

# MITGLIEDER- RUNDSCHREIBEN

**Ausgabe 02/2014**

**DGPT**

*Deutsche Gesellschaft für  
Psychoanalyse,  
Psychotherapie,  
Psychosomatik und  
Tiefenpsychologie e.V.*

## BERUFSPOLITIK

### Ambulante Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung

*Die KBV hat kürzlich auf Veranlassung unseres Mitglieds Jürgen Doeber eine Studie zur psychotherapeutischen Versorgung erstellen lassen, die wir im Folgenden kurz kommentieren und mit freundlicher Genehmigung der KBV als auch des bvvp hier abdrucken.<sup>1</sup> Anschließend fügen wir die diesbezügliche Kommentierung unserer Mitglieder Dipl.-Psych. Anne-Marie Schlösser und Dr. med. Karl Metzner an.*

Die Ergebnisse der Studie, die auf Abrechnungsdaten der KVen beruhen, können als durchaus überraschend gelten: Auch die Therapien mit analytischer Psychotherapie erstrecken sich bei Weitem nicht in die Behandlungsstundenanzahl hinein, wie das außerhalb der DGPT immer gemutmaßt wurde. Auch werden die Kontingente vielfach nicht vollständig ausgenutzt. Damit bestätigt die Studie das Erfahrungswissen vieler unserer Mitglieder.

Hierbei muss allerdings der methodische Mangel akzeptiert werden, dass anhand der Daten nicht zwischen regulärer Beendigung der Therapie und Therapieabbruch unterschieden werden kann. Das kann als Anlass genommen, diesen Sachverhalt mithilfe von weiteren Forschungsanstrengungen zu hinterfragen.

Ungeachtet dieser Einschränkung wird, auch bei Behandlungen mit analytischer Psychotherapie, im Durchschnitt der Trend zu kürzeren Therapien deutlich, obwohl die Therapielängen erkennbar streuen. Die Autoren der Studie schlussfolgern zutreffend, dass offensichtlich die Mehrzahl der Kollegen die Behandlungsdauer höchst individuell festlegt. Dies widerlegt, die auch bei Krankenkassenvertretern immer wieder geäußerte Unterstellung, die langen Behandlungen mit analytischer Psychotherapie hätten den Charakter einer „eheähnlichen Beziehung“. Die Studie verweist diese Unterstellung in den Bereich der politisch motivierten, bewusst diskreditierenden Fabel.

## KBV Studie, 2. April 2014

**Dr. Jan Multmeier**

Stabsstelle Innovation,  
Strategische Analyse und IT-Beratung

### 1. Einleitung

Psychische Erkrankungen verursachen viel menschliches Leid für die Betroffenen und ihr Umfeld und gewinnen auch für das Gesundheitswesen zunehmend an Relevanz. Sie gelten als bedeutsame Quelle von verfrühtem Ausscheiden aus dem Berufsleben, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und krankheitsbedingten Fehlzeiten. Sie können sowohl Folge als auch Ursache körperlicher Leiden sein und führen zu einer eingeschränkten Lebensqualität, höheren Krankheitskosten und zu frühzeitiger Sterblichkeit (1–5). Das Robert Koch-Institut schätzt in seiner Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, dass ca. 33 Prozent der Bevölkerung innerhalb eines Jahres von mindestens einer psychischen Störung betroffen sind. Führende Diagnosen sind Angststörungen, Alkoholstörungen und unipolare Depressionen (6). Gleichzeitig werden nur 38 Prozent der Betroffenen wegen ihrer psychischen Beschwerden im Gesundheitssystem behandelt. Frühere Untersuchungen schätzen den Anteil der ambulant psychotherapeutisch Behandelten auf 1,9 Prozent der Versicherten (7, Daten der GEK) bzw. 3,1 Prozent der Bevölkerung (8). Dabei werden vor allem Kurzzeittherapien durchgeführt, wie ein Zwischenbericht zum Gutachten zur ambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung zeigt (9).

Anhand der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) soll die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland dargestellt werden, die sich in drei Richtlinienverfahren – Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und analytische Psychotherapie (AP) – unterteilt. Bei tiefenpsychologisch fundierter und verhaltenstherapeutischer Psychotherapie wird zwischen Kurz- und Langzeittherapieverfahren unterschieden. Analytische Psychotherapie ist demgegenüber definitionsgemäß eine Langzeittherapie, der aber sehr häufig eine tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie beim gleichen Psychotherapeuten vorausgeht. Die vorliegenden Daten ermöglichen, Wechsel zwischen Kurz- und Langzeittherapien sowie einzelnen Verfahren im Verlauf der Psychotherapie nachzuvollziehen. Gruppentherapie, die in allen drei Verfahren möglich ist, wird insgesamt nur selten in Anspruch genommen. Weniger als 1 Prozent der beantragten Psychotherapien bezieht sich auf Gruppentherapien (10), daher werden sie daher im Folgenden nicht weiter betrachtet. Eine Differenzierung der Therapieverläufe nach Fachgruppen wurde hier ebenfalls nicht vorgenommen.

<sup>1</sup> Eine umfassende Ausdeutung dieser Studie in: Projekt Psychotherapie, 02/2014, S. 10–31.

**2. Vorgehen**

Die KBV erhält die quartalsbasierten Abrechnungsdaten der ambulanten Vertragsärzte und -psychotherapeuten von den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen Deutschlands. Dadurch lässt sich das ambulante Krankheits- und Behandlungsgeschehen für die ca. 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland über einen längeren Zeitraum nachvollziehen.

Um den Verlauf einer Psychotherapie in jedem der Richtlinienverfahren abzubilden, wurden Patienten betrachtet, die in 2009 eine Psychotherapie begonnen hatten und im Jahr 2008 nicht in psychotherapeutischer Behandlung waren. Der Verlauf der Psychotherapie in dieser Gruppe wurde bis Ende 2012 verfolgt. Psychotherapeutische Behandlung wurde über die Abrechnung einer Einzelbehandlung in einem der drei Richtlinienverfahren durch die berechtigten Fachgruppen definiert.

**3. Ergebnisse**

Insgesamt haben im Jahr 2009 1.165.965 Patienten psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen, das entspricht 1,7 Prozent der gesetzlich Versicherten dieses

Jahres. Davon waren 500.885 Patienten im Jahr 2008 nicht in psychotherapeutischer Behandlung, sondern begannen im Jahr 2009 eine Psychotherapie. Es wurden 111 Patienten identifiziert, bei denen mehr als 65 Sitzungen in einem der betrachteten Quartale abgerechnet wurden. Das entspricht bei 13 Wochen je Quartal mehr als fünf Sitzungen pro Woche, was nahe legt, dass es sich bei diesen Daten um Artefakte handelt. Diese Patienten wurden daher von der weiteren Betrachtung ausgenommen. Insgesamt schlossen bis zum Ende des 3. Quartals 2012 437.151 dieser Patienten (87%) ihre Behandlung ab. Davon nahmen 385.885 im Jahr 2012 vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Leistungen in Anspruch und sind somit als Patienten in den Abrechnungsdaten identifizierbar. Von diesen Patienten ist daher bekannt, dass sie im Betrachtungszeitraum weder verstorben noch aus anderen Gründen aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind. Die so gebildete Patientenkohorte – 77 Prozent der Patienten mit in 2009 begonnener Psychotherapie – wurde über den Verlauf ihrer Behandlung betrachtet und liegt den nachfolgenden Auswertungen zu Grunde. In Abbildung 1 sind die einzelnen Schritte zusammengefasst.

