



Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010

Anke Walendzik, Cornelia Rabe-Menssen¹, Gerald Lux,
Jürgen Wasem, Rebecca Jahn

unter Mitarbeit von Christa Duncker und Nina Farrenkopf

**Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen**

¹Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Einführung und Hintergrund	1
2 Material und Methoden	5
2.1 Zentrale Fragestellung und Studienziel	5
2.2 Studiendesign und Studienpopulation	6
2.2.1 Studienpopulation	6
2.2.2 Eingesetzter Fragebogen	6
2.2.3 Studienverlauf und Fragebogenrücklauf	8
2.2.4 Therapeuteneinschluss	9
2.3 Datenverarbeitung und Datenaufbereitung	10
2.4 Statistisches Vorgehen	11
2.4.1 Bivariate Analysen	12
2.4.2 Multivariate Analysen	13
3 Studienergebnisse	14
3.1 Charakteristika der Studienpopulation	14
3.1.1 Demographische Merkmale der Studienpopulation	14
3.1.2 Therapeutische Ausrichtung	17
3.1.3 Regionale Merkmale der Studienpopulation	18
3.1.4 Vergleich der Studienpopulation mit der Grundgesamtheit der nichtärztlichen Psychotherapeuten	22
3.2 Das Versorgungsangebot	23
3.2.1 Das Angebot an Therapiestunden je Psychotherapeut	23
3.2.2 Praxis- und Therapieformen	27
3.2.3 Angebot besonderer therapeutischer Maßnahmen	27
3.2.3.1 Zum Versorgungsangebot in übenden und suggestiven Techniken	27
3.2.3.2 Zum Versorgungsangebot in Form von Gruppentherapie	31

3.2.4	Besondere Versorgungsangebote	35
3.2.4.1	Teilnahme an selektivvertraglichen Versorgungsstrukturen	35
3.2.4.2	Teilnahme an DMP.....	37
3.2.5	Angebot zusätzlicher Leistungen außerhalb der GKV-Finanzierung.....	38
3.2.5.1	Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).....	38
3.2.5.2	Zu Nebenerwerbstätigkeit	44
3.3	Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie.....	47
3.3.1	Zugangswege zur Psychotherapie	47
3.3.2	Umgang mit Therapieanfragen durch die Therapeuten bei fehlenden zeitlichen Ressourcen für ein Erstgespräch	50
3.3.3	Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie aus Therapeutensicht.....	55
3.4	Sozioökonomische Patientendaten	62
3.4.1	Versicherungsstatus der Patienten.....	63
3.4.2	Geschlechts- und Altersverteilung der Patienten.....	65
3.4.3	Bildungsstand der Patienten	69
3.4.4	Umfang der Berufstätigkeit der Patienten	73
3.4.5	Berufliche Stellung der Patienten.....	77
3.4.6	Gegenüberstellung der Patientenklientel der teilnehmenden Psychotherapeuten mit der Wohnbevölkerung Deutschlands.....	83
3.5	Kooperation.....	86
3.5.1	Kooperation mit Haus- und Kinderärzten	87
3.5.2	Kooperation mit Psychiatern und Nervenärzten.....	90
4	Zusätzliche multivariate Analysen zur Identifikation von Zusammenhängen zwischen einzelnen Studienergebnissen.....	95
4.1	Multivariate Analysen zum Versorgungsangebot mit Psychotherapie.....	96
4.1.1	Modelle zum wöchentlichen Angebot von Therapiestunden	96
4.1.2	Modelle zum Angebot von Gruppentherapie	101
4.2	Multivariate Analysen bzgl. Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie.....	104
4.2.1	Modelle bzgl. Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie	104

4.3	Multivariate Analysen zur Prüfung des Effekts des Versorgungsangebotes auf die Zufriedenheit in der Kooperation der Psychotherapeuten mit Haus-/Kinder- und Fachärzten	106
5	Diskussion	108
5.1	Hinweise zur Einschätzung der allgemeinen Versorgungslage im Bereich der Psychotherapie.....	109
5.2	Hinweise auf regionale Versorgungsunterschiede	112
5.2.1	Versorgungsunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland.....	112
5.2.2	Versorgungsunterschiede nach Siedlungsstruktur am Ort der Niederlassung.....	113
5.3	Hinweise zur Versorgungslage einzelner soziodemographischer Gruppen	114
5.3.1	Versorgungslage mit Psychotherapie nach Alter und Geschlecht.....	114
5.3.2	Versorgungslage mit Psychotherapie für sozioökonomisch definierte Bevölkerungsgruppen.....	118
5.4	Hinweise zur zukünftigen Versorgungslage mit Psychotherapie	119
5.5	Vernetzung und Kooperation der ambulanten Psychotherapie im medizinischen Behandlungssystem	121
5.6	Exkurs: zum Angebot von Gruppentherapie	123
5.7	Limitationen	123
6	Fazit.....	125
7	Anhang	127
7.1	Eingesetzter Fragebogen	127
7.2	Ergänzung zur Datenverarbeitung und zum statistischen Vorgehen.....	133
7.2.1	Plausibilisierung der Daten.....	133
7.2.2	Multivariate Analysen: methodisches Vorgehen.....	133
7.3	Validierung der bivariaten Analysen durch multivariate Regressionen (Tabellen)	136
7.4	Tabellen mit insignifikanten Ergebnissen	147
	Literaturverzeichnis.....	151

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispielfrage zur Erhebung des sozioökonomischen Status der Patienten	7
Abbildung 2: Beispielfrage zur Kooperation mit Ärzten	7
Abbildung 3: Frage zur Bedarfsgerechtigkeit der ambulanten Psychotherapie	8
Abbildung 4: Studienverlauf und Studieneinschluss.....	9

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Niedergelassene Vertragsärzte und psychologische Psychotherapeuten mit Angebot von Psychotherapie im 4. Quartal 2009	1
Tabelle 2: 12-Monats-Prävalenz ausgewählter Diagnosen psychischer Störungen bei Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998/99.....	2
Tabelle 3: Prävalenz ausgewählter Diagnosen psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).....	3
Tabelle 4: Zentrale Merkmale und Confounder in den Regressionen.....	12
Tabelle 5: Altersverteilung der Studienpopulation.....	15
Tabelle 6: Geschlechterverteilung der Stichprobe.....	17
Tabelle 7: Fachkunde nach Approbationsart.....	18
Tabelle 8: Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach Siedlungsstruktur.....	20
Tabelle 9: Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach KV-Gebieten.....	20
Tabelle 10: Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach KV-Gebieten (Fortsetzung)	21
Tabelle 11: Vergleich der Studienpopulation mit den zugelassenen nichtärztlichen Psychotherapeuten im 3. Quartal 2009.....	23
Tabelle 12: Psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche	25
Tabelle 13: Praxis- und Tätigkeitsform der Psychotherapeuten.....	26
Tabelle 14: Übende und suggestive Techniken: Abrechnungsgenehmigung.....	30
Tabelle 15: Angebot von Gruppentherapie	33
Tabelle 16: Gründe gegen das Angebot von Gruppentherapie.....	34
Tabelle 17: Psychotherapeuten in selektivvertraglichen Versorgungsstrukturen.....	36
Tabelle 18: Psychotherapeutische Versorgung in DMP.....	37
Tabelle 19: Gründe gegen die Teilnahme an DMP	38
Tabelle 20: IGeL: Angebot allgemein und Umsatzanteile	39
Tabelle 21: Psychotherapie mit Angebot einzelner Typen von IGeL	41
Tabelle 22: Gründe gegen das Angebot von IGeL.....	43
Tabelle 23: Sonstige Gründe gegen IGeL	44
Tabelle 24: Psychotherapeuten mit Nebenerwerb.....	46
Tabelle 25: Zuweisung der Patienten	49
Tabelle 26: Sonstige Zuweisungswege von Patienten.....	50
Tabelle 27: Verhalten der Psychotherapeuten bei fehlenden Ressourcen für ein sofortiges Erstgespräch	53
Tabelle 28: Sonstige Reaktionen auf Anfragen von Patienten, denen nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann	54

Tabelle 29: Gründe gegen das Führen einer Warteliste	54
Tabelle 30: Probatorische und genehmigungspflichtige Sitzungen	57
Tabelle 31: Ausschöpfung von Höchstkontingenten und Weiterbehandlung	60
Tabelle 32: Durchschnittliche Dauer von Psychotherapie in Monaten	62
Tabelle 33: Versicherungsstatus der Patienten.....	65
Tabelle 34: Altersverteilung weiblicher Patienten	67
Tabelle 35: Altersverteilung männlicher Patienten	68
Tabelle 36: Bildungsstand erwachsener Patienten	71
Tabelle 37: Bildungsstand eines Elternteils von behandelten Kindern und Jugendlichen	72
Tabelle 38: Umfang der Berufstätigkeit erwachsener Patienten	75
Tabelle 39: Umfang der Berufstätigkeit eines Elternteils von behandelten Kindern und Jugendlichen	76
Tabelle 40: Berufliche Stellung erwachsener Patienten.....	79
Tabelle 41: Berufliche Stellung erwachsener Patienten (Fortsetzung).....	80
Tabelle 42: Berufliche Stellung eines Elternteils behandelter Kinder und Jugendlicher	81
Tabelle 43: Berufliche Stellung eines Elternteils behandelter Kinder und Jugendlicher (Fortsetzung)	82
Tabelle 44: Gegenüberstellung des Versicherungsstatus der Patientenklientel mit der Gesamtbevölkerung.....	83
Tabelle 45: Vergleich der Altersverteilung nach Geschlecht der Patientenpopulation mit der Gesamtbevölkerung.....	84
Tabelle 46: Gegenüberstellung des Bildungsstandes der Patientenpopulation mit der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren.....	85
Tabelle 47: Vergleich der beruflichen Stellung der Patientenpopulation mit der Bevölkerung.....	85
Tabelle 48: Kooperation mit Hausärzten / Kinderärzten.....	88
Tabelle 49: Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation für die Haus-/Kinderärzte.....	90
Tabelle 50: Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation mit den Haus-/ Kinderärzten für die Psychotherapeuten.....	90
Tabelle 51: Kooperation mit Fachärzten	92
Tabelle 52: Vorschläge zur Verbesserung für Psychiater und Nervenärzte	93
Tabelle 53: Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation mit den Psychiatern/Nervenärzten durch die Psychotherapeuten.....	94
Tabelle 54: Zusätzliche Regressionsmodelle im Bereich des Versorgungsangebotes mit Psychotherapie.....	96
Tabelle 55: Effekt der Teilnahme an Selektivverträgen auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden	97
Tabelle 56: Effekt der Teilnahme an IV-Verträgen auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden	99

Tabelle 57: Effekt von IGeL auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden	100
Tabelle 58: Effekt des Nebenerwerbs auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden	101
Tabelle 59: Effekt des IGeL-Angebotes eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie..	102
Tabelle 60: Effekt des Nebenerwerbs eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie.....	103
Tabelle 61: Zusätzliche Regressionsmodelle bzgl. Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie.....	104
Tabelle 62: Effekt der wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten auf die Wartezeit der Patienten	105
Tabelle 63: Zusätzliche Regressionsmodelle zur Zufriedenheit in der Kooperation der Psychotherapeuten.....	106
Tabelle 64: Einfluss der Behandlung von Patienten in IV-Verträgen auf die Zufriedenheit in der Kooperation mit den Fachärzten in der Abstimmung der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung	107
Tabelle 65: Genehmigungspflichtige Leistungen in der Psychotherapie laut G-BA: Therapiekontingente	111
Tabelle 66: 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung nach Alter und Geschlecht	115
Tabelle 67: Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) nach Geschlecht	115
Tabelle 68: Vergleich der Anteile w/m Patienten der Stichprobenpopulation mit der Gesamtbevölkerung	117
Tabelle 69: 12-Monatesprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung nach Schichtzugehörigkeit	118
Tabelle 70: Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im KiGGS nach Sozialstatus	118
Tabelle 71: Veränderung der Signifikanzen bzgl. Charakteristika der Studienpopulation	136
Tabelle 72: Veränderung der Signifikanzen bezüglich Praxis- und Tätigkeitsform der Psychotherapeuten.....	136
Tabelle 73: Veränderung der Signifikanzen bezüglich übender und suggestiver Techniken: Abrechnungsgenehmigungen	137
Tabelle 74: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Angebots von Gruppentherapie	137
Tabelle 75: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Angebots einzelner Typen von IGeL-Leistungen	138
Tabelle 76: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Angebots von IGeL allgemein und des Umsatzanteils	138

Tabelle 77: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Gründe der Therapeuten gegen das Angebot von IGeL	139
Tabelle 78: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Nebentätigkeit der Psychotherapeuten....	139
Tabelle 79: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Zuweisung der Patienten.....	140
Tabelle 80: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Reaktion der Psychotherapeuten auf Anfragen bei fehlendem Therapieplatz	140
Tabelle 81: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Dauer der Wartezeit.....	140
Tabelle 82: Veränderung der Signifikanzen bezüglich probatorischer und genehmigungspflichtiger Sitzungen.....	141
Tabelle 83: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der Ausschöpfung von Höchstkontingenten und Weiterbehandlungen.....	141
Tabelle 84: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Therapiedauer in Monaten.....	142
Tabelle 85: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Versicherungsstatus der Patienten.....	142
Tabelle 86: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Alters der weiblichen Patienten.....	142
Tabelle 87: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Alters der männlichen Patienten.....	143
Tabelle 88: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Bildungsstandes der erwachsenen Patienten.....	143
Tabelle 89: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Bildungsstandes eines Elternteils von therapierten Kindern.....	144
Tabelle 90: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der durchschnittlichen Arbeitszeit von erwachsenen Patienten	144
Tabelle 91: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der durchschnittlichen Arbeitszeit eines Elternteils von therapierten Kindern	144
Tabelle 92: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der beruflichen Stellung erwachsener Patienten	145
Tabelle 93: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der beruflichen Stellung eines Elternteils von therapierten Kindern.....	145
Tabelle 94: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Zufriedenheit der Therapeuten mit der Kooperation mit Haus-/Kinderärzten	146
Tabelle 95: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Zufriedenheit der Therapeuten mit der Kooperation mit Psychiatern/ Nervenärzten	146
Tabelle 96: Geschlechtsverteilung nach regionalen Merkmalen (insignifikante Werte)	147
Tabelle 97: Niederlassung nach neuen und alten Bundesländern (insignifikante Werte).....	148
Tabelle 98: Therapieform der Psychotherapeuten (insignifikante Werte)	149
Tabelle 99:Übende und suggestive Techniken: Abrechnungsgenehmigungen (insignifikante Werte).....	149
Tabelle 100: Angebot einzelner Typen von IGeL-Leistungen (insignifikante Werte).....	150

Abkürzungsverzeichnis

AP	Analytische Psychotherapie
bzgl.	bezüglich
d.h.	das heißt
df	degrees of freedom (Freiheitsgrade)
DMP	Disease-Management-Programm
DPtV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
Ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
k.A.	keine Angaben
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PP	Psychologischer Psychotherapeut
RKI	Robert Koch Institut
SD	standard deviation (Standardabweichung)
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
VT	Verhaltenstherapie
z.B.	zum Beispiel

1 Einführung und Hintergrund

Eine aktuelle Analyse zeigt einen steigenden Anteil psychischer Erkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit (Wieland 2009), der letzte Bundesgesundheitsurvey 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) weist einen Versorgungsgrad von bundesweit nur 36,4 % aller psychischen Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren aus¹ (Wittchen und Jacobi 2001). Sowohl aus ökonomischer als auch aus der Versorgungsperspektive erscheint eine differenzierte Analyse des Behandlungssystems psychischer Erkrankungen angezeigt.

Gleichzeitig ist dieses System vielfältig und nicht leicht zu überblicken, da viele verschiedene stationäre und ambulante Akteure daran teilnehmen, mit jeweils unterschiedlichen fachlichen Beiträgen. Etliche psychische Störungen können sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch bzw. in vielen Fällen in einer Kombination beider Methoden behandelt werden.

Der Fokus der hier durchgeführten Studie liegt auf der ambulanten Psychotherapie. Auch hier erfolgt die Versorgung durch unterschiedliche niedergelassene Arzt- und Therapeutengruppen; zusätzlich sind Institutsambulanzen von Krankenhäusern und in begrenztem Umfang auch Hochschulambulanzen tätig. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die niedergelassenen Akteure im ambulanten Bereich.

Tabelle 1: Niedergelassene Vertragsärzte und psychologische Psychotherapeuten mit Angebot von Psychotherapie im 4. Quartal 2009

Niedergelassene Vertragsärzte und psychologische Psychotherapeuten mit Angebot von Psychotherapie im 4. Quartal 2009	
Arztgruppe/ Gruppe von Psychotherapeuten	Zahl der Ärzte/Psychotherapeuten
Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde	2.842
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	617
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.257
andere Ärzte mit vorwiegend psychotherapeutischer Tätigkeit	2.340
Psychologische Psychotherapeuten	12.601
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2.306
fachgruppenübergreifende Praxen mit nichtärztlichen Psychotherapeuten	627

Quelle: KBV 2010, eigene Berechnungen

Die an den ersten beiden Stellen aufgeführten Fachärzte für Psychiatrie, für Nervenheilkunde und für Kinder- und Jugendpsychiatrie bieten in der Regel nur zu einem geringen Teil ihrer Arbeitszeit Psychotherapie an (Schulz et al. 2008). Dagegen ist davon auszugehen, dass die übrigen Gruppen im Schwerpunkt Psychotherapien durchführen. Darüber hinaus gibt es andere Fachärzte, die zusätzlich zu ihrer fachärztlichen somatischen Qualifikation eine Zusatzbezeichnung „fachgebundene Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ tragen und auf dieser Basis zu einem Anteil ihrer Arbeitszeit Psychotherapie anbieten dürfen. Zur Quantifizierung dieser Gruppe liegen keine aktuellen Daten vor,

¹ Als Versorgung wird hier jegliche Kontaktaufnahme aufgrund dieser Störungen mit stationär oder ambulant tätigen Ärzten oder Psychotherapeuten gewertet.

auch hier kann jedoch von einem eher geringen Anteil psychotherapeutischer Tätigkeit ausgegangen werden. Legt man nur die Zahl der Therapeuten zu Grunde, die im Schwerpunkt psychotherapeutisch tätig sind, so beträgt der Anteil der ärztlichen Therapeuten lediglich etwa 23 %. Auch unter Berücksichtigung der psychotherapeutischen Tätigkeit der übrigen Ärzte dürfte also die überwiegende Anzahl von Psychotherapien von nichtärztlichen Therapeuten durchgeführt werden.

Auch der Behandlungsbedarf an Psychotherapie ist nicht einfach zu ermitteln. Dies liegt nicht alleine daran, dass jeweils unterschiedliche Behandlungsmethoden für psychische Erkrankungen von verschiedenen Gruppen von Leistungserbringern auch in Kombination miteinander möglich und angemessen sind, so dass der Bedarf an Psychotherapie und erst recht an ambulanter Psychotherapie schwer zu isolieren ist. Schon die epidemiologischen Erkenntnisse in Deutschland im Bereich psychischer Erkrankungen sind unvollständig und je nach Bevölkerungsgruppe unterschiedlich aktuell. Repräsentative Studien liegen lediglich – aus unterschiedlichen Zeiträumen - für zwei große Bevölkerungsgruppen vor. Der Bundesgesundheitsurvey 1998/99 untersuchte die 18- bis 65- jährige deutsche Bevölkerung und ermittelte eine 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen von etwa 32 % (zu den 12-Monats-Prävalenzen einzelner Störungsbilder vgl. Tabelle 2) (Wittchen und Jacobi 2001).

Tabelle 2: 12-Monats-Prävalenz ausgewählter Diagnosen psychischer Störungen bei Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998/99

12-Monats-Prävalenz ausgewählter Diagnosen psychischer Störungen bei Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998/99	
Diagnosen	Erkrankte in % der deutschen Wohnbevölkerung
Psychotische Störungen	2,6 %
Drogenabhängigkeit	0,8 %
Alkoholabhängigkeit	6,3 %
Zwangsstörungen	0,7 %
Essstörungen	0,3 %
Bipolare Störungen	1,3 %
Dysthymie	4,5 %
Depressive Störungen	8,8 %
Phobien	12,6 %
Generalisierte Angststörungen	2,5 %
Panikstörungen	2,3 %
Somatoforme Störungen	11,0 %

Quelle: (Wittchen und Jacobi 2001), eigene Bearbeitung

Repräsentative epidemiologische Ergebnisse in Bezug auf Kinder und Jugendliche lieferte erst der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der durch das Robert-Koch-Institut (RKI) von 2003 bis 2006, also zu einem aktuelleren Zeitraum als der Bundesgesundheitsurvey für die Erwachsenen, durchgeführt wurde (Hölling et al. 2007). Tabelle 3 informiert auch für diesen Personenkreis über die Prävalenz ausgewählter Diagnosen:

Tabelle 3: Prävalenz ausgewählter Diagnosen psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

Prävalenz ausgewählter Diagnosen psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)	
Diagnosen	Erkrankte in % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland
Depressionen	5,4 %
Ängste	10,0 %
ADHS	2,2 %
Störungen des Sozialverhaltens	7,6 %

Quelle: Hölling et al. 2003

Im Bereich älterer Menschen liegen bisher keine repräsentativen Studien vor. In der derzeit laufenden Studie zur Gesundheit Erwachsener des RKI werden in einer Zusatzuntersuchung Psychische Gesundheit allerdings auch, anders als im Bundesgesundheitsurvey 1998/99, ältere Menschen zwischen 65 und 85 Jahren mit einbezogen (Robert-Koch-Institut 2011), so dass hier in den nächsten Jahren verlässlichere Daten zu erwarten sind.

Aktuelle sonstige Informationen über die Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie, die über die Zahl der Versorger, den Umfang abgerechneter Leistungen, allenfalls das Stattfinden irgendeinen Kontakts im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung hinausgehen, wurden bisher in Deutschland nur in wenigen Untersuchungen erhoben. Zepf et al. haben im Rahmen einer Befragung von ärztlichen und psychologischen Anbietern von Psychotherapie im Jahr 2000 Daten zur Versorgung wie z.B. die Wartezeiten auf ein Therapiegespräch erfragt (Zepf, Mengele, und Hartmann 2001). Neuere Ergebnisse aus Patientensicht liefert die Befragung von Albani et al., die im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsstudie 2008-2009 durchgeführt wurde (Albani et al. 2010). Die Studie von Gallas et al. berichtet über die Dauer von Psychotherapien und die Ausschöpfung genehmigter Therapiekontingente bei Versicherten einer großen privaten Krankenversicherung über einen Zeitraum von vier Jahren (Gallas et al. 2010). Es fehlen jedoch aktuelle Ergebnisse aus der Perspektive der Anbieter ambulanter Psychotherapie.

Ziel der hier vorgestellten Fragebogenstudie der DPtV und des Alfried Krupp von Bohlen und Halbach- Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement ist es, die Lücke an aktuellen Informationen mit Erhebungsergebnissen aus Therapeutenperspektive zu füllen. Bedingt durch die Mitgliederstruktur des Verbands können hier allerdings nur Daten zur Versorgungssituation durch Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst werden. Diese beiden Gruppen führen allerdings, wie oben erläutert, einen wesentlichen Anteil der Psychotherapien in Deutschland durch. Ein Teil der Ergebnisse, wie z.B. die Dauer der Wartezeiten, sind außerdem deutliche Indikatoren für die Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie insgesamt.

Die Fragebogenstudie konzentriert sich auf fünf verschiedene Themenbereiche: Nachdem Charakteristika der an der Befragung beteiligten Psychotherapeuten herausgearbeitet wurden (Auswertung der Ergebnisse in Kapitel 3.1), geht es um wesentliche Merkmale des

Versorgungsangebots (vgl. Kapitel 3.2). Ein weiterer Schwerpunkt sind Informationen zum Zugang zur Psychotherapie und zu ihrer Dauer und Bedarfsgerechtigkeit (vgl. Kapitel 3.3). Kapitel 3.4 stellt die Ergebnisse einer Auswertung berichteter demographischer und sozioökonomischer Patientendaten dar. Schließlich wird die Kooperation innerhalb des medizinischen Versorgungssystems untersucht (vgl. Kapitel 3.5). Die Ergebnisse der Studie werden schließlich (in Kapitel 5) auf ihre Aussagekraft bezüglich der Versorgungssituation mit Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland untersucht.

2 Material und Methoden

Nachfolgend werden das Studiendesign, die Ziele der vorliegenden Studie, die Fragebogenentwicklung sowie die Operationalisierung der einzelnen Fragestellungen der Mitgliederbefragung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) näher beleuchtet. Anschließend werden der Studienverlauf, die Datenverarbeitung und -aufbereitung sowie das statistische Vorgehen detailliert aufgezeigt.

2.1 Zentrale Fragestellung und Studienziel

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollten Informationen über das Versorgungsangebot mit ambulanter Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten, über den Zugang zu und die Dauer von Therapien sowie über die Kooperation mit anderen medizinischen Leistungserbringern und über die behandelten Patienten generiert werden. Die Umfrage der DPtV unter ihren Mitgliedern folgt dem Leitinteresse, neue Erkenntnisse über die Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland zu gewinnen.

Zentrales Ziel der Mitgliederbefragung der DPtV war neben der Generierung einer breiten Wissensbasis über die ambulante Psychotherapie die Aufdeckung von Anzeichen für eine potenzielle Unterversorgung, gegebenenfalls auch für (partielle) Über- und Fehlversorgungslagen. Die Studienergebnisse sollten bezüglich möglicher Hinweise auf allgemeine Versorgungsdefizite im Bereich der Psychotherapie in Deutschland analysiert werden. Als eine weitere Fragestellung wurden die Fragebogenergebnisse hinsichtlich möglicher Versorgungsunterschiede zwischen verschiedenen Patientengruppen untersucht. Von besonderem Interesse waren neben regionalen Unterschieden auch Unterschiede in der Versorgungsrealität von Personengruppen nach ihren soziodemographischen Merkmalen.

Als Zielparameter wurden u.a. untersucht

- die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz
- die durchschnittliche Therapiedauer und die Anzahl der durchgeführten Behandlungsstunden je nach Fachkunde
- mögliche Einflüsse von sozioökonomischen Unterschieden auf die Versorgungssituation
- die Teilnahme der Therapeuten an neuen Versorgungsformen
- Charakteristika des Zuweisungs- und Aufnahmesystems.

2.2 Studiendesign und Studienpopulation

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine schriftliche Befragung der Mitglieder der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung mit dem Ziel, die Versorgungsrealität in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland zu beschreiben. Angeschrieben wurden alle regulären Mitglieder der DPtV.

2.2.1 Studienpopulation

Die Studienpopulation der vorliegenden Fragebogenstudie umfasst alle in der DPtV organisierten Psychotherapeuten, also Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Darüber hinaus wurde die Patientenklientel der an der Befragung teilnehmenden Therapeuten näher untersucht. Dabei wurde zum einen die Gesamtheit der Patienten analysiert, die sich im letzten Quartal 2009 in einer psychotherapeutischen Behandlung befanden. Zum anderen wurden sozioökonomische Patientendaten der letzten 10 Patienten der Therapeuten evaluiert. Zur Abschätzung der Bedarfsgerechtigkeit der von den befragten Therapeuten durchgeführten Psychotherapie wurden Angaben zu den Therapiekontingenten der letzten 5 Patienten mit einer angeschlossenen Behandlung näher betrachtet.

2.2.2 Eingesetzter Fragebogen

Zur Analyse der Versorgungsrealität in der ambulanten Psychotherapie wurde von der DPtV in Zusammenarbeit mit dem Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement ein umfassender Fragebogen entwickelt (siehe Anhang 7.1). Das erarbeitete Erhebungsinstrument umfasst insgesamt 28 Fragen und stellt Fragen zu persönlichen Daten der Therapeuten, zu Praxis- und Behandlungsdaten, zum Aufnahmesystem der Therapeuten, zur Patientenklientel, zu den Therapiekontingenten sowie zur Kooperation mit Haus-, Kinder- und anderen Fachärzten. Hinsichtlich der Praxis- und Behandlungsdaten standen neben der Erfassung der Approbationsart und weiteren Qualifikationen der Therapeuten Angaben zur Form der Tätigkeit sowie die Dokumentation von Abrechnungsgenehmigungen, zum Beispiel für übende oder suggestive Techniken oder Gruppentherapien, im Vordergrund (Fragen 1 bis 15). Darüber hinaus wurde in diesem Bereich des Fragebogens auch die Teilnahme der Therapeuten an besonderen Versorgungsformen (Frage 11 bis 13) und die Art sowie der Umfang des Angebots zusätzlicher Leistungen abgefragt (Frage 14 und 15). Das Patientenaufnahmesystem und Informationen zum Einsatz von Wartelisten für Erstgespräche sowie die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch wurden anhand der Fragen 16 bis 18 erhoben.

Die Fragen 20 bis 22 des Erhebungsinstrumentes beziehen sich direkt auf die Patientenklientel der teilnehmenden Therapeuten. Neben dem Versicherungsstatus der Patienten in Fragen 20, welche sich

auf die Gesamtheit der Patienten des letzten Quartals 2009 bezog, wurden auch sozioökonomische Daten in den Fragen 21 und 22 erfasst. Im Gegensatz zu Frage 20 fokussieren die Fragen 21 und 22 zum Beispiel auf Angaben zum Bildungsstand, der beruflichen Stellung sowie der durchschnittlichen Arbeitszeit der letzten 10 Patienten der Therapeuten. Bei diesen Fragen fand zusätzlich eine differenzierte Erhebung für erwachsene Patienten und für jeweils einen Elternteil der behandelten Kinder statt.

Abbildung 1: Beispielfrage zur Erhebung des sozioökonomischen Status der Patienten

22. Sozioökonomischer Status der Patienten bzw. eines Elternteils des behandelten Kindes:

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für jeden der Patienten an!

A) Höchster formaler Bildungsabschluss der Patienten bzw. des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss:

	Raum für Strichliste Erwachsene Patienten	Insgesamt	Raum für Strichliste Elternteil des behandelten Kindes	Insgesamt
ohne Abschluss				
Sonderschulabschluss				
Hauptschulabschluss				
mittlere Reife/Realschulabschluss				
Fachhochschulreife				
Abitur				
Hochschul-/Fachhochschulabschluss				
Unbekannt/Sonstiges:				

Patientenzugangswege und die Zufriedenheit der teilnehmenden Psychotherapeuten mit der Kooperation mit den zuweisenden Haus- und Kinderärzten, aber auch mit anderen Fachärzten wurden entsprechend den Fragen 21 und 22 ebenfalls für die letzten 10 Patienten durch das Erhebungsinstrument erfasst (Fragen 23 bis 27).

Abbildung 2: Beispielfrage zur Kooperation mit Ärzten

24. Kooperation mit Hausärzten/Kinderärzten

Hausarzt/Kinderarzt	Raum für Strichlisten	Insgesamt
Eine Kooperation war/ist notwendig.		
Eine Kooperation fand/findet statt.		
Sofern eine Kooperation stattgefunden hat:		
a) Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <u>zufrieden</u> .		
Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <u>unzufrieden</u> .		
b) Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <u>zufrieden</u> .		
Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <u>unzufrieden</u> .		
c) Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <u>zufrieden</u> .		
Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <u>unzufrieden</u> .		

Die Bedarfsgerechtigkeit der angebotenen Psychotherapie wurde mittels einer speziellen Frage (Frage 28) nach den beantragten und benötigten Therapiekontingenten erfasst. Hierbei sollten die

Therapeuten u.a. die Anzahl der genehmigten Sitzungen sowie den Behandlungszeitraum der letzten fünf abgeschlossenen Behandlungen dokumentieren. Der Fragebogen war an dieser Stelle so aufgebaut, dass ein Patientenbezug in Hinsicht auf die verschiedenen Fragestellungen hergestellt werden konnte.

Abbildung 3: Frage zur Bedarfsgerechtigkeit der ambulanten Psychotherapie

28. Beantragte und benötigte Therapiekontingente

Bitte machen Sie für jede der letzten 5 abgeschlossenen Behandlungen (einschließlich solcher, bei denen nur probatorische Sitzungen bzw. eine biographische Anamnese stattfand) getrennte Angaben!

	Patient bzw. abgeschlossene Therapie				
	1	2	3	4	5
Wieviele Sitzungen waren genehmigt? (bitte Anzahl eintragen!)					
Wieviele Sitzungen davon wurden insgesamt durchgeführt? (bitte Anzahl eintragen!)					
Es fanden nur probatorische Sitzungen bzw. eine biographische Anamnese statt. (bitte ankreuzen, wenn ja!)					
Falls das Höchstkontingent ausgeschöpft wurde – war dieses Kontingent ausreichend? (bitte ankreuzen, wenn ja!)					
Erfolgte nach dem Ende der Therapie eine niederfrequente Weiterbehandlung mit EBM-Leistungen (z.B. Nr.23220, übende Verfahren usw.)? (bitte ankreuzen, wenn ja!)					
Erfolgte nach dem Ende der Therapie eine niederfrequente Weiterbehandlung als Privatbehandlung? (bitte ankreuzen, wenn ja!)					
Der Behandlungszeitraum (vom Erstgespräch bis zum letzten Kontakt) betrug insgesamt. (bitte tragen Sie für jeden Patienten die entsprechende Anzahl der Monate ein!)					

Am Ende des Fragebogens wurde den teilnehmenden Therapeuten die Möglichkeit für Anregungen, Kommentare und für die Äußerung von Kritik gegeben.

Um die Verständlichkeit und Praktikabilität des Fragebogens zu testen, wurde ein Fragebogen-Pretest durchgeführt. Insgesamt wurden 40 Therapeuten für den Pretest angeschrieben und um Mithilfe gebeten. Letztlich nahmen 10 Therapeuten an diesem Pretest teil, und deren Antworten und Anregungen zur Veränderung bzw. Verbesserung des Erhebungsinstrumentes wurden entsprechend berücksichtigt.

2.2.3 Studienverlauf und Fragebogenrücklauf

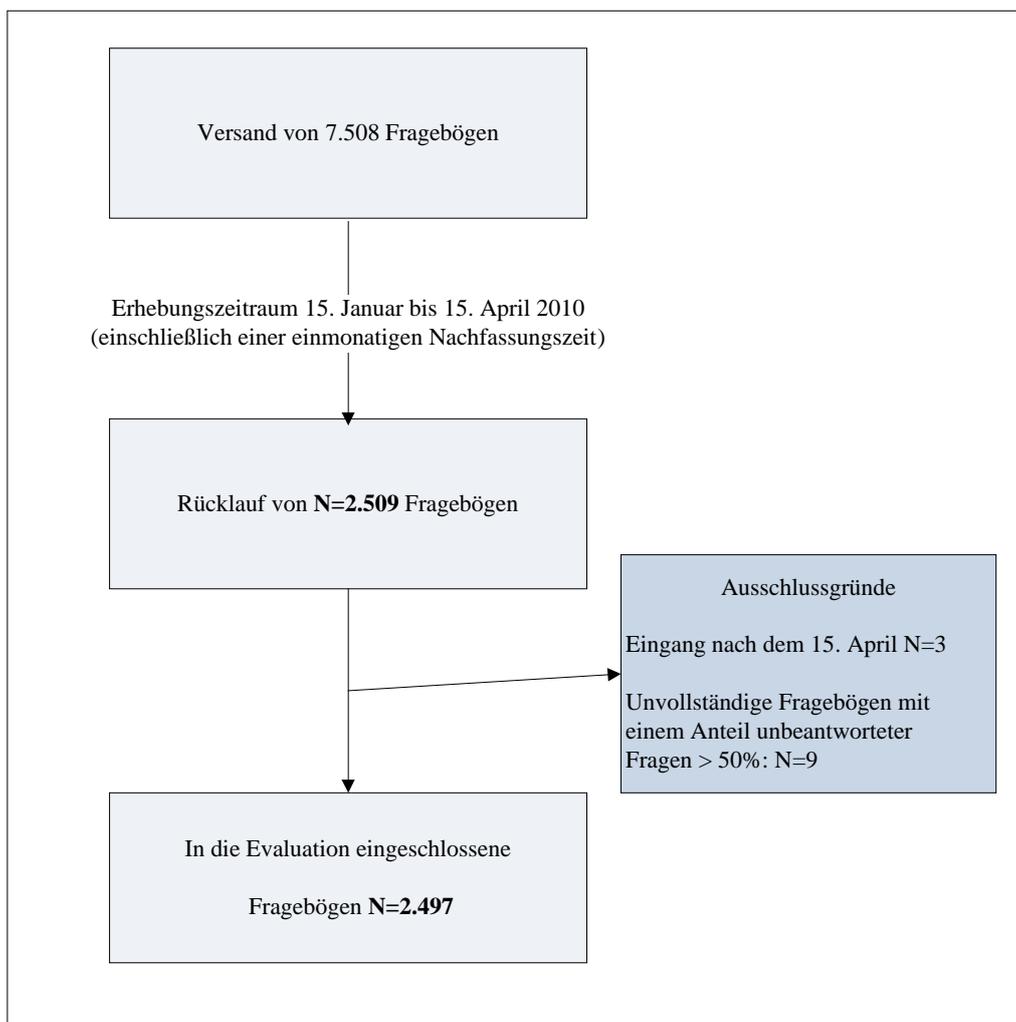
Im Januar 2010 wurden insgesamt 7.508 Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung angeschrieben und um Teilnahme an der Mitgliederbefragung gebeten. Der Erhebungszeitraum der Befragung erstreckte sich vom 15. Januar 2010 bis zum 15. März 2010. Die Erhebungszeit wurde um eine einmonatige Nachfassungszeit (bis einschließlich 15. April 2010) ergänzt. Innerhalb dieses Zeitraums wurden alle DPtV-Mitglieder, die noch nicht auf die Mitgliederbefragung reagiert hatten,

kontaktiert und zur Teilnahme ermutigt. Die Rücklaufquote betrug mit 2.509 beantworteten Fragebögen 33,4 %.

