhänge zu Persönlichkeitsvariablen, beruflicher Karriere und Familie. *Z Gerontol Geriatr*; 37(4): 293-300
- Wild B, Herzog W, Schellberg D, Lechner S, Niehoff D, Brenner H, Rothenbacher D, Stegmaier C, Raum E. Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *Int J Geriatr Psych* (in press)
- Wild B, Lechner S, Maatouk I, Herzog W. Psychische Komorbidität, Behandlungswünsche, Lebensqualität und integrierter Versorgungsbedarf bei älteren Menschen. *Z Gerontologie und Geriatrie* (in press)
- Wittchen HU, Fichter M (1980) Psychotherapie in der Bundesrepublik - Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Weinheim, Beltz
- Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*; 61: 216–222
- Wittchen HU (2000) Epidemiologie affektiver Störungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) Schizophrene und affektive Störungen. (S. 357–372). Heidelberg: Springer
- Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurvey 1998. *Bundesgesundheitsblatt*; 44: 993-1000

- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2001) Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*; 53: 152-162
- Zielke M, Borgart EJ, Carls W, et al. (2004) Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf Lengerich: Pabst Science Publishers
- Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Herzog W (2000) Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*; 355(9205): 721-722
- Zipfel S, Schneider A, Wild B, Löwe B, Jünger J, Haass M, Sack FU, Bergmann G, Herzog W (2002) Effect of depressive symptoms on survival after heart transplantation. *Psychosomatic Medicine*; 64(5): 740-747