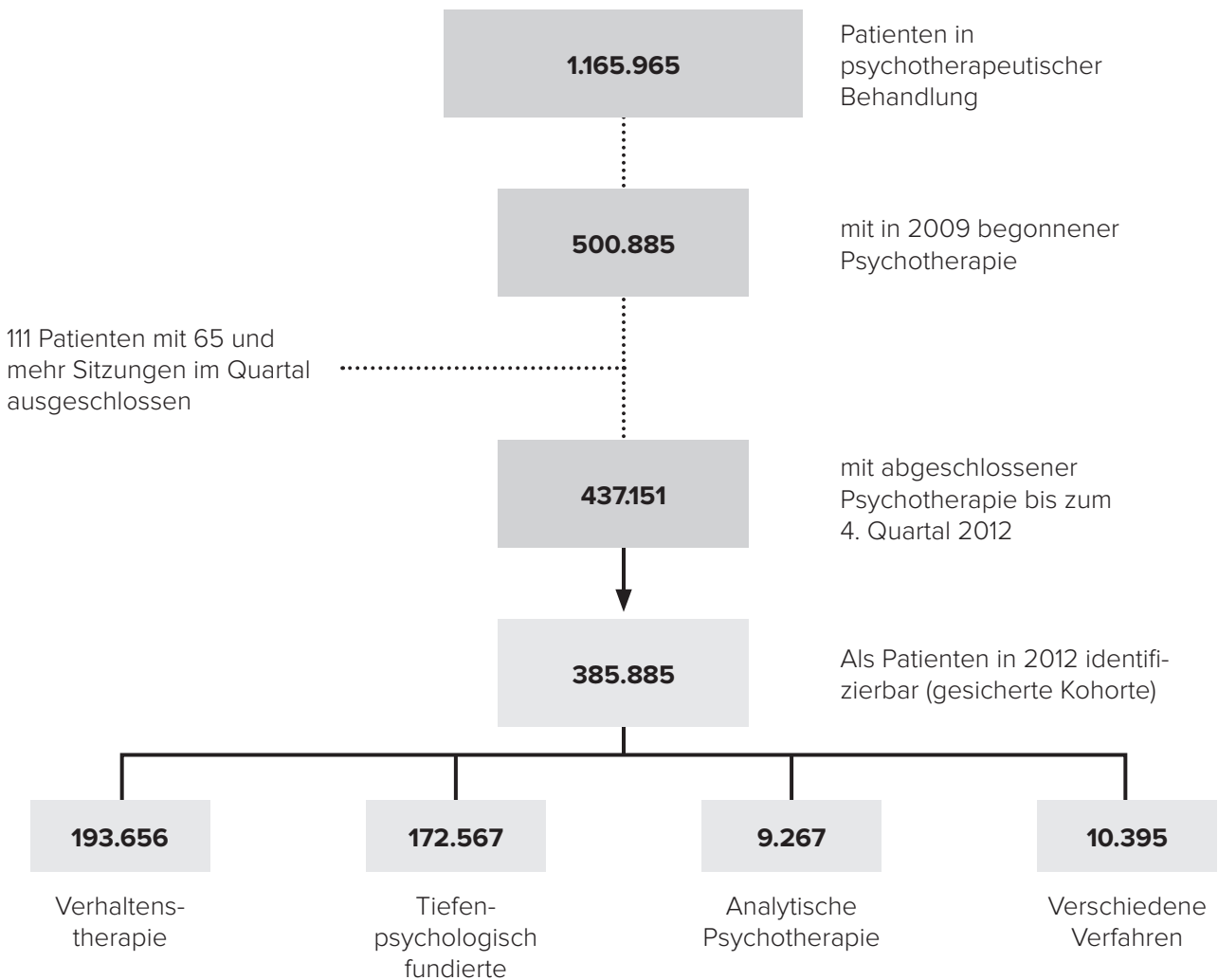


Abbildung 1: Auswahlprozess der untersuchten Patientenkohorte

Mehr als zwei Drittel der Patienten in der Kohorte (70%) waren weiblich. Das mittlere Alter der Patienten bei Beginn der Therapie lag zwischen 27 und 50 Jahren (Quartile, Median: 40 Jahre). Auffallend wenige Patienten waren

60 Jahre und älter, wie Abbildung 2 zeigt – 27 Prozent der Versicherten sind 60 Jahre oder älter, aber lediglich 8 Prozent der Patienten mit Psychotherapie befinden sich in diesem Altersbereich.

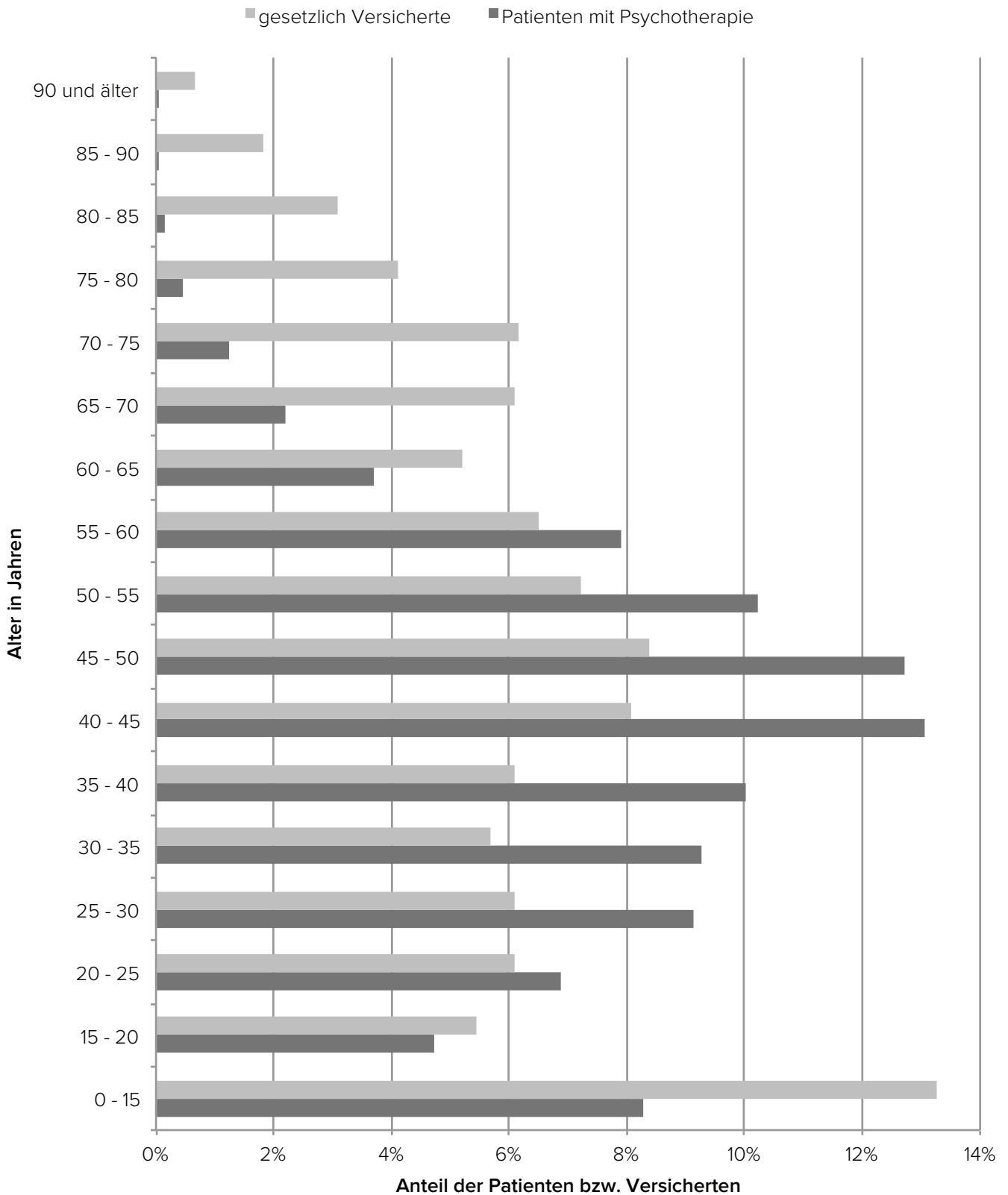


Abbildung 2: Altersverteilung der Patienten mit Psychotherapie im Vergleich zu den gesetzlich Krankenversicherten

Von den 385.885 Patienten der Kohorte erhielten im Zeitraum von 2009 bis 2012 50 Prozent Leistungen der Verhaltenstherapie, 45 Prozent eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, und 2,4 Prozent eine analytische Psychotherapie, zum Teil nach einer tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeittherapie. Die restlichen 10.395 Patienten (2,6%) erhielten andere, nicht weiter beschriebene Therapiekombination. Die Hälfte der in 2009 begonnenen Psychotherapien wurden nach drei bis sieben Quartalen nach Beginn beendet. Die Psychotherapie wurde nur selten unterbrochen – 79 Prozent der Patienten beenden ihre Psychotherapie ohne Unterbrechung, weitere 11 Prozent pausieren für ein Quartal. Bis zur Beendigung der Psychotherapie werden in der Hälfte der Fälle zwischen 14 und 37 Sitzungen benötigt, die meisten

Therapien werden im Rahmen von bis zu 25 Sitzungen abgeschlossen.