2.2.4 Therapeuteneinschluss

Zur Vermeidung von Verzerrungen wurden in der Evaluation der Mitgliederbefragung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung nur Fragebögen berücksichtigt, bei denen mehr als 50 % der Fragen des Erhebungsinstrumentes ausgefüllt wurden. Ebenso fanden Fragebögen, welche nach dem 15. April 2010 (Abschluss des Nachfassungszeitraums) eingeschickt wurden, in den Analysen keine Berücksichtigung. Basierend auf diesen Ausschlusskriterien wurden von den 2.509 zurückgesendeten Fragebögen 2.497 Fragebögen in die umfassenden Auswertungen einbezogen. Die Rücklaufquote reduziert sich aufgrund dieses Vorgehens jedoch nur leicht auf 33,3 %. Eine detaillierte Darstellung des Studienverlaufes und des Studieneinschlusses findet sich in Abbildung 4.

Abbildung 4: Studienverlauf und Studieneinschluss



Quelle: eigene Darstellung

2.3 Datenverarbeitung und Datenaufbereitung

Im Folgenden soll das Vorgehen zur Datenverarbeitung und -aufbereitung im Vorfeld der eigentlichen Analysen der Fragebogenerhebung vorgestellt werden. Eine ausführliche Beschreibung des statistischen Vorgehens sowie der Datenaufbereitung findet sich in Kapitel 2.4. sowie im Anhang 7.2. Die beantworteten Fragebögen wurden in SPSS in der Version 18 überführt, wobei jeder Therapeut eine Zeile und damit einen Datensatz darstellte – die Ergebnisse der einzelnen Fragen wurden spaltenweise eingetragen. Fehlende bzw. unplausible Werte in einzelnen Variablen führten nicht zum Ausschluss von den Analysen – sie wurden mit dem Wert „999“ gekennzeichnet und in den deskriptiven/bivariaten Analysen jeweils als separate Zeile analysiert und in den Kreuztabellen bzw. ANOVAs im Rahmen des Chi²-Tests berücksichtigt.

Die Plausibilisierungen der einzelnen Antworten erfolgten gemäß eines im Vorfeld gemeinsam mit der DPtV definierten Kodierungsplanes. Nähere Angaben zur Plausibilisierung finden sich in Anhang 7.2.1.

Nach Plausibilisierung der Daten wurden zum Teil neue Variablen für die Analyse aus den Fragebogendaten generiert. Als zentrale Merkmale wurden zur Darstellung des Niederlassungsortes der Therapeuten in den alten oder neuen Bundesländern und der Qualifikation der teilnehmenden Therapeuten für ein therapeutisches Grundverfahren jeweils neue Variablen kodiert. Außerdem wurden Altersklassen für das Alter der Psychotherapeuten gebildet.

Die Altersverteilung der Therapeuten wurde stratifiziert in Altersklassen von 10 Jahren beginnend mit dem 31sten Lebensjahr dargestellt. Therapeuten außerhalb der Spanne 31 bis 70 Jahre wurden den Altersklassen bis 30 Jahre oder >70 Jahre zugeordnet. Auf Basis von KV-Angaben der Therapeuten wurde eine dichotome Ost-West-Variable erstellt. Alle KVen bis auf die KV Berlin ermöglichten eine eindeutige Ost-West-Zuordnung – die KV Berlin wurde der Ausprägung „West“ zugeordnet. Zur Darstellung von Qualifikationen der teilnehmenden Therapeuten (Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) oder analytische Psychotherapie (AP)), welche in der Studie auch als Fachkundenachweise bezeichnet werden, wurden vier dichotome Variablen kodiert (VT, TP, AP/AP+TP und Rest). Alle Therapeuten mit einer Qualifikation entweder in analytischer Psychotherapie (AP) alleine oder sowohl in analytischer Psychotherapie als auch in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) wurden in der Variable AP/ AP+TP zusammengeschlossen. Psychotherapeuten mit mehreren Qualifikationen, die nicht der so definierten Variable AP/AP+TP zugeordnet werden konnten, wurden in der Variable „Rest“ zusammengefasst.

Besonders die Fragen des eingesetzten Erhebungsinstrumentes mit Patientenbezug sorgten durch ihren schwankenden Bezug auf zum Beispiel die Patienten des letzten Quartals 2009 oder die letzten 10 behandelten Patienten bei einem Teil der Therapeuten zu Missverständnissen und einer nicht korrekten Fragenbeantwortung. Dies zeigte sich insbesondere bei den Fragen zu den sozioökonomischen

Merkmale der Patienten, in denen Fallzahlen in Form von Strichlisten abgefragt wurden (siehe Kapitel 2.2.2 und Anhang 7.1).

Es bestand die Frage, wie diese schwankenden Patientenzahlen in den jeweiligen Fragen in den späteren Auswertungen zu bewerten sind. Aufgrund zu geringer resultierender Fallzahlen wurde die Variante verworfen, die Gruppen von Therapeuten mit unterschiedlichem Verständnis des Patientenbezugs der Fragen getrennt auszuwerten. Auch eine Beschränkung der Analysen auf nur die Therapeuten, die die Fragen richtig beantwortet hatten, hätte zu einer deutlichen Fallzahlreduktion geführt.

Unterschiedlich große Patientenkohorten einzelner Therapeuten erweisen sich dann als problematisch, wenn bestimmte Therapeutenmerkmale zu einer tendenziell höheren Quote falsch verstandener Fragen führen würden: Eine deskriptive Analyse auf Basis von Absolutzahlen würde bereits zu Verzerrungen führen - insbesondere wenn einzelne Fragen in bivariaten Analysen nach einzelnen Therapeutenmerkmalen in Kreuztabellen aufgegliedert analysiert werden. Auch in multivariaten Analysen würden signifikante Einflüsse ermittelt werden, die allein auf unterschiedliche Gesamtpatientenzahlen in den Strichlisten zurückzuführen sind. Um diese verzerrende Effekte zu vermeiden, wurden Fragen, in denen Patientenzahlen erhoben wurden (wie z. B. Schulabschlüsse der Patienten, Altersklassen der Patienten usw.) relativiert, sodass mit den jeweiligen Anteilen der besetzten Klassen anstelle der Absolutzahlen gerechnet wurde. Somit war für die weiteren Analysen nicht von Interesse, ob der jeweilige Therapeut richtigerweise die 10 zuletzt behandelten Patienten oder die Patienten des gesamten letzten Quartals angegeben hatte. Eine Verzerrung, die sich aufgrund einer unterschiedlichen Patientenstruktur zwischen der 10 zuletzt behandelten Patienten und denen des gesamten Quartals ergibt, konnte damit jedoch nicht behoben werden.

2.4 Statistisches Vorgehen

Alle statistischen Analysen erfolgten mit der Analysesoftware SPSS in der Version 18. Die deskriptiven und bivariaten Analysen erfolgten in Abhängigkeit von der Skalierung der jeweiligen Antwortvariablen.

Zunächst wurde festgelegt, nach welchen Kriterien die einzelnen Fragen bivariat und multivariat analysiert werden sollten. Dafür wurden sechs Merkmale der Therapeuten festgelegt, die einen vermutlichen Einfluss auf die Antworten hätten haben können. Dieses Variablenset wurde für alle Analysen beibehalten. Neben dem Alter der Therapeuten in Form von 10-Jahres-Altersklassen wurden das Geschlecht, die Approbationsart des Therapeuten, die entsprechende Fachkunde, die Region (ländliche Region, Kleinstadt, mittelgroße Stadt, Großstadt) und die Unterscheidung nach neuen und alten Bundesländern berücksichtigt. Auf diese Merkmale hin wurde in den multivariaten Analysen als Störgrößen (Confounder) kontrolliert (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Zentrale Merkmale und Confounder in den Regressionen

Confounder	zentrale Merkmale und berücksichtigte Confounder in den Regressionen	
	Kodierung	Beschreibung
Alter	Altersklassen dichotom (0= nein; 1= ja) für bivariate Analysen als metrische Variable in den multivariaten Analysen	Alter der Therapeuten
Geschlecht	Dichotom (0=männlich, 1=weiblich)	Geschlecht der Therapeuten
Approbationsart	Dichotom (für jede der 3 Approbationsarten mit 1=ja, 0=nein)	Approbationsart des Therapeuten (PP, KJP oder PP+KJP*)
Fachkunde	Dichotom (für jede der Fachkunden mit 1=ja, 0=nein)	Fachkunde des Therapeuten (VT, TP, AP/AP+TP, Rest*)
Region	In bivariaten Analysen als dichotome Variable (0= nein; 1=ja) In den multivariaten Analysen als ordinal/metrisch	Die Region, in der der Therapeut tätig ist, mit steigendem Wert höhere Regionsdichte (1=ländliches Gebiet/Dorf* , 2=Kleinstadt, 3=mittelgroße Stadt, 4=Großstadt)
Ost/West	Dichotom (0=West, 1=Ost)	Tätigkeit des Therapeuten in den alten oder neuen Bundesländern

Quelle: eigene Darstellung; *fett gedruckte Variablenausprägung als Referenzkategorie verwendet

2.4.1 Bivariate Analysen

In einem ersten Schritt wurden bivariate Analysen vorgenommen. In Abhängigkeit von der Kodierung der Antwortvariablen konnten entweder Kreuztabellen oder aber Mittelwertvergleiche durchgeführt werden, um erste Aussagen zu möglichen Ungleichverteilungen und möglichen Zusammenhängen aufzeigen zu können. Bei einer kategorialen bzw. dichotomen Antwortvariable konnte diese in einer Kreuztabelle mit den zu analysierenden Merkmalen der Therapeuten auf bivariate Zusammenhänge überprüft werden. Die zugehörigen Chi²-Werte der Kreuztabellen basieren dabei auf Randverteilungsanalysen, bei denen die Randsummen auf Basis der tatsächlichen Verteilungen mit denen bei angenommener Gleichverteilung abgeglichen werden. Falls die zu erwartenden Zellhäufigkeiten der Antwortvariablen in den Merkmalen der Therapeuten signifikant von den tatsächlichen Verteilungen abwichen, zeigte sich dies in einem entsprechenden Signifikanzwert für die Gesamttabelle. Somit war eine erste Aussage, dass sich die Antwortvarianten der Frage nicht unsystematisch über die Therapeutenmerkmale verteilen, möglich. Bei einer metrischen Zielvariable wie zum Beispiel der durchschnittlichen Wartezeit der Patienten oder der wöchentlichen Arbeitszeit der Therapeuten konnten über Mittelwertvergleiche in einer ANOVA-Tabelle signifikante Unterschiede nach Therapeutenmerkmal dargestellt werden. Für jedes einfließende Merkmal wurde dabei ein entsprechender Signifikanzwert ausgegeben, der die Aussage zulässt, ob die Beantwortung der Frage für das jeweilige Merkmal signifikant von anderen Merkmalen abweicht.

In der Ergebnisbeschreibung (vgl. Kapitel 3 und 4) werden insignifikante Ergebnisse in den Tabellen als grau markierte Werte dargestellt. Auswertungen, welche nur insignifikante Werte beinhalten, sind im Anhang 7.4 dokumentiert.

2.4.2 Multivariate Analysen

Multivariate Analysen wurden in der Auswertung für zwei verschiedene Zwecke angewandt. Zur Überprüfung der Effekte der einzelnen Therapeutenmerkmale – exklusive möglicher anderer Einflüsse – wurden erstens die bisherigen bivariaten Analysen um multivariate Modelle erweitert. Dabei wurden die bivariat ermittelten Zusammenhänge in multivariaten Analysen um mögliche verzerrende Effekte bereinigt, indem für alle Regressionsmodelle für ein festes Variablenet von Confoundern kontrolliert wurde. Dabei war die Wahl der Regressionsmethode und der einzelnen Parameter mit Blick auf die jeweilige Fragestellung im Vorfeld zu definieren.

Im Rahmen der multivariaten Analysen konnte somit überprüft werden, ob der signifikante Effekt eines Therapeutenmerkmals bei Bereinigung um alle anderen relevanten Effekte weiterhin bestehen bleibt. Das fest definierte Variablenet entspricht den Merkmalen, die bereits in den Kreuztabellen und Mittelwertvergleichen verwendet wurden, wobei die Variablen für das Alter und die Region des Therapeuten in etwas abweichender Kodierung verwendet wurden. Statt der in den bivariaten Analysen verwendeten Altersklassen wurde in den multivariaten Analysen die metrische Variable Alter verwendet, um den Gesamteinfluss von steigendem/sinkenden Alter erfassen zu können. Die beiden äußeren Altersklassen wiesen sehr niedrige Fallzahlen auf und hätten deshalb in den multivariaten Analysen entfernt werden müssen. Die Region wurde ebenfalls mit einer einzigen Gesamtvariable (kodiert von 1 bis 4) erfasst, um den Effekt einer steigenden Regionsdichte abbilden zu können (vgl. Tabelle 4).

In weiteren spezifischen Regressionsanalysen wurden konkrete Zusammenhangshypothesen analysiert. In jedem einzelnen Modell wurde eine zusätzliche Exposition definiert, deren Zusammenhang mit der Zielvariable analysiert werden sollte. Eine ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich in Anhang 7.2.2.

3 Studienergebnisse

3.1 Charakteristika der Studienpopulation

Im nachfolgenden Kapitel soll die Studienpopulation der Mitgliederbefragung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung vorgestellt werden. Dazu werden die demographischen Merkmale und (anhand der Approbationsart und des Fachkundenachweises) die therapeutische Ausrichtung der teilnehmenden Therapeuten sowie strukturelle regionale Merkmale ihrer Niederlassungsorte beschrieben. Ein Vergleich der Teilnehmer mit der Gesamtheit der in Deutschland tätigen nichtärztlichen Psychotherapeuten findet sich in Abschnitt 3.1.4.

3.1.1 Demographische Merkmale der Studienpopulation

Tabelle 5 informiert über die demographischen Merkmale der Therapeuten. Die Altersverteilung wurde stratifiziert in Altersklassen von 10 Jahren beginnend mit dem 31sten Lebensjahr dargestellt. Therapeuten außerhalb der Spanne 31 bis 70 Jahre wurden den Altersklassen bis 30 Jahre oder >70 Jahre zugeordnet. Insgesamt waren mit 71,3 % über zwei Drittel der gesamten Studienpopulation weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter der Therapeuten betrug 51,8 Jahre (SD 7,5 Jahre), wobei weibliche Therapeuten mit 51,3 Jahren (SD 7,5 Jahre) ein statistisch signifikant geringeres Durchschnittsalter aufwiesen als ihre männlichen Kollegen mit 53,1 Jahren (SD 7,0 Jahre). Lediglich ein geringer Anteil der teilnehmenden Therapeuten war 30 Jahre alt oder jünger (0,4 %) bzw. über 70 Jahre alt (0,2 %). Betrachtet man die Altersverteilung zwischen den Geschlechtern, fällt auf, dass lediglich in den Altersklassen 51-60 Jahre und 61-70 Jahre anteilig mehr männliche Therapeuten vertreten sind, in allen anderen Altersklassen überwiegt unter den Teilnehmern der Anteil weiblicher Therapeuten. Berechnet man die Geschlechterverteilung innerhalb der jeweiligen Altersklassen, zeigt sich, dass der Anteil der Frauen in den jüngeren Altersklassen zunimmt. Zum Beispiel beträgt der Frauenanteil in der Altersklasse bis 30 Jahre 90 %, wohingegen der Frauenanteil in der Altersklasse der 51 bis 60-jährigen Therapeuten nur noch bei 68,1 % liegt.

Tabelle 5: Altersverteilung der Studienpopulation

	Altersverteilung der Studienpopulation															
	N ^{1,3}		Alter ^{2,3}		Altersklassen ^{1,3,4}											
					bis 30 Jahre		31- 40 Jahre		41- 50 Jahre		51- 60 Jahre		61- 70 Jahre		>70 Jahre	
alle Psychotherapeuten⁴:	2.497	100%	51,8	7,5	10	0,4%	147	5,9%	898	36%	1.110	44,5%	309	12,4%	6	0,2%
Geschlecht^{4,5}:																
männlich	714	28,7% ³	53,1 ³	7,0	1	0,1% ³	30	4,2% ³	213	29,9% ³	354	49,7% ³	113 ³	15,9% ³	1	0,1% ³
weiblich	1.771	71,3% ³	51,3 ³	7,5	9	0,5% ³	117	6,6% ³	683	38,7% ³	756	42,8% ³	196 ³	11,1% ³	5	0,3% ³
Approbationsart^{4,6}:																
PP	1.857	74,4% ³	51,8 ³	7,4	6	0,3% ³	103	5,6% ³	697	37,7% ³	804	43,5% ³	234	12,7% ³	5	0,3% ³
KJP	91	3,6% ³	46,8 ³	8,4	3	3,3% ³	18	19,8% ³	33	36,3% ³	35	38,5% ³	2	2,2% ³	0	0,0% ³
PP+KJP	548	21,9% ³	52,7 ³	6,9	1	0,2% ³	26	4,8% ³	168	31,1% ³	271	50,2% ³	73	13,5% ³	1	0,2% ³
Fachkunde⁴:																
VT	1.542	61,8% ³	50,3 ³	7,7	9	0,6% ³	137	8,9% ³	646	42,1% ³	589	38,3% ³	151	9,8% ³	4	0,3% ³
TP	771	30,9% ³	54,3 ³	6,2	1	0,1% ³	8	1,0% ³	206	26,9% ³	426	55,6% ³	123	16,1% ³	2	0,3% ³
AP/AP+TP	86	3,4% ³	54,5 ³	6,5	0	0,0% ³	1	1,2% ³	26	30,2% ³	43	50,0% ³	16	18,6% ³	0	0,0% ³
Rest	98	3,9% ³	54,7 ³	6,0	0	0,0% ³	1	1,1% ³	20	21,7% ³	52	56,5% ³	19	20,7% ³	0	0,0% ³
Niederlassung Ost/West⁷:																
östliche KVen (NBL)	270	11,8% ³	48,2 ³	8,8	4	1,5% ³	57	21,2% ³	89	33,1% ³	101	37,5% ³	17	6,3% ³	1	0,4% ³
westliche KVen (NBL)	2.021	88,2% ³	52,2 ³	7,0	2	0,1% ³	82	4,1% ³	746	37,1% ³	921	45,8% ³	258	12,8% ³	3	0,1% ³
Region nach Siedlungsstruktur⁸:																
ländliche Region	178	7,2% ³	52,9 ³	7,0	0	0,0%	7	4,0%	59	33,3%	80	45,2%	30	16,9%	1	0,6%
Kleinstadt	388	15,7% ³	50,9 ³	7,3	2	0,5%	25	6,5%	150	39,2%	167	43,6%	38	9,9%	1	0,3%
Mittelstadt	593	24,0% ³	51,4 ³	7,3	3	0,5%	34	5,8%	228	38,6%	261	44,2%	65	11,0%	0	0,0%
Großstadt	1.309	53,0% ³	52,1 ³	7,4	5	0,4%	77	5,9%	456	35,0%	590	45,3%	170	13,1%	4	0,3%

	Altersverteilung der Studienpopulation (Fortsetzung)															
	N ^{1,3}		Alter ^{2,3}		Altersklassen ^{1,3,4}											
					bis 30 Jahre		31- 40 Jahre		41- 50 Jahre		51- 60 Jahre		61- 70 Jahre		>70 Jahre	
KV-Gebiete⁹:																
Baden-Württemberg	188	8,2% ³	51,6 ³	7,3	1	0,5% ³	12	6,5% ³	68	36,8% ³	80	43,2% ³	24	13,0% ³	0	0,0% ³
Bayern	277	12,1% ³	51,8 ³	7,4	0	0,0% ³	15	5,4% ³	108	39,1% ³	111	40,2% ³	42	15,2% ³	0	0,0% ³
Berlin	184	8,0% ³	52,7 ³	7,7	0	0,0% ³	10	5,4% ³	60	32,6% ³	83	45,1% ³	30	16,3% ³	1	0,5% ³
Brandenburg	55	2,4% ³	51,3 ³	7,6	0	0,0% ³	4	7,3% ³	19	34,5% ³	27	49,1% ³	5	9,1% ³	0	0,0% ³
Bremen	53	2,3% ³	56,0 ³	6,6	0	0,0% ³	1	1,9% ³	10	18,9% ³	29	54,7% ³	12	22,6% ³	1	1,9% ³
Hamburg	164	7,2% ³	54,7 ³	6,1	0	0,0% ³	2	1,2% ³	41	25,0% ³	93	56,7% ³	28	17,1% ³	0	0,0% ³
Hessen	167	7,3% ³	52,7 ³	6,8	0	0,0% ³	4	2,4% ³	62	37,6% ³	77	46,7% ³	22	13,3% ³	0	0,0% ³
Mecklenburg-Vorpommern	18	0,8% ³	51,7 ³	7,0	0	0,0% ³	0	0,0% ³	8	44,4% ³	7	38,9% ³	3	16,7% ³	0	0,0% ³
Niedersachsen	206	9,0% ³	52,7 ³	6,7	1	0,5% ³	8	3,9% ³	61	29,8% ³	113	55,1% ³	22	10,7% ³	0	0,0% ³
Nordrhein	314	13,7% ³	51,3 ³	6,8	0	0,0% ³	15	4,8% ³	132	42,0% ³	133	42,4% ³	34	10,8% ³	0	0,0% ³
Rheinland-Pfalz	131	5,7% ³	51,0 ³	6,6	0	0,0% ³	3	2,3% ³	63	48,1% ³	53	40,5% ³	11	8,4% ³	1	0,8% ³
Saarland	16	0,7% ³	51,7 ³	7,4	0	0,0% ³	0	0,0% ³	9	56,3% ³	6	37,5% ³	1	6,3% ³	0	0,0% ³
Sachsen	140	6,1% ³	45,8 ³	8,9	4	2,9% ³	42	30,0% ³	50	35,7% ³	38	27,1% ³	5	3,6% ³	1	0,7% ³
Sachsen-Anhalt	14	0,6% ³	48,1 ³	8,9	0	0,0% ³	3	21,4% ³	6	42,9% ³	4	28,6% ³	1	7,1% ³	0	0,0% ³
Schleswig-Holstein	88	3,8% ³	52,6 ³	7,0	0	0,0% ³	2	2,3% ³	33	38,4% ³	40	46,5% ³	11	12,8% ³	0	0,0% ³
Thüringen	43	1,9% ³	50,9 ³	8,3	0	0,0% ³	8	19,0% ³	6	14,3% ³	25	59,5% ³	3	7,1% ³	0	0,0% ³
Westfalen-Lippe	233	10,2% ³	51,3 ³	6,7	0	0,0% ³	10	4,3% ³	99	42,5% ³	103	44,2% ³	21	9,0% ³	0	0,0% ³

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung

³ Signifikanz $p \leq 0,05$

⁴ Bezüglich des Durchschnittsalters und der Altersklassen liegen nur Angaben von N=2.480 Psychotherapeuten (99,3%) vor (fehlende Angaben N=17)

⁵ Bezüglich des Geschlechts liegen nur Angaben von N=2.485 Psychotherapeuten (99,5%) vor (fehlende Angaben N=12)

⁶ Bezüglich der Approbation liegen nur Angaben von N=2.496 Psychotherapeuten (99,9%) vor (fehlende Angaben N=1)

⁷ Bezüglich des Niederlassungsortes (Ost/West) liegen für die Stichprobe Angaben von N=2.291 Psychotherapeuten (91,7%) vor (fehlende Angaben N=206), die Berechnung des Durchschnittsalters sowie die Differenzierung nach Altersklassen konnte nur für N=2.281 Psychotherapeuten vorgenommen werden.

⁸ Bezüglich der Region nach Siedlungsstruktur liegen nur Angaben von N=2.468 Psychotherapeuten (98,8%) vor (fehlende Angaben N=29), die Berechnung des Durchschnittsalters sowie die Differenzierung nach Altersklassen konnte nur für N=2.453 Psychotherapeuten vorgenommen werden (fehlende Angaben N=15)

⁹ Bezüglich der KV-Bereiche liegen nur Angaben von N=2.291 Psychotherapeuten (91,7%) vor (fehlende Angaben N=206), die Berechnung des Durchschnittsalters sowie die Differenzierung nach Altersklassen konnte nur für N=2.281 Psychotherapeuten vorgenommen werden (fehlende Angaben N=10)

Quelle: eigene Berechnungen

3.1.2 Therapeutische Ausrichtung

In der Erhebung wurden die Therapeuten nach der Art ihrer Approbation sowie ihres Fachkundenachweises² befragt.

Insgesamt hatten 74,4 % der Befragten eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP) und 3,6 % als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP), 21,9 % hatten eine Approbation als PP mit einer zusätzlichen Abrechnungsgenehmigung als KJP (PP + KJP). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren mit einem Durchschnittsalter von 46,8 Jahren (SD 8,4 Jahre) statistisch signifikant jünger als die Psychologischen Psychotherapeuten (Durchschnittsalter 51,8 Jahre; SD 7,4 Jahre) und auch als die Therapeuten mit beiden Qualifikationen (PP+KJP Durchschnittsalter 52,7 Jahre; SD 6,9 Jahre). Eine Analyse nach Altersklassen ergibt ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Approbationsarten. Der Anteil der KJP ist in den jungen Altersklassen (bis 30 Jahre und 31-40 Jahre) im Vergleich zu den PP sowie PP+KJP am höchsten. In allen Approbationsgruppen waren statistisch signifikant mehr Frauen vertreten, wobei der Anteil weiblicher Therapeuten unter den KJP mit 78,0 % am höchsten ist (siehe Tabelle 5 und Tabelle 6).

Tabelle 6: Geschlechterverteilung der Stichprobe

	Geschlechterverteilung der Stichprobe			
	männlich ^{1,2,3}		weiblich ^{1,2,3}	
Approbationsart:				
PP	516	27,8% ²	1.338	72,2% ²
KJP	20	22,0% ²	71	78,0% ²
PP+KJP	178	33,0% ²	362	67,0% ²
Fachkunde:				
VT	468	30,4% ²	1.069	69,6% ²
TP	183	23,8% ²	585	76,2% ²
AP/AP+TP	25	29,1% ²	61	70,9% ²
Rest	38	40,4% ²	56	59,6% ²

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet
² Signifikanz $p < 0,05$
³ Bezüglich des Geschlechts liegen nur Angaben von N=2.485 Psychotherapeuten (99,5%) vor (fehlende Angaben N=12)

Quelle: eigene Berechnungen

Als Qualifikation für ein Verfahren wurde mit 61,8 % von der Mehrheit der teilnehmenden Therapeuten ein verhaltenstherapeutischer Fachkundenachweis (VT) angegeben, in der Häufigkeit gefolgt von einem Fachkundenachweis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) (30,9 %) und für analytische Psychotherapie (AP/AP+TP)³ (3,4%). Mehrere Fachkundenachweise als

² In den Tabellen in dieser Studie wird der Begriff „Fachkundenachweis“ durchgehend für die Qualifikation für ein therapeutisches Grundverfahren verwendet.

³ Alle Psychotherapeuten mit Fachkundenachweisen AP und AP+TP werden in dieser Studie unter der Klasse „AP/AP+TP“ zusammengefasst.

Qualifikation wiesen 3,9 % der Psychotherapeuten auf (Rest)⁴. Diese waren mit einem Durchschnittsalter von 54,7 Jahren (SD 6,0 Jahre) statistisch signifikant am ältesten. Die Gruppe der Befragten mit nur einem Fachkundenachweis in VT wies mit 50,3 Jahren (SD 7,7 Jahre) das niedrigste Durchschnittsalter auf. Weibliche Psychotherapeuten waren in allen Fachkundegruppen statistisch signifikant häufiger vertreten (siehe Tabelle 6). Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Altersverteilung stratifiziert nach Fachkunde.

Betrachtet man die Verteilung der Verfahren nach Art der Approbation, fällt auf, dass die prozentuale Häufigkeit einer verhaltenstherapeutischen Qualifikation in der Gruppe der Therapeuten mit einer Approbation als PP und mit einer zusätzlichen Abrechnungsgenehmigung als KJP am größten ist (69,2 %). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben mit 9,9 % relativ häufiger als ihre Kollegen eine Qualifikation im Verfahren der analytischen Psychotherapie.

Tabelle 7: Fachkunde nach Approbationsart

	Fachkunde nach Approbationsart							
	VT ^{1,2,3}		TP ^{1,2,3}		AP/AP+TP ^{1,2,3}		Rest ^{1,2,3}	
Approbationsart:								
PP	1.110	59,8% ²	625	33,7% ²	61	3,3% ²	61	3,3% ²
KJP	53	58,2% ²	27	29,7% ²	9	9,9% ²	2	2,2% ²
PP+KJP	379	69,2% ²	119	21,7% ²	16	2,9% ²	34	6,2% ²
¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² Signifikanz $p \leq 0,05$ ³ Bezüglich der Fachkunde lagen für N=2.496 Psychotherapeuten Angaben vor								

Quelle: eigene Berechnungen

3.1.3 Regionale Merkmale der Studienpopulation

Als regionale Merkmale der Studienpopulation wurden die Daten zu den Niederlassungsorten der teilnehmenden Therapeuten nach drei Merkmalen ausgewertet: der Lage in den alten oder neuen Bundesländern, der zuständigen KV, sowie der Struktur des Siedlungsraumes.

Insgesamt war mit 88,2 % die Mehrheit der teilnehmenden Therapeuten in den alten Bundesländern niedergelassen. Im KV-Gebiet Nordrhein, zu dem die Ballungsgebiete des Rheinlandes und Teile des Ruhrgebiets gehören, waren mit 13,7 % anteilmäßig die meisten Psychotherapeuten tätig. Betrachtet man die Altersverteilung der Therapeuten nach KV-Gebieten in Tabelle 5, fällt auf, dass Therapeuten mit einer Niederlassung in den neuen Bundesländern mit 48,2 Jahren (SD 8,8 Jahre) ein statistisch signifikant niedrigeres Durchschnittsalter aufwiesen als Therapeuten mit einer Niederlassung in den alten Bundesländern (Durchschnittsalter 52,2 Jahre; SD 7,0 Jahre). Dies spiegelt sich ebenfalls in den Altersstrukturen der einzelnen KVen wider: Therapeuten aus den KVen Sachsen und Sachsen-Anhalt waren mit 45,8 Jahren (SD 8,9 Jahre) bzw. 48,1 Jahren (SD 8,9 Jahre) statistisch signifikant am jüngsten. Hingegen fanden sich in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg die Therapeuten mit dem

⁴ Psychotherapeuten mit mehreren Fachkundenachweisen werden in dieser Studie unter der Klasse „Rest“ zusammengefasst.

höchsten Durchschnittsalter (Bremen 56,0 Jahre (SD 6,6 Jahre) und Hamburg 54,7 Jahre (SD 6,1 Jahre)) (siehe Tabelle 5).

Mit Blick auf die Struktur des Siedlungsraums am Niederlassungsort zeigte sich, dass Therapeuten, welche in ländlichen Regionen tätig waren, mit 52,9 Jahren (SD 7,0 Jahre) signifikant das höchste Durchschnittsalter aufwiesen. Demgegenüber hatte die Gruppe der Therapeuten mit einem Tätigkeitsgebiet in einer Kleinstadt mit einem Durchschnittsalter von 50,9 Jahren (SD 7,3 Jahre) die jüngste Altersstruktur (siehe Tabelle 5).

Signifikante geschlechterspezifische Unterschiede hinsichtlich der Wahl des Niederlassungsortes konnten nicht identifiziert werden (siehe Anhang 7.4 Tabelle 96).

Differenziert nach Approbationsart der Therapeuten sowie nach Fachkundenachweisen zeigt sich, dass in allen Gruppen die Mehrheit der Therapeuten ihrer Tätigkeit in großstädtischen Gebieten nachgingen (siehe Tabelle 8). Dies gilt besonders für Psychologische Psychotherapeuten, von denen 56,8 % in einer Großstadt praktizierten, wohingegen 35,2 % der KJP und 43,4 % der PP+KJP dort tätig waren. Demgegenüber nimmt der Anteil der Therapeuten mit Approbation als PP an allen Psychotherapeuten mit sinkender Siedlungsdichte ab. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind mit 12,1 % der Befragten dieser Gruppe in ländlichen Regionen vergleichsweise stark vertreten, gegenüber nur 7,4 % der PP+KJP und 6,9 % der PP.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Fachkundenachweis und KV-Region, war der Anteil der Psychotherapeuten mit einem Fachkundenachweis in Verhaltenstherapie, Analytischer Psychotherapie oder mehreren Verfahren jeweils im KV-Gebiet Nordrhein mit 14,5 %, 12,8 % und 14,8 % am höchsten. Hingegen wurde bei Therapeuten mit einem Fachkundenachweis in tiefenpsychologischer Psychotherapie am häufigsten eine Niederlassung im KV-Gebiet Hamburg dokumentiert (siehe Tabelle 9 und Tabelle 10).⁵

⁵ Die Ergebnisse der hier dargestellten bivariaten Ergebnisse wurden überwiegend in multivariaten Analysen bestätigt (vgl. Tabelle 71 im Anhang 7.3). Lediglich hinsichtlich der Geschlechtsverteilung nach Approbationsart der Therapeuten und der Verteilung der Fachkundenachweise nach Siedlungsraum blieben die bivariat statistisch signifikanten Unterschiede nicht durchgängig erhalten.