Bei Beginn der Psychotherapie in 2009 wurden bei den Patienten der Kohorte Diagnosen aus Kapitel F des ICD-10-GM-Katalogs<sup>2</sup> hinterlegt. Die am häufigsten kodierten Diagnosen waren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und affektive Störungen (s. Abbildung 3). Lediglich 25 Prozent der Patienten hatten Diagnosen aus nur einer F-Gruppe, am häufigsten kamen Diagnosen aus zwei Bereichen vor (45%).

<sup>2</sup> ICD: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2013 (DIMDI, 2013).

**Anteil der Patientenkohorte**

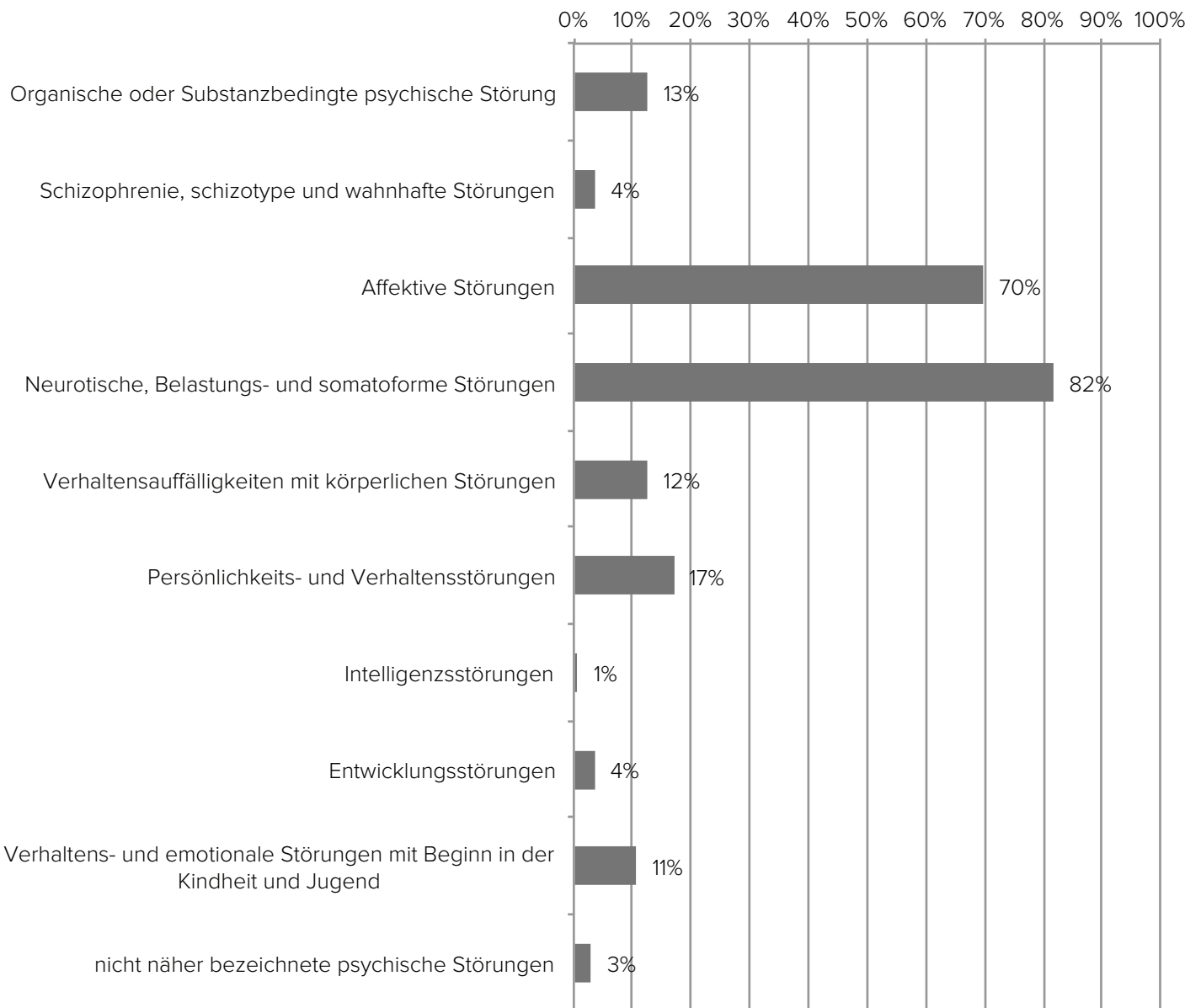


Abbildung 3: Anteil der Diagnosegruppen an den kodierten Diagnosen der Patienten der gesicherten Kohorte zu Beginn der Psychotherapie (2009)

### 3.1 Therapieverfahren

Wie oben beschrieben nimmt die überwiegende Mehrheit der Patienten verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologisch fundierte Therapieverfahren in Anspruch, während analytische Psychotherapie nur bei einem geringen Anteil der Patienten Anwendung findet. Die beiden größten Verfahrensgruppen können als Kurzzeit- oder Langzeittherapie bzw. Kombination aus beidem durchgeführt werden. Daneben kommt häufig die Kombination von tiefenpsychologisch fundierter Kurzzeittherapie und nachfolgender analytischer Psychotherapie vor. Hierbei ist zu beachten, dass die beiden Verfahren analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nicht völlig voneinander zu trennen sind: Sie basieren auf demselben wissenschaftstheoretischen Hintergrund, werden in den Psychotherapie-Richtlinien unter dem Begriff „Psychoanalytisch begründete Verfahren“ zusammengefasst und vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als ein Verfahren bewertet. Viele analytisch arbeitende Psychotherapeuten haben eine Abrechnungsgenehmigungen für beide Verfahren und nutzen daher die tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie zur Abklärung, ob eine aufwändigere analytische Psychotherapie indiziert und unter prognostischen Gesichtspunkten geboten erscheint.

Von den Patienten, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, erhielten 70 Prozent eine reine Kurzzeitbehandlung, 19 Prozent eine Kombination aus Kurz- und Langzeittherapie und 11 Prozent von Beginn an eine reine

Langzeitbehandlung. Ähnliches gilt für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (71% Kurzzeittherapie, 21% Kombinationen aus Kurz- und Langzeittherapie, 8% reine Langzeitbehandlungen). Etwa die Hälfte der 9.267 Patienten mit analytischer Psychotherapie erhielt vorher eine tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie (52%), die restlichen Patienten wurden rein analytisch behandelt.

### 3.2 Therapielänge

Sachgemäß dauern Langzeitbehandlungen länger als Kurzzeittherapien und weisen eine höhere Sitzungsfrequenz auf. Letzteres könnte jedoch z.T. ein Artefakt der Abrechnungsdaten sein, da nicht bekannt ist, wann im Quartal die Psychotherapie begonnen bzw. beendet wurde. Wird eine Therapie z.B. erst kurz vor Quartalsende eingeleitet und bereits im Folgequartal abgeschlossen, würde die Anzahl der Sitzungen auf die beiden Quartale verteilt, was rechnerisch zu einer niedrigeren durchschnittlichen Sitzungsfrequenz führt als der tatsächlichen. Je länger die Therapie dauert, desto weniger fällt dieses mögliche Artefakt zu Beginn und Ende der Therapie bei der Frequenzberechnung ins Gewicht. Interessanterweise dauert die Psychotherapie bei Patienten, die eine Kombination aus Lang- und Kurzzeitbehandlung erhalten, länger als bei Patienten mit reiner Langzeittherapie. Analytische Psychotherapien erstrecken sich über die höchste Anzahl an Quartalen und haben die höchste Sitzungsfrequenz. Abbildungen 4 bis 6 geben einen Überblick über die Therapiedauer in den verschiedenen Richtlinienverfahren.