Tabelle 8: Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach Siedlungsstruktur

	Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach Siedlungsstruktur							
	Ländliche Region ^{1,2}		Kleinstadt ^{1,2}		Mittelstadt ^{1,2}		Großstadt ^{1,2}	
Approbationsart³:								
PP	127	6,9% ²	263	14,3% ²	404	22,0% ²	1.042	56,8% ²
KJP	11	12,1% ²	18	19,8% ²	30	33,0% ²	32	35,2% ²
PP+KJP	40	7,4% ²	107	19,8% ²	159	29,4% ²	235	43,4% ²
Fachkunde⁴:								
VT	100	6,6% ²	260	17,1% ²	397	26,0% ²	767	50,3% ²
TP	60	7,9% ²	100	13,1% ²	160	21,0% ²	442	58,0% ²
AP/AP+TP	8	9,3% ²	16	18,6% ²	12	14,0% ²	50	58,1% ²
Rest	10	10,4% ²	12	12,5% ²	24	25,0% ²	50	52,1% ²

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet
² Signifikanz p≤ 0,05
³ Bezüglich der Approbation und der Region nach Siedlungsstruktur lagen Angaben von N=2.468 Psychotherapeuten (98,8%) vor
⁴ Bezüglich der Fachkunde und der Region nach Siedlungsstruktur lagen Angaben von N=2.468 Psychotherapeuten (98,8%) vor

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 9: Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach KV-Gebieten

	Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach KV-Gebieten															
	Baden-Württemberg ^{1,2}		Bayern ^{1,2}		Berlin ^{1,2}		Brandenburg ^{1,2}		Bremen ^{1,2}		Hamburg ^{1,2}		Hessen ^{1,2}		Mecklenburg-Vorpommern ^{1,2}	
Approbationsart³:																
PP	124	7,3% ²	199	11,7% ²	143	8,4% ²	34	2,0% ²	47	2,8% ²	143	8,4% ²	126	7,4% ²	14	0,8% ²
KJP	11	12,9% ²	13	15,3% ²	2	2,4% ²	0	0,0% ²	0	0,0% ²	1	1,2% ²	8	9,4% ²	0	0,0% ²
PP+KJP	53	10,6% ²	65	13,0% ²	39	7,8% ²	21	4,2% ²	6	1,2% ²	20	4,0% ²	33	6,6% ²	4	0,8% ²
Fachkunde⁴:																
VT	136	9,6% ²	192	13,5% ²	121	8,5% ²	35	2,5% ²	17	1,2% ²	47	3,3% ²	108	7,6% ²	9	0,6% ²
TP	36	5,1% ²	66	9,3% ²	47	6,6% ²	17	2,4% ²	31	4,4% ²	107	15,1% ²	52	7,3% ²	7	1,0% ²
AP/AP+TP	8	10,3% ²	10	12,8% ²	10	12,8% ²	2	2,6% ²	3	3,8% ²	6	7,7% ²	1	1,3% ²	0	0,0% ²
Rest	8	9,1% ²	9	10,2% ²	6	6,8% ²	1	1,1% ²	2	2,3% ²	4	4,5% ²	6	6,8% ²	2	2,3% ²

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet
² Signifikanz p≤ 0,05
³ Bezüglich der Approbation und der Region nach Siedlungsstruktur lagen Angaben von N=2.468 Psychotherapeuten (98,8%) vor
⁴ Bezüglich der Fachkunde und der Region nach Siedlungsstruktur lagen Angaben von N=2.468 Psychotherapeuten (98,8%) vor

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 10: Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach KV-Gebieten (Fortsetzung)

	Approbationsart und Fachkundenachweis der Therapeuten nach KV-Gebieten (Fortsetzung)																	
	Niedersachsen ^{1,2}		Nordrhein ^{1,2}		Rheinland-Pfalz ^{1,2}		Saarland ^{1,2}		Sachsen ^{1,2}		Sachsen-Anhalt ^{1,2}		Schleswig-Holstein ^{1,2}		Thüringen ^{1,2}		Westfalen-Lippe ^{1,2}	
Approbationsart³:																		
PP	160	9,4% ²	234	13,7% ²	9	5,3% ²	12	0,7% ²	98	5,7% ²	9	0,5% ²	76	4,5% ²	30	1,8% ²	166	9,7% ²
KJP	7	8,2% ²	8	9,4% ²	8	9,4% ²	1	1,2% ²	10	11,8% ²	1	1,2% ²	2	2,4% ²	1	1,2% ²	12	14,1% ²
PP+KJP	39	7,8% ²	72	14,4% ²	33	6,6% ²	3	0,6% ²	32	6,4% ²	4	0,8% ²	10	2,0% ²	12	2,4% ²	55	11,0% ²
Fachkunde⁴:																		
VT	116	8,2% ²	206	14,5% ²	96	6,8% ²	12	0,8% ²	103	7,3% ²	10	0,7% ²	38	2,7% ²	14	1,0% ²	157	11,1% ²
TP	74	10,5% ²	85	12,0% ²	25	3,5% ²	3	0,4% ²	31	4,4% ²	0	0,0% ²	41	5,8% ²	20	2,8% ²	66	9,3% ²
AP/ AP+TP	6	7,7% ²	10	12,8% ²	7	9,0% ²	0	0,0% ²	5	6,4% ²	2	2,6% ²	3	3,8% ²	4	5,1% ²	1	1,3% ²
Rest	10	11,4% ²	13	14,8% ²	3	3,4% ²	1	1,1% ²	1	1,1% ²	2	2,3% ²	6	6,8% ²	5	5,7% ²	9	10,2% ²
¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet																		
² Signifikanz $p \leq 0,05$																		
³ Bezüglich der Approbation und des KV-Bereiches lagen Angaben von N=2.291 Psychotherapeuten (91,7%) vor																		
⁴ Bezüglich der Fachkunde und des KV-Bereiches lagen Angaben von N=2.291 Psychotherapeuten (91,7%) vor																		

Quelle: eigene Berechnungen

3.1.4 Vergleich der Studienpopulation mit der Grundgesamtheit der nichtärztlichen Psychotherapeuten

Aufgrund der Mitgliederzusammensetzung der DPtV kann die Zusammensetzung der Studienpopulation nicht das Gesamtspektrum der zum Angebot ambulanter Psychotherapie Zugelassenen erfassen. So konnten keine ärztlichen Psychotherapeuten befragt werden. Allerdings dürfte, wie in Kapitel 1 erläutert, ein überwiegender Anteil des Angebots ambulanter Psychotherapie mit über 70 % durch nichtärztliche Psychotherapeuten erfolgen.

Zur Abbildung der Repräsentativität der Studienergebnisse im Bereich der nichtärztlichen Psychotherapeuten wurde die Stichprobenpopulation mit der Grundgesamtheit aller zugelassenen nichtärztlichen Psychotherapeuten im 3. Quartal 2009 anhand der Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verglichen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 11.

Im Vergleich zur Grundgesamtheit aller zugelassenen nichtärztlichen Psychotherapeuten zeigt sich eine durch die Verbandsstrukturen der DPtV bedingte Unterrepräsentation der reinen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten innerhalb der Studienpopulation mit 3,6 % vs. 14,7 %. Der Anteil der Therapeuten mit Behandlungsberechtigung für Kinder und Erwachsene (PP+KJP) ist hingegen mit 21,9 % der Studienteilnehmer deutlich höher als in der Grundgesamtheit (3,9 %).

Eine entsprechende Gegenüberstellung hinsichtlich der unterschiedlichen Fachkundenachweise konnte aufgrund einer fehlenden Differenzierung der KBV-Daten nur begrenzt vorgenommen werden. Lediglich bezüglich der Qualifikation für Verhaltenstherapie war basierend auf den Angaben zu abgerechneten VT-Leistungen ein Vergleich möglich. Ein Therapeut fiel in der Darstellung der KBV-Daten dann in die Gruppe der VT, wenn je Quartal mindestens 5 verhaltenstherapeutische Leistungen abgerechnet wurden. Gegenüber dem Anteil von 61,8 % mit Fachkunde VT in der Studienpopulation lag der Anteil der Therapeuten, die VT-Leistungen im 3. Quartal 2009 abgerechnet hatten, bei 47,8 %. Die Niederlassungsverteilung der Therapeuten nach alten und neuen Bundesländern ist zwischen der Studienpopulation und der Grundgesamtheit der zugelassenen Therapeuten annähernd vergleichbar (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Vergleich der Studienpopulation mit den zugelassenen nichtärztlichen Psychotherapeuten im 3. Quartal 2009

	Vergleich der Studienpopulation mit den zugelassenen nichtärztlichen Psychotherapeuten im 3. Quartal 2009			
	Studienpopulation ¹ N=2.497		Zugelassene Therapeuten im 3. Quartal 2009 (Quelle KBV 2010) ¹ N=15.637	
Approbationsart²:				
PP	1.857	74,4%	12.729	81,4%
KJP	91	3,6%	2.291	14,7%
PP+KJP	548	21,9%	617	3,9%
Fachkunde:				
VT	1.542	61,8%	7.474 ³	47,8%
TP	771	30,9%	k.A.	k.A.
AP/AP+TP	86	3,4%	k.A.	k.A.
Rest	98	3,9%	k.A.	k.A.
Niederlassung Ost/West⁴:				
östliche KVen	270	11,8%	1.396	8,9%
westliche KVen	2.021	88,2%	14.245	91,1%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet
² Bezüglich der Approbation liegen für die Stichprobe nur Angaben von N=2.496 Psychotherapeuten (99,9%) vor (fehlende Angaben N=1)
³ Die Anzahl der VT in der Gesamtheit der zugelassenen Therapeuten im 3. Quartal 2009 setzt sich zusammen aus N=6.941 PP mit Fachkundenachweis VT und N=533 KJP mit einem Fachkundenachweis VT
⁴ Bezüglich der Niederlassung nach Ost/West liegen für die Stichprobe Angaben von N=2.291 Psychotherapeuten (91,7%) vor (fehlende Angaben N=206)

Quelle: eigene Berechnungen in Anlehnung an KBV 2010

3.2 Das Versorgungsangebot

In diesem Kapitel sollen durch die Stichprobe berichtete Charakteristika des Versorgungsangebots dargestellt werden. In Kapitel 3.2.1 wird der Umfang des Angebots an Therapiestunden je Psychotherapeut beschrieben. Kapitel 3.2.2 beschreibt die Praxisformen, in denen die befragten Psychotherapeuten tätig sind. Kapitel 3.2.3 behandelt Abrechnungsgenehmigung und Angebot besonderer therapeutischer Maßnahmen mit Schwerpunkt auf der Gruppentherapie. In Kapitel 3.2.4 schließlich geht es um die Teilnahme an besonderen Versorgungsangeboten und in Abschnitt 3.2.5 um Art und Umfang des Angebots zusätzlicher Leistungen außerhalb der Regelleistungen der GKV sowohl im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis als auch als Nebentätigkeit.

3.2.1 Das Angebot an Therapiestunden je Psychotherapeut

Der Fragebogen enthielt eine Frage nach den angebotenen Therapiestunden pro Woche⁶, ergänzt durch eine erbetene Angabe der Arbeitswochen im Quartal im Jahresdurchschnitt.

2.231 Therapeuten machten Angaben zu ihren Arbeitswochen pro Quartal. Durchschnittlich behandeln sie ihre Patienten in 10,7 Wochen im Quartal. Hier ergaben sich weder in der bi- noch in der

⁶ Die Therapiestunden pro Woche betreffen die Arbeitszeit direkt am Patienten. Legt man die Annahmen für die Berechnungen der psychotherapeutischen EBM-Ziffern zugrunde, so entfallen 67,5 % der Arbeitszeit eines Psychotherapeuten auf das direkte Behandlungsangebot. 24,5 Behandlungsstunden entsprechen insofern 36,3 Arbeitsstunden.

multivariaten Analyse signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen von Psychotherapeuten.

Wie Tabelle 12 zeigt, beträgt das durchschnittliche wöchentliche Therapieangebot durch die Teilnehmer an der Befragung 24,5 Stunden (SD 7,9 Stunden). Die wöchentlichen Behandlungsstunden steigen bis zur Altersgruppe von 51 bis 60 Jahren mit zunehmendem Alter signifikant an. Während die 31-40jährigen im Schnitt nur 21,7 Behandlungsstunden pro Woche absolvieren (SD 7,4 Stunden), geben die 51-60jährigen 25,9 psychotherapeutische Behandlungsstunden an (SD 7,8 Stunden). Männliche Psychotherapeuten behandeln mit 28,1 Stunden (SD 8,3 Stunden) signifikant länger pro Woche als Frauen mit 23,0 Stunden (SD 7,3 Stunden). Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Therapeuten, die sowohl Kindern als auch Erwachsene therapieren, sind ebenfalls signifikant länger pro Woche direkt am Patienten psychotherapeutisch tätig. Schließlich fallen längere Behandlungszeiten in den östlichen Bundesländern auf. Die multivariate Analyse bestätigte Art und Richtung der signifikanten Zusammenhänge.

Tabelle 12: Psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche

	Psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche ^{1,2}	
Alle Psychotherapeuten	24,5 ³	7,9
Altersgruppen:		
bis 30 Jahre	19,5	10,1
31 bis 40 Jahre	21,7 ³	7,4
41 bis 50 Jahre	23,6 ³	7,5
51 bis 60 Jahre	25,9 ³	7,8
61 bis 70 Jahre	24,0 ³	8,5
>70 Jahre	19,2	7,5
Geschlecht:		
Männlich	28,1 ³	8,3
Weiblich	23,0 ³	7,3
Approbationsart:		
PP	23,7 ³	7,6
KJP	27,7 ³	7,4
PP+KJP	26,5 ³	8,4
Fachkunde:		
VT	24,5 ³	8,1
TP	23,9 ³	7,3
AP/AP+TP	26,2	7,6
Rest	28,2 ³	8,4
Niederlassung Ost/ West:		
östliche KVen	25,8 ³	7,5
westliche KVen	24,5 ³	7,8
Region nach Siedlungsstruktur		
ländliche Region	24,9	8,4
Kleinstadt	25,0	8,0
Mittelstadt	25,8 ³	8,0
Großstadt	24,5 ³	7,9
¹ Angaben als Mittelwert und Standardabweichung		
² Insgesamt haben 1.747 Therapeuten die Frage nach ihren psychotherapeutischen Behandlungsstunden beantwortet		
³ Signifikanz $p \leq 0,05$, Mehrfachvergleiche im Anhang		

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 13: Praxis- und Tätigkeitsform der Psychotherapeuten

	Praxis- und Tätigkeitsform der Psychotherapeuten																	
	In einer eigenen Praxis als Einzelpraxis ^{1,2,3}		In einer eigenen Praxis in einer Praxisgemeinschaft ^{1,2,3}		Als Partner in einer Gemeinschaftspraxis ^{1,2,3}		Freiberuflich in einem MVZ ^{1,2,3}		Angestellt in einem MVZ ^{1,2,3}		Angestellt als Assistent in einer psychotherapeutischen Praxis ^{1,2,3}		Angestellt oder auf Honorarbasis im Rahmen einer Entlastungs-/Sicherstellungsassistenz ^{1,2,3}		Sonstiges ^{1,2,3}		Mehrfachnennungen ^{1,2,3}	
Alle Psychotherapeuten:	1.528	61,6%	797	32,1%	91	3,7%	1	0,0%	5	0,2%	5	0,2%	4	0,2%	6	0,2%	45	1,8%
Altersgruppen:																		
bis 30 Jahre	4	40,0%	4	40,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%
31 bis 40 Jahre	73	50,0%	43	29,5%	13	8,9%	0	0,0%	1	0,7%	4	2,7%	1	0,7%	3	2,1%	8	5,5%
41 bis 50 Jahre	508	56,7%	331	36,9%	38	4,2%	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%	2	0,2%	1	0,1%	14	1,6%
51 bis 60 Jahre	714	64,9%	347	31,5%	21	1,9%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	15	1,4%
61 bis 70 Jahre	215	70,0%	65	21,2%	17	5,5%	1	0,3%	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	7	2,3%
>70 Jahre	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Niederlassung Ost/West:																		
östliche KVen	198	73,9%	58	21,6%	8	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
westliche KVen	1.212	60,3%	674	33,5%	73	3,6%	0	0,0%	5	0,2%	2	0,1%	2	0,1%	4	0,2%	37	1,8%
Region nach Siedlungsstruktur:																		
ländliche Region	146	85,4%	15	8,8%	5	2,9%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	3	1,8%
Kleinstadt	296	76,5%	72	18,6%	16	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Mittelstadt	375	63,2%	182	30,7%	23	3,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,3%	1	0,2%	10	1,7%
Großstadt	692	53,1%	524	40,2%	44	3,4%	1	0,1%	4	0,3%	3	0,2%	2	0,2%	4	0,3%	29	2,2%
¹ Angaben in Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² 2.482 Psychotherapeuten machten Angaben über ihre Praxis bzw. Tätigkeitsform ³ Signifikanz $p \leq 0,05$																		

Quelle: eigene Berechnungen

3.2.2 Praxis- und Therapieformen

Wie Tabelle 13 zeigt, ist die überwiegende Praxisform der Psychotherapeuten insgesamt die Einzelpraxis (61,6 % aller Angaben), gefolgt von der eigenen Praxis in einer Praxisgemeinschaft mit 32,1 %. 3,7 % der befragten Therapeuten sind in einer Gemeinschaftspraxis tätig, alle übrigen Tätigkeitsformen spielen so gut wie keine Rolle. Der Anteil der reinen Einzelpraxis nimmt mit zunehmender Altersgruppe der Befragten bis zur Altersgruppe 61-70 Jahre zu. Jüngere Therapeuten üben ihren Beruf signifikant häufiger als Partner in einer Gemeinschaftspraxis aus als ihre älteren Kollegen. Während die allerjüngste Altersgruppe der bis 30jährigen nur zu gering vertreten ist, um verlässliche Aussagen zu treffen, sind auch bei den 31-40jährigen noch 8,9 % Partner einer Gemeinschaftspraxis. Außerdem fällt die Dominanz der Einzelpraxis als Tätigkeitsform in den neuen Bundesländern mit einem Anteil von 73,9 % im Vergleich zu einem Anteil von 60,3 % dieser Praxisform in den alten Bundesländern ins Auge. Mit zunehmender regionaler Verdichtung nimmt außerdem der Anteil an Praxisgemeinschaften deutlich zu und spiegelbildlich der Anteil der Einzelpraxen ab.⁷ So sind im ländlichen Raum 85,4 % aller Psychotherapeuten in einer Einzelpraxis tätig gegenüber 53,1 % in Großstädten.

In Tabelle 72 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen dargestellt. Die Ergebnisse bezüglich der zwei häufigsten Praxisformen werden hier jedoch ausnahmslos bestätigt. Insignifikante Ergebnisse bezüglich einzelner Merkmale sind in Tabelle 98 in Anhang 7.4 aufgeführt.

3.2.3 Angebot besonderer therapeutischer Maßnahmen

In der Erhebung wurden die Therapeuten nach zusätzlichen Abrechnungsgenehmigungen sowohl für übende und suggestive Techniken als auch für Gruppentherapie befragt. Die Gruppentherapie als Kassenleistung wurde eingehender exploriert. Hier wurden neben dem tatsächlichen Angebot bei vorliegender Genehmigung ebenfalls Gründe für die Entscheidung gegen ein solches Angebot erfragt.

3.2.3.1 Zum Versorgungsangebot in übenden und suggestiven Techniken

Insgesamt gaben, wie in Tabelle 14 dargestellt, mit 1.003 befragten Psychotherapeuten 40,2 % mindestens eine Abrechnungsgenehmigung in einer übenden oder suggestiven Technik an. Da für keine der hier dargestellten Antworten signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts der Therapeuten oder der Struktur des Siedlungsraums am Niederlassungsort eruiert werden konnten, wird in Tabelle 14 nur nach den übrigen vier Grundmerkmalen differenziert.

⁷ Allerdings ist der Zusammenhang von Regionalstruktur und Anteil an Gemeinschaftspraxen in der multivariaten Betrachtung nicht mehr signifikant, sehr wohl jedoch zwischen Regionalstruktur und Anteil von Einzelpraxen.

Das Durchschnittsalter der Therapeuten mit mindestens einer Abrechnungsgenehmigung liegt mit 51,0 Jahren (SD 7,5 Jahre) signifikant unter dem der Therapeuten ohne Abrechnungsgenehmigung (52,4 Jahre, SD 7,3 Jahre). Dies bestätigt die Analyse nach Altersgruppen sowohl für die Gesamtzahl von Therapeuten mit Abrechnungsgenehmigung als auch mit Genehmigungen für die beiden Verfahren Autogenes Training und Muskelrelaxation. Bei diesen beiden Verfahren steigt der Anteil der so zertifizierten Therapeuten mit sinkender Lebensaltersstufe. So haben z.B. nur 13,0 % der Therapeuten in der ältesten Altersklasse und 22,7 % in der zweitältesten eine Abrechnungsgenehmigung für Muskelrelaxation, während es in der jüngsten Altersklasse 50,0 % und 49,0 % in der zweitjüngsten Altersklasse sind. Einzig Abrechnungsgenehmigungen für Hypnose (Ergebnisse in Tabelle 14 grau gedruckt) sind nicht signifikant unterschiedlich nach Altersgruppen. In der multivariaten Betrachtungsweise jedoch werden die Unterschiede nach Altersgruppen ausnahmslos insignifikant. Beim Vergleich der relativen Häufigkeiten von Abrechnungsgenehmigungen in den nach Approbationsart unterschiedenen Psychotherapeutengruppen jedoch werden die Ergebnisse der bivariaten Analyse auf multivariater Ebene bestätigt. Hier fällt auf, dass Therapeuten mit Approbation sowohl als Psychologischer Psychotherapeut als auch als Kinder- und Jugendpsychotherapeut zu einem deutlich höheren Anteil als ihre Kollegen über Genehmigungen verfügen. Dies gilt hier auch für alle Einzelverfahren. Insgesamt haben 36,3 % aller KJP und 37,1 % aller PP mindestens eine Abrechnungsgenehmigung, während es bei den PP+KJP 51,4 % sind.

Auch differenziert nach Fachkundenachweis ergeben sich signifikante Unterschiede. Die Therapeuten der „Rest“-Gruppe, welche sich durch den Besitz von Qualifikationen für mehrere Verfahren auszeichnen⁸, verfügen mit 55,1 % anteilig am häufigsten auch über mindestens eine Abrechnungsgenehmigung für übende und suggestive Techniken. Darauf folgen Therapeuten mit verhaltenstherapeutischem Fachkundenachweis, die auch zu 49,8 % die erfragten Genehmigungen besitzen, während die übrigen zwei Gruppen der Tiefenpsychologen und Psychoanalytiker nur zu 20,6 % respektive 25,6 % darüber verfügen. Eine grundsätzlich ähnliche Verteilung ergibt sich in Bezug auf die einzelnen Techniken, wobei auffällt, dass im Bereich der Muskelrelaxation in der Gruppe der Verhaltenstherapeuten 38,7 % Abrechnungsgenehmigungen haben, was die höchste Quote innerhalb der verglichenen Gruppen darstellt. Auch hier unterstützt die multivariate Auswertung die bivariat ermittelten Ergebnisse.

Signifikant differieren ebenfalls Therapeuten in KVen der alten und neuen Bundesländer. Für alle Einzeltechniken halten östliche Therapeuten anteilig signifikant mehr Abrechnungsgenehmigungen. Vergleicht man die Anteile der Therapeuten, die mindestens eine Abrechnungsgenehmigung haben, so liegt der Anteil bei den Psychotherapeuten aus den neuen Bundesländern mit 67,0 % noch deutlicher über dem ihrer Kollegen aus den alten Bundesländern mit 37,3 %.

Grob zusammengefasst lässt sich also sagen, dass in den Gruppen der Therapeuten mit Berechtigung zur Behandlung sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern, derjenigen mit Fachkundenachweis

⁸ Nur in der Gruppe AP/AP+TP befinden sich sonst noch Therapeuten mit mehr als einem Fachkundenachweis.

in VT oder in mehreren unterschiedlichen Verfahren sowie derjenigen aus den neuen Bundesländern die höchsten Anteile an Therapeuten mit Abrechnungsgenehmigungen in übenden und suggestiven Techniken haben.

In Tabelle 73 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen dargestellt. Insignifikante Ergebnisse bezüglich einzelner Merkmale sind in Tabelle 99 in Anhang 7.4 aufgeführt.

Tabelle 14: Übende und suggestive Techniken: Abrechnungsgenehmigung

	Übende und suggestive Techniken: Abrechnungsgenehmigung ¹							
	Autogenes Training		Muskelrelaxation		Hypnose		Mindestens eine Abrechnungsgenehmigung	
Alle Psychotherapeuten:	620	24,8%	689	27,6%	594	23,8%	1.003	40,2%
Durchschnittsalter²:	50,8 ³	7,7	50,3 ³	7,8	51,2 ³	7,2	51,0 ³	7,5
Altersgruppen:								
bis 30 Jahre	4	40,0% ³	5	50,0% ³	2	20,0%	5	50,0% ³
31 bis 40 Jahre	58	39,5% ³	72	49,0% ³	40	27,2%	80	54,4% ³
41 bis 50 Jahre	218	24,3% ³	260	29,0% ³	224	24,9%	373	41,5% ³
51 bis 60 Jahre	275	24,8% ³	279	25,1% ³	265	23,9%	439	39,5% ³
61 bis 70 Jahre	61	19,7% ³	70	22,7% ³	57	18,5%	100	32,4% ³
>70 Jahre	4	17,4% ³	3	13,0% ³	6	26,1%	6	26,1% ³
Approbationsart:								
PP	417	22,5% ³	457	24,1% ³	401	21,6% ³	688	37,1% ³
KJP	20	22,0% ³	24	26,4% ³	17	18,7% ³	33	36,3% ³
PP+KJP	183	33,3% ³	208	38,0% ³	176	32,1% ³	282	51,4% ³
Fachkunde:								
VT	446	28,9% ³	596	38,7% ³	460	29,8% ³	768	49,8% ³
TP	117	15,2% ³	52	6,7% ³	94	12,2% ³	159	20,6% ³
AP/AP+TP	20	23,3% ³	8	9,3% ³	10	11,6% ³	22	25,6% ³
Rest	37	37,8% ³	33	33,7% ³	30	30,6% ³	54	55,1% ³
Niederlassung Ost/ West:								
östliche KVen	160	59,3% ³	138	51,1% ³	97	35,9% ³	181	67,0% ³
westliche KVen	416	20,6% ³	507	25,1% ³	449	22,2% ³	753	37,3% ³

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweils in Spalte 1 angegebenen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet
² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung
³ Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

3.2.3.2 Zum Versorgungsangebot in Form von Gruppentherapie

Im Fragebogen wurden die Therapeuten zunächst über das Vorliegen einer Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie befragt. Zusätzlich wurde auch gefragt, ob sie Gruppentherapie als Kassenleistung anbieten. Im Falle fehlenden Angebots von Gruppentherapie wurden Gründe dafür exploriert.

Wie aus Tabelle 15 ersichtlich, haben 24,2 % der befragten Psychotherapeuten eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie. Davon bieten jedoch nur 31,9 % tatsächlich Gruppentherapie als Kassenleistung an, so dass der Anteil der Gruppentherapie konkret anbietenden Kollegen an allen Therapeuten nur 7,7 % beträgt.

Signifikante Unterschiede in den jeweiligen Anteilen konnten für alle sechs Grundmerkmale der Therapeuten gefunden werden. In Tabelle 74 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen dargestellt.

Zwar unterscheidet sich das Durchschnittsalter der in Tabelle 15 dargestellten Populationen nicht signifikant, jedoch ist die Verteilung auf die Altersgruppen signifikant unterschiedlich. Auffällig ist ein höherer Anteil von Abrechnungsgenehmigungen für Gruppentherapie in den zwei jüngsten Altersgruppen (60,0 % und 32,7 %), während in der Altersgruppe von 41 bis 50 Jahre der Anteil von 20,9 % der geringste ist. Allerdings wird das Merkmal Alter in der multivariaten Analyse durchgehend insignifikant.

Männer haben mit 32,8 % bivariat und multivariat signifikant häufiger eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie als Frauen (20,8 %), was auch zu einem signifikant höheren relativen Angebot der männlichen Psychotherapeuten führt.

Psychotherapeuten mit Approbation als Psychologischer Psychotherapeut mit einer gleichzeitigen Abrechnungsgenehmigung auch als Kinder- und Jugendpsychotherapeut haben, wie schon im Bereich der übenden und suggestiven Verfahren, auch im Bereich der Gruppentherapie zu einem höheren Anteil (39,2 %) eine Abrechnungsgenehmigung als ihre Kollegen mit jeweils einfacher Approbation (PP 20,0 %, KJP 20,9 %). Dies manifestiert sich auch in einem signifikant höheren Angebot in dieser Gruppe von Therapeuten.

Ähnlich wie im Bereich der übenden und suggestiven Verfahren hat die „Rest“-Gruppe nach Fachkunde mit 50,0 % auch den höchsten Anteil an Therapeuten mit Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie und führt sie mit 20,0 % Anteil auch am häufigsten durch. Anders als bei den im Vorabschnitt untersuchten Verfahren steht jedoch die Gruppe der Psychoanalytiker und der Analytiker und Tiefenpsychologen an zweiter Stelle mit einem Anteil von 36,1 % bei den Abrechnungsgenehmigungen und 18,9 % beim realisierten Angebot. Im Vergleich der Therapeuten in neuen und alten Bundesländern ergibt sich ein interessantes gegenläufiges Bild: Während in den östlichen KVen mit 41,5 % signifikant mehr Psychotherapeuten eine Abrechnungsgenehmigung für

Gruppentherapie haben als in den westlichen KVen (22,4 %), bieten unter diesen Berechtigten wiederum im Westen anteilig mehr Kollegen (36,1 %) tatsächlich Gruppentherapie an als im Osten (24,5 %). Insgesamt führt das dazu, dass sich im Anteil der tatsächlich Anbietenden an allen Therapeuten keine signifikanten Unterschiede zwischen Ost- und West-KVen mehr zeigen.

Tabelle 15: Angebot von Gruppentherapie

	Angebot von Gruppentherapie					
	Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung ¹		Davon: Psychotherapeuten mit Angebot von Gruppentherapie ^{1,4}	Anteil der Gruppentherapie anbietenden Therapeuten an allen Psychotherapeuten ¹		
Alle Psychotherapeuten:	605	24,2%	193	31,9%	7,7%	
Durchschnittsalter²:	51,7	7,9	52,1	7,9	52,2	7,9
Altersgruppen:						
bis 30 Jahre	6	60,0% ³	1	20,0%	11,1% ³	
31 bis 40 Jahre	48	32,7% ³	16	34,8%	11,5% ³	
41 bis 50 Jahre	188	20,9% ³	59	32,4%	7,1% ³	
51 bis 60 Jahre	287	25,9% ³	86	31,6%	8,4% ³	
61 bis 70 Jahre	69	22,3% ³	28	43,8%	10,6% ³	
>70 Jahre	7	30,4% ³	31	50,0%	15,8% ³	
Geschlecht:						
männlich	234	32,8% ³	83	37,4%	12,7% ³	
weiblich	369	20,8% ³	109	31,1%	6,8% ³	
Approbationsart:						
PP	371	20,0% ³	122	34,5%	7,2% ³	
KJP	19	20,9% ³	8	42,1%	9,1% ³	
PP+KJP	215	39,2% ³	63	31,2%	12,8% ³	
Fachkunde:						
VT	424	27,5% ³	123	30,6%	8,8% ³	
TP	102	13,2% ³	39	39,0%	5,5% ³	
AP/AP+TP	31	36,1% ³	14	51,9%	18,9% ³	
Rest	48	50,0% ³	17	37,0%	20,0% ³	
Niederlassung Ost/West:						
östliche KVen	112	41,5% ³	27	24,5% ³	11,0%	
westliche KVen	453	22,4% ³	156	36,1% ³	8,5%	
Region nach Siedlungsstruktur:						
ländliche Region	41	23,0%	21	53,8% ³	12,4%	
Kleinstadt	94	24,2%	26	29,2% ³	7,1%	
Mittelstadt	150	25,3%	42	29,4% ³	8,2%	
Großstadt	312	23,8%	100	33,8% ³	8,4%	

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung

³ Signifikanz $p \leq 0,05$

⁴ Von den 605 Therapeuten mit Genehmigung haben 542 die Frage nach dem Angebot von Gruppentherapie beantwortet

Quelle: eigene Berechnungen

Differenziert nach Siedlungsstruktur des Niederlassungsortes ergeben sich keine signifikanten Unterschiede des Anteils der Therapeuten mit Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie. Jedoch bieten Psychotherapeuten in ländlichen Regionen mit 53,8 % signifikant häufiger tatsächlich Gruppentherapie an, wenn sie über eine Genehmigung verfügen, als in anderen regionalen Strukturen niedergelassene Kollegen. Betrachtet man den Anteil der Anbietenden von Gruppentherapie an allen Therapeuten einer Gruppe, so ist jedoch trotzdem kein signifikanter Unterschied zu beobachten. In Tabelle 16 sind die von den befragten Psychotherapeuten angegebenen Gründe, sich gegen das Anbieten von Gruppentherapie zu entscheiden, dokumentiert. Die nicht eingerückten Begründungen waren im Fragebogen als Antwortmöglichkeit vorgegeben, die eingerückten wurden aus den frei zu formulierenden sonstigen Begründungen gruppiert. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf alle Therapeuten, die kein Angebot von Gruppentherapie vorhalten.

Tabelle 16: Gründe gegen das Angebot von Gruppentherapie

Gründe gegen das Angebot von Gruppentherapie	Anzahl der Antworten ¹ / in % der Therapeuten ohne Gruppentherapieangebot	
aufgrund der fehlenden Abrechnungsgenehmigung in Gruppentherapie	1.417	66,6%
aus Mangel an organisatorischen Möglichkeiten	540	25,4%
nicht genügend Patienten	117	5,5%
sonstige Gründe	205	8%
<ul style="list-style-type: none"> • kein Interesse/Einzeltherapie bevorzugt 	156	7,3%
<ul style="list-style-type: none"> • keine Kapazität/keine Zeit 	70	3,3%
<ul style="list-style-type: none"> • zu hoher Aufwand (Gutachten, Antragsverfahren...) 	179	8,4%
<ul style="list-style-type: none"> • KV-bezogene Gründe 	26	1,2%
<ul style="list-style-type: none"> • finanzielle Gründe/zu schlechte Bezahlung 	35	1,6%
<ul style="list-style-type: none"> • keine Parallelabrechnung möglich/nur privat 	8	0,4%
<ul style="list-style-type: none"> • Therapie- und patientenbezogene Gründe 	23	1,1%
<ul style="list-style-type: none"> • Sonstiges 	91	4,3%

¹ Insgesamt haben 2.127 Therapeuten Gründe dafür angegeben, kein Angebot an Gruppentherapie zur Verfügung zu stellen

Quelle: eigene Berechnungen

Hier fällt besonders der hohe Anteil der Therapeuten (25,4 %) auf, die organisatorische Schwierigkeiten benennen. Bei ausschließlicher Auswertung der Antworten der Therapeuten, die zwar eine Genehmigung zur Durchführung von Gruppentherapie haben, diese jedoch nicht durchführen, wird diese Begründung von 52,3% der Befragten genannt. Unter den frei formulierten Begründungen wird mit 8,4 % ein (zu) hoher Aufwand für Gutachten und Antragsverfahren besonders häufig genannt.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass, obwohl etwa ein Viertel aller befragten Psychotherapeuten über eine Abrechnungsgenehmigung zur Gruppentherapie verfügt, deutlich weniger aber diese tatsächlich anbieten. Lediglich in den Gruppen der Psychoanalytiker/Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen sowie der Gruppe der restlichen Therapeuten mit mehreren Fachkundenachweisen wurden

Gruppentherapien von nahezu 20 % der Therapeuten angeboten. Bei der Begründung für ein fehlendes Angebot stehen organisatorische Gründe an erster Stelle.

3.2.4 Besondere Versorgungsangebote

Im Rahmen der ambulanten Versorgung der GKV spielen selektivvertraglich organisierte Versorgungsangebote eine zunehmende Rolle. Insofern wurden sowohl die Teilnahme an selektivvertraglichen Strukturen als auch der daraus generierte Umsatzanteil erfragt. Dies geschah getrennt nach Verträgen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V und nach Verträgen der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Zusätzlich wurden detaillierte Angaben zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen sowie zu Gründen einer möglichen Ablehnung der Teilnahme erhoben.

3.2.4.1 Teilnahme an selektivvertraglichen Versorgungsstrukturen

Tabelle 17 zeigt die Teilnahme an den zwei erfragten Vertragsformen, nämlich der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V und der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V sowie die durch diese Vertragsformen generierten Umsatzanteile. Die dritte Zeile macht genauere Angaben über die KVen der selektivvertraglich engagierten Therapeuten. Da hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den nach den sechs Grundmerkmalen differenzierten Therapeutengruppen feststellbar waren, gibt die Tabelle nur die Ergebnisse für die Gesamtgruppe der befragten Psychotherapeuten wieder.

Nur sehr wenige Therapeuten, die alle in den westlichen KVen niedergelassen sind, nehmen an der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V teil. Auch der durchschnittlich im Rahmen des Selektivvertrages erwirtschaftete zusätzliche Umsatz liegt mit 12,2 % relativ niedrig, weist aber unter den 15 antwortenden Teilnehmern eine Spanne von 0 bis 100 % auf. Ein etwas höherer, gleichwohl sehr niedriger, Anteil der befragten Psychotherapeuten (3,7 %) nimmt an integrierten Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teil. Bei diesen wird mit durchschnittlich 56,2 % auch ein höherer Umsatzanteil erzielt, wobei auch hier die Spanne der Umsatzanteile von 0 bis 100 % reicht. Es sind auch deutlich mehr KVen vertreten; die Teilnahme an der integrierten Versorgung beschränkt sich nicht auf die westlichen KVen

Tabelle 17: Psychotherapeuten in selektivvertraglichen Versorgungsstrukturen

	Psychotherapeuten in selektivvertraglichen Versorgungsstrukturen ¹				
	Teilnahme an Verträgen ¹		Erwirtschafteter Anteil am Gesamtumsatz der TeilnehmerInnen ^{2,3}		KVen, in denen die Psychotherapeuten niedergelassen sind
Alle Psychotherapeuten:					
Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V	15	0,6%	12,2%	12,6 ²	Baden-Württemberg 5 33,3% Bayern 1 6,7% Berlin 2 13,3% Niedersachsen 3 20,0% Nordrhein 2 13,3% Westfalen-Lippe 2 13,3%
Verträge der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V	91	3,7%	56,2%	42,2 ²	Baden-Württemberg 7 7,7% Bayern 7 7,7% Berlin 7 7,7% Brandenburg 5 5,5% Bremen 1 1,1% Hamburg 7 7,7% Hamburg 3 3,3% Hessen 15 16,5% Niedersachsen 14 15,4% Nordrhein 5 5,5% Rheinland-Pfalz 2 2,2% Sachsen 5 5,5% Schleswig-Holstein 5 5,5% Westfalen-Lippe 8 8,8%
¹ Angaben als Häufigkeiten und in % aller antwortenden Psychotherapeuten ² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung; ³ Die Frage nach dem Umsatzanteil haben im Falle der besonderen ambulanten Versorgung 11, im Falle der integrierten Versorgung 75 Psychotherapeuten beantwortet					

Quelle: eigene Berechnungen

3.2.4.2 Teilnahme an DMP

In der Erhebung wurden die Therapeuten sowohl nach der Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) überhaupt als auch nach der Art des DMP befragt, zusätzlich sollten sie die Anzahl ihrer Patienten in einem DMP nennen. Bei Nichtteilnahme sollten die Gründe dafür angegeben werden.

Tabelle 18: Psychotherapeutische Versorgung in DMP

	Psychotherapeutische Versorgung in DMP			
	Teilnahme an DMP ^{1,5}		Zahl der Patienten in laufender Behandlung in DMP pro Psychotherapeut ^{3,4}	
Alle Psychotherapeuten	23	0,9%	1,7	2,3
Brustkrebs ²	17	0,7%	1,2	1,7
Diabetes Mellitus ²	3	0,1%	3,3	4,0
Asthma Bronchiale ²	2	0,1%	3,0	4,2
KVen, in denen die Psychotherapeuten niedergelassen sind				
Baden-Württemberg	2	10,5%		
Bayern	10	52,6%		
Berlin	1	5,3%	--	--
Hessen	1	5,3%		
Nordrhein	2	10,5%		
Westfalen-Lippe	3	15,8%		
¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der Psychotherapeuten ² Angaben als Häufigkeiten ³ Mittelwert und Standardabweichung ⁴ Angaben über die Zahl der Patienten in laufender Behandlung in DMP machten nur 20 Therapeuten ⁵ Angaben über die Art des DMP machten nur 22 Therapeuten, Angaben über die Niederlassungs-KV lagen nur von 19 Psychotherapeuten vor				

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 18 zeigt, dass generell die Teilnahme an DMP unter den befragten Psychotherapeuten mit 0,9 % selten vorkommt. Die meisten der Therapeuten, 17 der 23 Teilnehmer, behandeln Patienten im Rahmen eines DMP Brustkrebs. Alle Therapeuten in DMP sind in KVen der alten Bundesländer niedergelassen, wobei ein besonderer Schwerpunkt in Bayern auffällt. Hier sind 52,6 % aller Psychotherapeuten niedergelassen, die angaben, an DMP teilzunehmen.

In Tabelle 19 sind die angegebenen Gründe der Therapeuten für die Nichtteilnahme an DMP dargestellt. Die wieder eingerückten „sonstigen Gründe“ konnten im Fragebogen frei eingetragen werden und wurden bei der Auswertung klassifiziert.

Tabelle 19: Gründe gegen die Teilnahme an DMP

Gründe gegen die Teilnahme an DMP	Anzahl der Antworten ¹ / in % der Therapeuten ohne Teilnahme an DMP
weil ich darüber zu wenig informiert bin	1.020 41,2%
weil ich keine Kapazitäten dafür frei hätte	929 37,6%
weil ich kein fachliches Interesse an einer Mitarbeit im Rahmen eines DMP habe	398 16,1%
sonstige Gründe, darunter	205 8,3%
• Zuweisung klappt nicht/fehlende Kooperation	19 0,8%
• generelle Ablehnung	15 0,6%
• keine Gelegenheit	80 3,2%
• Sonstiges	78 3,2%

¹ Insgesamt haben 2.123 Therapeuten Gründe dafür angegeben, nicht an DMP teilzunehmen

Quelle: eigene Berechnungen

Es fällt auf, dass ein hoher Anteil der Psychotherapeuten (41,2 %) einen niedrigen Informationsstand über DMP als Begründung nennt. Allerdings geben auch 37,6 % an, keine Kapazitäten für die Teilnahme an DMP frei zu haben.

3.2.5 Angebot zusätzlicher Leistungen außerhalb der GKV-Finanzierung

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragung bezüglich derjenigen Leistungen dargestellt, die nicht im GKV-Finanzierungsumfang enthalten sind. Zum einen werden differenzierte Fragen über das Angebot von IGeL-Leistungen ausgewertet, zum anderen Aussagen über Nebenerwerbstätigkeiten neben der psychotherapeutischen Praxis.

3.2.5.1 Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) sind solche Service- und Präventionsleistungen, die von der GKV für ihre Versicherten nicht bezahlt werden, aber Kassenpatienten gegen Gebühr nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angeboten werden dürfen. Im Rahmen der Studie wurden die Psychotherapeuten sowohl nach ihrem Angebot insgesamt als auch nach der Art des Angebots und dem Anteil dieser Leistungen am Gesamtumsatz ihrer Praxistätigkeit befragt. Im Falle nicht vorgehaltenen IGeL-Angebots sollten die Gründe dafür angegeben werden.

Tabelle 20: IGeL: Angebot allgemein und Umsatzanteile

	Psychotherapeuten mit Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)			
	Anzahl/% ¹		Anteil am Gesamtumsatz aus Praxistätigkeit ^{4,5}	
Alle Psychotherapeuten:	641	25,7%	4,6%	7,1
Durchschnittsalter²:	52,8	6,7	--	--
Altersgruppen:				
bis 30 Jahre	0	0,0% ³	--	--
31 bis 40 Jahre	23	15,6% ³	3,7%	3,8
41 bis 50 Jahre	208	23,2% ³	4,3%	7,2
51 bis 60 Jahre	320	28,8% ³	4,4%	6,9
61 bis 70 Jahre	87	28,2% ³	6,5%	8,1
>70 Jahre	3	13,0% ³	10,0%	--
Geschlecht:				
männlich	216	30,3% ³	5,0%	5,7
weiblich	422	23,8% ³	4,5%	7,8
Approbationsart:				
PP	502	27,0% ³	4,7 %	7,6
KJP	16	17,6% ³	4,8 %	4,2
PP/KJP	123	22,4% ³	4,5 %	5,2
Fachkunde:				
VT	281	36,4% ³	4,1%	5,1
TP	25	29,1% ³	5,0%	7,7
AP/AP+TP	31	31,6% ³	3,9%	4,7
Rest	304	19,7% ³	7,4%	15,2
Niederlassung Ost/West:				
östliche KVen	54	20,0% ³	2,2% ³	3,1
westliche KVen	541	26,8% ³	4,6% ³	6,4
Region nach Siedlungsstruktur:				
ländliche Region	42	23,6% ³	3,6 %	3,1
Kleinstadt	87	22,4% ³	4,4 %	6,6
Mittelstadt	120	20,2% ³	4,3 %	8,9
Großstadt	383	29,3% ³	4,9 %	6,9
¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung ³ Signifikanz p<0,05 ⁴ Die Frage nach dem Umsatzanteil haben 588 Therapeuten beantwortet, das sind 91,7% aller befragten Therapeuten, die IGeL-Leistungen anbieten ⁵ Es wurde der durchschnittliche Umsatzanteil der Therapeuten berechnet, die IGeL-Leistungen anbieten				

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 20 zeigt, dass 25,7 % aller befragten Psychotherapeuten ein IGeL-Angebot vorhalten. 91,7 % der Therapeuten mit IGeL-Angebot beantworteten auch die Frage nach dem Umsatzanteil. Durchschnittlich erzielten sie 4,6 % ihres Praxisumsatzes über IGeL.

In den Gruppen der älteren Therapeuten bieten (bis auf die der über 70jährigen) in der bivariaten Betrachtung signifikant mehr Therapeuten IGeL an als in den Gruppen der jüngeren Therapeuten, in der multivariaten Analyse wird dieser Zusammenhang allerdings insignifikant. Der Anteil der Therapeuten, die IGeL anbieten, ist unter Männern (30,3 %) signifikant höher als unter Frauen (23,8 %). Psychologische Psychotherapeuten bieten IGeL zu einem höheren Anteil an als Kinder- und Jugendpsychotherapeuten⁹, und der Anteil der Therapeuten, die IGeL anbieten, ist in der Gruppe „Fachkundenachweis in Verhaltenstherapie“ am größten (36,4 %). Im Ost-West-Vergleich wird deutlich, dass in den westlichen Bundesländern Therapeuten nicht nur häufiger IGeL anbieten, sondern im Falle eines Angebots auch einen signifikant höheren Umsatzanteil (4,6 % im Vergleich zu 2,2 % in den östlichen Bundesländern) damit erzielen. Auffällig ist auch der relativ hohe Anteil von Psychotherapeuten mit IGeL-Angebot in Großstädten (29,3 %). Anders als in der bivariaten Betrachtung ergibt die multivariate Analyse einen mit der Siedlungsdichte signifikant steigenden Anteil der IGeL-Erlöse am Praxisumsatz. Am häufigsten werden, wie aus Tabelle 21 ersichtlich, als IGeL psychotherapeutische Anschlussbehandlungen an die Richtlinienpsychotherapie angeboten – 17,3 % aller befragten Therapeuten halten diese Leistung vor. Dabei unterscheiden sich die Psychologischen Psychotherapeuten, bei denen der Anteil bei 19,2 % liegt, sehr deutlich von den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (5,5 % Anteil). Therapeuten mit Fachkundenachweis in Tiefenpsychologie und Therapeuten mit Qualifikationen für mehrere Verfahren (Gruppe Rest) bieten mit 27,4 % respektive 24,5 % anteilig häufiger Anschlussbehandlungen als IGeL an als ihre übrigen Kollegen. Auffällig ist wiederum der höchste relative Anteil an Anbietern von Anschlussbehandlungen (22,0 %) in Großstädten.

Die multivariate Analyse (Tabelle 75 und Tabelle 76 in Anhang 7.3) bestätigt im Wesentlichen Art und Richtung der signifikanten Zusammenhänge. Nicht signifikante Ergebnisse bezüglich einzelner Therapeutenmerkmale bei einzelnen IGeL sind in Tabelle 100 in Anhang 7.4 dargestellt.

⁹ In der multivariaten Analyse ist der Zusammenhang zwischen der Art der Approbation und dem Angebot von IGeL nicht mehr signifikant.

Tabelle 21: Psychotherapie mit Angebot einzelner Typen von IGeL

	Psychotherapeuten mit Angebot einzelner Typen von IGeL-Leistungen ^{1,4}															
	Selbsterfahrungsgruppen		Selbstsicherheits-training		Stressbewältigung		Entspannungsverfahren		Raucherentwöhnung		Gruppentherapie begleitend zur Einzeltherapie		Anschlussbehandlung an RL-Therapie als Kassenleistung		Sonstiges	
Alle Psychotherapeuten:	91	3,6%	35	1,4%	79	3,2%	85	3,4%	35	1,4%	60	2,4%	431	17,3%	219	8,8%
Durchschnittsalter: ²	53,6	6,3	49,6	8,2	51,2	7,6	52,3	7,1	52,4	7,8	54,2	6,8	52,8	6,6	52,5	6,3
Geschlecht:																
männlich	37	5,2% ³	13	1,8%	33	4,6% ³	34	4,8% ³	24	3,4% ³	27	3,8% ³	133	18,6% ³	68	9,5% ³
weiblich	54	3,0% ³	22	1,2%	46	2,6% ³	51	2,9% ³	11	0,6% ³	33	1,9% ³	298	16,8% ³	151	8,5% ³
Approbationsart:																
PP	71	3,8%	28	1,5%	67	3,6%	64	3,4%	30	1,6%	45	2,4%	357	19,2% ³	161	8,7%
KJP	3	3,3%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,4%	5	5,5% ³	12	13,2%
PP/KJP	17	3,1%	7	1,3%	11	2,0%	21	3,8%	5	0,9%	12	2,2%	72	13,1% ³	47	8,6%
Fachkunde:																
VT	30	1,9% ³	28	1,8%	45	2,9%	40	2,6% ³	24	1,6%	24	1,6% ³	184	11,9% ³	116	7,5% ³
TP	47	6,1% ³	5	0,6%	25	3,2%	32	4,2% ³	7	0,9%	31	4,0% ³	211	27,4% ³	91	11,8% ³
AP/AP+TP	5	5,8% ³	0	0,0%	3	3,5%	3	3,5% ³	0	0,0%	3	3,5% ³	15	17,4% ³	7	8,1% ³
Rest	9	9,2% ³	2	2,0%	6	6,1%	10	10,2% ³	4	4,1%	3	3,1% ³	24	24,5% ³	6	6,1% ³
Region nach Siedlungsstruktur:																
ländliche Region	8	4,5%	2	1,1%	5	2,8%	6	3,4%	0	0,0%	4	2,2%	23	12,9% ³	18	10,1%
Kleinstadt	11	2,8%	10	2,6%	17	4,4%	18	4,6%	9	2,3%	4	1,0%	46	11,9% ³	39	10,1%
Mittelstadt	20	3,4%	6	1,0%	13	2,2%	19	3,2%	12	2,0%	8	1,3%	72	12,1% ³	38	6,4%
Großstadt	52	4,0%	15	1,1%	41	3,1%	40	3,1%	13	1,0%	41	3,1%	288	22,0% ³	123	9,4%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung

³ Signifikanz p<0,05

⁴ Angaben über die Art der von ihnen angebotenen IGeL haben alle 641 Psychotherapeuten gemacht, die auch angegeben hatten, dass sie allgemein IGeL anbieten

Quelle: eigene Berechnungen

1.691 Psychotherapeuten gaben auch Gründe dafür an, warum sie keine IGeL anbieten; diese sind in Tabelle 22 dargestellt:

68,0 % aller Psychotherapeuten ohne ein Angebot an IGeL erklärten, neben ihren Heilbehandlungen keine Kapazitäten für IGeL frei zu haben, und 29,7 % gaben die Begründung, dass entsprechende Leistungen auch von anderen Stellen angeboten würden; 15,6 % hielten das Angebot von IGeL für schädlich für die therapeutische Beziehung. 25,2 % begründeten ihre Entscheidung gegen ein IGeL-Angebot allerdings auch mit dem Mangel an zahlungswilligen Patienten. Die von den 8,8% der Antwortenden frei angegebenen sonstigen Gründe sind in Tabelle 23 aufgeführt.

Abgesehen von den Antworten der jüngsten und ältesten Altersgruppe der Therapeuten stieg der Anteil der Therapeuten, die IGeL als schädlich für die therapeutische Beziehung ansahen, mit steigender Altersgruppe an. Unterschiede zwischen Psychotherapeuten mit unterschiedlichen Fachkundenachweisen dagegen erwiesen sich in der multivariaten Analyse als nicht mehr signifikant.

In den neuen Bundesländern war der Anteil der Therapeuten, die als Begründung gegen IGeL den Mangel an zahlungswilligen Patienten angaben, mit 35,6 % signifikant höher als in den alten Bundesländern (24,1 %).

Fehlende Kapazität für IGeL wurde – abgesehen von der jüngsten Altersgruppe – umso häufiger als Grund für ein fehlendes Angebot angegeben, je jünger die Psychotherapeuten waren. Kapazitätsmangel wurde auch regional unterschiedlich oft genannt. Mit 78,7 % besonders häufig wurde diese Antwort von auf dem Lande niedergelassenen Psychotherapeuten genannt, am seltensten in der Großstadt (63,8 %).

Auch die Begründung, dass entsprechende Leistungen von anderen Stellen angeboten würden, variierte regional in ihrer Häufigkeit. Die multivariate Analyse weist hier eine steigende entsprechende Antwortwahrscheinlichkeit bei steigender Siedlungsdichte aus. Frauen antworten mit 32,2 % weitaus häufiger mit dieser Begründung als Männer (22,5 %).

In Tabelle 72 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen dargestellt.

Tabelle 22: Gründe gegen das Angebot von IGeL

	Ich biete keine IGeL an, weil... ^{1,2}									
	ich dies als schädlich für die therapeutische Beziehung betrachten würde		ich nicht genügend Patienten habe, die dafür zahlen würden		ich neben den Heilbehandlungen keine Kapazitäten frei habe		diese Leistungen auch von anderen Stellen angeboten werden		Sonstiges	
Alle Psychotherapeuten:	289	15,6%	467	25,2%	1.263	68,0%	551	29,7%	130	7,0%
Altersgruppen:										
bis 30 Jahre	3	30,0% ³	2	20,0%	4	40,0% ³	2	20,0%	0	0,0% ³
31 bis 40 Jahre	7	5,6% ³	43	34,7%	89	71,8% ³	35	28,2%	18	14,5% ³
41 bis 50 Jahre	97	14,1% ³	174	25,2%	514	74,5% ³	202	29,3%	50	7,2% ³
51 bis 60 Jahre	135	17,1% ³	202	25,6%	518	65,6% ³	235	29,7%	51	6,5% ³
61 bis 70 Jahre	45	20,3% ³	43	19,4%	126	56,8% ³	73	33,0%	11	5,0% ³
>70 Jahre	0	0,0% ³	1	20,0%	2	40,0% ³	1	20,0%	0	0,0% ³
Geschlecht:										
männlich	74	14,9%	122	24,5%	342	68,7%	112	22,5% ³	38	7,6%
weiblich	214	15,9%	343	25,4%	914	67,8%	436	32,3% ³	92	6,8%
Approbationsart:										
PP	207	15,3%	344	25,4%	927	68,4%	400	29,5%	91	6,7%
KJP	7	9,3%	23	30,7%	55	73,3%	23	30,7%	7	9,3%
PP/KJP	75	17,6%	100	23,5%	280	65,9%	128	30,1%	32	7,5%
Fachkunde:										
VT	173	14,0% ³	344	27,8% ³	854	69,0%	359	29,0%	92	7,4%
TP	90	18,4% ³	97	19,8% ³	324	66,1%	148	30,2%	32	6,5%
AP/AP+TP	11	18,0% ³	12	19,7% ³	40	65,6%	22	36,1%	4	6,6%
Rest	15	22,4% ³	14	20,9% ³	45	67,2%	22	32,8%	2	3,0%
Niederlassung Ost/ West:										
östliche KVen (NBL)	33	15,3%	77	35,6% ³	154	71,3%	64	29,6%	11	5,1%
westliche KVen (ABL)	233	15,7%	357	24,1% ³	1001	67,6%	443	30,0%	111	7,5%
Region nach Siedlungsstruktur:										
ländliche Region	24	17,6%	31	22,8%	107	78,7% ³	47	34,6% ³	6	4,4%
Kleinstadt	50	16,6%	87	28,9%	206	68,4% ³	68	22,6% ³	21	7,0%
Mittelstadt	65	13,7%	119	25,2%	344	72,7% ³	119	25,2% ³	36	7,6%
Großstadt	146	15,8%	226	24,4%	591	63,8% ³	313	33,8%	66	7,1%

¹ Insgesamt haben 1.691 Therapeuten Gründe gegen ein IGeL-Angebot angegeben, das sind 91,1% der Psychotherapeuten, die nicht IGeL anbieten; Mehrfachantworten waren möglich

² Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Therapeutengruppe

³ Signifikanz $p < 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 23: Sonstige Gründe gegen IGeL

Sonstige Gründe gegen das Angebot von IGeL	Anzahl der Antworten ¹ / in % der Therapeuten ohne IGeL-Angebot	
Generelle Ablehnung von IGeL	32	1,7%
IGeL-Angebot ist geplant	12	0,6%
Sonstiges	81	4,4%

¹ Insgesamt haben 125 Therapeuten ihre Angabe sonstiger Gründe durch eine freie Eintragung präzisiert

Quelle: eigene Berechnungen

3.2.5.2 Zu Nebenerwerbstätigkeit

In der Studie wurden die Therapeuten auch über einen eventuellen Nebenerwerb neben ihrer psychotherapeutischen Praxis befragt. Im positiven Falle wurden sowohl Angaben über den Umsatzanteil aus dieser Nebentätigkeit als auch über ihre Art erbeten.

Insgesamt 686 oder 27,5 % der befragten Psychotherapeuten gingen einem Nebenerwerb nach. 432 von ihnen gaben auch einen auf diese Weise erwirtschafteten Umsatzanteil an, der im Schnitt 14,0% (SD 16,3) betrug. Dieser Umsatzanteil unterschied sich nicht signifikant zwischen den standardisiert untersuchten Therapeutengruppen.

Wie aus Tabelle 24 ersichtlich, ergibt der Vergleich zwischen den Therapeutengruppen, dass der Anteil an Therapeuten mit Nebenerwerb bei den Männern signifikant größer ist (39,2 %) als bei den Frauen (22,7 %) – ein ähnliches Bild bietet sich in der überwiegenden Zahl der verschiedenen Arten von Nebentätigkeiten. Auffällig ist auch, dass der Anteil der Psychotherapeuten mit Nebenerwerb kontinuierlich mit dem regionalen Verdichtungsgrad steigt. Entsprechend haben lediglich 19,7 % aller Therapeuten im ländlichen Raum eine Nebenerwerbstätigkeit, in der Großstadt sind es dagegen 30,3 %. Diese Ergebnisse bestätigten sich auch in der multivariaten Analyse.

Die häufigsten Nebentätigkeiten der Psychotherapeuten finden sich in den Bereichen Supervision (16,3 % aller Therapeuten) und Dozententätigkeit (14,3 %), gefolgt von Beratung und Coaching (8,2 %). Die einzelnen Typen von Nebentätigkeiten verteilen sich jeweils recht unterschiedlich auf die untersuchten Gruppen. Es fällt z.B. besonders auf, dass der Anteil der Supervision anbietenden Psychotherapeuten bis zur Altersgruppe der 51-60jährigen ansteigt. Allerdings erweist sich dieser Zusammenhang in der multivariaten Analyse (vgl. Tabelle 78 in Anhang 7.3) als nicht mehr signifikant. Therapeuten mit Approbation sowohl als Kinder- und Jugendpsychotherapeut als auch als Psychologischer Psychotherapeut bieten mit 23,2 % zu einem signifikant höheren Anteil Supervision an als ihre Kollegen. Eine ähnliche Situation bietet sich in der Betrachtung nach Fachkundenachweis: die „Rest-Gruppe“ mit mehreren Fachkundenachweisen bietet mit 26,5 % und damit mit dem höchsten Anteil Supervision in Nebentätigkeit an.¹⁰ Das gleiche gilt für diese Gruppe mit 23,5 % dieser Therapeuten auch im Bereich der Dozententätigkeit. Insgesamt lehren sowohl Kinder- und Jugendtherapeuten als auch Therapeuten mit beiden Approbationen signifikant häufiger als Dozent als

¹⁰ Auch hier bestätigt sich der Zusammenhang in der multivariaten Analyse (vgl. Tabelle 78 in Anhang 7.3) allerdings nicht.

psychologische Psychotherapeuten (19,8 % und 20,6 % im Vergleich zu 12,2 % bei PP). Sowohl Nebentätigkeiten als Supervisor als auch als Dozent nehmen mit steigendem regionalen Verdichtungsgrad anteilig zu.

Tabelle 24: Psychotherapeuten mit Nebenerwerb

	Psychotherapeuten mit Nebenerwerb ^{1,4}																	
	Alle Psychotherapeuten mit Nebenerwerb		Psychotherapie in einer Einrichtung (Beratungsstelle)		Coaching/Beratung		Supervision		Mediation		Dozenten-tätigkeit		Gutachter-tätigkeit		berufsfremde freiberufliche/angestellte Tätigkeit		Sonstiges	
Alle Psychotherapeuten:	686	27,5% ³	78	3,1% ³	206	8,2% ³	408	16,3% ³	20	0,8% ³	358	14,3% ³	59	2,4% ³	25	1,0% ³	119	4,8% ³
Durchschnittsalter:²	51,6	7,2	50,7	6,9	52,6	6,5	52,6	6,6 ³	53,7	6,6	51	7,5 ³	52,3	7,6	51,8	4,8	51,7	7,7
Altersgruppen:																		
bis 30 Jahre	3	30,0% ³	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0% ³	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
31 bis 40 Jahre	47	32,0% ³	6	4,1%	7	4,8%	12	8,2% ³	0	0,0%	29	19,7%	3	2,0%	0	0,0%	10	6,8%
41 bis 50 Jahre	237	26,4% ³	29	3,2%	68	7,6%	138	15,4% ³	6	0,7%	129	14,4%	22	2,4%	10	1,1%	39	4,3%
51 bis 60 Jahre	325	29,4% ³	37	3,3%	106	9,5%	210	18,9% ³	9	0,8%	161	14,5%	26	2,3%	14	1,3%	53	4,8%
61 bis 70 Jahre	68	22,1% ³	5	1,6%	24	7,8%	44	14,2% ³	5	1,6%	35	11,3%	8	2,6%	0	0,0%	14	4,5%
>70 Jahre	6	26,1% ³	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0% ³	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%
Geschlecht:																		
männlich	280	39,2% ³	27	3,8%	113	15,8% ³	180	25,2% ³	14	2,0% ³	153	21,4% ³	33	4,6% ³	14	2,0% ³	47	6,6% ³
weiblich	401	22,7% ³	51	2,9%	92	5,2% ³	224	12,6% ³	6	0,3% ³	202	11,4% ³	26	1,5% ³	10	0,6% ³	70	4,0% ³
Approbationsart:																		
PP	468	25,2% ³	55	3,0%	144	7,8%	270	14,5% ³	13	0,7%	227	12,2% ³	35	1,9% ³	17	0,9%	82	4,4%
KJP	26	28,6% ³	3	3,3%	7	7,7%	11	12,1% ³	1	1,1%	18	19,8% ³	2	2,2% ³	1	1,1%	7	7,7%
PP/KJP	192	35,2% ³	20	3,6%	55	10,0%	127	23,2% ³	6	1,1%	113	20,6% ³	22	4,0% ³	7	1,3%	30	5,5%
Fachkunde:																		
VT	414	26,9%	41	2,7%	119	7,7%	244	15,8% ³	12	0,8%	239	15,5% ³	45	2,9% ³	16	1,0%	73	4,7%
TP	212	27,5%	31	4,0%	75	9,7%	123	16,0% ³	6	0,8%	79	10,2% ³	8	1,0% ³	9	1,2%	35	4,5%
AP/AP+TP	23	27,4%	2	2,3%	3	3,5%	15	17,4% ³	1	1,2%	17	19,8% ³	3	3,5% ³	0	0,0%	5	5,8%
Rest	37	37,8%	4	4,1%	9	9,2%	26	26,5% ³	1	1,0%	23	23,5% ³	3	3,1% ³	0	0,0%	6	6,1%
Niederlassung Ost/ West:																		
östliche KVen	83	30,9%	8	3,0%	18	6,7%	50	18,5%	3	1,1%	53	19,6% ³	10	3,7%	3	1,1%	9	3,3%
westliche KVen	541	26,8%	56	2,8%	172	8,5%	321	15,9%	16	0,8%	276	13,7% ³	42	2,1%	19	0,9%	99	4,9%
Region nach Siedlungsstruktur:																		
ländliche Region	35	19,7% ³	6	3,4%	10	5,6%	25	14,0% ³	2	1,1%	15	8,4% ³	5	2,8%	0	0,0%	4	2,2%
Kleinstadt	92	23,8% ³	12	3,1%	24	6,2%	46	11,9% ³	2	0,5%	42	10,8% ³	8	2,1%	5	1,3%	18	4,6%
Mittelstadt	159	26,9% ³	18	3,0%	49	8,3%	94	15,9% ³	4	0,7%	72	12,1% ³	12	2,0%	4	0,7%	27	4,6%
Großstadt	396	30,3% ³	42	3,2%	119	9,1%	241	18,4% ³	12	0,9%	226	17,3% ³	34	2,6%	16	1,2%	70	5,3%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung ³ Signifikanz $p \leq 0,05$ ⁴ Die Frage nach dem Nebenerwerb beantworteten 2.491 Therapeuten. Von den 686 Psychotherapeuten mit Nebenerwerb nannten 674 die Art ihres Nebenverdienstes

Quelle: eigene Berechnungen

3.3 Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie

In diesem Kapitel sollen Aussagen der Stichprobenpopulation zu Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit der von ihnen durchgeführten Psychotherapien dargestellt werden. Kapitel 3.3.1 beschreibt die angegebenen Zugangswege der Patienten zur Psychotherapie. In Kapitel 3.3.2 geht es um Reaktionen der Psychotherapeuten auf Anfragen von potentiellen Patienten bei fehlenden sofortigen zeitlichen Ressourcen sowie um die in diesem Zusammenhang anfallenden Wartezeiten. Abschnitt 3.3.3 beschäftigt sich mit der Dauer von Psychotherapien sowohl im Verhältnis zu den von der Krankenkasse genehmigten Sitzungen, als auch in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit aus der Sicht der Therapeuten.

3.3.1 Zugangswege zur Psychotherapie

Im Fragebogen wurde nach den Zugangswegen der letzten 10 behandelten Patienten gefragt; es sollte dabei eine Strichliste für jeden angegebenen Zuweisungsweg geführt werden. Außerdem wurde eine offene Kategorie „Sonstiges“ angegeben, die näher spezifiziert werden konnte. Wie schon in Kapitel 2.3 dargestellt, haben etliche Therapeuten Angaben über mehr als 10 Patienten gemacht. Insofern wurden in der Auswertung absolut alle Patientenangaben einbezogen. Die prozentualen Angaben dagegen wurden als Mittelwerte der jeweiligen Patientenanteile an den Zuweisungswegen pro Therapeut ermittelt; hierauf basieren auch die Signifikanzberechnungen.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 25 dargestellt. Zwar wurden mit insgesamt 52,0 % gut die Hälfte der Patienten aus dem medizinischen Behandlungssystem an die ambulante Psychotherapie verwiesen (vergleiche die ersten vier Kategorien von Tabelle 25). Es fällt jedoch auf, dass ein weiterer großer Anteil von Patienten, nämlich insgesamt 39,0 %, eigenständig bzw. über private Kontakte zum Psychotherapeuten fand.

In der bivariaten Betrachtung erscheint es zunächst so, als ob (mit Ausnahme der Gruppe der Therapeuten bis 30 Jahre) an jüngere Psychotherapeuten signifikant häufiger durch Psychiater und durch andere Ärzte verwiesen wird; jedoch wird dieser Zusammenhang in Bezug auf die psychiatrische Zuweisung in der multivariaten Analyse insignifikant. Jedoch bestätigt es sich auch hier, dass ältere Therapeuten häufiger auf Empfehlung von Freunden aufgesucht werden.

Auffällig ist auch zunächst, dass mit 27,9 % einerseits Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten häufiger Patienten vom Haus- oder Kinderarzt zugewiesen werden als ihren Kollegen, die erwachsene Patienten behandeln. Allerdings wird der Unterschied in den Zuweisungsanteilen in der multivariaten Betrachtung insignifikant. Andererseits werden Patienten von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seltener (14,8 %) von Psychiatern oder Nervenärzten zugewiesen und haben auch mit 26,6 % einen signifikant höheren Anteil an Selbstzuweisungen. Mit 6,2 % ist der Anteil an Zuweisungen, die von einer Beratungsstelle kommen, bei den KJPlern im Vergleich zu den anderen Approbationsgruppen gleichzeitig am höchsten.

Psychiater und Nervenärzte haben die Patienten der Fragebogenpopulation mit 19,2 % signifikant häufiger an Verhaltenstherapeuten als an Therapeuten mit anderem Fachkundenachweis verwiesen. Psychoanalytiker bzw. Therapeuten mit Fachkundenachweis in Analyse und Tiefenpsychologie hatten dagegen mit 27,6 % den höchsten Anteil an Selbstzuweisern unter ihren Patienten.

Tabelle 25: Zuweisung der Patienten

	Zuweisung der Patienten															
	Durch Hausarzt / Kinderarzt ^{1,2}		Durch Psychiater/ Nervenarzt ^{1,2}		Durch andere Ärzte ^{1,2}		Durch stationäre Einrichtungen ^{1,2}		Durch Beratungs- stelle ^{1,2}		Selbst- zuweisung ^{1,2}		Empfehlung durch Freunde / Bekannte ^{1,2}		Sonstiges ^{1,2}	
Alle Psychotherapeuten:	8122	24,9%	5.388	16,5%	2.274	6,4%	1.377	4,2%	1.338	4,2%	7.363	23,4%	5.314	15,6%	1.522	4,8%
Altersgruppen:																
bis 30 Jahre	39	41,2%	12	10,3% ³	2	1,3% ³	5	5,0% ³	10	9,3%	22	22,8%	5	5,0% ³	5	5,0%
31 bis 40 Jahre	402	23,5%	331	19,4% ³	91	5,2% ³	99	5,7% ³	49	2,7%	456	26,5%	220	12,0%	83	5,1%
41 bis 50 Jahre	2.649	24,6%	1.929	17,3% ³	744	6,4% ³	491	4,7% ³	470	4,2%	2.512	23,7%	1.671	14,2%	552	5,0%
51 bis 60 Jahre	3.876	25,4%	2.413	16,1% ³	962	5,9% ³	615	3,9% ³	626	4,4%	3.270	23,0%	2.475	16,4%	713	4,9%
61 bis 70 Jahre	1.094	24,3%	673	14,6% ³	449	8,5% ³	165	3,3% ³	173	3,8%	1.014	22,2%	908	19,4%	162	4,0%
>70 Jahre	62	33,5%	30	12,8% ³	26	11,7%	2	1,7% ³	10	3,7%	89	23,6%	35	13,0%	7	0,0%
Geschlecht:																
männlich	2.383	25,4%	1.640	17,9% ³	620	5,8%	353	3,9%	263	2,9% ³	2.074	23,7%	1.555	15,9%	450	4,6%
weiblich	5.705	24,8%	3.732	16,0% ³	1.645	6,6%	1022	4,3%	1.069	4,7% ³	5.225	23,2%	3.735	15,5%	1.065	4,9%
Approbationsart:																
PP	5.796	24,0%	4.183	17,2% ³	1.747	6,5% ³	1046	4,3%	1.003	4,3% ³	5.416	23,2%	3.909	15,7%	1.044	4,8% ³
KJP	408	27,9%	192	14,8% ³	43	2,6% ³	51	3,2%	89	6,2% ³	372	26,6%	213	13,1%	111	5,6% ³
PP/KJP	1.918	27,5%	1.013	14,5% ³	484	6,6% ³	280	4,1%	246	3,4% ³	1.575	23,3%	1.192	15,8%	367	5,0% ³
Fachkunde:																
VT	5.276	26,1%	3.834	19,2% ³	1.400	6,3%	837	4,2%	635	3,1% ³	4.190	22,2%	3.049	14,4%	879	4,4% ³
TP	2.282	22,3%	1.245	11,8% ³	677	6,1%	440	4,2%	574	6,1% ³	2.606	25,5%	1.923	18,4%	517	5,6% ³
AP/AP+TP	278	23,6%	135	11,6% ³	99	8,0%	62	5,0%	84	6,4% ³	295	27,6%	146	12,7%	61	5,1% ³
Rest	286	28,5%	174	15,0% ³	98	7,5%	38	3,4%	45	3,8% ³	272	20,5%	196	15,3%	65	6,0% ³
Niederlassung Ost/ West:																
östliche KVen	1.088	32,6%	546	15,2%	239	6,5%	167	4,9%	92	2,6% ³	823	23,5%	411	11,0%	136	3,7%
westliche KVen	6.314	23,9%	4.397	16,7%	1.782	6,1%	1123	4,2%	1140	4,4% ³	5.961	23,4%	4.396	16,2%	1.239	5,1%
Region nach Siedlungsstruktur:																
ländliche Region	783	34,7%	300	12,6% ³	123	4,3% ³	109	3,8%	67	2,3% ³	492	21,4%	456	16,8%	97	4,2% ³
Kleinstadt	1.641	33,0%	739	15,2% ³	277	5,5% ³	184	3,8%	117	2,4% ³	1.067	23,2%	700	12,9%	198	4,0% ³
Mittelstadt	2.229	28,6%	1.399	16,9% ³	499	5,8% ³	375	4,7%	212	2,7% ³	1.867	24,1%	1.134	13,5%	266	3,7% ³
Großstadt	3.393	19,7%	2.867	17,2% ³	1.353	7,1% ³	694	4,1%	926	5,7% ³	3.828	23,3%	2.941	17,2%	938	5,7% ³

¹ Angaben als Summe der entsprechend zugewiesenen Patienten und in % aller Patienten der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet. ² Es wurden Angaben über 32698 Patienten gemacht. Die zu Grunde liegenden Angaben der Psychotherapeuten beziehen sich dabei auf ihre letzten 10 Patienten zum Zeitpunkt der Befragung. ³ Signifikanz p ≤ 0,05

Quelle: eigene Berechnungen

23,9 % der Patienten in den westlichen KVen werden vom Hausarzt zugewiesen, das ist signifikant seltener als bei den Patienten in den östlichen KVen (32,6 %). Dafür kommt in den alten Bundesländern mit 16,2 % ein signifikant größerer Anteil von Patienten auf Empfehlung durch Freunde und Bekannte zur Psychotherapie als in den neuen Bundesländern (11,0 %). Auch Beratungsstellen sind im Westen mit einem Anteil von 4,4 % wesentlich öfter Zuweiser als im Osten mit nur 2,6 %.