		Sitzungen bis Therapieende			Anzahl Quartale mit Psychotherapie			Sitzungen pro Quartal	
		Quartile			Quartile			MW <sup>1</sup>	SD <sup>2</sup>
		25%	Median	75%	25%	Median	75%		
VT	KZT	10	20	25	2	4	6	4,5	2,2
	KZT und LZT	40	45	58	7	9	10	5,9	1,9
	LZT	20	39	49	4	6	8	6,2	2,8
TP	KZT	10	21	25	2	4	5	4,7	2,5
	KZT und LZT	46	50	79	7	9	11	6,8	2,2
	LZT	21	44	62	4	6	9	6,5	3,3
AP	TP, KZT und AP	58	87	148	6	9	11	11,7	5,3
	Reine AP	39	89	160	4	7	11	13,9	7,6
	sonstige Therapiekombinationen	27	45	75	5	7	10	7,4	4,4

VT: Verhaltenstherapie  
 TP: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 AP: analytische Psychotherapie

KZT: Kurzzeittherapie  
 LZT: Langzeittherapie

<sup>1</sup> Mittelwert  
<sup>2</sup> Standardabweichung

Tabelle 1: Übersicht über die Therapiedauer und Frequenz der verschiedenen Therapieverfahren

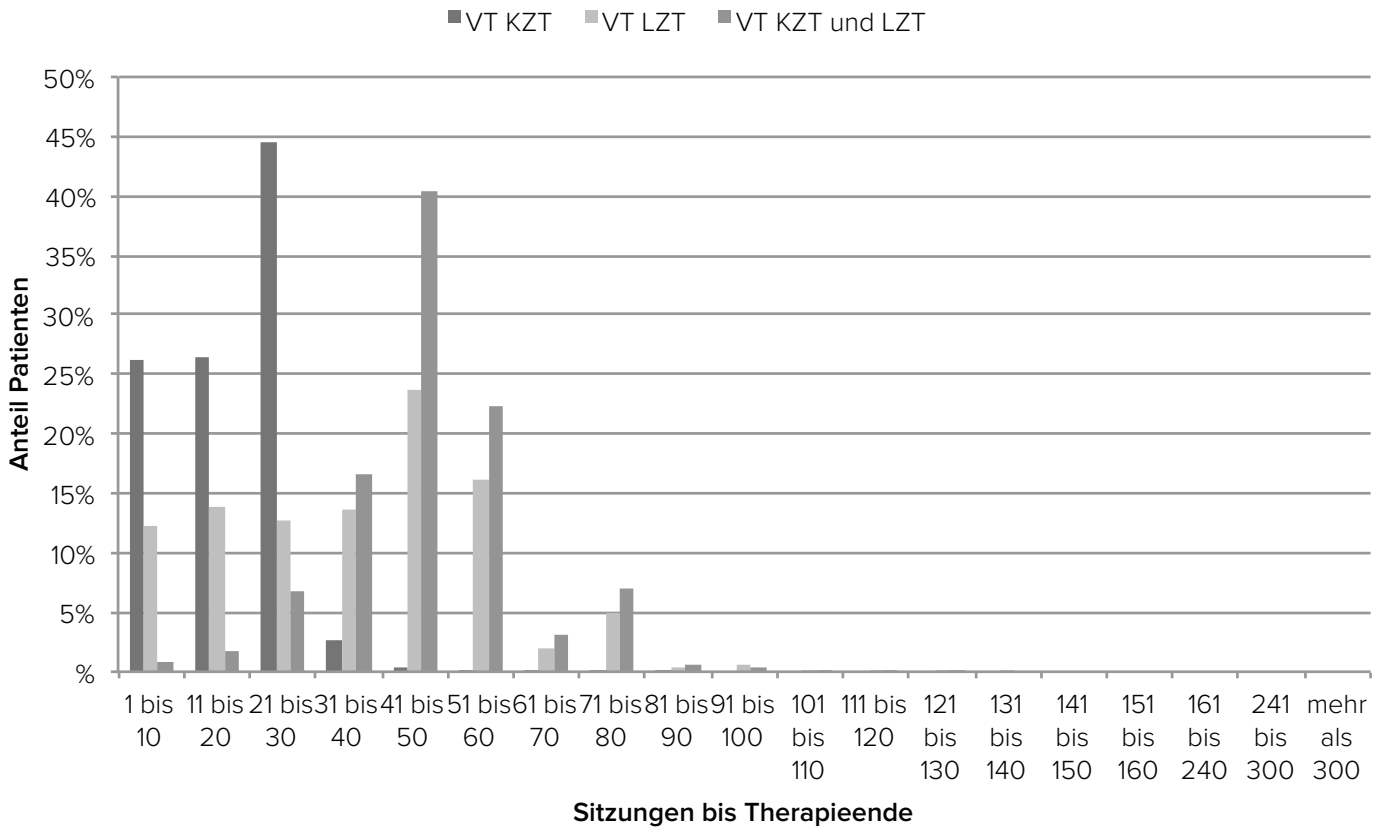


Abbildung 4: Anzahl benötigter Sitzungen bis zum Abschluss der Psychotherapie bei Patienten mit Verhaltenstherapie