Auffällig ist, dass in der Großstadt mit 19,7 % der Fälle im Verhältnis zu anderen Siedlungsstrukturen der Hausarzt am seltensten Zuweiser ist. Die Ergebnisse der Befragung zeigen insgesamt einen signifikanten umgekehrten Zusammenhang zwischen Siedlungsdichte im Niederlassungsgebiet der Psychotherapeuten und dem Anteil der ihnen vom Haus- oder Kinderarzt zugewiesenen Patienten – auf dem Land sind dies sogar 34,7 %. Signifikant häufiger als in ländlich strukturierten Gebieten werden in der Großstadt Psychiater (17,2 %), andere Ärzte (7,1 %) und Beratungsstellen (5,7 %) aktiv – hier ist insgesamt jeweils ein signifikant gleichläufiger Zusammenhang zwischen Siedlungsdichte und Anteil der so zugewiesenen Patienten festzustellen.

In Tabelle 79 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen dargestellt.

Die von den Psychotherapeuten unter „Sonstiges“ genannten übrigen Zuweisungswege sind in Tabelle 26 dargestellt. Dabei nehmen mit 7,3% andere psychotherapeutische Kollegen als Zuweiser die erste Stelle ein, gefolgt von öffentlichen Institutionen (3,2%).

Tabelle 26: Sonstige Zuweisungswege von Patienten

Sonstige Zuweisungswege von Patienten	Anzahl der Antworten ¹ absolut und in % aller Psychotherapeuten	
Psychotherapeutische Kollegen	183	7,3%
Institutsambulanz/Klinikambulanz	29	1,2%
Aus früherer Therapie bekannt	21	0,8%
Internet, Gelbe Seiten, andere Medien	49	2,0%
Familie	13	0,5%
Öffentliche Institutionen	81	3,2%
Andere Berufsgruppen	35	1,4%
Sonstiges	50	2,0%

¹ Insgesamt haben 461 Therapeuten sonstige Zuweisungswege spezifiziert

Quelle: eigene Berechnungen

3.3.2 Umgang mit Therapieanfragen durch die Therapeuten bei fehlenden zeitlichen

Ressourcen für ein Erstgespräch

Im Fragebogen wurden die Psychotherapeuten gebeten, den Umgang mit Anfragen von Patienten zu beschreiben, denen nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann. Es konnten mehrere Alternativen angekreuzt werden. Im Rahmen der Kategorie „Sonstiges“ konnten frei andere Umgangsvarianten genannt werden. Eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nannte das Führen

einer Warteliste auf ein Erstgespräch. Entsprechend bezog sich die darauf folgende Frage nach der Wartezeit auch explizit auf das Erstgespräch.

Insgesamt gaben nur 20,4 % aller Psychotherapeuten an, die anfragenden potentiellen Patienten ohne weitere Angaben abzuweisen. Am häufigsten wurde zusätzlich ein Kollege empfohlen (59,1 %) oder auf eine Therapieplatzauskunft verwiesen (60,7 %). Über die Hälfte der befragten Psychotherapeuten (52,0 %) führte eine Warteliste für ein Erstgespräch. Die durchschnittliche Wartezeit betrug bei diesen Therapeuten 79,2 Tage (SD 88 Tage), also über 2 ½ Monate.

Weibliche Therapeuten wiesen signifikant häufiger ab ohne weitere Angaben, aber auch unter Verweis auf einen Kollegen oder eine Therapieauskunft.

Mit nur 7,7 % wiesen auffällig wenige KJPLer potentielle Patienten ohne weitere Angaben ab und verwiesen auch seltener als Therapeuten mit der Approbation als PP oder beiden Approbationen auf eine Therapieplatzauskunft. Sie führten aber mit 65,2 % signifikant häufiger eine Warteliste auf ein Erstgespräch als ihre Kollegen, die nur oder auch erwachsene Patienten behandeln; allerdings wurde dieser Zusammenhang in der multivariaten Betrachtung insignifikant. Gleichzeitig hatten sie die längste Wartezeit auf ein Erstgespräch mit durchschnittlich 93,6 Tagen (SD 107,8 Tage) oder etwa 3 Monaten.

Während Tiefenpsychologen mit 23,6 % am häufigsten potentielle Patienten abwiesen ohne weitere Angaben¹¹ oder mit 66,9 % einen anderen Kollegen empfahlen, verwiesen Therapeuten mit Fachkunde in Psychoanalyse mit 66,3 % besonders oft auf eine Therapieplatzauskunft. Eine Warteliste auf ein Erstgespräch wurde mit 57,5 % signifikant am häufigsten von Verhaltenstherapeuten geführt, die auch mit 87,1 Tagen (SD 93,0 Tage), also etwa 3 Monaten, die längsten Wartezeiten - nach Fachkundegruppen analysiert - aufwiesen. Unterschiede in der Dauer der Wartezeit zwischen Therapeuten mit verschiedenen Fachkundenachweisen waren aber in der multivariaten Analyse nicht mehr signifikant.

Östliche und westliche Bundesländer unterscheiden sich in Bezug auf diese Fragestellungen kaum. Einzig ein Verweis auf Therapieauskunftstellen findet in den alten Bundesländern mit 63,1 % der Fälle signifikant häufiger statt als in den neuen Bundesländern mit 46,7 %.

In der Großstadt werden am häufigsten die einfache Absage (22,9 %), die Abweisung mit Empfehlung eines Kollegen (62,7 %)¹² und der Verweis auf eine Therapieauskunft (67,1 %) genannt. Am seltensten wird jedoch in der Großstadt eine Warteliste auf ein Erstgespräch geführt (von 46,6 % der befragten Therapeuten); gleichzeitig fallen hier die kürzesten Wartezeiten mit durchschnittlich 62,3 Tagen (SD 66,6 Tage) an. Die Kleinstadt bildet in einigen Fällen den Gegenpol. Nur 13,7 % aller Psychotherapeuten weisen hier ohne weitere Angaben ab. 64,5 % aller Therapeuten führen eine Warteliste für ein Erstgespräch, und die Wartezeit auf dieses Gespräch ist mit 104,0 Tagen (SD 109,5 Tage) die längste, wenn man die nach Siedlungsstruktur des Niederlassungsortes gebildeten Gruppen

¹¹ In der multivariaten Analyse ergab sich hier kein signifikanter Zusammenhang mehr.

¹² Dieser Zusammenhang erweist sich jedoch in der multivariaten Analyse nicht mehr als signifikant.

vergleicht. Auf dem Land dagegen wird mit 16,9 % immer noch relativ selten einfach abgewiesen und mit 56,7 % respektive 47,8 % am seltensten auf Kollegen bzw. eine Therapieplatzauskunft verwiesen. Dagegen ist die Wartezeit mit 68,8 Tagen (SD 74,0 Tage) relativ gering. Auffällig dagegen ist die hohe Wartezeit in Mittelstädten mit durchschnittlich 95,6 Tagen (SD 101,7 Tage).

In Tabelle 80 bis 81 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen dargestellt.

Tabelle 27: Verhalten der Psychotherapeuten bei fehlenden Ressourcen für ein sofortiges Erstgespräch

	Verhalten der Psychotherapeuten bei fehlenden Ressourcen für ein sofortiges Erstgespräch											
	Abweisen ^{1,4}		Abweisen und Empfehlung eines Kollegen/-in ^{1,4}		Verweis auf Therapieplatzauskunft ^{1,4}		Sonstiges ^{1,4}		Ich führe eine Warteliste für ein Erstgespräch ^{1,4}		Wartezeit in Tagen im Durchschnitt ^{1,2,4}	
Alle Psychotherapeuten:	509	20,4%	1.475	59,1%	1.516	60,7%	496	19,9%	1.294	52,0%	79,2	88
Durchschnittsalter²:	52	6,8	51,8	7,4	51,6	7,3	51,1 ³	7,1	51,4 ³	7,5		
Altersgruppen:												
bis 30 Jahre	0	0,0%	6	60,0%	3	30,0% ³	0	0,0%	7	70,0%	51,4	24,3
31 bis 40 Jahre	23	15,6%	81	55,1%	86	58,9% ³	34	23,1%	81	56,3%	87,0	88,2
41 bis 50 Jahre	189	21,0%	542	60,4%	594	66,1% ³	199	22,2%	482	54,8%	90,5	97,3 ³
51 bis 60 Jahre	236	21,3%	658	59,3%	647	58,3% ³	209	18,8%	560	51,0%	75,0	83,7
61 bis 70 Jahre	58	18,8%	177	57,3%	177	57,5% ³	52	16,8%	148	48,4%	56,3	66,7 ³
>70 Jahre	0	0,0%	11	47,8%	2	33,3% ³	0	0,0%	4	66,7%	89,7	66,0
Geschlecht:												
männlich	123	17,2% ³	361	50,6% ³	396	55,5% ³	116	16,2% ³	386	54,8%	80,8	89,1
weiblich	384	21,7% ³	1.107	62,5% ³	1.115	63,0% ³	379	21,4% ³	897	51,4%	78,9	87,9
Approbationsart:												
PP	409	22,0% ³	1.094	58,9%	1.155	62,2% ³	371	20,0%	931	50,8% ³	74,1	85,1 ³
KJP	7	7,7% ³	47	51,6%	44	48,4% ³	22	24,2%	58	65,2% ³	93,6	107,8
PP+KJP	92	16,8% ³	334	60,8%	316	57,8% ³	103	18,8%	304	56,3% ³	92,0	91,5 ³
Fachkunde:												
VT	292	18,9% ³	858	55,6% ³	939	61,0% ³	286	18,5%	871	57,5% ³	87,1	93,0 ³
TP	182	23,6% ³	516	66,9% ³	477	61,9% ³	173	22,4%	338	44,4% ³	64,3	76,4 ³
AP/AP+TP	14	16,3% ³	45	52,3% ³	57	66,3% ³	13	15,1%	37	43,0% ³	49,3	67,8
Rest	21	21,4% ³	56	57,1% ³	43	43,9% ³	24	24,5%	48	49,0% ³	63,8	63,6
Niederlassung Ost/ West:												
östliche KVen	47	17,4%	165	61,1%	126	46,7% ³	58	21,5%	147	54,6%	90,1	89,3
westliche KVen	424	21,0%	1.199	59,3%	1.276	63,1% ³	408	20,2%	1.043	52,4%	78,3	89,5
Region nach Siedlungsstruktur:												
ländliche Region	30	16,9% ³	101	56,7% ³	85	47,8% ³	38	21,3% ³	100	56,8% ³	68,8	74,0 ³
Kleinstadt	53	13,7% ³	224	57,7% ³	206	53,1% ³	80	20,6% ³	247	64,5% ³	104,0	109,5 ³
Mittelstadt	124	20,9% ³	315	53,1% ³	327	55,2% ³	136	22,9% ³	331	56,5% ³	95,6	101,7 ³
Großstadt	300	22,9% ³	821	62,7% ³	878	67,1% ³	236	28,0% ³	600	46,6% ³	62,3	66,6 ³

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweils in Spalte 1 angegebenen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung

³ Signifikanz $p \leq 0,05$

⁴ Insgesamt haben 2.490 Psychotherapeuten die Frage nach dem Vorgehen bei fehlenden Ressourcen für ein Erstgespräch beantwortet

Quelle: eigene Berechnungen

Zu nennenswerten Anteilen wurden auch andere Reaktionen auf nicht sofort erfüllbare Therapieanfragen frei genannt, wie aus Tabelle 28 ersichtlich.

Tabelle 28: Sonstige Reaktionen auf Anfragen von Patienten, denen nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann

Sonstige Reaktionen auf Anfragen von Patienten, denen nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann	Anzahl der Antworten ¹ absolut und in % aller Psychotherapeuten	
Verweis auf andere Therapieeinrichtungen, Beratungsstellen oder Krisendienste	168	6,7%
Erstgespräch sofort, dann Warteliste auf weiteren Therapieplatz	119	4,8%
Aufforderung zur erneuten Kontaktaufnahme	95	3,8%
Sonstiges	114	4,6%

¹ Insgesamt haben 496 Therapeuten sonstige Reaktionsweisen beschrieben

Quelle: eigene Berechnungen

Von 6,7 % der Psychotherapeuten wurde ein Verweis auf andere therapeutische oder beratende Einrichtungen angegeben. 4,8 % der Therapeuten gaben an, sofort ein Erstgespräch zu führen, um darauf die Patienten auf eine Warteliste für einen Therapieplatz zu setzen. Von diesen 119 Psychotherapeuten, die eine Warteliste auf einen Therapieplatz nach dem Erstgespräch führen, haben 75 Personen abweichend von der Frageführung des Fragebogens auch eine Wartezeit auf den Therapieplatz angegeben. Der Durchschnitt betrug 39 Tage Wartezeit.

Weiterhin wurde im Fragebogen nach Gründen gefragt, keine Warteliste zu führen. Die Begründungen der 1.121 Psychotherapeuten, die auf diese Frage antworteten, zeigt Tabelle 29. Am häufigsten wird hier damit argumentiert, dass sich das Wartelistensystem nicht bewährt habe. Nur 3,2 % der Therapeuten geben an, eine Warteliste nicht zu benötigen, weil sie freie Plätze haben.

Tabelle 29: Gründe gegen das Führen einer Warteliste

Ich führe keine Warteliste, weil...	Anzahl der Antworten ¹ / in % aller Psychotherapeuten	
ich freie Plätze habe	79	3,2%
auch längerfristig keine Plätze frei sind	267	10,7%
sich das System nicht bewährt hat	886	35,5%
Sonstiges, davon:	199	8,0%
• sofortiges Erstgespräch findet statt	27	1,1%
• zu hoher Aufwand	23	0,9%
• genügend andere Angebote vorhanden	16	0,6%
• andere Begründungen	135	5,4%

¹ Insgesamt haben 1.121 eine Begründung dafür angegeben, keine Warteliste zu führen

Quelle: eigene Berechnungen

3.3.3 Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie aus Therapeutesicht

Bezogen auf ihre letzten fünf abgeschlossenen Behandlungen wurden den Therapeuten Fragen zu Therapiekontingenten und Behandlungszeitraum gestellt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 30, Tabelle 31 und Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 30 zeigt, dass in 13,9 % der hier erfassten Fälle die Patienten nur probatorische oder biographische Sitzungen in Anspruch nahmen. Für 80,8 % der erfassten Patienten wurden jedoch auch genehmigungspflichtige Sitzungen genehmigt, deren durchschnittliche Anzahl 49,8 Sitzungen (SD 34,2 Sitzungen) betrug. 46,0 Sitzungen (SD 34,0 Sitzungen) wurden im Schnitt davon tatsächlich durchgeführt. Aus den Angaben der Therapeuten zur Fragestellung genehmigter und durchgeführter Sitzungen lässt sich der Anteil der tatsächlich realisierten an den genehmigten Sitzungen errechnen. Die Ergebnisse sind insofern unterschiedlich von einer Division der vorangegangenen Spalten, als für die genehmigten Sitzungen die Antworten von 10.028 Patienten vorliegen, für die realisierten dagegen nur von 9.979, so dass individuelle Anteile nur für 9.979 Patienten errechnet werden konnten. Der auf dieser Basis berechnete Anteil durchgeführter an den genehmigten Leistungen betrug im Schnitt 89,3 %.

Die Häufigkeit der alleinigen Inanspruchnahme probatorischer oder biographischer Sitzungen unterschied sich in den meisten Fällen nicht signifikant zwischen den nach den Grundmerkmalen gebildeten Therapeutengruppen. Die bivariat signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen der Therapeuten (tendenziell höhere Anteile von reinen Probatorik-Patienten in den jüngeren Altersgruppen, sieht man von den bis 30jährigen ab) bestätigten sich in der multivariaten Analyse. Psychotherapeuten mit psychoanalytischem (ggf. mit zusätzlichem tiefenpsychologischem) Fachkundenachweis hatten die signifikant höchsten Anteile (16,3 %) von Patienten, die nur probatorische Sitzungen in Anspruch nahmen.

Die höchsten Anteile von Patienten mit genehmigten Sitzungen wiesen entsprechend die fortgeschrittenen Altersgruppen der Therapeuten (ausgenommen die über 70jährigen) auf. So war bei den 61-70-jährigen Psychotherapeuten für 82,5 % der angegebenen Patienten, bei den 51-60jährigen sogar für 83,3 % der Patienten genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Sitzungen zugestimmt worden. Signifikant seltener geschah dies bei den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit nur 72,1 % im Vergleich mit ihren Kollegen, die eine Approbation nur zur Behandlung Erwachsener (81,4 %) oder zur Behandlung beider Patientengruppen (80,1 %) haben. Während sich diese Unterschiede alle in der multivariaten Analyse als signifikant bestätigten, stellten sich die auf den ersten Blick deutlichen und in der bivariaten Analyse auch signifikanten regionalen Unterschiede sowie die Unterschiede zwischen den Therapeuten mit unterschiedlichem Fachkundenachweis im multivariaten Kontext als insignifikant heraus.

Die Anzahl der genehmigten Sitzungen wiederum unterschied sich zunächst signifikant nach dem Geschlecht des Psychotherapeuten. Psychotherapeutinnen gaben durchschnittlich 51,1 genehmigte Therapiesitzungen (SD 34,9 Sitzungen) an, ihre männlichen Kollegen 46,6 Sitzungen (SD 32,3

Sitzungen). Abgesehen von der Altersgruppe der über 70jährigen, wurden in den älteren Altersgruppen der Therapeuten signifikant mehr Sitzungen pro Patient genehmigt. Die höhere genehmigte Stundenzahl der KJPler im Vergleich zu den PPlern, in der bivariaten Analyse noch insignifikant, erwies sich in der multivariaten Betrachtung als signifikant. Erwartungsgemäß war auch die Anzahl der genehmigten Sitzungen mit im Durchschnitt 114,1 (SD 89,5 Sitzungen) bei den Psychoanalytikern am höchsten. Signifikante Unterschiede ergaben sich aber auch auf regionaler Ebene. Dabei fällt insbesondere die höhere Anzahl genehmigter Sitzungen pro Patient im Westen (50,2 Sitzungen im Vergleich zu 45,1 Sitzungen im Osten) sowie auch die hohe Durchschnittszahl von 54,0 (SD 37,5) in der Großstadt auf. Die Signifikanz dieser Ergebnisse bestätigte sich ausnahmslos in der multivariaten Analyse.

Tabelle 30: Probatorische und genehmigungspflichtige Sitzungen

	Probatorische und genehmigungspflichtige Sitzungen									
	Patienten, die nur probatorische oder biographische Sitzungen in Anspruch nahmen ^{1,4}		Patienten, für die genehmigungspflichtige Sitzungen genehmigt wurden ^{1,5}		Anzahl genehmigter Sitzungen pro Patient ^{2,6}		davon: Anzahl durchgeführter Sitzungen pro Patient ^{2,6}		Anteil realisierter an genehmigten Sitzungen	
Alle Psychotherapeuten:	1.733	13,9%	10.028	80,8%	49,8	34,2	46,0	34,0	89,3%	0,207
Altersgruppen:										
bis 30 Jahre	6	12,0% ³	21	42,0% ³	39,5	15,2	30,7	17,2	75,5%	0,236
31 bis 40 Jahre	128	17,4% ³	529	72,7% ³	43,9	20,1	37,9	21,7	84,4%	0,238
41 bis 50 Jahre	681	15,2% ³	3.534	79,1% ³	49,0	32,0	45,1	33,4	88,4%	0,213
51 bis 60 Jahre	729	13,1% ³	4.599	83,3% ³	50,9	37,2	47,3	35,4	90,2%	0,199
61 bis 70 Jahre	175	11,3% ³	1.269	82,5% ³	50,6	33,7	47,5	34,8	90,6%	0,204
>70 Jahre	4	13,3% ³	21	70,0% ³	47,4	24,2	46,1	25,2	95,7%	0,113
Geschlecht:										
männlich	507	14,2%	2.883	81,2%	46,6	32,3	42,4	33,5	87,3%	0,220
weiblich	1.217	13,7%	7.101	80,6%	51,1	34,9	47,4	34,2	90,1%	0,201
Approbationsart:										
PP	1.272	13,7%	7.521	81,4% ³	50,3	34,9	46,7	34,3	89,7%	0,205
KJP	76	16,7%	326	72,1% ³	51,3	32,4	44,5	33,0	84,2%	0,237
PP/KJP	385	14,1%	2.176	80,1% ³	47,7	32,0	43,9	33,3	88,8%	0,210
Fachkunde:										
VT	1.030	13,4% ³	6.160	80,3% ³	42,1	20,1	38,6	22,3	88,5%	0,211
TP	574	14,9% ³	3.146	82,0% ³	57,4	34,9	53,4	32,0	90,6%	0,198
AP/AP+TP	70	16,3% ³	331	77,0% ³	114,1	89,5	106,0	91,0	89,6%	0,218
Rest	59	12,0% ³	391	81,5% ³	55,8	46,7	52,3	47,2	90,9%	0,197
Niederlassung Ost/ West:										
östliche KVen	213	15,8%	1.056	78,5% ³	45,1	34,6	41,5	35,3	89,1%	0,215
westliche KVen	1.404	13,9%	8.197	81,5% ³	50,2	34,0	46,4	33,6	89,2%	0,207
Region nach Siedlungsstruktur:										
ländliche Region	135	15,2%	698	78,6% ³	45,9	28,3	41,6	29,7	87,4%	0,229
Kleinstadt	292	15,1%	1.565	81,4% ³	46,0	33,2	41,6	33,9	87,4%	0,224
Mittelstadt	377	12,7%	2.423	82,5% ³	44,2	27,3	40,4	28,8	88,2%	0,216
Großstadt	918	14,0%	5.233	80,2% ³	54,0	37,5	50,5	36,3	90,6%	0,194

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² Angaben als Mittelwert und Standardabweichung ³ Signifikanz $p \leq 0,05$ ⁴ Die Frage nach ausschließlichen probatorischen Sitzungen wurde für 12.485 Patienten beantwortet ⁵ Die Frage nach der Genehmigung genehmigungspflichtiger Sitzungen wurde für 12.414 Patienten beantwortet ⁶ Für 10.028 Patienten wurde die Zahl genehmigter Sitzungen angegeben, für 9.979 davon liegen auch Angaben über die Zahl der davon durchgeführten Sitzungen vor

Quelle: eigene Berechnungen

Bei der Anzahl der durchgeführten genehmigten Sitzungen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen allen untersuchten Gruppierungen, die sich bis auf die Ergebnisse der Altersgruppen allesamt über die multivariate Untersuchung bestätigten. Die signifikant höhere Anzahl von Sitzungen bei Psychotherapeutinnen blieb auch in der Durchführung bestehen. Psychologische Psychotherapeuten hatten im Vergleich zu ihren Kollegen, welche eine Approbation als KJP besitzen, mit durchschnittlich 46,7 signifikant mehr Sitzungen (SD 34,3 Sitzungen) auch durchgeführt. Wenn man die nach Fachkunde gebildeten Therapeutengruppen betrachtet, war die Anzahl der durchgeführten Sitzungen (wie auch bei der Zahl der genehmigten Sitzungen) bei den Psychoanalytikern mit 106,0 im Durchschnitt (SD 91,0 Sitzungen) am höchsten. Erhalten blieben auch die regionalen Unterschiede: während in den östlichen KVen im Durchschnitt nur 41,5 genehmigungspflichtige Sitzungen (SD 35,3 Sitzungen) pro im Fragebogen genanntem Patienten durchgeführt wurden, waren es im Westen 46,4 Sitzungen (SD 33,6 Sitzungen). Nach Siedlungsstruktur fällt wiederum die Situation in der Großstadt mit 50,5 Sitzungen pro Patient auf (SD 36,3 Sitzungen), was im Vergleich zu den anderen Siedlungsformen die höchste Zahl an Sitzungen bedeutet.

Der durchschnittliche Anteil der durchgeführten an den genehmigten Sitzungen steigt signifikant mit der Altersgruppe des Psychotherapeuten; gleichzeitig liegt der Anteil bei den Psychotherapeutinnen höher als bei ihren männlichen Kollegen. Außerdem fällt auf, dass der Anteil der ausgeschöpften Sitzungen mit 84,2 % bei den Kinder- und Jugendtherapeuten niedriger ist als bei ihren Kollegen, die Erwachsene (PP: 89,7 %, PP/KJP: 88,8%) behandeln. Unterschiede zwischen Therapeuten mit verschiedenem Fachkundenachweis und auf Basis regionaler Zuordnungen sind zwar in bivariater Betrachtungsweise statistisch signifikant. Jedoch konnten sie in der multivariaten Analyse nicht bestätigt werden.

Tabelle 31 bildet die Antworten der Therapeuten über ihre letzten fünf abgeschlossenen Behandlungen ab, die im Zusammenhang mit der Ausschöpfung des Therapiekontingents, d.h. der vollen Nutzung der genehmigten Therapiesitzungen, stehen. Insgesamt 66,2 % aller Patienten hatten in diesem Sinne ihr Therapiekontingent ausgeschöpft. Aus Sicht der Psychotherapeuten war jedoch bei 66,1 % dieser Patienten das Höchstkontingent an genehmigungspflichtigen Sitzungen nicht ausreichend. Hierbei ist anzumerken, dass die volle Nutzung der genehmigten Therapiesitzungen nicht identisch ist mit der Ausschöpfung des Höchstkontingents an genehmigungspflichtigen Leistungen (vgl. Tabelle 65 in Kapitel 5.1). Es lässt sich aber aufgrund der Fragestellungen der Umfrage nicht feststellen, wie viele Patienten das Höchstkontingent ausgenutzt haben. Insgesamt wurden 35,8 % der Patienten, die das beantragte Therapiekontingent ausgeschöpft hatten, niederfrequent nach EBM weiterbehandelt, 10,0 % als Privatpatienten.

Rechts unten in der Tabelle 31 ist dargestellt, dass nicht bei allen Patienten, die weiterbehandelt wurden, das Therapiekontingent aus Sicht des Therapeuten nicht ausreichend war. Allerdings wurden nach ausgeschöpftem Therapiekontingent für genehmigungspflichtige Leistungen nur 20,6 % der

betroffenen Patienten niederfrequent nach EBM behandelt, wenn der Psychotherapeut das Stundenkontingent für ausreichend hielt. Tat er das nicht, waren es über doppelt so viele, nämlich 43,5 %. Noch stärker gehen diese Anteile im Falle der anschließenden Privatbehandlung auseinander. Nur 1,7 % der Patienten, die nach der Meinung des Therapeuten ein ausreichendes Therapiekontingent genehmigt bekommen hatten, wurden niederfrequent privat behandelt, dagegen waren es 14,3 % der Patienten, für die aus therapeutischer Sicht die genehmigten Sitzungen nicht ausreichten.

Der Anteil an Patienten mit voll ausgeschöpften beantragten Therapiesitzungen nimmt mit steigender Altersklasse des Psychotherapeuten signifikant zu. Bei den Therapeuten zwischen 31 und 40 Jahren sind es zum Beispiel nur 52,7 % der Patienten, bei den 61 bis 70jährigen hingegen schon 71,1 %. Gleichfalls schöpfen Patienten von Psychotherapeutinnen häufiger ihr Therapiekontingent aus als die ihrer männlichen Kollegen. Auffällig ist auch wiederum der signifikant geringere Anteil an Patienten (50,3 %) mit ausgeschöpftem Therapiekontingent, von denen die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berichten, im Vergleich zu dem der Psychologischen Psychotherapeuten (67,3 %). Auch in östlichen KVen wird mit einem Anteil von 70,1 % über signifikant mehr Patienten mit ausgeschöpftem Therapiekontingent berichtet als im Westen der Republik (65,4 %). In der Differenzierung nach Siedlungsstruktur fällt auf, dass der höchste Patientenanteil mit ausgeschöpftem Therapiekontingent mit 68,5 % auf die Großstadt entfällt. Im Bereich der Fachkundenachweise ergeben sich zwar bivariat signifikante Ergebnisse, die jedoch der multivariaten Analyse nicht standhalten.

Tabelle 31: Ausschöpfung von Höchstkontingenten und Weiterbehandlung

	Ausschöpfung von Höchstkontingenten und Weiterbehandlung							
	Anteil von Patienten mit voll ausgeschöpftem Kontingent an genehmigten Sitzungen ^{1,3}		bei Ausschöpfung der genehmigten Sitzungen: Höchstkontingent nicht ausreichend ¹		bei Ausschöpfung der genehmigten Sitzungen: niederfrequente Weiterbehandlung nach EBM ^{1,4}		bei Ausschöpfung der genehmigten Sitzungen: niederfrequente Weiterbehandlung als Privatbehandlung ^{1,4}	
Alle Psychotherapeuten:	6.602	66,2%	4.364	66,1%	2.360	35,8%	662,0	10,0%
Altersgruppen:								
bis 30 Jahre	8	38,1% ²	5	62,5% ²	3	37,5%	1	12,5%
31 bis 40 Jahre	278	52,7% ²	196	70,5% ²	102	36,7%	26	9,4%
41 bis 50 Jahre	2.214	62,9% ²	1.526	68,9% ²	771	34,8%	226	10,2%
51 bis 60 Jahre	3.149	68,9% ²	2.042	64,8% ²	1.140	36,2%	303	9,6%
61 bis 70 Jahre	894	71,1% ²	552	61,7% ²	328	36,7%	98	11,0%
>70 Jahre	18	85,7% ²	12	66,7% ²	5	27,8%	3	16,7%
Geschlecht:								
männlich	1.729	60,3% ²	1.075	62,2% ²	623	36,1%	170	9,8%
weiblich	4.845	68,5% ²	3.267	67,4% ²	1.727	35,6%	488	10,1%
Approbationsart:								
PP	5.046	67,3% ²	3.338	66,2%	1.787	35,4%	514	10,2%
KJP	162	50,3% ²	112	69,1%	61	37,7%	11	6,8%
PP/KJP	1.393	64,7% ²	914	65,6%	511	36,7%	137	9,8%
Fachkunde:								
VT	3.919	64,0% ²	2.630	67,1%	1.457	37,2% ²	385	9,8%
TP	2.179	69,5% ²	1.411	64,8%	710	32,6% ²	230	10,6%
AP/AP+TP	226	68,3% ²	139	61,5%	74	32,7% ²	15	6,6%
Rest	278	71,1% ²	184	66,2%	119	42,8% ²	32	11,5%
Niederlassung Ost/ West:								
östliche KVen (NBL)	740	70,1% ²	509	68,8%	267	36,1%	69	9,3%
westliche KVen (ABL)	5.331	65,4% ²	3.508	65,8%	1.892	35,5%	539	10,1%
Region nach Siedlungsstruktur:								
ländliche Region	441	63,6% ²	313	71,0%	155	35,1%	41	9,3%
Kleinstadt	973	62,8% ²	649	66,7%	349	35,9%	91	9,4%
Mittelstadt	1.549	64,1% ²	1.005	64,9%	553	35,7%	150	9,7%
Großstadt	3.569	68,5% ²	2.360	66,1%	1.274	35,7%	377	10,6%
Höchstkontingent nicht ausreichend aus Therapeutensicht:					1.900	43,5% ²	623	14,3% ²
Höchstkontingent ausreichend aus Therapeutensicht:					460	20,6% ²	39	1,7% ²

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² Signifikanz $p \leq 0,05$ ³ Insgesamt lagen in Bezug auf die Ausschöpfung des Therapiekontingents Angaben über 9.977 Patienten vor ⁴ Die Fragen niederfrequenter Weiterbehandlung nach EBM und nach privat finanzierter niederfrequenter Weiterbehandlung wurden für 6.601 Patienten beantwortet

Quelle: eigene Berechnungen

Bezüglich des Anteils der Fälle, bei denen aus psychotherapeutischer Sicht die Sitzungszahl im Rahmen des Höchstkontingents unzureichend ist, ergeben sich wenige signifikante Unterschiede zwischen den Therapeutengruppen. Abgesehen von den Rand-Altersgruppen sinkt der Anteil der Patienten, für die das Höchstkontingent an Therapiestunden für nicht ausreichend gehalten wird, mit steigender Altersgruppe des Therapeuten. Ein weiterer signifikanter Unterschied ist zwischen den Geschlechtern der Therapeuten zu erkennen. Therapeutinnen glauben, dass bei 67,4 % ihrer Patienten mit ausgeschöpftem Therapiekontingent dieses unzureichend ist, ihre männlichen Kollegen schätzen dies nur bei 62,2 % ihrer Patienten so ein. Die bivariaten Ergebnisse bestätigen sich in der multivariaten Analyse.

Bei der niederfrequenten Weiterbehandlung von Patienten mit ausgeschöpftem Therapiekontingent ergeben sich fast keine Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen von Psychotherapeuten. Einzige Ausnahme sind signifikante Unterschiede im Zusammenhang mit unterschiedlichen Fachkundenachweisen: die Gruppe der Therapeuten mit multiplen Fachkundenachweisen behandelt hier deutlich häufiger niederfrequent EBM-finanziert weiter als ihre Kollegen mit anderen Fachkundenachweisen; an zweiter Stelle stehen hier die Verhaltenstherapeuten.

In Tabelle 32 ist die durchschnittliche Therapiedauer in Monaten für die jeweils letzten fünf Patienten der befragten Therapeuten dargestellt. Die durchschnittliche Dauer einer Psychotherapie beträgt hier 20,1 Monate (SD 16,3 Monate), d.h. mehr als 1 ½ Jahre. Hierbei wurden alle Patienten berücksichtigt, auch diejenigen, die nur probatorische Sitzungen in Anspruch nahmen.

In der bivariaten Analyse ergaben sich für alle Merkmale signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen der Therapeuten, die sich nur im Falle der Differenzierung nach der Regionalstruktur in der multivariaten Analyse als insignifikant erwiesen.

Mit steigender Altersgruppe des Therapeuten verlängerte sich tendenziell die durchschnittliche Therapiedauer pro Patient. Dies kann in Zusammenhang mit dem höheren Anteil von Patienten mit nur probatorischen Sitzungen in den jüngeren Altersgruppen gesehen werden. Die durchschnittliche Therapiedauer ist bei den Psychologischen Psychotherapeuten mit 20,5 Monaten (SD 16,6 Monate) signifikant höher als bei den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit 16,8 Monaten (SD 14,6 Monate).

Tabelle 32: Durchschnittliche Dauer von Psychotherapie in Monaten

Durchschnittliche Dauer von Psychotherapie in Monaten	Therapiedauer in Monaten ^{1,2}	
Alle Psychotherapeuten:	20,1	16,3
Altersgruppen:		
bis 30 Jahre	10,1 ³	9,0
31 bis 40 Jahre	17,0 ³	13,9
41 bis 50 Jahre	19,9 ³	16,1
51 bis 60 Jahre	20,5 ³	16,4
61 bis 70 Jahre	20,3 ³	16,3
>70 Jahre	29,2 ³	22,1
Geschlecht:		
männlich	18,0 ³	15,1
weiblich	20,9 ³	16,7
Approbationsart:		
PP	20,5 ³	16,6
KJP	16,8 ³	14,6
PP+KJP	19,2 ³	15,2
Fachkunde:		
VT	18,9 ³	15,1
TP	21,8 ³	17,3
AP/AP+TP	26,4 ³	22,8
Rest	20,5 ³	16,1
Niederlassung Ost/ West:		
östliche KVen	18,6 ³	15,8
westliche KVen	20,1 ³	16,2
Region nach Siedlungsstruktur:		
ländliche Region	20,1	17,2
Kleinstadt	19,4 ³	16,4
Mittelstadt	19,4 ³	15,4
Großstadt	20,6 ³	16,5
¹ Angaben als Mittelwert und Standardabweichung ² Insgesamt wurde für 11.374 Patienten die Frage nach der Therapiedauer in Monaten beantwortet ³ Signifikanz $p \leq 0,05$		

Quelle: eigene Berechnungen

Bei den AP/AP+TP sind die Patienten mit 26,4 Monaten (SD 22,8 Monate) im Schnitt länger in Therapie als bei ihren Kollegen mit anderem Fachkundenachweis. In den westlichen Bundesländern dauert eine Therapie mit durchschnittlich 20,1 Monaten (SD 16,2 Monate) signifikant länger als in den neuen Bundesländern.

In Tabelle 82 bis Tabelle 84 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen für die Ergebnisse aus Tabelle 30 bis Tabelle 32 dargestellt.