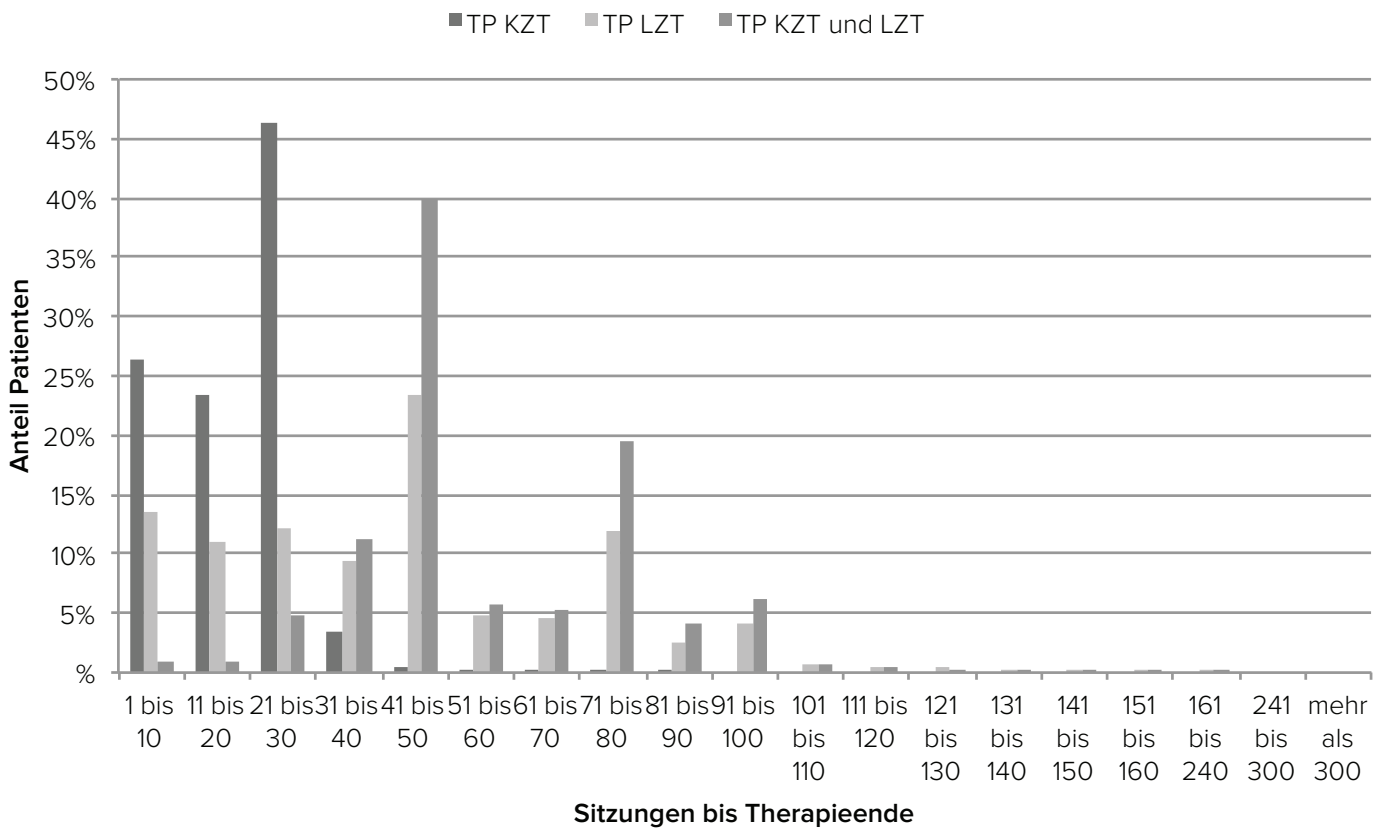


Abbildung 5: Anzahl benötigter Sitzungen bis zum Abschluss der Psychotherapie bei Patienten mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

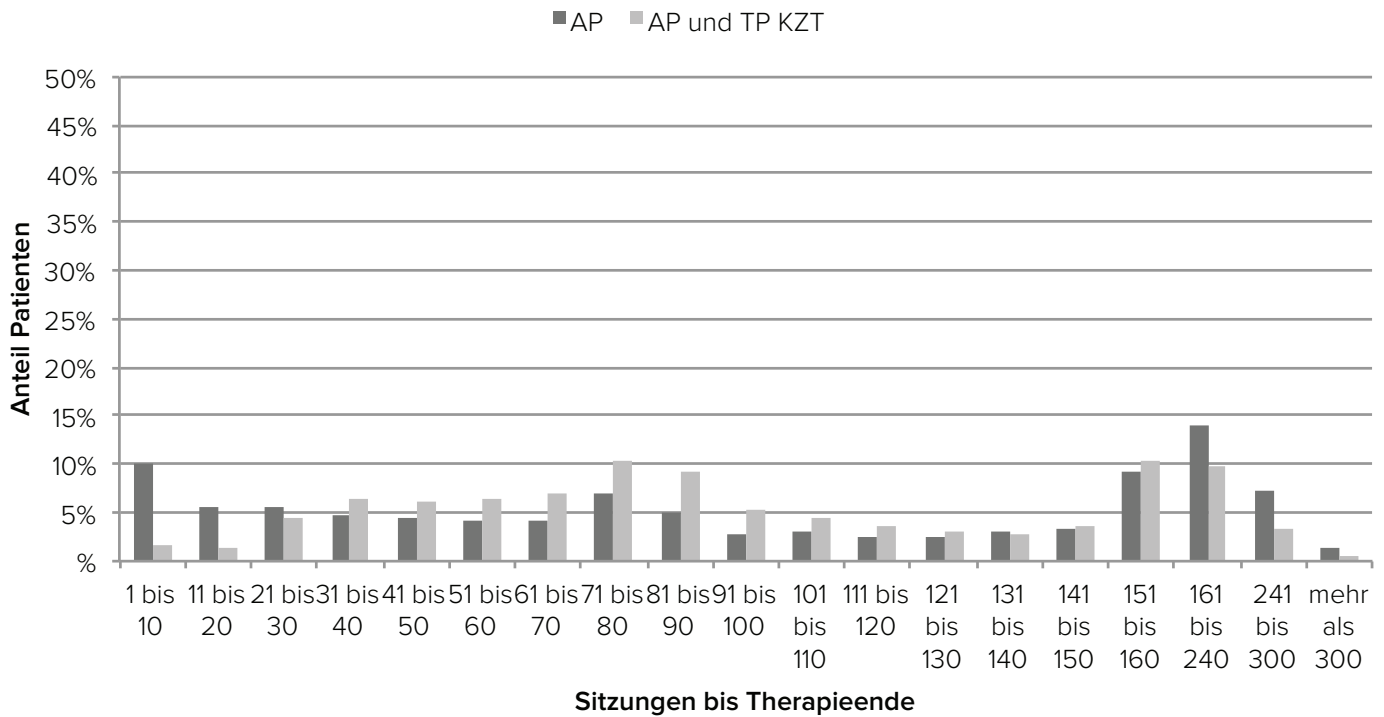


Abbildung 6: Anzahl benötigter Sitzungen bis zum Abschluss der Psychotherapie bei Patienten mit analytischer Psychotherapie und ggf. vorheriger tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeittherapie

Für die Behandlung der Patienten stehen je nach Richtlinienverfahren unterschiedliche Stundenkontingente zur Verfügung (s. Tabelle 2), die über ein Gutachterverfahren bei der Krankenkasse beantragt werden müssen.<sup>3</sup> Diese reichen von 25 Sitzungen für Kurzzeittherapien bis zu 160

Stunden in einer analytischen Psychotherapie bei Erwachsenen.<sup>4</sup> Ergibt sich im Verlauf der Therapie eine Indikation für eine Fortführung der Behandlung, kann der Therapeut einen Antrag auf Verlängerung der Therapie stellen, der mit einem erneuten Gutachterverfahren verbunden ist.

	Kurzzeittherapie	1. Langzeitkontingent <sup>1</sup>	2. Langzeitkontingent	2. Langzeitkontingent	Maximum <sup>2</sup>
VT	25	45	15	20	80
TP	25	50	30	20	100
AP	-	160	80	60	300

VT: Verhaltenstherapie  
 TP: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 AP: analytische Psychotherapie

<sup>1</sup> ggf. abzüglich der Kurzzeittherapie-Sitzungen  
<sup>2</sup> kann in Einzelfällen überschritten werden

Tabelle 2: Sitzungskontingente der einzelnen Richtlinienverfahren bei Erwachsenen

<sup>3</sup> Psychotherapeuten, die bereits 35 genehmigte Anträge in einem Therapieverfahren vorweisen können, dürfen ohne Gutachterverfahren mit einer Kurzzeittherapie beginnen.

<sup>4</sup> Für Kinder und Jugendliche gelten in der tiefenpsychologisch fundierten Langzeit- und der analytischen Psychotherapie andere Kontingente. Da nur ein geringer Teil der Patienten in der Kohorte jünger als 21 Jahre ist, und von diesen nur ein kleiner Teil eine tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie bzw. eine analytische Psychotherapie erhielt, wurde diese Gruppe nicht getrennt betrachtet.



Die bewilligten Stundenkontingente werden für die meisten Patienten nicht voll in Anspruch genommen. Bei den Kurzzeittherapien benötigen mehr als 60 Prozent der Patienten weniger als 25 Sitzungen bis sie ihre Therapie beenden, wie Abbildung 7 veranschaulicht. Bei den Langzeittherapieverfahren ist das erste Kontingent für die Mehrheit der Patienten ausreichend, ein großer Teil

beendet die Therapie sogar vor Ausschöpfung dieses ersten bewilligten Langzeit-Kontingents. Allerdings benötigt ca. ein Drittel der Patienten mehr Therapiesitzungen als im ersten Kontingent vorgesehen, bei ca. 10 Prozent der verhaltenstherapeutisch bzw. tiefenpsychologisch therapierten Patienten wird die Therapie über das zweite Kontingent hinaus verlängert.