3.4 Sozioökonomische Patientendaten

Im nachfolgenden Kapitel liegt der Fokus auf den Patienten der teilnehmenden Psychotherapeuten. Der sozioökonomische Status der Patientenkielentel wurde im Rahmen von fünf Fragen des eingesetzten Fragebogens erhoben. Die Fragen bezogen sich dabei zum einen auf die Gesamtheit der Patienten, die sich im letzten Quartal 2009 in einer psychotherapeutischen Behandlung befanden. Zum

anderen sollten spezifische Fragen zum Beispiel bezüglich des Bildungsstandes der Patienten lediglich auf die letzten 10 Patienten bezogen werden. Von der Mehrheit der teilnehmenden Psychotherapeuten wurden jedoch auch für die spezifischeren Fragen Angaben zur Gesamtheit der Patienten aus dem letzten Quartal 2009 gemacht. In der nachfolgenden Ergebnisbeschreibung werden aus diesem Grund auch für die spezifischen Fragen immer alle von den Therapeuten angegebenen Patienten präsentiert, wobei sich die Prozentangaben sowie die Berechnung der Signifikanzen auf die Patientenanteile der jeweiligen Therapeuten beziehen.

Im ersten Abschnitt wird der Versicherungsstatus der Patienten, differenziert nach gesetzlich oder privat versichert sowie nach Selbstzahlern, näher beleuchtet. Anschließend wird die Verteilung der Patienten nach Alters- und Geschlechtsgruppen aufgezeigt. In den Abschnitten drei bis fünf wird der sozioökonomische Status der Patienten hinsichtlich ihres Bildungsstandes, der durchschnittlichen Arbeitszeit sowie der beruflichen Stellung untersucht. Bei diesen drei Fragen fand eine differenzierte Erhebung für erwachsene Patienten und für jeweils ein Elternteil der behandelten Kinder statt (vgl. Kapitel 2.2.2). Ein Vergleich der Patientenklientel mit der gesamten Wohnbevölkerung Deutschlands findet sich in Kapitel 3.1.4.

3.4.1 Versicherungsstatus der Patienten

Mit 88,1 % war die Mehrheit der Patienten, die sich im letzten Quartal 2009 in einer psychotherapeutischen Behandlung befanden, gesetzlich versichert. Der Anteil der Patienten mit einer privaten Krankenversicherung lag bei 9,8 %, und lediglich bei 2,0 % der Patienten handelte es sich um Selbstzahler. Im Verständnis der DPtV handelt es sich bei Selbstzahlern um Patienten, von denen der Therapeut weiß, dass er – aus unterschiedlichen Gründen – seine Psychotherapie nicht bei einem externen Kostenträger refinanziert.

Wie aus Tabelle 33 ersichtlich, sinkt der Anteil gesetzlich versicherter Patienten ab dem mittleren Alter der Psychotherapeuten leicht. Während bei Therapeuten in den Altersklassen zwischen 41-50 bzw. 51-60 Jahre noch 88,5 % der Patienten gesetzlich versichert waren, lag der Anteil der GKV-Patienten in der Altersgruppe der über 70jährigen nur noch bei 69,1 %. Neben Therapeuten in der Altersklasse der über 70jährigen weisen auch besonders jüngere Therapeuten in den Altersklassen bis 40 Jahre mit 13,0 % bzw. 12,0 % einen höheren Anteil an privat versicherten Patienten auf. Die bivariat signifikanten Unterschiede konnten jedoch in den multivariaten Regressionsanalysen nicht bestätigt werden.

Hinsichtlich der Niederlassung der Therapeuten in den alten und neuen Bundesländern zeigten sich signifikante Unterschiede im Versicherungsstatus der Patienten. Therapeuten mit einer Niederlassung in den neuen Bundesländern wiesen im Vergleich zu Therapeuten aus den alten Bundesländern statistisch signifikant mehr gesetzlich versicherte Patienten auf (92,6 % vs. 88,1 %). Bezüglich der Selbstzahleranteile konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Therapeuten aus KVen der neuen und alten Bundesländer identifiziert werden. Ebenfalls konnten signifikante Unterschiede

im Versicherungsstatus der Patienten nach Siedlungsstruktur des Niederlassungsortes der Therapeuten festgestellt werden. Mit zunehmender Einwohnerzahl am Niederlassungsort stieg der Anteil der privat versicherten Patienten der Therapeuten. Während in ländlichen Regionen Therapeuten einen PKV-Patientenanteil von 8,0 % aufwiesen, betrug dieser Anteil bei Therapeuten im großstädtischen Raum 10,6 %. Diese signifikanten Verbindungen zwischen dem Ort der Niederlassung der Psychotherapeuten (alte vs. neue Bundesländern bzw. nach Siedlungsstruktur) und dem Versicherungsstatus der Patienten konnten durch die Ergebnisse der multivariaten Analysen für GKV und PKV Versicherte jedoch nicht hinsichtlich der Selbstzahleranteile bestätigt werden (siehe Tabelle 85 im Anhang 7.3).

Weitere statistisch signifikante Unterschiede in der Versichertenstruktur konnten bezüglich des Fachkundenachweises der Therapeuten eruiert werden (siehe Tabelle 33). Der Zusammenhang der Fachkunde mit dem Versicherungsstatus der Patienten konnte jedoch in der multivariaten Untersuchung nicht bestätigt werden.

In Tabelle 85 im Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen dargestellt.

Tabelle 33: Versicherungsstatus der Patienten

	Versicherungsstatus der Patienten					
	Gesetzlich versichert ^{1,2}		Privat versichert ^{1,2}		Selbstzahler ^{1,2}	
Gesamt²:	125.763	88,1%	12.795	9,8%	2.535	2,0%
Altersklassen:						
bis 30 Jahre	209	85,4% ²	15	13,0% ²	2	1,7%
31-40 Jahre	6.076	86,0% ²	719	12,0% ²	124	2,0%
41-50 Jahr	43.706	88,5% ²	4.454	9,8% ²	680	1,7%
51-60 Jahre	59.391	88,5% ²	5.847	9,4% ²	1.227	2,1%
61-70 Jahre	15.178	87,3% ²	1.570	9,9% ²	484	2,8%
>70 Jahre	233	69,1% ²	34	26,9% ²	9	4,0%
Geschlecht:						
weiblich	84.423	88,3%	8.411	9,8%	1.438	1,9%
männlich	40.689	87,8%	4.327	10,0%	1.085	2,2%
Approbationsart:						
PP	90.885	88,1%	8.921	9,7%	2.070	2,2%
KJP	3.979	89,0%	410	9,5%	69	1,5%
PP+KJP	30.841	88,0%	3.461	10,4%	395	1,6%
Fachkunde:						
VT	83.232	87,7%	8.724	10,6% ²	1.408	1,7% ²
TP	33.929	89,1%	2.928	8,2% ²	963	2,6% ²
AP/AP+TP	2.929	87,9%	430	9,8% ²	60	2,2% ²
Rest	5.673	87,0%	713	10,7% ²	104	2,3% ²
Niederlassung Ost/West:						
östliche KVen	16.565	92,6% ²	1.075	6,2% ²	332	1,2% ²
westliche KVen	99.834	88,1% ²	10.526	9,9% ²	1.994	2,0% ²
Region nach Siedlungsstruktur:						
ländliche Region	9.766	89,6% ²	820	8,0% ²	202	2,4% ²
Kleinstadt	21.473	89,9% ²	2.130	8,9% ²	259	1,2% ²
Mittelstadt	33.945	88,9% ²	3.311	9,3% ²	679	1,7% ²
Großstadt	59.205	87,0% ²	6.394	10,6% ²	1.375	2,4% ²

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

3.4.2 Geschlechts- und Altersverteilung der Patienten

Insgesamt liegen von 20.746 weiblichen und 8.449 männlichen Patienten Angaben zur Altersverteilung (siehe Tabelle 34 und Tabelle 35) vor. Die Altersverteilung nach Geschlecht wurde stratifiziert nach Altersklassen von 10 Jahren beginnend mit der jüngsten Altersklasse 21 Jahre bis zur Altersklasse 81-90 vorgenommen. Lediglich ein geringer Anteil der behandelten Patienten wies ein Alter in höheren Altersklassen von 71-80 Jahren (weiblich 1,3 % vs. männlich 1,2 %) bzw. 81-90 Jahren auf (je 0,2 %). Tabelle 34 und 35 ist zu entnehmen, dass der Anteil von Patienten bis 21 Jahren bei jungen Therapeuten im Alter bis 30 Jahren signifikant höher ausfällt im Vergleich zu Therapeuten über 30 Jahren (weibliche Patienten 38,9 % und männliche Patienten 23,0 %). Betrachtet man die Verteilung der männlichen Patienten, fällt auf, dass bei Therapeuten bis 30 Jahren junge Erwachsene (22 bis 30 Jahre) den höchsten Anteil (48,9 %) ihrer Patienten bilden. Hingegen sind mit 40,5 % am

häufigsten Frauen mittleren Alters (41 bis 50 Jahre) bei Therapeuten im hohen Lebensalter über 70 Jahren in Behandlung.

Hinsichtlich der Altersstruktur der behandelten Patienten wurden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, bedingt durch ihre therapeutische Ausrichtung, nur Patienten in den Altersklassen bis 21 Jahre dokumentiert. In der Gegenüberstellung der Altersverteilung weiblicher und männlicher Patienten fällt auf, dass mit 0,5 % noch ein geringer Anteil an jungen Frauen im Alter zwischen 22 bis 30 Jahren durch Kinder- und Jugendlichentherapeuten betreut werden. Die in den bivariaten Auswertungen aufgezeigten statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich des Alters der Therapeuten und der Approbationsart konnten in den multivariaten Analysen mehrheitlich bestätigt werden (siehe Tabelle 86 und Tabelle 87 im Anhang 7.3).

Betrachtet man die Altersverteilung der Patienten nach Fachkundenachweis der Therapeuten, können die folgenden statistisch signifikanten Unterschiede identifiziert werden: Sowohl Patienten zwischen 61 bis 70 Jahren als auch im Alter zwischen 71 bis 80 Jahren konsultieren signifikant am häufigsten einen Verhaltenstherapeuten. Mit 32,5 % dominiert bei Patientinnen zwischen 41 und 50 Jahren eine Therapie durch einen Therapeuten mit einer multiplen fachlichen Ausrichtung (Rest). Besonders Patientinnen im Alter zwischen 31 und 40 Jahren wurden in der hier vorliegenden Stichprobe von analytischen Therapeuten behandelt. Signifikante Unterschiede in der Gruppe der männlichen Patienten hinsichtlich des aufgesuchten Therapeuten zeigten sich lediglich bei Patienten im Alter zwischen 41 bis 50 Jahren zu Gunsten von Tiefenpsychologen.

Weitere statistisch signifikante Unterschiede in der Altersverteilung der Patienten zeigten sich bezüglich der Niederlassung der Therapeuten. Dabei fällt auf, dass in Großstädten tendenziell junge Erwachsene und Erwachsene mittleren Alters bis 50 Jahre therapiert werden.

Der Einfluss des Geschlechts der Therapeuten, der Fachkunde sowie der Niederlassung der Therapeuten auf die Altersverteilung der Patienten nach Geschlecht konnte in den multivariaten Analysen zum Teil bestätigt werden (vgl. Tabelle 86 und Tabelle 87 im Anhang 7.3).

Tabelle 34: Altersverteilung weiblicher Patienten

	weibliche Patienten ^{1,2}															
	≤ 21 Jahre ¹		22-30 Jahre ¹		31-40 Jahre ¹		41-50 Jahre ¹		51-60 Jahre ¹		61-70 Jahre ¹		71-80 Jahre ¹		81-90 Jahre ¹	
Gesamt:	1.785	10,0%	3.455	17,2%	4.856	22,8%	5.737	27,0%	3.509	16,6%	1.078	4,9%	292	1,3%	34	0,2%
Altersgruppen:																
bis 30 Jahre	22	38,9% ²	10	14,3% ²	11	23,6%	8	11,3% ²	5	7,4% ²	3	4,6% ²	0	0,0% ²	0	0,0%
31-40 Jahre	183	20,0% ²	263	22,7% ²	271	22,6%	228	20,3% ²	129	10,7% ²	33	2,9% ²	7	0,7% ²	1	0,1%
41-50 Jahre	666	10,3% ²	1.251	17,9% ²	1.722	23,4%	1.999	27,4% ²	1.122	15,5% ²	312	4,2% ²	92	1,1% ²	14	0,1%
51-60 Jahre	769	9,3% ²	1.512	16,4% ²	2.228	22,5%	2.629	27,5% ²	1.693	17,5% ²	525	5,3% ²	127	1,3% ²	13	0,1%
61-70 Jahre	139	6,3% ²	383	15,0% ²	581	22,2%	813	27,8% ²	530	19,6% ²	194	6,7% ²	65	2,3% ²	6	0,2%
>70 Jahre	1	2,4% ²	6	14,6% ²	8	16,9%	19	40,5% ²	11	21,7% ²	2	3,9% ²	0	0,0% ²	0	0,0%
Geschlecht:																
weiblich	1.452	10,4%	2.514	16,3% ²	3.671	22,7%	4.397	27,5% ²	2.658	16,5%	828	5,1%	233	1,3%	28	0,2%
männlich	330	9,0%	917	19,4% ²	1.157	23,1%	1.298	25,6% ²	835	16,8%	244	4,6%	58	1,2%	13	0,1%
Approbationsart:																
PP	425	3,0% ²	2.773	18,5% ²	4.025	25,0% ²	4.711	29,2% ²	2.817	17,6% ²	852	5,2% ²	225	1,4% ²	26	0,1%
KJP	638	99,5% ²	8	0,5% ²	0	0,0% ²	0	0,0% ²	0	0,0%						
PP+KJP	722	19,3% ²	674	15,5% ²	827	19,1% ²	1.023	23,8% ²	690	15,8% ²	226	4,9% ²	67	1,3% ²	8	0,2%
Fachkunde:																
VT	1.080	10,3%	2.120	17,3%	2.800	22,0% ²	3.344	26,3% ²	2.199	17,0%	724	5,4% ²	216	1,6% ²	26	0,2%
TP	507	9,2%	1.114	17,3%	1.681	24,2% ²	1.972	28,2% ²	1.081	16,0%	282	4,2% ²	64	0,8% ²	6	0,1%
AP/AP+TP	137	14,2%	103	16,2%	200	27,2% ²	162	22,8% ²	101	13,8%	34	5,0% ²	4	0,5% ²	1	0,1%
Rest	61	8,2%	118	15,6%	175	21,1% ²	259	32,5% ²	128	17,4%	38	4,1% ²	8	1,0% ²	1	0,2%
Niederlassung Ost/West:																
östliche KVen	195	9,9%	450	20,3% ²	476	21,4%	580	24,8% ²	397	17,5%	102	4,7%	25	1,2%	5	0,2%
westliche KVen	1.590	10,0%	3.005	16,8% ²	4.380	22,9%	5.157	27,3% ²	3.112	16,5%	976	5,0%	267	1,3%	29	0,1%
Region nach Siedlungsstruktur:																
ländliche Region	165	13,0% ²	162	12,2% ²	360	22,7% ²	392	27,9% ²	255	18,4%	64	4,4%	18	1,3%	0	0,0%
Kleinstadt	289	11,4% ²	397	13,2% ²	673	21,1% ²	911	29,4% ²	547	17,9%	164	5,4%	38	1,4%	5	0,1%
Mittelstadt	582	12,9% ²	790	15,9% ²	1.029	20,1% ²	1.448	27,3% ²	888	16,7%	278	5,5%	67	1,4%	6	0,1%
Großstadt	743	8,0% ²	2.064	19,6% ²	2.725	24,5% ²	2.906	26,0% ²	1.776	15,9%	553	4,6%	166	1,2%	23	0,2%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 35: Altersverteilung männlicher Patienten

	männliche Patienten ^{1,2}															
	≤ 21 Jahre ¹		22-30 Jahre ¹		31-40 Jahre ¹		41-50 Jahre ¹		51-60 Jahre ¹		61-70 Jahre ¹		71-80 Jahre ¹		81-90 Jahre ¹	
Gesamt:	1.364	11,0%	1.158	14,0%	1.750	22,4%	2.278	28,6%	1.396	18,5%	345	4,0%	95	1,2%	63	0,2%
Altersgruppen:																
bis 30 Jahre	18	23,0% ²	17	48,9% ²	4	17,4%	0	0,0% ²	5	10,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
31-40 Jahre	133	20,5% ²	66	16,9% ²	81	19,6%	91	22,7% ²	53	16,2%	14	3,2%	3	0,8%	0	0,0%
41-50 Jahre	467	10,9% ²	381	14,5% ²	541	22,4%	748	29,1% ²	442	18,0%	106	3,9%	21	0,9%	11	0,4%
51-60 Jahre	623	10,9% ²	513	13,4% ²	843	22,7%	1.050	29,1% ²	637	18,6%	154	3,9%	49	1,3%	8	0,1%
61-70 Jahre	120	7,5% ²	171	12,2% ²	270	23,0%	374	29,6% ²	243	19,9%	70	5,3%	22	2,0%	44	0,4%
>70 Jahre	1	4,0% ²	1	5,0% ²	3	30,0%	4	19,7% ²	5	41,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Geschlecht:																
weiblich	823	10,7%	609	13,3%	961	22,8%	1.274	29,0%	737	18,2%	195	4,0%	67	1,5% ²	55	0,3%
männlich	541	11,8%	541	15,2%	781	21,5%	996	27,8%	651	18,9%	150	4,0%	28	0,6% ²	8	0,1%
Approbationsart:																
PP	155	2,7% ²	891	15,3% ²	1.361	24,7% ²	1.767	31,5% ²	1.101	20,2% ²	256	4,4% ²	73	1,4%	61	0,3%
KJP	646	100% ²	0	0,0% ²	0	0,0%	0	0,0%								
PP+KJP	563	24,1% ²	266	12,1% ²	389	19,1% ²	511	24,3% ²	295	15,9% ²	89	3,5% ²	22	0,8%	2	0,1%
Fachkunde:																
VT	866	11,7%	777	14,7%	1.124	22,4%	1.388	26,9% ²	926	18,5%	242	4,3%	66	1,2%	16	0,3%
TP	341	9,2%	290	12,8%	493	22,6%	719	32,4% ²	355	17,6%	87	3,9%	27	1,5%	3	0,1%
AP/AP+TP	61	12,4%	40	13,9%	71	25,3%	69	26,2% ²	43	18,5%	8	2,7%	2	0,3%	43	0,8%
Rest	96	11,9%	51	12,6%	62	19,5%	102	29,6% ²	72	24,2%	8	1,6%	0	0,0%	1	0,6%
Niederlassung Ost/West:																
östliche KVen	173	13,7%	130	18,7% ²	143	21,4%	166	22,9% ²	118	19,0%	26	3,0%	9	0,9%	2	0,5%
westliche KVen	1.191	10,9%	1.028	13,3% ²	1.607	22,4%	2.112	29,5% ²	1.278	18,5%	319	4,1%	86	1,1%	61	0,2%
Region nach Siedlungsstruktur:																
ländliche Region	91	10,9% ²	42	8,1% ²	97	21,4% ²	156	33,2%	102	22,2% ²	21	3,6%	4	0,5%	0	0,0%
Kleinstadt	291	14,5% ²	115	9,3% ²	198	18,4% ²	320	29,5%	238	22,3% ²	51	4,4%	14	1,3%	3	0,2%
Mittelstadt	425	13,5% ²	260	12,7% ²	393	21,0% ²	554	28,1%	341	18,7% ²	90	4,3%	31	1,4%	4	0,3%
Großstadt	553	8,9% ²	726	16,5% ²	1.045	24,5% ²	1.237	28,0%	705	16,8% ²	178	3,8%	46	1,2%	56	0,2%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

3.4.3 Bildungsstand der Patienten

Zur Erhebung des Bildungsstandes der Patienten wurde eine Differenzierung nach dem höchsten formellen Bildungsabschluss der erwachsenen Patienten oder des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen. Tabelle 36 und Tabelle 37 geben darüber Auskunft.

Insgesamt lag eine Dokumentation des Bildungsabschlusses von 29.594 erwachsenen Patienten und 2.969 Elternteilen vor. In der Elterngruppe lag der Anteil der Personen ohne einen Bildungsabschluss oder mit Sonderschulabschluss mit 6,1 % bzw. 1,2 % deutlich höher als in der Gruppe der erwachsenen Patienten (2,4 % bzw. 1,0 %). Die jeweils größte Gruppe der Patienten bzw. Elternteile wies einen Realschulabschluss auf (erwachsene Patienten 32,1 % vs. Elternteil 32,0 %).

Unterschiede hinsichtlich des Bildungsstands der Patienten zwischen den Therapeuten aus unterschiedlichen Altersklassen konnten lediglich für die erwachsenen Patienten identifiziert werden. Hier zeigten besonders Therapeuten im Alter über 70 Jahren einen hohen Anteil sowohl an Patienten mit einem Hauptschulabschluss (23,3 %) als auch mit einer mittleren Reife auf (50,1 %). Diese signifikanten Unterschiede blieben auch in den multivariaten Analysen (vgl.

Tabelle 88 in Anhang 7.3) stabil.

Statistisch signifikante Unterschiede im Bildungsstatus der erwachsenen Patienten als auch der Elternteile der behandelten Kinder zeigten sich ebenfalls bezüglich der Approbationsart der Therapeuten. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wiesen im Vergleich zu Psychologischen Psychotherapeuten oder Therapeuten mit einer Approbation als PP und einer zusätzlichen Abrechnungsgenehmigung als KJP statistisch signifikant den höchsten Anteil von erwachsenen Patienten ohne Schulabschluss (10,0 % vs. PP 2,2 %, PP+KJP 3,0 %) oder mit Sonderschulabschluss (10,0 % vs. PP 0,8 %, PP+KJP 1,2 %) auf. Betrachtet man den Bildungsstand der Eltern der therapierten Kinder und Jugendlichen, zeigt sich auch bei dieser Patientengruppe ein statistisch signifikanter Unterschied; ein unbekannter Bildungsstand wurde mit 4,4 % am häufigsten von KJP dokumentiert gegenüber PP mit 3,7 % und Therapeuten mit beiden Approbationsarten mit 0,6 %. Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Therapeuten hinsichtlich des Bildungsstandes der Patienten zeigten sich bei näherer Betrachtung der Fachkundenachweise der Therapeuten. Bei Therapeuten mit einer Qualifikation als analytischer Psychotherapeut dominieren im Vergleich zu den anderen Fachkundenachweisgruppen erwachsene Patienten mit einem höheren Bildungsabschluss (Abitur 20,8 % und Hochschulabschluss 24,3 %). Die in den bivariaten Analysen identifizierten signifikanten Zusammenhänge konnten in multivariaten Regressionsanalysen hinsichtlich der Approbationsart der Therapeuten bestätigt werden, jedoch nicht hinsichtlich der Verfahrensqualifikation der Therapeuten.

In den alten Bundesländern wiesen signifikant mehr Patienten entweder einen Hauptschulabschluss (21,2 % vs. 10,1 %) oder ein Abitur (18,1 % vs. 15,6 %) auf im Vergleich zu Patienten, die von Therapeuten aus den neuen Bundesländern behandelt wurden. Demgegenüber lag der Anteil der

Patienten mit einem Realschulabschluss (45,4 % vs. 30,8 %) bei Therapeuten mit Niederlassung in den neuen Bundesländern signifikant höher als bei Therapeuten mit einer Praxis in den alten Bundesländern. Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei Analyse des Bildungsstatus der Eltern der behandelten Kinder und Jugendlichen. Auch hier dominiert die mittlere Reife als Bildungsabschluss in den neuen Bundesländern (46,0 % vs. 30,7 %). Die identifizierten Zusammenhänge ließen sich durch multivariate Analysen jedoch nur für die Patientengruppe der erwachsenen Patienten bestätigen.

Betrachtet man die Siedlungsstruktur der Niederlassungsregion der teilnehmenden Therapeuten im Zusammenspiel mit dem Bildungsabschluss der behandelten Patienten bzw. der Elternteile der sich in Behandlung befindlichen Kinder- und Jugendlichen, ergeben sich auch signifikante Unterschiede: Mit zunehmender Verstädterung nehmen sowohl die Anteile erwachsener Patienten als auch der Elternteile mit einem Hauptschulabschluss oder mit einer mittleren Reife ab und die Anteile der Patienten mit einer Hochschulreife sowie einem Hochschul- oder Fachhochschulabschluss nehmen zu.

Die zur Qualitätssicherung der deskriptiven Auswertungen durchgeführten multivariaten Analysen führen in beiden Patientengruppen zu einer Verschiebung der Unterschiede zwischen zusätzlichen Therapeutengruppen auf ein signifikantes Niveau. Die Tabelle 88 und Tabelle 89 in Anhang 7.3 geben Auskunft über diese Verschiebungen.

Tabelle 36: Bildungsstand erwachsener Patienten

	Bildungsstand erwachsener Patienten															
	Ohne Abschluss ¹		Sonderschulabschluss ¹		Hauptschulabschluss ¹		Mittlere Reife/ Realschulabschluss ¹		Fachhochschulreife ¹		Abitur ¹		Hochschul-/ Fachhochschulabschluss ¹		Unbekannt / Sonstiges ¹	
Gesamt:	730	2,4%	268	1,0%	5.802	19,8%	9.320	32,1%	2.054	6,5%	5.418	18,0%	5.569	19,1%	433	1,0%
Altersklassen:																
bis 30 Jahre	2	2,4%	2	2,9%	9	12,0% ²	29	39,4% ²	0	0,0% ²	17	22,2%	7	20,0%	1	1,0% ²
31-40 Jahre	35	2,8%	12	1,0%	181	15,4% ²	481	37,0% ²	71	5,5% ²	243	18,7%	242	19,1%	9	0,3% ²
41-50 Jahre	255	2,5%	100	1,0%	2.000	20,3% ²	3.171	32,5% ²	604	5,9% ²	1.823	18,4%	1.674	17,9%	140	1,4% ²
51-60 Jahre	315	2,5%	124	1,0%	2.718	20,5% ²	4.228	31,4% ²	1.025	7,0% ²	2.522	17,5%	2.730	19,3%	164	0,7% ²
61-70 Jahre	118	2,0%	28	0,6%	844	18,0% ²	1.316	30,9% ²	329	7,1% ²	783	18,4%	867	21,5%	117	1,5% ²
>70 Jahre	0	0,0%	1	0,7%	17	23,3% ²	35	50,1% ²	5	6,1% ²	8	7,8%	13	12,0%	0	0,0% ²
Geschlecht:																
weiblich	499	2,4%	180	0,9%	3.980	19,6%	6.742	33,0% ²	1.428	6,5%	3.762	17,8%	3.866	18,6%	329	1,1%
männlich	227	2,6%	87	1,0%	1.795	20,3%	2.531	30,0% ²	606	6,7%	1.635	18,4%	1.663	20,1%	103	0,9%
Approbationsart:																
PP	551	2,2% ²	201	0,8% ²	4.668	19,7%	7.500	31,9%	1.639	6,6%	4.497	18,5% ²	4.535	19,2%	357	1,1%
KJP	2	10,0% ²	1	10,0% ²	5	18,0%	15	39,2%	0	0,0%	3	7,7% ²	8	15,2%	0	0,0%
PP+KJP	177	3,0% ²	66	1,2% ²	1.128	20,3%	1.803	32,9%	415	6,5%	915	16,2% ²	1.022	18,7%	76	1,0%
Fachkunde:																
VT	449	2,5%	185	1,0%	3.873	21,6% ²	5.786	33,0% ²	1.164	6,1%	3.168	17,3% ²	3.099	17,5% ²	216	1,0%
TP	231	2,3%	72	0,7%	1.579	16,9% ²	2.937	31,0% ²	735	7,1%	1.873	19,0% ²	2.045	21,6% ²	164	1,2%
AP/AP+TP	23	2,6%	3	1,4%	145	14,1% ²	277	28,6% ²	69	6,9%	206	20,8% ²	223	24,3% ²	46	1,3%
Rest	27	2,6%	8	0,9%	205	19,0% ²	320	31,2% ²	86	7,6%	171	18,0% ²	202	19,8% ²	7	0,7%
Niederlassung Ost/West:																
östliche KVen	46	1,7%	26	0,8%	312	10,1% ²	1.295	45,4% ²	193	6,0%	453	15,6% ²	582	19,1%	49	1,2%
westliche KVen	606	2,5%	220	1,0%	5.030	21,2% ²	7.359	30,8% ²	1.667	6,6%	4.404	18,1% ²	4.437	18,8%	356	1,0%
Region nach Siedlungsstruktur:																
ländliche Region	66	2,7%	21	1,0%	564	27,0% ²	752	37,2% ²	127	6,0%	282	13,5% ²	240	11,9% ²	17	0,5%
Kleinstadt	110	2,5%	47	1,1%	1.130	26,2% ²	1.632	37,3% ²	310	6,5%	597	13,7% ²	540	12,0% ²	36	0,8%
Mittelstadt	176	2,5%	81	1,2%	1.608	24,4% ²	2.308	34,1% ²	516	6,9%	1.186	14,9% ²	1.026	14,6% ²	117	1,3%
Großstadt	362	2,3%	116	0,8%	2.430	14,9% ²	4.518	29,1% ²	1.084	6,5%	3.289	21,2% ²	3.685	24,0% ²	261	1,1%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 37: Bildungsstand eines Elternteils von behandelten Kindern und Jugendlichen

	Bildungsstand eines Elternteils von behandelten Kindern und Jugendlichen															
	Ohne Abschluss ¹		Sonderschulabschluss ¹		Hauptschulabschluss ¹		Mittlere Reife/ Realschulabschluss ¹		Fachhochschulreife ¹		Abitur ¹		Hochschul-/ Fachhochschulabschluss ¹		Unbekannt / Sonstiges ¹	
Gesamt:	148	6,1%	56	1,2%	696	21,2%	916	32,0%	158	6,3%	407	11,8%	515	19,9%	73	1,6%
Altersklassen:																
bis 30 Jahre	5	16,7%	0	0,0%	5	15,0%	13	40,0%	0	0,0%	6	18,3%	3	10,0%	0	0,0%
31-40 Jahre	14	11,7%	9	2,0%	81	16,6%	92	36,4%	21	5,1%	30	7,4%	40	16,2%	8	4,6%
41-50 Jahre	73	6,2%	16	0,7%	238	20,4%	332	32,7%	48	5,7%	147	13,4%	179	18,9%	40	2,2%
51-60 Jahre	51	5,6%	30	1,7%	324	21,7%	416	33,1%	74	6,4%	157	10,5%	226	20,2%	21	0,8%
61-70 Jahre	4	2,9%	1	0,2%	45	25,8%	60	23,6%	15	8,9%	65	14,9%	63	22,7%	4	1,0%
>70 Jahre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Geschlecht:																
weiblich	107	6,3%	33	0,8% ²	464	19,9%	675	33,3%	122	6,9%	308	11,8%	379	19,3%	54	1,9%
männlich	40	5,6%	23	2,2% ²	230	24,5%	238	29,3%	36	4,9%	97	11,7%	133	20,6%	19	1,1%
Approbationsart:																
PP	3	3,7%	1	0,4%	36	18,7%	54	29,5%	17	6,9%	39	19,0%	27	18,1%	2	3,7% ²
KJP	75	4,9%	35	1,8%	374	24,9%	453	31,7%	60	4,4%	164	12,9%	201	14,9%	63	4,4% ²
PP+KJP	70	6,6%	20	1,1%	286	20,3%	409	32,4%	81	6,8%	204	10,7%	287	21,5%	8	0,6% ²
Fachkunde:																
VT	83	6,3%	31	1,1%	424	21,7%	576	31,8%	97	6,2%	252	11,6%	318	19,7%	54	1,7%
TP	47	6,1%	21	1,7%	185	18,8%	225	32,4%	43	6,0%	126	13,4%	138	20,2%	9	1,3%
AP/AP+TP	13	4,9%	2	0,9%	42	23,2%	66	28,1%	13	7,1%	19	8,1%	40	24,0%	9	3,6%
Rest	5	3,3%	2	0,2%	45	26,8%	49	37,0%	5	8,0%	10	7,2%	19	16,9%	1	0,6%
Niederlassung Ost/West:																
östliche KVen	20	8,8%	8	1,6%	61	9,3% ²	126	46,0% ²	14	5,4%	26	8,8%	55	19,3%	3	0,8%
westliche KVen	109	5,2%	45	1,1%	582	22,4% ²	740	30,7% ²	129	6,1%	364	12,5%	433	20,1%	70	1,9%
Region nach Siedlungsstruktur:																
ländliche Region	16	5,4%	6	1,1%	80	24,6% ²	95	40,7% ²	12	6,0%	19	6,3%	24	12,4%	10	3,5%
Kleinstadt	36	6,0%	17	1,4%	122	23,1% ²	188	38,2% ²	26	4,7%	67	11,0%	64	15,1%	8	0,7%
Mittelstadt	51	7,9%	18	1,6%	242 ²	22,0% ²	289 ²	31,0% ²	50	6,6%	109	11,0%	128	18,6%	27	1,3%
Großstadt	44	4,4%	15	0,8%	251 ²	19,4% ²	338 ²	28,1% ²	69	6,8%	211	13,7%	297	24,8%	28	2,0%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

3.4.4 Umfang der Berufstätigkeit der Patienten

Tabelle 38 und Tabelle 39 geben einen Überblick über den Umfang der Berufstätigkeit der sich zur Zeit der Umfrage in Behandlung befindlichen Patienten bzw. eines Elternteils bei therapierten Kindern und Jugendlichen. Insgesamt liegen Angaben von 20.966 Patienten und 2.315 Eltern vor. In beiden Gruppen dominierte der Anteil der Personen mit einer Wochenarbeitszeit von über 35 Stunden pro Woche (erwachsene Patienten 58,7 % und 69,4 % Eltern von therapierten Kindern und Jugendlichen).

Betrachtet man die Gruppe der volljährigen Patienten in Tabelle 38, fällt auf, dass mit 36,6 % besonders junge Therapeuten signifikant den höchsten Anteil an Patienten in einem teilzeitigen Beschäftigungsverhältnis aufweisen, wohingegen bei Therapeuten der Altersklasse zwischen 61-70 Jahren der Anteil vollbeschäftigter Patienten dominiert. Jedoch konnte der signifikante Zusammenhang zwischen dem noch jungen Lebensalter der Therapeuten und einem erhöhten Anteil von Patienten mit einem Teilzeit-Beschäftigungsverhältnis in den multivariaten Analysen (vgl. Tabelle 90 in Anhang 7.3) nicht bestätigt werden.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Psychotherapeutinnen signifikant häufiger Patienten betreuen, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen (31,5 % vs. 24,1 %). Demgegenüber befanden sich signifikant mehr Patienten, welche einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen, bei einem männlichen Therapeuten in Behandlung (63,9 % vs. 56,6 %). Der in den bivariaten Analysen identifizierte signifikante Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Therapeuten und dem Umfang der Berufstätigkeit der betreuten Patienten konnte durch die multivariaten Analysen validiert werden.

Besonders auffällig ist der signifikant hohe Anteil an erwerbstätigen Patienten mit einer Wochenarbeitszeit von über 35 Stunden bei Kinder- und Jugendpsychotherapeuten von 86,2 % im Vergleich zu der gleichen Patientengruppe bei den PP mit einem Anteil von 59,1 % und den PP+KJP mit 57,1 %. Die Dominanz einer Vollzeitbeschäftigung bei den erwachsenen Patienten bei KJPlern lässt sich anhand der spezifischen Klientel dieser Therapeuten erklären. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei entweder mehrheitlich um volljährige junge Erwachsene handelte, welche im Rahmen einer Ausbildung oder direkt nach Abschluss einer Ausbildung einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen (siehe Tabelle 38), oder um den Familienvorstand.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Umfang der Berufstätigkeit der behandelten Patienten bzw. eines Elternteils der therapierten Kinder und Jugendlichen (hier nur in den multivariaten Analysen) konnte bezüglich des Niederlassungsortes in den alten oder neuen Bundesländern der Therapeuten identifiziert werden.

Therapeuten mit einer Zugehörigkeit zu östlichen KVen weisen sowohl einen signifikant niedrigeren Anteil an Patienten mit einer Erwerbstätigkeit in Teilzeit, als auch an Patienten in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses gegenüber ihren Kollegen in KVen aus den alten Bundesländern auf. Eine Verifizierung dieses statistisch signifikanten Unterschiedes anhand der Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse war nicht möglich. Betrachtet man hingegen die Gruppe der Eltern, fanden sich in

den alten Bundesländern im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus den neuen Bundesländern signifikant mehr Kinder und Jugendliche in einer psychotherapeutischen Behandlung, deren Elternteil einer Vollzeitbeschäftigung nachging. Dieser Zusammenhang konnte ausschließlich aufgrund der multivariaten Analysen identifiziert werden. Aus den bivariaten Analysen war kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Niederlassungsort (alte vs. neue Bundesländer) der Therapeuten und dem Umfang der Berufstätigkeit eines Elternteils der sich in Psychotherapie befindlichen Kinder und Jugendlichen zu erkennen (vgl. Tabelle 91 in Anhang 7.2).

Tabelle 38: Umfang der Berufstätigkeit erwachsener Patienten

	Umfang der Berufstätigkeit erwachsener Patienten					
	Erwerbstätig in Teilzeit (10-35h/Woche) erwachsene Patienten ^{1,2}		Erwerbstätig in Vollzeit (über 35h/Woche) erwachsene Patienten ^{1,2}		Geringfügig Beschäftigte (400-€/Ein-€Jobs) erwachsene Patienten ^{1,2}	
Gesamt:	6.132	29,4%	12.142	58,7%	2.692	11,9%
Altersklassen:						
bis 30 Jahre	12	36,6% ²	13	35,9% ²	7	27,5%
31-40 Jahre	250	29,1% ²	533	60,5% ²	103	10,4%
41-50 Jahre	2.007	30,3% ²	3.696	57,0% ²	924	12,6%
51-60 Jahre	3.030	29,7% ²	5.839	58,6% ²	1.281	11,6%
61-70 Jahre	764	25,5% ²	1.931	63,0% ²	356	11,5%
>70 Jahre	19	29,9% ²	46	61,5% ²	7	8,6%
Geschlecht:						
weiblich	4.477	31,5% ²	8.088	56,6% ²	1.838	11,9%
männlich	1.609	24,1% ²	3.977	63,9% ²	841	12,0%
Approbationsart:						
PP	4.815	29,4%	9.586	59,1% ²	2.113	11,5% ²
KJP	3	13,7%	17	86,2% ²	0	0,0% ²
PP+KJP	1.311	29,4%	2.538	57,1% ²	578	13,4% ²
Fachkunde:						
VT	3.659	29,0%	7.323	58,9%	1.660	12,1%
TP	2.088	30,4%	3.937	58,0%	830	11,6%
AP/AP+TP	170	24,9%	459	61,7%	106	13,4%
Rest	215	29,9%	423	58,2%	96	11,8%
Niederlassung Ost/West:						
östliche KVen	524	24,4% ²	1.300	65,8% ²	234	9,8% ²
westliche KVen	5.072	30,1% ²	9.687	57,6% ²	2.218	12,3% ²
Region nach Siedlungsstruktur:						
ländliche Region	475	30,1%	779	56,2%	215	13,7%
Kleinstadt	914	29,0%	1.872	57,7%	455	13,3%
Mittelstadt	1.498	30,8%	2.697	57,4%	640	11,8%
Großstadt	3.130	28,6%	6.627	60,0%	1.340	11,4%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 39: Umfang der Berufstätigkeit eines Elternteils von behandelten Kindern und Jugendlichen

	Umfang der Berufstätigkeit eines Elternteils von behandelten Kindern und Jugendlichen					
	Erwerbstätig in Teilzeit (10-35h/Woche) Elternteil ^{1,2}		Erwerbstätig in Vollzeit (über 35h/Woche) Elternteil ^{1,2}		Geringfügig Beschäftigte (400-€/Ein-€Jobs) Elternteil ^{1,2}	
Gesamt:	519	20,9%	1.499	69,4%	297	9,6%
Altersklassen:						
bis 30 Jahre	6	19,7%	20	64,2%	5	16,1%
31-40 Jahre	70 ²	21,5%	148	61,2%	42	17,3%
41-50 Jahre	210	21,2%	622	69,4%	133	9,5%
51-60 Jahre	197 ²	20,1%	591	70,6%	105	9,3%
61-70 Jahre	35 ²	23,4%	116	71,6%	12	5,0%
>70 Jahre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Geschlecht:						
weiblich	369	20,3%	1.108	70,6%	195	9,1%
männlich	150	22,8%	390	66,3%	102	10,9%
Approbationsart:						
PP	7	7,1%	48	80,2%	13	12,7%
KJP	271	23,0%	687	64,1%	185	13,0%
PP+KJP	241	21,0%	764	70,6%	99	8,5%
Fachkunde:						
VT	316	21,2%	934	69,7%	165	9,0%
TP	151	19,7%	424	68,1%	117	12,2%
AP/AP+TP	41	27,3%	102	64,5%	12	8,1%
Rest	11	19,0%	39	78,2%	3	2,8%
Niederlassung Ost/West:						
östliche KVen	50	20,1%	121	66,6%	25	13,2%
westliche KVen	452	21,2%	1.257	69,4%	262	9,4%
Region nach Siedlungsstruktur:						
ländliche Region	63	26,6%	137	68,1%	14	5,3%
Kleinstadt	84	19,8%	248	73,8%	50	6,4%
Mittelstadt	125	19,3%	441	68,5%	89	12,2%
Großstadt	247	22,1%	669	67,9%	144	10,1%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

3.4.5 Berufliche Stellung der Patienten

Angaben zur beruflichen Stellung lagen von 29.302 Patienten und 2.461 Elternteilen therapierter Kinder und Jugendlicher vor. Auskunft darüber geben Tabelle 40 bis Tabelle 43.

Hinsichtlich der beruflichen Stellung sowohl der Patienten als auch der Elternteile von Kindern und Jugendlichen konnten signifikante Unterschiede nach dem Alter der Psychotherapeuten aufgezeigt werden. Therapeuten am Anfang ihres beruflichen Werdegangs mit einem Alter bis 30 Jahren wiesen einen signifikant größeren Anteil an Studenten (12,3 %) und erwerbslosen Personen oder Personen mit sogenannten Ein-Euro-Jobs (22,6 %) in ihrer Patientenklientel auf im Vergleich zu ihren älteren Kollegen. Bei diesen Therapeuten dominiert auch der Anteil der Elternteile von betreuten Kindern und Jugendlichen, die hauptberuflich die Versorgung der Familie übernommen haben (35,6 %). Demgegenüber befanden sich bei Therapeuten im fortgeschrittenen Alter mit einem Lebensalter über 70 Jahren signifikant mehr Selbständige und Pensionäre in Behandlung im Vergleich zu ihren jüngeren Kollegen (11,4 % bzw. 10,2 %). Weitere signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters der Therapeuten zeigten sich bezüglich des Anteils an Patienten im Angestelltenverhältnis. Die in den bivariaten Auswertungen identifizierten Unterschiede bezüglich des Alters der Therapeuten konnten in multivariaten Auswertungen lediglich für die Gruppe der Angestellten, der Selbständigen und der Pensionäre bestätigt werden (siehe Tabelle 92 und Tabelle 93 Anhang 7.3).

Weitere signifikante Unterschiede konnten zwischen den Patientenpopulationen von Therapeuten und Therapeutinnen identifiziert werden. Psychotherapeuten therapieren im Vergleich zu ihren weiblichen Kolleginnen statistisch signifikant mehr Auszubildende (2,7 % vs. 2,0 %), selbständige Personen (8,5 % vs. 6,5 %), BeamtenInnen (5,5 % vs. 4,5 %) und ArbeiterInnen (8,3 % vs. 6,1 %).

Wird die Verteilung der Patienten nach Art der Approbation der Psychotherapeuten betrachtet, fällt auf, dass bedingt durch die spezifische Patientenklientel von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in dieser Therapeutengruppe der Anteil an therapierten SchülernInnen (20,0 % vs. 1,4 % bzw. 2,6 %) und Auszubildenden (13,0 % vs. 2,0 % bzw. 2,5 %) signifikant am höchsten ist. Psychologische Psychotherapeuten wiesen statistisch signifikant den höchsten Anteil an Patienten im Angestelltenverhältnis auf.

Mit steigender Einwohnerzahl am Niederlassungsort der Therapeuten nahm statistisch signifikant der Anteil erwachsener Patienten im Studium, aber auch der Anteil der erwerbslosen Patienten zu. Hingegen nahmen die Anteile von ArbeiterInnen, Patienten, die hauptberuflich die Versorgung der Familie übernommen haben, sowie Patienten, die sich in Elternzeit befanden, ab.

Weitere signifikante Unterschiede in der beruflichen Stellung der Patienten bzw. der Eltern von in Behandlung befindlichen Kindern und Jugendlichen ergaben sich bezüglich der Niederlassung der Therapeuten in östlichen bzw. westlichen KVn und der Fachkundenachweise.

Die zur Qualitätssicherung der deskriptiven Auswertungen durchgeführten multivariaten Analysen führen in beiden Patientengruppen zu einer Verschiebung von Unterschieden zwischen einigen Therapeutengruppen auf ein signifikantes Niveau. Die Tabelle 92 und Tabelle 93 in Anhang 7.3 geben Auskunft über diese Verschiebungen.

Tabelle 40: Berufliche Stellung erwachsener Patienten

	Berufliche Stellung erwachsener Patienten ¹													
	Arbeiter/ Arbeiterin		Angestellte/r		Beamter/ Beamtin		Selbstständige/r		Versorgung der Familie/ Haushalt		Mutterschutz/ Elternzeit		Schüler/in	
Gesamt:	2.086	6,7%	11.447	40,1%	1.514	4,8%	2.035	7,0%	1.662	5,0%	549	1,8%	490	1,7%
Altersklassen:														
bis 30 Jahre	0	0,0%	25	38,8% ²	2	6,2%	2	2,7% ²	1	1,4%	2	2,9% ²	1	1,3%
31-40 Jahre	75	6,4%	537	37,7% ²	81	5,9%	72	5,4% ²	52 ²	3,5%	40	3,1% ²	19	1,6%
41-50 Jahre	660	6,5%	3.752	39,4% ²	448	4,5%	572	6,1% ²	540 ²	5,4%	207	2,1% ²	164	2,0%
51-60 Jahre	1.056	7,1%	5.395	40,8% ²	740	4,8%	1.032	7,5% ²	755	4,9%	233	1,5% ²	206	1,6%
61-70 Jahre	272	5,8%	1.654	41,0% ²	220	4,9%	334	8,7% ²	290 ²	5,3%	66	1,6% ²	99	1,8%
>70 Jahre	9	13,6%	10	18,3% ²	11	8,8%	7	11,4% ²	10	11,8%	0	0,0% ²	1	0,8%
Geschlecht:														
weiblich	1.243	6,1% ²	8.289	41,0% ²	996	4,5% ²	1.307	6,5% ²	1.227	5,6% ²	431	2,1% ²	331	1,7%
männlich	829	8,3% ²	3.087	37,8% ²	506	5,5% ²	717	8,5% ²	422	3,8% ²	117	1,2% ²	159	1,8%
Approbationsart:														
PP	1.546	6,2% ²	9.296	40,9% ²	1.190	4,6%	1.632	7,0%	1.359	5,1%	465	1,9%	319	1,4% ²
KJP	4	22,0% ²	11	17,5% ²	1	1,7%	6	11,2%	0	0,0%	0	0,0%	3	20,0% ²
PP+KJP	536	8,2% ²	2.137	37,9% ²	323	5,6%	396	7,2%	301	5,1%	84	1,5%	168	2,6% ²
Fachkunde:														
VT	1.380	7,1% ²	6.691	38,5% ²	980	5,1%	1.107	6,3% ²	973	5,0%	354	2,0%	318	1,8%
TP	548	5,4% ²	3.998	43,3% ²	434	4,3%	757	8,1% ²	572	5,3%	164	1,7%	145	1,7%
AP/AP+TP	57	6,5% ²	407	44,3% ²	40	4,3%	88	9,1% ²	47	4,0%	19	1,5%	9	0,9%
Rest	101	10,7% ²	351	35,7% ²	60	6,0%	83	7,9% ²	70	4,9%	12	1,3%	18	1,8%
Niederlassung Ost/West:														
östliche KVen	199	6,2%	1.218	39,2%	92	2,7% ²	186	6,3%	70	2,0% ²	63	2,0%	45	2,0%
westliche KVen	1.692	6,8%	9.362	40,4%	1.249	4,9% ²	1.658	7,0%	1.439	5,4% ²	443	1,8%	389	1,7%
Region nach Siedlungsstruktur:														
ländliche Region	210	9,9% ²	751	39,7%	96	4,4%	124	6,6% ²	173	7,9% ²	36	2,0% ²	33	1,9%
Kleinstadt	435	9,4% ²	1.731	40,4%	224	5,1%	253	6,1% ²	313	7,1% ²	104	2,5% ²	61	1,5%
Mittelstadt	588	8,0% ²	2.561	38,6%	358	4,8%	422	6,1% ²	466	5,6% ²	144	1,8% ²	145	1,9%
Großstadt	830	4,9% ²	6.287	40,8%	813	4,5%	1.213	7,8% ²	644	3,9% ²	256	1,6% ²	244	1,7%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 41: Berufliche Stellung erwachsener Patienten (Fortsetzung)

	Berufliche Stellung erwachsener Patienten (Fortsetzung) ¹											
	Student/in		Auszubildende/r		Frührentner/in		Rentner/Pensionär		Erwerbsloser/ Ein-€-Job		Sonstiges	
Gesamt:	1.750	6,0%	665	2,2%	1.650	5,4%	1.891	6,4%	2.984	10,5%	579	2,1%
Altersklassen:												
bis 30 Jahre	9	12,3% ²	2	2,7%	1	1,4%	2	2,9% ²	16	22,6% ²	1	4,8%
31-40 Jahre	118	8,9% ²	30	2,3%	88	5,7%	75	5,4% ²	166	12,1% ²	29	1,9%
41-50 Jahre	631	6,6% ²	210	2,1%	543 ²	5,6%	618	6,0% ²	1.073	11,3% ²	226	2,3%
51-60 Jahre	760	5,5% ²	326	2,3%	693 ²	5,2%	855	6,4% ²	1.310	10,2% ²	238	1,9%
61-70 Jahre	222	5,1% ²	89	1,9%	314 ²	5,7%	327	7,8% ²	405	8,6% ²	78	1,8%
>70 Jahre	1	0,8% ²	2	7,0%	3	9,0%	7	10,2% ²	4	7,2% ²	1	1,2%
Geschlecht:												
weiblich	1.226	5,8%	433	2,0% ²	1.233	5,7% ²	1.409	6,6% ²	2.064	10,1% ²	418	2,2%
männlich	514	6,5%	228	2,7% ²	410	4,7% ²	476	5,8% ²	911	11,7% ²	158	1,7%
Approbationsart:												
PP	1.437	6,2%	498	2,0% ²	1.347	5,5%	1.506	6,3%	2.481	10,7% ²	468	2,0%
KJP	4	9,0%	5	13,0% ²	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0% ²	2	4,0%
PP+KJP	309	5,2%	162	2,5% ²	303	5,2%	384	6,6%	499	10,2% ²	109	2,2%
Fachkunde:												
VT	1.045	5,9%	395	2,2%	1.076	6,0% ²	1.259	7,0% ²	1.872	11,0%	334	2,1%
TP	576	6,2%	218	2,1%	476	4,4% ²	519	5,3% ²	946	10,1%	205	2,0%
AP/AP+TP	65	6,7%	26	2,8%	38	4,2% ²	52	5,1% ²	76	8,3%	20	2,1%
Rest	64	6,4%	26	2,5%	60	5,8% ²	61	5,7% ²	90	9,0%	20	2,3%
Niederlassung Ost/West:												
östliche KVn	234	7,3% ²	111	2,9% ²	246	7,3% ²	225	7,4% ²	378	12,5% ²	62	2,2%
westliche KVn	1.359	5,8% ²	486	2,1% ²	1.296	5,3% ²	1.496	6,2% ²	2.385	10,3% ²	470	2,0%
Region nach Siedlungsstruktur:												
ländliche Region	41	2,0% ²	40	1,9%	126	7,4% ²	125	6,4% ²	134	7,3% ²	47	2,4%
Kleinstadt	110	2,2% ²	102	2,0%	241	5,1% ²	307	7,3% ²	426	10,0% ²	60	1,4%
Mittelstadt	291	4,1% ²	143	2,0%	459	6,4% ²	502	7,3% ²	734	11,2% ²	120	2,1%
Großstadt	1.285	8,5% ²	371	2,3%	804	4,8% ²	933	5,7% ²	1.660	10,8% ²	343	2,2%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 42: Berufliche Stellung eines Elternteils behandelter Kinder und Jugendlicher

	Berufliche Stellung eines Elternteils behandelter Kinder und Jugendlicher ¹													
	Arbeiter/Arbeiterin		Angestellte/r		Beamter/ Beamtin		Selbständige/r		Versorgung der Familie/ Haushalt		Mutterschutz/ Elternzeit		Schüler/in	
Gesamt:	434	18,8%	1.084	45,3%	187	8,9%	286	13,7%	211	4,5%	51	1,6%	26	1,7%
Altersklassen:														
bis 30 Jahre	12	35,6%	0	0,0% ²	1	2,8%	2	6,1%	11	35,6% ²	2	6,7%	0	0,0%
31-40 Jahre	65	23,5%	148	38,7% ²	22	11,1%	35	12,5%	15	4,0% ²	7	1,5%	2	3,5%
41-50 Jahre	168	16,7%	452	48,9% ²	62	7,5%	120	14,0%	106	4,8% ²	20	1,5%	11	0,7%
51-60 Jahre	166	19,3%	420	46,7% ²	85	9,2%	104	12,3%	72	4,4% ²	21	1,9%	9	1,2%
61-70 Jahre	22	18,1%	62	34,7% ²	17	11,5%	25	20,7%	7	2,5% ²	1	0,3%	4	6,0%
>70 Jahre	0	0,0%	0	0,0% ²	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0% ²	0	0,0%	0	0,0%
Geschlecht:														
weiblich	299	19,5%	810	44,9%	130	8,7%	224	13,2%	119	4,8%	37	1,5%	19	1,5%
männlich	135	17,1%	273	45,7%	57	9,4%	62	15,0%	92	4,0%	14	1,8%	7	2,3%
Approbationsart:														
PP	26	44,2% ²	7	20,9% ²	5	20,8%	2	5,1%	3	2,8%	0	0,0%	1	0,9%
KJP	260	18,4% ²	572	47,8% ²	76	6,4%	134	11,5%	141	6,4%	31	2,4%	6	1,7%
PP+KJP	148	17,7% ²	505	45,6% ²	106	9,1%	150	14,8%	67	4,0%	20	1,4%	19	1,7%
Fachkunde:														
VT	293	19,5%	683	45,4%	125	9,4%	176	12,9%	139	4,4%	30	1,6%	12	1,8%
TP	96	15,8%	291	47,2%	44	7,7%	78	14,6%	60	5,5%	18	1,1%	13	2,1%
AP/AP+TP	32	17,3%	86	39,9%	16	13,5%	20	11,2%	12	5,5%	3	6,9%	1	0,2%
Rest	13	26,9%	24	37,8%	2	3,1%	12	23,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Niederlassung Ost/West:														
östliche KVen	28	15,6% ²	84	46,3% ²	5	5,8%	17	11,6% ²	9	2,9%	9	4,1%	4	3,4%
westliche KVen	364	18,7% ²	936	45,7% ²	168	9,1%	252	14,0% ²	193	4,6%	41	1,4%	18	1,2%
Region nach Siedlungsstruktur:														
ländliche Region	60	25,1%	78	31,9%	22	12,9%	31	15,3%	28	10,4%	1	0,4%	1	0,4%
Kleinstadt	85	25,9%	162	44,0%	19	4,4%	42	11,5%	38	5,0%	13	1,7%	7	4,0%
Mittelstadt	141	17,5%	342	45,7%	56	10,3%	82	14,0%	39	3,8%	12	1,5%	4	0,5%
Großstadt	146	14,4%	502	49,0%	90	9,4%	130	14,2%	104	3,2%	25	1,9%	14	1,8%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 43: Berufliche Stellung eines Elternteils behandelter Kinder und Jugendlicher (Fortsetzung)

	Berufliche Stellung eines Elternteils behandelter Kinder und Jugendlicher (Fortsetzung) ¹											
	Student/in		Auszubildende/r		Frührentner/in		Rentner/Pensionär		Erwerbsloser/ Ein-€ Job		Sonstiges	
Gesamt:	24	0,8%	23	0,5%	35	1,3%	39	1,3%	20	0,1%	41	1,5%
Altersklassen:												
bis 30 Jahre	0	0,0%	2	6,7% ²	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0% ²	2	6,7%
31-40 Jahre	0	0,0%	2	0,4% ²	1	0,1%	8	2,6%	15	1,0% ²	3	1,1%
41-50 Jahre	13	0,7%	9	0,4% ²	18	2,2%	13	1,1%	0	0,0% ²	6	1,2%
51-60 Jahre	7	0,4%	9	0,5% ²	15	1,1%	13	0,8%	5	0,1% ²	30	2,0%
61-70 Jahre	4	3,3%	1	0,3% ²	1	0,3%	4	2,2%	0	0,0% ²	0	0,0%
>70 Jahre	0	0,0%	0	0,0% ²	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0% ²	0	0,0%
Geschlecht:												
weiblich	20	1,0%	19	0,5%	22	1,1%	34	1,6%	20	0,2%	23	1,4%
männlich	4	0,3%	4	0,4%	13	1,8%	5	0,6%	0	0,0%	18	1,7%
Approbationsart:												
PP	0	0,0%	1	0,9%	4	3,4%	1	0,9%	0	0,0% ²	0	0,0%
KJP	7	0,3%	11	0,9%	11	0,5%	12	1,0%	20	0,5% ²	21	2,2%
PP+KJP	17	0,9%	11	0,3%	20	1,5%	26	1,4%	0	0,0% ²	20	1,3%
Fachkunde:												
VT	17	1,0%	8	0,3%	23	1,5%	21	1,2%	15	0,1%	13	0,8% ²
TP	6	0,4%	12	0,8%	7	0,9%	13	1,7%	0	0,0%	15	2,4% ²
AP/AP+TP	1	0,2%	2	1,0%	5	2,2%	4	0,7%	5	0,9%	2	0,3% ²
Rest	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	11	6,9% ²
Niederlassung Ost/West:												
östliche KVen	0	0,0%	7	1,8%	2	3,0%	7	2,0%	6	0,4% ²	7	2,9%
westliche KVen	21	0,8%	16	0,3%	33	1,2%	32	1,3%	14	0,1% ²	34	1,4%
Region nach Siedlungsstruktur:												
ländliche Region	0	0,0%	0	0,0%	5	1,3%	6	1,4%	0	0,0%	4	0,9% ²
Kleinstadt	6	0,6%	3	0,1%	4	1,1%	7	1,7%	0	0,0%	1	0,2% ²
Mittelstadt	4	0,4%	12	1,0%	12	1,3%	13	1,4%	20	0,4%	25	2,1% ²
Großstadt	14	1,3%	8	0,4%	14	1,5%	13	1,1%	0 ²	0,0%	11	1,7% ²

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

3.4.6 Gegenüberstellung der Patientenklientel der teilnehmenden Psychotherapeuten mit der Wohnbevölkerung Deutschlands

Im Folgenden wird die Patientenklientel der an der Mitgliederbefragung teilnehmenden Psychotherapeuten mit der Grundgesamtheit der deutschen Bevölkerung basierend auf Daten des statistischen Bundesamtes und den Daten des Mikrozensus 2007 verglichen. Hieraus ergeben sich Anhaltspunkte dafür, welche Bevölkerungsgruppen anteilig häufiger oder seltener Psychotherapie in Anspruch nehmen. Eine weitergehende Analyse der Ergebnisse mit Hilfe epidemiologischer Ergebnisse soll in Kapitel 3.4.6 vorgenommen werden. Einen Überblick über die Ergebnisse des Vergleichs der Patientenklientel mit der deutschen Wohnbevölkerung geben die Tabelle 44 bis Tabelle 47.

Hinsichtlich des Versicherungsstatus konnten keine nennenswerten Unterschiede zwischen der Wohnbevölkerung Deutschlands und der Patientenklientel der teilnehmenden Psychotherapeuten aufgezeigt werden (siehe Tabelle 44). Entsprechend dem Anteil der gesetzlich versicherten Personen in der Bevölkerung von 88,6 % lag der GKV-Anteil innerhalb der Patientenpopulation bei 88,1 %. Eine private Absicherung wurde bei 9,8 % der Patienten dokumentiert und liegt damit leicht unter dem Anteil der privat versicherten Personen in der Bevölkerung mit 10,7 %.

Tabelle 44: Gegenüberstellung des Versicherungsstatus der Patientenklientel mit der Gesamtbevölkerung

Versicherungsstatus	Gegenüberstellung des Versicherungsstatus der Patientenklientel mit der Gesamtbevölkerung			
	Stichprobe ^{1,2}		Bevölkerung ab 15 Jahren in 1.000 (Mikrozensus 2007) ^{1,3}	
Gesetzlich versichert	125.763	88,1%	72.365	88,6%
Privat versichert	12.795	9,8%	8.696	10,7%
Selbstzahler	2.535	2,0%	588	0,7%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet
² Stichprobe N= 141.093 Patienten
³ Gesamtbevölkerung N=81.649.000

Quelle: eigene Berechnungen und statistisches Bundesamt 2008b

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist der Anteil an älteren und hochbetagten Personen aus den Altersklassen 71-80 und älter 81 Jahren, die sich Ende 2009 in einer psychotherapeutischen Betreuung durch Psychologische Psychotherapeuten befanden, gering (71-80 Jahre 1,3 % / 1,2 % vs. 9,5 % / 7,7 %; 81 Jahre und älter je 0,2 % vs. 5,9 % / 2,6 %). Ebenfalls weisen die teilnehmenden Therapeuten im Vergleich zur Bevölkerung einen geringeren Anteil an Kindern und Jugendlichen im Alter bis 21 Jahre auf. Hingegen sind die Altersklassen zwischen 22 und 70 Jahren innerhalb der Patientenpopulation überbesetzt (siehe Tabelle 45).

Tabelle 45: Vergleich der Altersverteilung nach Geschlecht der Patientenpopulation mit der Gesamtbevölkerung

Jahre	Vergleich der Altersverteilung nach Geschlecht der Patientenpopulation mit der Gesamtbevölkerung							
	Stichprobe ^{1,2}				Gesamtbevölkerung Stichtag 31.12.2008 ^{1,3}			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
≤21 Jahr	1.785	10,0%	1.364	11,0%	8.581.934	20,5%	9.028.700	22,5%
22-30 Jahre	3.455	17,2%	1.158	14,0%	4.364.947	10,4%	4.486.896	11,2%
31-40 Jahre	4.856	22,8%	1.750	22,4%	5.263.443	12,6%	5.443.615	13,5%
41-50 Jahre	5.737	27,0%	2.278	28,6%	6.778.433	16,2%	7.055.559	17,6%
51-60 Jahre	3.509	16,6%	1.396	18,5%	5.513.632	13,2%	5.479.104	13,6%
61-70 Jahre	1.078	4,9%	345	4,0%	4.887.890	11,7%	4.556.978	11,3%
71-80 Jahre	292	1,3%	95	1,2%	3.957.662	9,5%	3.085.174	7,7%
81-90 Jahre/ ≥81 Jahre ⁴	34	0,2%	63	0,2%	2.470.132	5,9%	1.048.257	2,6%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet
² Stichprobe weiblich N=20.746 / männlich N=8.449
³ Gesamtbevölkerung weiblich N=41.818.073 / männlich N=50.184.283
⁴ Diese Altersklasse umfasst für die Gesamtbevölkerung Personen im Alter ≥81 Jahre

Quelle: eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt 2010

Zur Gegenüberstellung des Bildungsstandes der Patienten bzw. des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss von in psychotherapeutischer Betreuung befindlichen Kindern und Jugendlichen wurden Personen ohne Abschluss oder mit Sonderschulabschluss zur Gruppe ohne Abschluss zusammengefasst. Ebenso wurden das Vorliegen von Fachhochschulreife und von Abitur unter der Gruppe Fachhochschul-/Hochschulreife gemeinsam präsentiert. Der Anteil an Personen mit einem höheren Bildungsabschluss in Form einer Fachhochschul-/Hochschulreife oder eines Abschlusses an einer Fach- bzw. Hochschule ist innerhalb der Stichprobe mit 24,5 % bzw. 18,1 % und 19,1 % bzw. 19,9 % höher als in der deutschen Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren¹³. Demgegenüber wurden weniger Patienten, die einen Therapeuten aufsuchten, der Gruppe ohne Abschluss zugeordnet. Dieses Bild konnte jedoch nicht für die Gruppe der Elternteile behandelter Kinder und Jugendlichen bestätigt werden, der Anteil von Personen mit Zugehörigkeit zur Gruppe ohne Abschluss ist mit 7,3 % vergleichbar mit dem Anteil in der Bevölkerung von 7,5 %.

¹³ Angaben zum Bildungsstand der Bevölkerung lagen nur für Personen ab einem Alter von 15 Jahren vor. Diese unterschiedliche Datenbasis im Vergleich zur Stichprobenpopulation könnte Verzerrungen mit einer Überbewertung der Anteile der Stichprobe zur Folge haben

Tabelle 46: Gegenüberstellung des Bildungsstandes der Patientenpopulation mit der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren

Bildungsstand	Gegenüberstellung des Bildungsstandes der Patientenpopulation mit der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren					
	Erwachsene Patienten ^{1,2}		Elternteil von behandelten Kindern ^{1,3}		Bevölkerung ab 15 Jahren in 1.000 (Mikrozensus 2007) ^{1,4}	
ohne Abschluss ⁵	998	3,4%	204	7,3%	5.313	7,5%
Hauptschulabschluss	5.802	19,8%	696	21,2%	28.477	40,4%
Mittlere Reife/ Realschulabschluss	9.320	32,1%	916	32,0%	19.466	27,6%
Fachhochschul- /Hochschulreife ⁶	7.472	24,5%	565	18,1%	8.135	11,5%
Fachhochschul- /Hochschulabschluss	5.569	19,1%	515	19,9%	8.735	12,4%
Unbekannt/Sonstiges	433	1,0%	73	1,6%	370	0,5%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet
² erwachsene Patienten N=29.594
³ Elternteile mit dem höchsten Bildungsabschluss von behandelten Kindern N=2.969
⁴ Bildungsstand der Bevölkerung ab dem 15 Lebensjahr N=70.496.000
⁵ Unter ohne Abschluss wurden Personen ohne Abschluss und mit einem Sonderschulabschluss zusammengefasst
⁶ Unter Fachhochschul/ Hochschulreife wurden Personen mit Fachhochschulreife und Abitur zusammengefasst

Quelle: eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt 2008a

Betrachtet man die berufliche Stellung der Patienten bzw. der Elternteile, fällt im Vergleich zur Gesamtbevölkerung der hohe Anteil an Personen im angestellten Verhältnis mit 40,1 % bzw. 45,3 % gegenüber 30,8 % in der Bevölkerung auf. Während innerhalb der Gruppe der erwachsenen Patienten der Anteil der Erwerbslosen im Vergleich zur Bevölkerung überproportional ist (10,5 % vs. 4,8 %), trifft dieses innerhalb der Population der Eltern behandelter Kinder und Jugendlicher auf die Gruppe der Beamten (8,9 % vs. 4,4 %) und Selbständigen (13,7 % vs. 7,8 %) zu. Wie bereits in der Gegenüberstellung der Altersverteilung erkennbar war, ist der Anteil der Rentner und Pensionäre in der Stichprobe mit 6,4 % deutlich geringer im Vergleich zu 33,4 % in der Bevölkerung.

Tabelle 47: Vergleich der beruflichen Stellung der Patientenpopulation mit der Bevölkerung

Berufliche Stellung	Vergleich der beruflichen Stellung der Patientenpopulation mit der Bevölkerung					
	Erwachsene Patienten ^{1,2}		Elternteil von behandelten Kindern ^{1,3}		Bevölkerung ab 15 Jahren in 1.000 (Mikrozensus 2007) ^{1,4}	
Arbeiter/Arbeiterin	2.086	6,7%	434	18,8%	7.113	18,6%
Angestellte	11.447	40,1%	1.084	45,3%	11.791	30,8%
Beamte/Beamtinnen	1.514	4,8%	187	8,9%	1.681	4,4%
Selbstständige	2.035	7,0%	286	13,7%	2.984	7,8%
Elternzeit/Mutterschutz ⁵	549	1,8%	51	1,6%	57	0,1%
Rentner/Pensionär	1.891	6,4%	39	1,3%	12.750	33,4%
Erwerbslos	2.984	10,5%	20	0,1%	1.845	4,8%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet
² erwachsene Patienten N=22.506
³ Elternteile mit der höchsten beruflichen Stellung von behandelten Kindern N=2.101
⁴ Bildungsstand der Bevölkerung ab dem 15 Lebensjahr N=38.221.000
⁵ Unter Elternzeit/Mutterschutz finden sich für die Bevölkerung nur Angaben zu Personen, die Elterngeld oder Erziehungsgeld erhalten

Quelle: eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt 2008a

3.5 Kooperation

Während im Kapitel 3.3 „Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapien“ schon erste Erkenntnisse über Schnittstellen zum übrigen medizinischen System über die Zugangswege gewonnen wurden, beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Auswertung von Fragen über Notwendigkeit und Bestehen von Kooperation mit Haus- und Fachärzten der Psychotherapiepatienten sowie mit der Zufriedenheit der Therapeuten in Bezug auf einzelne Aspekte der Kooperation.

Die Fragestellungen zu diesem Thema waren für die verschiedenen Arztgruppen gleich aufgebaut. Es wurde jeweils nach den letzten 10 Patienten gefragt. Zunächst wurden die Anzahl notwendiger Kooperationen und die Anzahl stattfindender Kooperationen als Strichliste, d.h. ohne individuellen Patientenbezug erfragt. Danach wurden Angaben über die Zufriedenheit bezüglich verschiedener Aspekte der Kooperation erbeten. Dabei sollten sowohl die Kooperationen, die im entsprechenden Aspekt zur Zufriedenheit des Therapeuten als auch zu seiner Unzufriedenheit verliefen, wieder per Strichliste angegeben werden.

Wie in den vorangegangenen Fragen zu sozioökonomischen Patientenmerkmalen wurde die Begrenzung der Fragestellung auf jeweils 10 Patienten schon bei den ersten zwei Fragestellungen von mindestens 20 Therapeuten falsch verstanden, die über 10 Patienten angaben. Da nicht nach der Gesamtzahl der Patienten gefragt wurde, für die geantwortet wurde (vom Fragebogentext sollten das ja eben 10 sein), wird es nicht klar, wer von den Therapeuten mit Patientenangaben bis 10 sich außerdem auf eine höhere Gesamtzahl an Patienten bezieht. Die wesentlich größeren Quoten an „Missverstehenden“ in den vorangegangenen Fragen lassen befürchten, dass es sich dabei um circa 300 Antwortende handeln könnte, die aber nicht identifizierbar sind. Aus diesem Grunde werden die Antworten auf die ersten beiden Fragen nur in absoluten Zahlen wiedergegeben. Bei der Auswertung der Fragen nach der Zufriedenheit respektive Unzufriedenheit wird davon ausgegangen, dass jeweils die Summe der Patienten, bei denen der erfragte Aspekt der Kooperation zur Zufriedenheit oder zur Unzufriedenheit des Therapeuten führte, die Gesamtheit der Patienten umfasst, bei der eine Kooperation mit der entsprechenden Arztgruppe stattfindet. Für diese Fragen wurden bei den absoluten Zahlenangaben in der Auswertung alle Patientenangaben einbezogen wie bei den ersten beiden Fragestellungen. Die prozentualen Angaben und die dazu gehörigen Signifikanzberechnungen dagegen wurden, wie schon in den Abschnitten 2.3 und 2.4 erläutert, als Mittelwerte der jeweiligen Patientenanteile pro Therapeut mit der entsprechenden Antwort ermittelt. Die Ergebnisse der bivariaten Analyse sind hier jeweils in Tabelle 48 bis Tabelle 51 dargestellt. In Tabelle 94 und Tabelle 95 in Anhang 7.3 sind die Ergebnisse der Validierung der in den bivariaten Analysen ermittelten Signifikanzen durch multivariate Analysen aufgeführt.

Zusätzlich wurden für beide Arztgruppen zwei offene Fragen gestellt, die Verbesserungsvorschläge für die Kooperation betrafen. Diese Fragen fokussierten jeweils auf Verhaltensmöglichkeiten der

betroffenen Ärztegruppe und solche der Psychotherapeuten selber. Die Antworten wurden bei der Auswertung inhaltlichen Kategorien zugeteilt.

Im Kapitel 3.5.1 werden die Aussagen der befragten Psychotherapeuten über die Kooperation mit Haus- und Kinderärzten, im Kapitel 3.5.2 mit Psychiatern und Nervenärzten dargestellt.