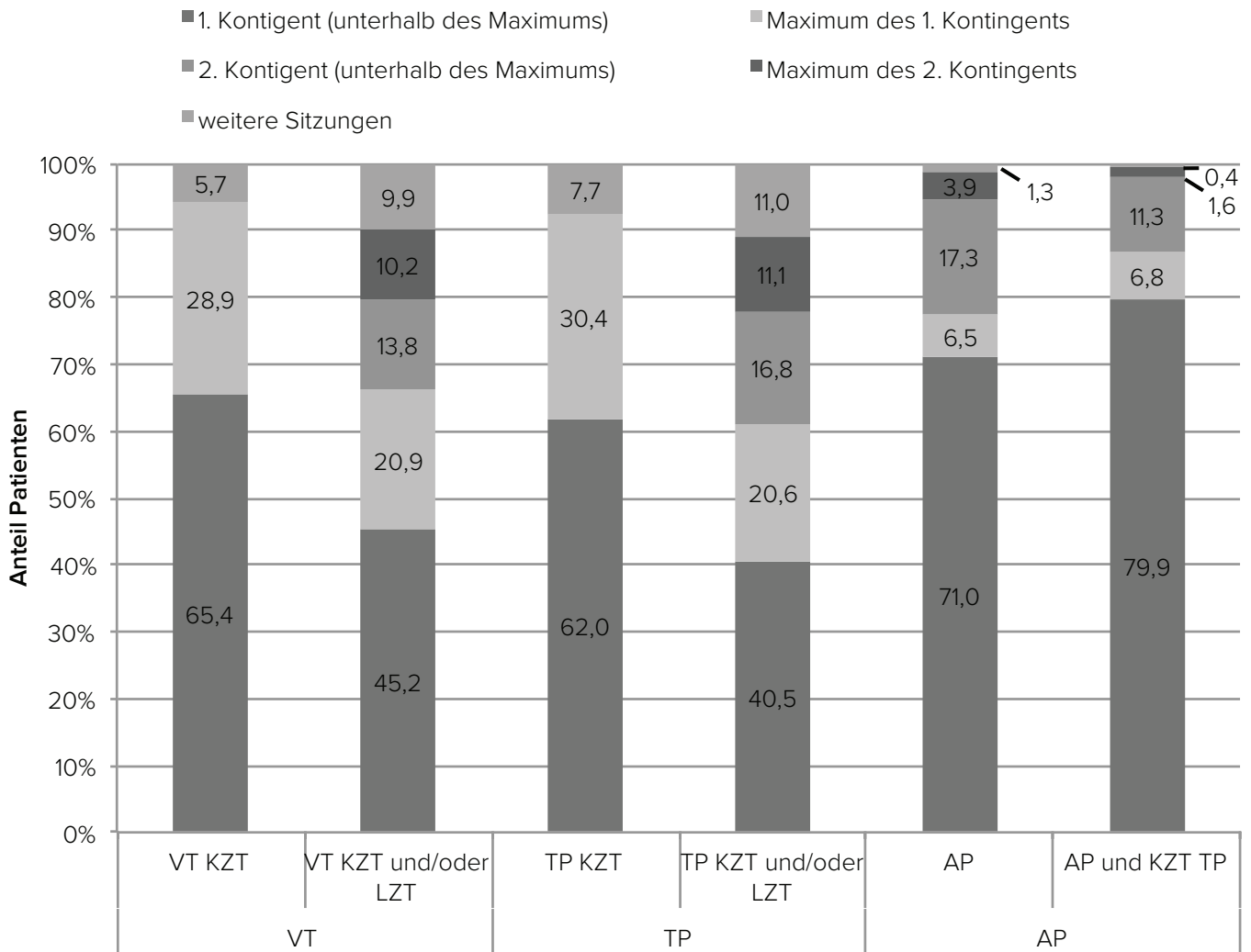


Abbildung 7: Anzahl benötigter Sitzungen bis zum Abschluss der Psychotherapie bei Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie. Zum Beispiel benötigen 45,2% der Patienten mit einer Langzeit-Verhaltenstherapie (ggf. ergänzt um eine Kurzzeittherapie) weniger als 45 Sitzungen, 20,9% beenden die Therapie mit der 45. Sitzung (1. Kontingent). Weitere 13,8% benötigen weitere Sitzungen, schließen die Therapie aber vor der 60. Sitzung ab, während 10,2% ihre Therapie mit der 60. Sitzung (2. Kontingent) beenden. 9,9% benötigen weitere Sitzungen.

### 3.3 Kosten

Die dargestellten Unterschiede im Behandlungsumfang machen sich auch in den Kosten bemerkbar. Es ist anzunehmen, dass eine reine Langzeittherapie bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie vor allem von Therapeuten durchgeführt wird, die noch nicht die für die Befreiung von der Begutachtung erforderlichen

35 genehmigten Psychotherapien erreicht haben. Von der Berichtspflicht bei Kurzzeittherapien befreite Therapeuten können ohne ein Gutachterverfahren eine Kurzzeittherapie durchführen und im Verlauf der Behandlung einen erhöhten Behandlungsbedarf feststellen, der eine Langzeitbehandlung indiziert. Daher wurden beide Gruppen für die Beurteilung der Therapiekosten zusammengefasst.

		Kosten (€)		
		Quartile		
		25%	Median	75%
Verhaltenstherapie	KZT	810	1.541	2.027
	LZT (ggf. mit KZT)	2.758	3.649	4.541
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	KZT	810	1.702	2.027
	LZT (ggf. mit KZT)	3.164	4.054	6.164
Analytische Psychotherapie	TP, KZT und AP	4.701	7.057	12.000
	Reine AP	2.920	6.978	12.976
sonstige Therapiekombinationen		2.028	3.406	5.839

Tabelle 3: Kosten für beendete Psychotherapien

Im Median verursachten Kurzzeittherapien mit 1.541 € im Bereich Verhaltenstherapie und 1.702 € bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie pro abgeschlossener Behandlung erwartungsgemäß die geringsten Kosten (s. Tabelle 3). Die Kosten für eine abgeschlossene Langzeittherapie (ggf. kombiniert mit einer Kurzzeittherapie) lagen bei 3.649 € für eine Verhaltenstherapie bzw. 4.054 € für eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Die Verteilung der Kosten ist in Abbildung 8 dargestellt.

Am kostenintensivsten war eine abgeschlossene analytische Psychotherapie mit im Median 6.978 €, bei vorangegangener tiefenpsychologisch fundierter Kurzzeittherapie lagen die Kosten bei 7.057 €. Da im Vergleich zu den Verfahren Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Therapie weniger Patienten mit analytischer Psychotherapie innerhalb des Zeitraums von 2009 bis 2012 ihre psychotherapeutische Behandlung abschlossen, spiegeln die Kosten für abgeschlossene Therapien nur bedingt die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen wider.

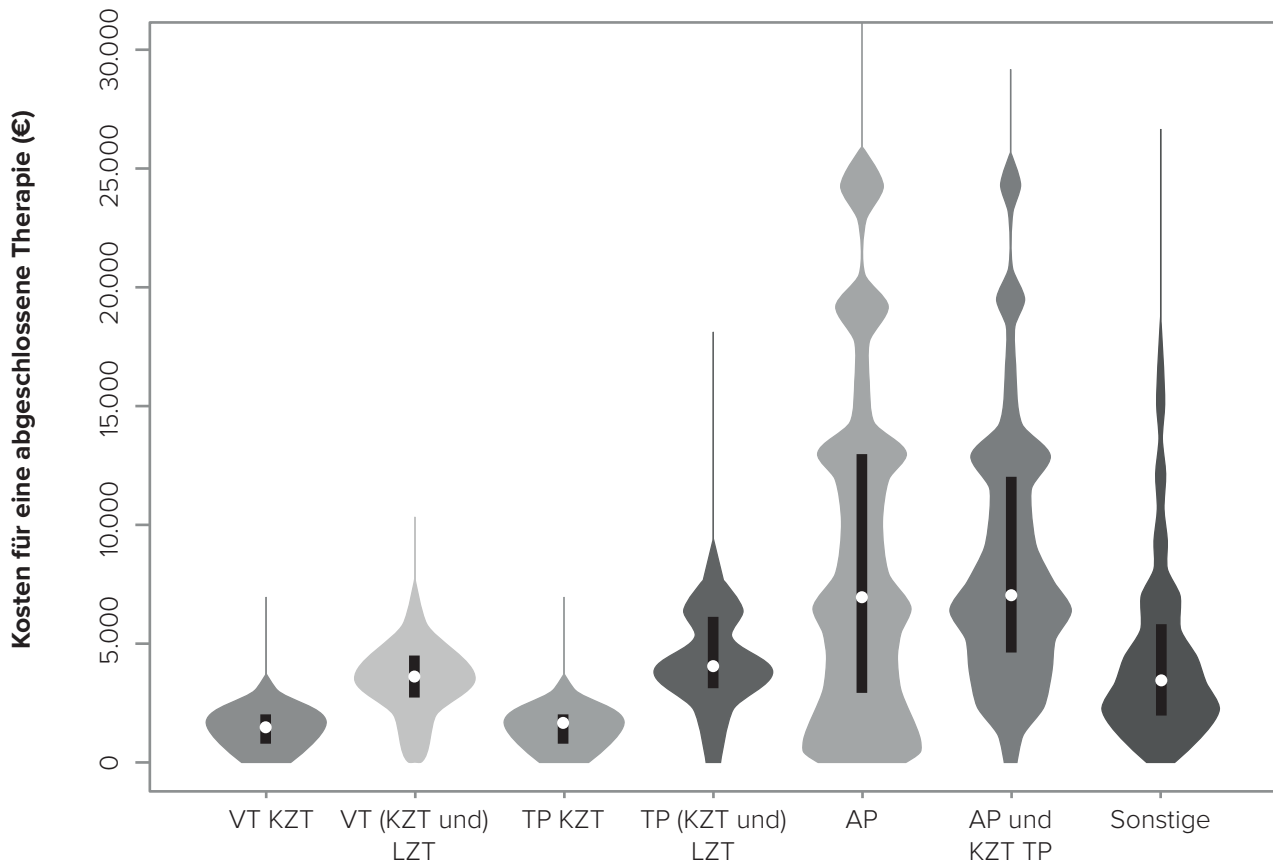


Abbildung 8: Kosten der Psychotherapie bis zum Abschluss der Behandlung je Therapiegruppe. Dargestellt sind Median (weißer Punkt), die Quartile (schwarzer Balken), sowie die Verteilung der Werte als gedrehtes Histogramm. VT: Verhaltenstherapie, TP: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, AP: analytische Psychotherapie, KZT: Kurzzeittherapie, LZT: Langzeittherapie.

Auch wenn es sich bei analytischer Psychotherapie um das pro Patient kostenintensivste Verfahren handelt, trägt sie aufgrund der geringen Patientenzahl nur einen kleinen Teil zu den Gesamtkosten für psychotherapeutische Behandlungen bei. Insgesamt macht Analytische

Psychotherapie lediglich 8,7 Prozent der Therapiekosten der untersuchten Patientenkohorte aus, während 42,2 Prozent auf die Verhaltenstherapie und 44,1 Prozent auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie entfallen (s. Abbildung 9).

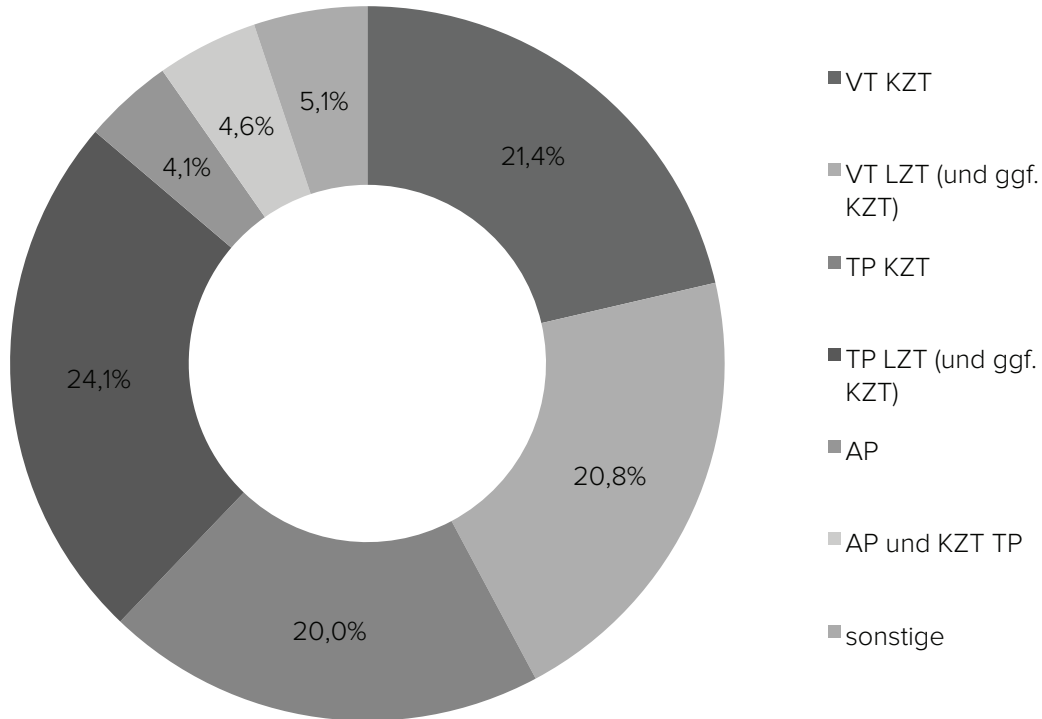


Abbildung 9: Anteil der jeweiligen Therapieverfahren an den Gesamtkosten für psychotherapeutische Leistungen der Patientenkohorte. VT: Verhaltenstherapie, TP: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, AP: analytische Psychotherapie, KZT: Kurzzeittherapie, LZT: Langzeittherapie

#### 4. Diskussion der Ergebnisse und Fazit

Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist durch die Differenzierung in die drei Richtlinienverfahren und die Möglichkeit der Kurz- oder Langzeitbehandlung der Patienten im Einzeltherapie-Setting sowie im – hier nicht betrachteten – Gruppen-Setting flexibel strukturiert.

Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden am häufigsten indiziert. Die analytische Psychotherapie als genuine Langzeittherapie wird nur selten (2,4% der Kohorte) indiziert. Die häufige Einleitung durch eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie legt den Schluss nahe, dass im Rahmen der weniger zeit- und kostenaufwändigen Kurzzeittherapie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie die Indikation zu einer aufwändigeren analytischen Psychotherapie überprüft wird. Somit spricht vieles dafür, dass die behandlungsintensiven und länger dauernden analytischen Psychotherapien mit höheren Therapiekosten in der Regel nach gründlicher Indikationsstellung bei nur einem niedrigen Prozentsatz der Psychotherapiepatienten angewandt werden. Dabei wird offensichtlich – wie die weite Streuung der Therapielängen zeigt – mit einer dem individuellen Behandlungsbedarf angepassten Anzahl an Sitzungen behandelt.

Der überwiegende Teil der psychotherapeutisch behandelten Patienten erhält lediglich eine Kurzzeittherapie, deren Kontingent bei der Mehrzahl der Patienten nicht voll ausgeschöpft wird. Dementsprechend fallen hier pro Patient die geringsten Kosten an. Die beobachtete Variation der Therapielänge spricht für ein dem individuellen Behandlungsbedarf angepasstes therapeutisches Vorgehen. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Langzeitbehandlungen: auch hier bleiben die meisten Patienten unterhalb des bewilligten Sitzungskontingents. Allerdings benötigt ein geringerer Anteil der Patienten mehr als die veranschlagten 45 (Verhaltenstherapie) bzw. 50 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) Sitzungen. Angesichts dieser Daten scheint die bisherige Kontingentierung für die Mehrzahl der Patienten ausreichend, gleichzeitig scheint die Ausweitung des Sitzungskontingents durch weitere Bewilligungsschritte für einen nicht unbedeutenden Patientenanteil wichtig zu sein. Die enge Taktung der Kontingente führt derzeit allerdings dazu, dass auch für diese geringe Zahl zusätzlich benötigter Stunden jeweils ein neues Gutachterverfahren eingeleitet werden muss. Angesichts der Behandlungsrealität wäre es vertretbar, die maximal mögliche Stundenzahl bei der ersten Beantragung einer Langzeittherapie zu erweitern. Damit könnten Therapeuten mit dem ersten Gutachterver-

fahren 60 (Verhaltenstherapie) bzw. 80 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) Sitzungen beantragen. Alternativ kann erwogen werden, eine Befreiung vom Gutachterverfahren auf das erste Langzeitkontingent auszudehnen. Beide Vorschläge würden dazu führen, dass der bürokratische Aufwand deutlich sinken würde.

Bei Festsetzen eines Grenzwertes (z.B. ein Behandlungskontingent) können sogenannte Ankereffekte (siehe 13) auftreten, das heißt der festgesetzte Wert wird als normativ betrachtet. Die Folge wären Therapiedauern, die sich am Maximum der bewilligten Sitzungskontingente bewegen. In der Regel werden die Therapien jedoch vor Erreichen der jeweils bewilligten maximalen Sitzungszahl beendet. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in vorangegangenen Untersuchungen berichtet (14, 15). Hier wurden zwischen 68 und 90 Prozent der beantragten Leistungen realisiert. Damit scheint das bewilligte Kontingent weder in dieser noch in bereits veröffentlichten Untersuchungen die Anzahl der durchgeführten Sitzungen maßgeblich zu beeinflussen. Es muss nicht befürchtet werden, dass eine autonomere Therapieplanung durch den Psychotherapeuten ökonomische Fehlanreize setzt. Im Gegenteil könnten z.B. mit einer Erweiterung von Bewilligungsschritten unnötige Wartezeiten und bürokratische Aufwände in erheblichem Maße vermieden werden. Das lässt den Therapeuten mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit – Menschen mit psychischen Leiden schnell und wirksam zu behandeln.

## Literatur

1. Beutel M, Schulz H. Epidemiologie psychisch komorbider Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2011;54:15–21.
2. Friedrich H-C, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W. Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. Psychother Psychosom Med Psychol. 2002;52:323–238.
3. Hochlehner A, Niehoff D. Höhere Kosten bei internistischen Krankenhauspatienten mit psychischer Komorbidität: Fehlende Abbildung im DRG-System. Psychother Psychosom Med Psychol. 2007;57:70–5.
4. Jünger J, Schellberg D, Müller-Tasch T, Zugck C, Haunstetter A, Zipfel S, et al. Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. Eur J Heart Fail. 2005;7:261–7.
5. Zipfel S, Schneider A, Wild B, Löwe B, Jünger J, Haass M, et al. Effect of depressive symptoms on survival after heart transplantation. Psychosom Med. 2002;64:740–7.
6. Wittchen H-U, Jacobi F. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? [Internet]. Robert Koch-Institut, Berlin; 2013 [cited 2013 Aug 14]. Available from: [http://rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_w1/Symposium/degs\\_psychische\\_stoerungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile)
7. Grobe T, Dörning H, Schwartz F. GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: ambulante Psychotherapie. In: GEK. Schriftenreihe Zur Gesundheitsanalyse. St. Augustin: Asgard-Verlag; 2007.
8. Grabe H, Alte D, Adam C, Sauer S, John U, Freyberger H. Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pomerania. Psychiatr Prax. 2005;32:299–303.
9. Kruse J, Herzog W. Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland - Formen der Versorgung und ihre Effizienz. 2012.
10. Best D. Kaum Zunahme von Gruppentherapien. Psychother Aktuell. 2010;1:10–2.
11. Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Bd. 1. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2011.
12. DIMDI. ICD-10-GM Version 2013 [Internet]. [cited 2013 Aug 19]. Available from: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm>
13. Kahneman D. Anchors. Think Fast Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
14. Gallas C, Puschner B, Kühn A, Kordy H. Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. Psychother Psychosom Med Psychol. 2010;60:5–13.
15. Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R. Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung; 2011.

## Kommentar<sup>5</sup> zur KBV-Studie von Dr. med. Karl Metzner und Anne-Marie Schlösser: Die Erstbegutachtung darf nicht wegfallen

Die Daten der Studie zeigen eine enorme Heterogenität der Therapieverläufe bei Dauer und Intensität der Behandlungen. Dies spricht für eine individuelle Anpassung des Behandlungskonzepts an den Patienten, seine Krankheit, seine Lebenssituation und seine Motivation.

Die Indikationshäufigkeit und Dauer der Kurzzeittherapie sind mit hoher Wahrscheinlichkeit dadurch beeinflusst, dass in den Jahren 2009 bis 2012 die Indikation statt in probatorischen Sitzungen überwiegend im Rahmen der Kurzzeittherapie gestellt wurde: Statt ein primäres Therapieverfahren darzustellen, das zum Therapieerfolg führen sollte, könnten Kurzzeittherapien mit wenigen Sitzungen häufig dazu gedient haben, Abklärungen vorzunehmen.

Man könnte die Therapeuten durch eine Verlängerung des ersten Behandlungsabschnitts entlasten und dadurch zeitliche und materielle Ressourcen gewinnen. Allerdings sehen wir in der fachlichen Bestätigung von Diagnose, Indikationsstellung und Prognose durch den Gutachter zu Beginn der Behandlung eine Sicherung gegen Fehlindikationen. Die Erstbegutachtung darf daher nicht wegfallen. Zugleich muss endlich – auch zur Verbesserung der Akzeptanz des Gutachterverfahrens – der mit dieser Art der Qualitätssicherung verbundene enorme Aufwand für den Therapeuten adäquat honoriert werden.

Überraschend ist der Befund, dass auch in analytischer Psychotherapie ausgebildete Psychotherapeuten häufig niederfrequent und kurz behandeln und die zur Verfügung stehenden Kontingente keineswegs ausschöpfen.

Laut unzähligen epidemiologischen Untersuchungen ist der Anteil an multimorbiden beziehungsweise komplexen psychischen Erkrankungen sehr hoch. Der relativ geringe Anteil von

<sup>5</sup> Projekt Psychotherapie, 02/2014, S. 21.

## IMPRESSUM

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,  
Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.  
Johannisbollwerk 20, 20459 Hamburg,  
Fon: 040 75 66 49 90, Fax: 040 75 66 49 929,  
E-Mail: psa@dgpt.de, Homepage: www.dgpt.de

### **Geschäftsführender Vorstand:**

Dipl.-Psych. Susanne Walz-Pawlita  
Vorsitzende  
E-Mail: susanne.walz-pawlita@gmx.de

Dr. med. Beate Unruh  
Stellvertretende Vorsitzende  
E-Mail: praxis.unruh@gmx.de

Dr. med. Bernhard Janta  
Stellvertretender Vorsitzender  
E-Mail: bernhard.janta@johanneswerk.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Dietrich Munz  
Vorsitzender der „Sektion Berufsverband  
der Psychologischen Psychoanalytikerinnen  
und Psychoanalytiker (BPP)“  
E-Mail: dietrichmunz@t-online.de

Dr. med. Ingrid Rothe-Kirchberger  
Vorsitzende der „Sektion Berufsverband  
der Ärztlichen Psychoanalytikerinnen  
und Psychoanalytiker (BÄP)“  
E-Mail: rothekirchberger@gmail.com

### **Geschäftsstelle:**

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann, Geschäftsführer  
E-Mail: felix.hoffmann@dgpt.de

RAin Birgitta Lochner, Justitiarin  
E-Mail: birgitta.lochner@dgpt.de

Für namentlich nicht gekennzeichnete Beiträge zeichnen  
der Geschäftsführende Vorstand bzw. die Geschäftsstelle  
der DGPT verantwortlich.

V.i.S.d.P.: Dr. rer. pol. Felix Hoffmann

### **Lektorat:**

Vera Kalusche, Literaturbüro Schreibschlüssel ([www.schreibschluessel.de](http://www.schreibschluessel.de))

### **Gestaltung:**

made in ([www.madein.io](http://www.madein.io))