3.5.1 Kooperation mit Haus- und Kinderärzten

Betrachtet man die Angaben über die Kooperation mit Haus- und Kinderärzten über die Patienten aller Therapeutengruppen in Tabelle 48, so fällt zunächst auf, dass in einer größeren Anzahl von Fällen eine Kooperation stattfindet, als die Psychotherapeuten von sich aus für nötig halten (6.717 Fälle mit aus Therapeutesicht notwendiger Kooperation versus 7.883 Fälle mit stattfindender Kooperation). Allerdings konnte kein Patientenbezug hergestellt werden, so dass daraus nicht abgeleitet werden kann, dass eine Kooperation tatsächlich in allen vom Psychotherapeuten für nötig erachteten Fällen ausnahmslos stattfindet. Es ist außerdem auffällig, dass nur in den zwei jüngsten Altersgruppen der Therapeuten in weniger Fällen eine Kooperation stattfindet als Fälle notwendiger Kooperation genannt werden.

Unter den untersuchten Aspekten der Kooperation fällt der Grad der Zufriedenheit über die Abstimmung über das Konsiliarverfahren mit dem Haus-/Kinderarzt mit 86,8 % am höchsten aus¹⁴. Auch die Abstimmung über die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Überweisungen und Einweisungen verläuft zu 83,8 % zur Zufriedenheit der Psychotherapeuten. Dagegen sind in 24,2 % der Fälle die Therapeuten unzufrieden mit der Abstimmung über die Medikation ihrer Patienten.

Eine altersklassenabhängige Betrachtung der Therapeuten zeigt signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Kooperation mit Haus- und Kinderärzten nur im Bereich der Medikation. In der bivariaten Analyse geben die Altersgruppen zwischen 51 und 60 Jahren mit 76,7 % und zwischen 61 und 70 Jahren mit 76,6 % den höchsten Anteil an Patienten an, bei denen sie mit der Kooperation in diesem Bereich zufrieden sind. Dies bestätigt sich in der multivariaten Analyse dergestalt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen steigendem Alter des Therapeuten und einem höheren Patientenanteil mit günstig eingeschätzter Kooperation bezüglich der Medikation signifikant ist.

Deutlich größere signifikante Unterschiede ergeben sich jedoch in der Betrachtung nach Approbation. Kinder und Jugendpsychotherapeuten sind mit einem Patientenanteil von 34,1 % wesentlich häufiger unzufrieden mit der Kooperation über die Medikation als ihre Kollegen, die nur oder vorwiegend Erwachsene behandeln (in beiden Fälle 23,8 %). Auch im Bereich der AU-Schreibung, Einweisung und Überweisung sind sie mit 83,2 % seltener zufrieden als die Psychologischen Psychotherapeuten, hier ist jedoch die Gruppe mit zwei Approbationen mit 18,7 % am häufigsten unzufrieden.

¹⁴ Spätestens nach den probatorischen Sitzungen muss der Psychotherapeut einen Konsiliarbericht vom behandelnden Arzt anfordern.

Tabelle 48: Kooperation mit Hausärzten / Kinderärzten

	Kooperation mit Hausärzten/Kinderärzten													
	Sofern eine Kooperation stattgefunden hat ¹													
	Eine Kooperation war/ ist nötig	Eine Kooperation fand/ findet statt	Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren zufrieden		Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren unzufrieden		Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation zufrieden		Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation unzufrieden		Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung zufrieden		Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung unzufrieden	
Alle Patienten:	6.717	7.883	8.403	86,8%	1.306	13,2%	3.957	75,8%	1.264	24,2%	3.631	83,8%	698	16,2%
Altersgruppen:														
bis 30 Jahre	37	25	41	77,5%	9	22,5%	13	44,7% ²	14	55,3% ²	21	84,4%	3	15,6%
31 bis 40 Jahre	494	489	502	86,6%	74	13,2%	266	73,3% ²	93	26,7% ²	219	80,2%	60	19,8%
41 bis 50 Jahre	2.589	2.821	2.891	87,1%	426	12,9%	1.342	75,6% ²	459	24,4% ²	1.236	84,3%	234	15,7%
51 bis 60 Jahre	2.842	3.568	3.906	87,0%	613	13,0%	1.819	76,7% ²	523	23,3% ²	1.659	84,1%	315	15,9%
61 bis 70 Jahre	702	918	1.002	85,0%	177	15,0%	487	76,6% ²	155	23,4% ²	452	83,1%	77	16,9%
>70 Jahre	28	30	26	77,2%	5	22,8%	17	59,6% ²	12	40,4% ²	27	95,8%	1	4,2%
Geschlecht:														
männlich	2.190	2.451	2.570	85,5% ²	470	14,5% ²	1.344	75,8%	410	24,2%	1.246 ²	84,8%	250	15,2%
weiblich	4.501	5.409	5.805	87,4% ²	834	12,6% ²	2.609	75,8%	852	24,2%	2.376 ²	83,4%	443	16,6%
Approbationsart:														
PP	4.602	5.650	5.829	86,9%	917	13,1%	2.850	76,2% ²	859	23,8% ²	2.757	84,6% ²	480	15,4% ²
KJP	470	485	599	88,0%	68	12,0%	133	65,9% ²	105	34,1% ²	70	83,2% ²	22	16,8% ²
PP+KJP	6.717	7.883	8.403	86,5%	1.306	13,5%	3.957	76,2% ²	1.264	23,8% ²	3.631	81,3% ²	698	18,7% ²
Fachkunde:														
VT	4.363	5.008	5.336	86,0% ²	859	14,0% ²	2.785	76,7% ²	865	23,3% ²	2.439	83,9% ²	449	16,1% ²
TP	1.911	2.328	2.524	88,9% ²	337	11,1% ²	914	74,2% ²	301	25,8% ²	962	84,8% ²	175	15,2% ²
AP/AP+TP	191	211	211	83,2% ²	65	16,8% ²	109 ²	70,4% ²	48	29,6% ²	83	80,1% ²	39	19,9% ²
Rest	252	336	332	87,0% ²	45	13,0% ²	149 ²	75,4% ²	50	24,6% ²	147	78,5% ²	35	21,5% ²
Niederlassung Ost/ West:														
östliche KVen	769	947	1.033	87,8%	134	12,2%	475	73,4%	149	26,6%	518	86,0% ²	122	14,0% ²
westliche KVen	5.332	6.281	6.559	86,5%	1.077	13,5%	3.114	75,9%	967	24,1%	2.775	83,2% ²	507	16,8% ²
Region nach Siedlungsstruktur:														
ländliche Region	450	554	627	90,2% ²	81	9,8% ²	297	79,9% ²	70	20,1% ²	259	89,3% ²	37	10,7% ²
Kleinstadt	1.294	1.453	1.540	87,8% ²	226	12,2% ²	776	74,6% ²	265	25,4% ²	694	82,3% ²	144	17,7% ²
Mittelstadt	1.702	2.053	2.038	85,4% ²	355	14,6% ²	952	73,3% ²	325	26,7% ²	880	81,6% ²	191	18,4% ²
Großstadt	3.207	3.754	4.122	86,8% ²	635	13,2% ²	1.886	76,7% ²	593	23,3% ²	1.762	84,9% ²	318	15,1% ²

¹Analysebasis je nach Fragestellung schwankend ² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

Differenziert nach der Fachkunde zeigen sich zwar in der bivariaten Analyse bezüglich der Zufriedenheit mit allen Kooperationsaspekten signifikante Unterschiede, in der multivariaten Analyse bestätigen diese sich aber nur im Falle des Konsiliarverfahrens von AU-Schreibungen, Überweisungen und Einweisungen. Wie Tabelle 48 zeigt, haben die Tiefenpsychologen mit 88,9 % respektive 84,8 % den höchsten Anteil von Patienten mit zufriedenstellender Kooperation mit Haus- oder Kinderärzten in diesen Bereichen.

Zwischen Therapeuten mit Niederlassung in östlichen und westlichen KVen ergeben sich signifikante Unterschiede nur im Bereich der Zufriedenheit mit der Kooperation bezüglich Einweisung und AU-Schreibung. Hier sind die in den östlichen KVen tätigen Therapeuten mit 86,0 % signifikant häufiger zufrieden als ihre Kollegen im Westen mit 83,2 %.

Auch bezüglich des zweiten regionalen Aspekts, d.h. differenziert nach der Siedlungsstruktur im Bereich der Niederlassung der Psychotherapeuten, ergeben sich bezüglich aller Aspekte von Kooperationszufriedenheit in der bivariaten Analyse signifikante Unterschiede. Diese reduzieren sich in der multivariaten Betrachtung jedoch auf die Zufriedenheit mit der Kooperation im Konsiliarverfahren. Schon in bivariater Betrachtung weisen Therapeuten in ländlichen Strukturen mit 90,2 % dem höchsten Anteil von Patienten auf, in Bezug auf die sie mit der Kooperation im Konsiliarverfahren zufrieden sind. In der multivariaten Analyse bestätigt sich, dass der Patientenanteil mit zufriedenstellender Kooperation in dieser Frage mit steigender Siedlungsdichte sinkt.

Tabelle 49 zeigt die Verhaltenswünsche, die die befragten Psychotherapeuten an die Haus- und Kinderärzte im Sinne einer besseren Kooperation haben. Insgesamt haben mit 1.129 Therapeuten 45,2 % der Befragten sich zu dieser offenen Frage geäußert. Die häufigste Antwort mit 31,8 % aller Aussagen betrifft eine bessere Erreichbarkeit der Haus- bzw. Kinderärzte und den Wunsch nach einem aktiveren Kontaktverhalten bei der Kooperation mit den Psychotherapeuten. 29,8 % der Psychotherapeuten wünschen auch eine verbesserte Zusammenarbeit im Rahmen des Konsiliarverfahrens. 10,2 % der Therapeuten sprachen ein verändertes Vorgehen bei der Verordnung von Psychopharmaka an.

Tabelle 49: Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation für die Haus-/Kinderärzte

Die Hausärzte/Kinderärzte können zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem sie: ¹		
	Häufigkeit	Prozent
aktiv Kontakt aufnehmen und/oder besser erreichbar sind	359	31,8%
sich mehr Zeit nehmen	74	6,6%
im Konsiliarverfahren besser zusammenarbeiten	337	29,8%
Verordnung von Psychopharmaka besser absprechen/den Fachärzten überlassen	115	10,2%
Mehr Wertschätzung für und Wissen über Psychotherapie erwerben	96	8,5%
sich besser abstimmen mit den Psychotherapeuten und mit anderen Mitbehandelnden	75	6,6%
Sonstiges	73	6,5%
Gesamt	1.129	100,0%

¹ insgesamt machten 1.129 Psychotherapeuten Angaben über einen möglichen Beitrag der Haus-/Kinderärzte zur Verbesserung der Kooperation mit den Psychotherapeuten

Quelle: eigene Berechnung

42,1 % der Befragten machten auch Angaben über eigene potentielle Verhaltensänderungen, die zu verbesserter Kooperation mit den Haus-/Kinderärzten beitragen würden. Auch hier liegt, wie aus Tabelle 50 ersichtlich, mit 50,4 % aller Antworten die bessere Erreichbarkeit und aktivere Kontaktaufnahme in diesem Falle der Therapeuten selber an erster Stelle. Mit 15,0 % der Antworten wurde auch die Möglichkeit genannt, bessere Berichte oder Briefe zu erstellen, und mit 11,1 % der Antworten, sich schlicht mehr Zeit für die Kooperation zu nehmen.

Tabelle 50: Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation mit den Haus-/ Kinderärzten für die Psychotherapeuten

Die Psychotherapeuten selber könnten zu einer besseren Kooperation beitragen, indem sie: ¹		
	Häufigkeit	Prozent
aktiv Kontakt aufnehmen und/oder besser erreichbar sind	530	50,4%
sich mehr Zeit nehmen	117	11,1%
bessere Berichte/Briefe erstellen	158	15,0%
mehr Wertschätzung /Interesse zeigen	13	1,2%
bessere Abstimmung/Kooperation mit Hausärzten und Anderen	97	9,2%
Aufklärung über Psychotherapie betreiben	39	3,7%
Forderung nach Bezahlung für Kooperation	17	1,6%
kein Verbesserungsbedarf	35	3,3%
Sonstiges	46	4,4%
Gesamt	1.052	100,0%

¹ insgesamt machten 1.052 Psychotherapeuten Angaben über einen möglichen eigenen Beitrag zur Verbesserung der Kooperation zwischen Haus-/Kinderärzten und Psychotherapeuten

Quelle: eigene Berechnung

3.5.2 Kooperation mit Psychiatern und Nervenärzten

Wie aus Tabelle 51 ablesbar, findet auch im Bereich der Kooperation mit Psychiatern und Nervenärzten in mehr Fällen eine Kooperation statt als von den Psychotherapeuten für nötig gehalten (4.636 versus 4.517 Patienten, die Patientenzahlen liegen allerdings näher beieinander als im Bereich der Kooperation mit Haus- und Kinderärzten). Auch hier ist jedoch kein Patientenbezug herstellbar, d.h. es könnte trotzdem Patienten geben, bei denen eine aus Psychotherapeutesicht notwendige

Kooperation nicht stattfindet. Ähnlich wie bei den Ergebnissen für die Kooperation mit den Haus- und Kinderärzten fällt auf, dass in den zwei jüngsten Altersgruppen weniger Kooperationen stattfinden als für notwendig gehalten werden. Hier findet sich jedoch ein ähnliches Phänomen auch für die Psychotherapeuten mit psychoanalytischer Fachkunde und für die „Rest“-Gruppe mit mehreren Fachkundenachweisen.

Der Grad an Zufriedenheit in Bezug auf verschiedene Aspekte der Kooperation liegt höher als im Bereich der Haus- und Kinderärzte. Bei 88,5 % der Patienten geben die befragten Psychotherapeuten an, zufrieden mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren zu sein; in 86,0 % der Fälle sind sie ebenso einverstanden mit der Abstimmung über Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Überweisungen und Einweisungen. Seltener als in der Kooperation mit Haus- und Kinderärzten sind die Psychotherapeuten unzufrieden mit der Abstimmung über die Medikation (20,1 % aller berichteten Fälle).

Die bivariate Analyse weist zwar signifikante Unterschiede zwischen Altersgruppen von Therapeuten bei der Zufriedenheit mit allen drei Aspekten der Kooperation mit den Fachärzten auf, die jedoch auch keinen stetigen Zusammenhang zwischen Alter des Therapeuten und Anteil der Patienten mit zufriedenstellender Kooperation abbilden. Erwartungsgemäß ist in der multivariaten Analyse auch kein signifikanter Zusammenhang nachweisbar.

Die Zufriedenheitsquote der weiblichen Therapeuten ist sowohl in der Frage der Medikation (80,4 %) als auch der AU-Schreibung, Einweisung und Überweisung (86,3 %) signifikant höher als die ihrer männlichen Kollegen mit jeweils 78,4 % und 83,8 %.

In der bivariaten Analyse identifizierte signifikante Unterschiede zwischen Therapeuten verschiedener Approbationsart in der Zufriedenheit mit der Kooperation im Bereich des Konsiliarverfahrens bestätigten sich in der multivariaten Analyse nicht. Allerdings waren Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit 30,8 % signifikant häufiger unzufrieden mit der Kooperation bei AU-Schreibung, Einweisung und Überweisung.

In Bezug auf die Medikation beurteilen Psychotherapeuten mit einem Fachkundenachweis in Verhaltenstherapie die Kooperation mit den Psychiatern und Nervenärzten zu einem Anteil von 82,0 % signifikant günstiger als solche mit anderen Fachkundenachweisen – ähnlich wie in der Kooperation mit den Hausärzten tun Psychoanalytiker dies mit einem Patientenanteil von 71,7 % am seltensten.

Regionale Unterschiede in der Beurteilung der Kooperation mit Psychiatern und Nervenärzten ließen sich weder in der Analyse zwischen östlichen und westlichen KVen noch nach Siedlungsstruktur am Ort der Niederlassung gesichert erkennen. Die hier in der bivariaten Betrachtung signifikanten Ergebnisse bestätigten sich in der multivariaten Analyse nicht.

Tabelle 51: Kooperation mit Fachärzten

	Kooperation mit Fachärzten													
	Eine Kooperation war/ ist nötig	Eine Kooperation fand/ findet statt	Sofern eine Kooperation stattgefunden hat ¹											
Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren zufrieden			Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren unzufrieden	Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation zufrieden	Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation unzufrieden	Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung zufrieden	Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung unzufrieden							
Alle Patienten	4.517	4.636	4.521	88,5% ²	568	11,5% ²	3.462	79,9% ²	796	20,1% ²	2.574	86,0% ²	411	14,0% ²
Altersgruppen:														
bis 30 Jahre	14	9	5	58,3% ²	3	41,7% ²	6	90,0% ²	1	10,0% ²	4	75,0% ²	2	25,0% ²
31 bis 40 Jahre	302	267	249	85,4% ²	52	14,6% ²	202	75,3% ²	70	24,7% ²	127	79,1% ²	49	20,9% ²
41 bis 50 Jahre	1.708	1.716	1.542	87,2% ²	208	12,8% ²	1.259	81,1% ²	269	18,9% ²	879	86,3% ²	132	13,7% ²
51 bis 60 Jahre	1.965	2.068	2.131	90,1% ²	217	9,9% ²	1.585	79,9% ²	352	20,1% ²	1.252	87,6% ²	162	12,4% ²
61 bis 70 Jahre	493	546	551	89,2% ²	82	10,8% ²	379	78,8% ²	91	21,2% ²	282	82,8% ²	63	17,2% ²
>70 Jahre	7	7	7	100,0% ²	0	0,0% ²	6	46,7% ²	8	53,3% ²	7	100,0% ²	0	0,0% ²
Geschlecht:														
männlich	1.421	1.482	1.512	88,7%	187	11,3%	1.163	78,4% ²	276	21,6% ²	874	83,8% ²	144	16,2% ²
weiblich	3.069	3.137	2.977	88,3%	381	11,7%	2.280	80,4% ²	519	19,9% ²	1.685	86,3% ²	267	13,1% ²
Approbationsart:														
PP	3.393	3.424	3.284	88,2% ²	440	11,8% ²	2.565	80,1%	577	19,9%	1.969	86,5% ²	289	13,5% ²
KJP	199	205	188	86,2% ²	40	13,8% ²	109	77,6%	56	22,4%	38	69,2% ²	23	30,8% ²
PP+KJP	924	1.006	1.048	89,8% ²	88	10,2% ²	788	79,5%	163	20,5%	567	85,5% ²	99	14,5% ²
Fachkunde:														
VT	2.997	3.101	3.110	88,2%	381	11,8%	2.451	82,0% ²	506	18,0% ²	1.800	85,8% ²	294	14,2% ²
TP	1.200	1.236	1.115	89,5%	131	10,5%	777	76,3% ²	232	23,7% ²	608	87,4% ²	93	12,6% ²
AP/AP+TP	140	127	137	88,7%	32	11,3%	97	71,7% ²	25	28,3% ²	85	81,8% ²	10	18,2% ²
Rest	180	172	159	86,9%	24	13,1%	137	76,6% ²	33	23,7% ²	81	80,9% ²	14	19,1% ²
Niederlassung Ost/ West:														
östliche KVen (NBL)	478	452	424	87,1%	57	12,9%	356	81,0%	73	19,0%	308	86,5%	60	13,5%
westliche KVen (ABL)	3.547	3.774	3.655	88,5%	464	11,5%	2.804	79,7%	632	20,3%	2.033	85,7%	297	14,3%
Region nach Siedlungsstruktur:														
ländliche Region	207	217	200	90,2% ²	40	9,8% ²	167	79,7% ²	51	20,3% ²	125	87,1%	27	12,9%
Kleinstadt	717	728	652	86,7% ²	114	13,3% ²	510	77,3% ²	159	22,7% ²	383	84,5%	87	15,5%
Mittelstadt	1.139	1.107	1.070	87,8% ²	153	12,2% ²	818	78,7% ²	205	21,3% ²	653	85,0%	106	15,0%
Großstadt	2.388	2.513	2.525	89,0% ²	252	11,0% ²	1.928	81,0% ²	377	19,0% ²	1.373	86,7%	188	13,3%

¹Analysebasis je nach Fragestellung schwankend

² Signifikanz $p \leq 0,05$

Quelle: eigene Berechnungen

44,1 % der Psychotherapeuten machten auch Angaben darüber, wie die Kooperation mit Psychiatern und Nervenärzten, die Patienten der befragten Therapeuten mitbetreuten, verbessert werden könnten (siehe Tabelle 52). An erster Stelle mit 29,5 % der Angaben findet sich der Wunsch nach besserer Erreichbarkeit und aktiver Kontaktaufnahme durch die psychiatrischen Kollegen. 13,9 % der Psychotherapeuten wünschen eine bessere Absprache der Verordnung von Psychopharmaka. 13,5 % schlagen Verbesserungen bei der Zusammenarbeit im Konsiliarverfahren sowie beim Übergang aus dem stationären Bereich vor. Immerhin noch 10,5 % sähen gerne ein besseres Wissen über und eine höhere Wertschätzung für die Psychotherapie bei den Fachärzten, und 10,4 % wünschen generell, dass die Psychiater und Nervenärzte sich mehr Zeit nähmen.

Tabelle 52: Vorschläge zur Verbesserung für Psychiater und Nervenärzte

Die Psychiater/Nervenärzte können zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem sie:¹		
	Häufigkeit	Prozent
aktiv Kontakt aufnehmen und/oder besser erreichbar sind	325	29,5%
sich mehr Zeit nehmen	115	10,4%
im Konsiliarverfahren/bei Übergängen vom stationären Bereich besser zusammenarbeiten	149	13,5%
Verordnung von Psychopharmaka besser absprechen	153	13,9%
Mehr Wertschätzung für und Wissen über Psychotherapie erwerben	116	10,5%
sich besser abstimmen mit den Psychotherapeuten und mit anderen Mitbehandelnden	73	6,6%
schneller Termine vergeben/höhere Facharzt-dichte	25	2,3%
kein Verbesserungsbedarf	94	8,5%
Sonstiges	52	4,7%
Gesamt	1.102	100,0%
¹ insgesamt machten 1.102 Psychotherapeuten Angaben über einen möglichen Beitrag der Psychiater/Nervenärzte zur Verbesserung der Kooperation mit den Psychotherapeuten		

Quelle: eigene Berechnungen

Vorschläge zur psychotherapeutenseitigen Optimierung des Kooperationsverhaltens gegenüber Fachärzten wurden von 36,8 % der Psychotherapeuten unterbreitet. Auch hier stand, wie aus Tabelle 53 ersichtlich, der Vorschlag besserer Erreichbarkeit und aktiverer Kontaktaufnahme seitens der Therapeuten mit 44,0 % deutlich an der Spitze. 12,5 % schlugen vor, bessere Briefe oder Berichte zu erstellen, 12,1 %, sich generell mehr Zeit für die Kooperation auch in diesem Bereich zu nehmen. 10,4% sprachen die Kooperation auch mit weiteren Fachärzten und anderen Gruppen medizinischer Leistungserbringer an.

Tabelle 53: Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation mit den Psychiatern/Nervenärzten durch die Psychotherapeuten

Die Psychotherapeuten selber könnten zu einer besseren Kooperation beitragen, indem sie:¹		
	Häufigkeit	Prozent
aktiv Kontakt aufnehmen und/oder besser erreichbar sind	405	44,0%
sich mehr Zeit nehmen	111	12,1%
bessere Berichte/Briefe erstellen	115	12,5%
mehr Wertschätzung/Interesse zeigen	20	2,2%
bessere Abstimmung/Kooperation mit Fachärzten und Anderen	96	10,4%
Aufklärung über Psychotherapie betreiben	29	3,2%
Forderung nach Bezahlung für Kooperation	18	2,0%
kein Verbesserungsbedarf	65	7,1%
Sonstiges	61	6,6%
Gesamt	920	100,0%

¹ insgesamt machten 920 Psychotherapeuten Angaben über einen möglichen eigenen Beitrag zur Verbesserung der Kooperation zwischen Haus-/Kinderärzten und Psychotherapeuten

Quelle: eigene Berechnungen

4 Zusätzliche multivariate Analysen zur Identifikation von Zusammenhängen zwischen einzelnen Studienergebnissen

In Kapitel 3 wurden regelmäßig Einflüsse von sechs Grundmerkmalen der Studienpopulation auf die Antworten der Therapeuten sowohl bivariat als auch zur Überprüfung multivariat untersucht. Allerdings ist es nicht ausgeschlossen, dass auch zwischen den dort als Zielvariablen verwendeten Ergebnissen Zusammenhänge bestehen. Aufbauend auf Hypothesen über solche möglichen Zusammenhänge wurden weitere multivariate Analysen durchgeführt, indem für entsprechende Regressionen zusätzlich zu den sechs therapeutischen Grundmerkmalen jeweils einzeln für weitere Variablen als Störgrößen kontrolliert wurde. Dabei konzentrierte sich die Analyse auf zusätzliche Einflussfaktoren in Bezug auf fünf verschiedene Zielvariablen bzw. Gruppen von Zielvariablen der Studie. In Bezug auf das Versorgungsangebot handelte es sich um

- Einflussfaktoren auf die angebotenen Therapiestunden pro Woche
- Einflussfaktoren auf das Angebot an Gruppentherapie.

Zur Analyse von Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie wurden folgende weitere Fragestellungen untersucht:

- Einflussfaktoren auf den Anteil nicht durchgeführter genehmigter Therapiesitzungen
- Einflussfaktoren auf die Wartezeit auf ein Erstgespräch im Falle einer entsprechenden Warteliste des Psychotherapeuten.

Aus dem Bereich der Kooperation schließlich erfolgten Analysen zu

- Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit verschiedenen Kooperationsaspekten mit dem medizinischen System

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Regressionen dargestellt. Nur ein Teil der analysierten spezifischen Fragestellungen zeigte signifikante Ergebnisse für die zu untersuchende Exposition. In diesem Fall, also bei über die Erkenntnisse aus den bisherigen Ergebnissen hinausgehenden Resultaten erfolgt eine genaue Ergebnisbeschreibung; nicht bestätigte Hypothesen werden nur benannt. Insgesamt war festzustellen, dass sich die Koeffizienten bzw. Odds-Ratios sowie die Signifikanzen der Confounder aus dem Bereich der Grundmerkmale durch Variation der Exposition in den spezifischen Modellen nur geringfügig verschieben und ähnliche Ergebnisse wie in den Modellen ohne diese Expositionen aufweisen.

4.1 Multivariate Analysen zum Versorgungsangebot mit Psychotherapie

Wie oben erwähnt, wurden im Bereich des Versorgungsangebots an Psychotherapie zusätzliche Hypothesen über Einflussfaktoren auf das Angebot an wöchentlichen Therapiestunden eines Psychotherapeuten und auf das Angebot von Gruppentherapie aufgestellt. Die in Tabelle 54 dargestellten Modelle wurden getestet:

Tabelle 54: Zusätzliche Regressionsmodelle im Bereich des Versorgungsangebotes mit Psychotherapie

Zusätzliche Regressionsmodelle im Bereich des Versorgungsangebotes mit Psychotherapie			
Modell	Exposition	Zielvariable	Regressionsverfahren
1	Teilnahme an Selektivverträgen	Wöchentliches Angebot an Therapiestunden	Lineare Regression
2	Teilnahme an IV-Verträgen	Wöchentliches Angebot an Therapiestunden	Lineare Regression
3	Teilnahme an DMP	Wöchentliches Angebot an Therapiestunden	Lineare Regression
4	Angebot von IGeL-Leistungen	Wöchentliches Angebot an Therapiestunden	Lineare Regression
5	Nebenerwerb des Therapeuten	Wöchentliches Angebot an Therapiestunden	Lineare Regression
6	Form der Tätigkeit des Therapeuten	Angebot von Gruppentherapie	Logistische Regression
7	Angebot von IGeL	Angebot von Gruppentherapie	Logistische Regression
8	Teilnahme an Selektivverträgen	Angebot von Gruppentherapie	Logistische Regression
9	Teilnahme an IV-Verträgen	Angebot von Gruppentherapie	Logistische Regression
10	Teilnahme an DMP	Angebot von Gruppentherapie	Logistische Regression
11	Nebenerwerb des Therapeuten	Angebot von Gruppentherapie	Logistische Regression

Quelle: eigene Darstellung

Modelle, die einen insignifikanten Zusammenhang zwischen untersuchter Exposition und Zielvariable zeigten, sind grau markiert. Die signifikanten Ergebnisse werden im Weiteren differenzierter dargestellt.

4.1.1 Modelle zum wöchentlichen Angebot von Therapiestunden

Als Grundlage zur Modellbildung dienten Hypothesen, die Zusammenhänge zwischen dem Versorgungsangebot eines Psychotherapeuten und seiner wöchentlichen Arbeitslast in Form von Therapiestunden unterstellten. Untersucht wurde der mögliche Einfluss verschiedener Merkmale des Versorgungsangebots des Therapeuten auf die durchschnittliche wöchentliche Anzahl von Therapiestunden. Für folgende Exposition wurde ein Zusammenhang nicht bestätigt:

- Teilnahme an DMP

Dagegen ergaben sich signifikante Zusammenhänge jeweils für das Angebot an IGeL, die Behandlung von Patienten im Rahmen von Selektivverträgen, IV-Verträgen und das Vorhandensein eines Nebenerwerbs mit der Summe der durchschnittlichen wöchentlichen Therapiestunden. Die Koeffizienten der Confounder variieren in Abhängigkeit der gewählten vier Expositionen nur

geringfügig. Deren Effekte sind deshalb nur für das erste Modell (Nr. 1) detailliert beschrieben. In den anderen drei Modellen (Nr. 2, 4 und 5) erfolgt jeweils nur die Interpretation der Exposition.

Modell: Effekte der Teilnahme an Selektivverträgen auf die wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten (Modell Nr. 1)

Als abhängige Variable dieser linearen Regression wurden die durchschnittlichen wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten verwendet, die in 8 Klassen mit einer Klassenbreite von je 5 Stunden unterteilt waren. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war die Tatsache, ob der jeweilige Therapeut auch Patienten im Rahmen eines Selektivvertrages behandelt. Therapeuten, die Patienten im Rahmen eines Selektivvertrages behandelten, wurden mit „1“ kodiert, Therapeuten, die für diese Patienten keine Therapien anbieten, erhielten die Kennung „0“. Zu untersuchen war die Frage, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Selektivverträgen und dem Umfang der angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden besteht.

Das Ergebnistableau in Tabelle 55 zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Selektivverträgen und den wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten.

Tabelle 55: Effekt der Teilnahme an Selektivverträgen auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden

Effekt der Teilnahme an Selektivverträgen auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden					
Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz
Alter	,017	,005	,081	3,166	,002
Geschlecht	-,963	,081	-,283	-11,826	,000
Approbationsart: PP	-,347	,090	-,098	-3,847	,000
Approbationsart: KJP	,516	,211	,062	2,440	,015
Fachkunde: VT	-,592	,188	-,187	-3,156	,002
Fachkunde: TP	-,647	,193	-,195	-3,353	,001
Fachkunde: TP/AP+TP	-,329	,266	-,039	-1,238	,216
Region	-,101	,039	-,062	-2,591	,010
Ost-West-Variable	,329	,115	,069	2,857	,004
Teilnahme an Selektivverträgen	1,055	,512	,049	2,059	,040
Konstante	6,340	,378		16,788	,000

Quelle: eigene Berechnungen

Mit jedem Altersjahr steigt die Anzahl an wöchentlichen psychotherapeutischen Behandlungsstunden mit einem Signifikanzniveau von 0,2 % - der Koeffizient liegt bei 0,017, was einem Effekt von 1,7 % einer Klassenbreite in der Zielvariablen entspräche – wobei 2 % genau 1,2 Minuten entsprechen würden. Weibliche Therapeuten weisen eine signifikant niedrigere Behandlungsstundenzahl auf. Die wöchentlichen Behandlungsstunden liegen um etwa 5 Stunden niedriger (Koeffizient = -0,963) als bei ihren männlichen Kollegen.

Während Psychologische Psychotherapeuten etwa 2 Behandlungsstunden weniger aufweisen (Koeffizient: -0,347), zeigt sich bei den als Kinder- und Jugendlichenpsychologen approbierten

Therapeuten eine signifikant höhere Zahl an Behandlungsstunden von fast 3 Stunden (Koeffizient: 0,516). Sowohl Verhaltenstherapeuten als auch Therapeuten mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie weisen signifikant weniger psychotherapeutische Behandlungsstunden auf – die Effekte liegen bei etwa jeweils 3 Behandlungsstunden pro Woche (Koeffizienten bei -0,592 bzw. -0,647).

Eine höhere Bevölkerungsdichte in der Region des Therapeuten sorgt für eine tendenziell niedrigere Anzahl an Behandlungsstunden (Koeffizient: -0,101) – jede nächst höhere Stufe in der Regionsdefinition (ländliche Region, Kleinstadt, mittelgroße Stadt, Großstadt) sorgt für einen durchschnittlichen Anstieg von etwa 0,5 wöchentlichen Behandlungsstunden. Therapeuten in den neuen Bundesländern weisen eine signifikant höhere Arbeitslast an psychotherapeutischen Behandlungsstunden auf – die wöchentlichen Behandlungsstunden liegen etwa 1,5 Stunden höher (Koeffizient: 0,329). Die Tatsache, an Selektivverträgen teilzunehmen, sorgt für eine signifikant höhere Last an wöchentlichen psychotherapeutischen Behandlungsstunden. Therapeuten, die an Selektivverträgen teilnehmen, weisen etwa 5 wöchentliche Behandlungsstunden mehr auf (Koeffizient: 1,055) als Therapeuten, die keine Patienten im Rahmen von Selektivverträgen behandeln.

Modell: Effekte der Teilnahme an IV-Verträgen auf die wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten (Modell Nr. 2)

Als abhängige Variable dieser linearen Regression wurden wieder die durchschnittlichen wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten verwendet, die in 8 Klassen mit einer Klassenbreite von je 5 Stunden unterteilt waren. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war die Tatsache, ob der jeweilige Therapeut auch Patienten im Rahmen eines IV-Vertrages behandelt. Therapeuten, die Patienten im Rahmen eines IV-Vertrages behandelten, wurden mit „1“ kodiert, Therapeuten, die für diese Patienten keine Therapien anbieten, erhielten die Kennung „0“. Zu untersuchen war die Frage, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilnahme an IV-Verträgen und dem Umfang der angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden besteht.

Das Ergebnistableau in Tabelle 56 zeigt einen signifikanten Zusammenhang von Teilnahme an IV-Verträgen und den wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten.

Tabelle 56: Effekt der Teilnahme an IV-Verträgen auf die durchschnittliche wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden

Effekt der Teilnahme an IV-Verträgen auf die durchschnittliche wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden					
Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz
Alter	,017	,005	,081	3,161	,002
Geschlecht	-,976	,081	-,287	-11,978	,000
Approbationsart: PP	-,346	,090	-,098	-3,833	,000
Approbationsart: KJP	,533	,211	,064	2,524	,012
Fachkunde: VT	-,587	,188	-,186	-3,130	,002
Fachkunde: TP	-,638	,193	-,192	-3,307	,001
Fachkunde: TP/AP+TP	-,338	,266	-,040	-1,271	,204
Region	-,096	,039	-,059	-2,471	,014
Ost-West-Variable	,328	,115	,069	2,852	,004
Teilnahme an IV-Verträgen	,394	,199	,047	1,984	,047
Konstante	6,320	,378		16,724	,000

Quelle: eigene Berechnungen

Die Tatsache, an IV-Verträgen teilzunehmen sorgt für eine signifikant höhere Last an wöchentlichen psychotherapeutischen Behandlungsstunden. Therapeuten, die an IV-Verträgen teilnehmen, weisen etwa 2 wöchentliche Behandlungsstunden mehr auf (Koeffizient: 0,394) als Therapeuten, die keine Patienten im Rahmen von IV-Verträgen behandeln.

Modell: Effekte des Angebotes von IGeL auf die wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten (Modell Nr. 4)

Als abhängige Variable dieser linearen Regression wurden die durchschnittlichen wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten verwendet, die in 8 Klassen mit einer Klassenbreite von je 5 Stunden unterteilt waren. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war die Tatsache, ob der jeweilige Therapeut IGeL-Leistungen anbietet. Therapeuten, die ein IGeL-Angebot aufwiesen, wurden mit „1“ kodiert, ansonsten erfolgte die Kodierung „0“. Zu untersuchen war die Frage, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen eines IGeL-Angebotes und dem Umfang der angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden besteht.

Das Ergebnistableau in Tabelle 57 zeigt einen signifikanten Zusammenhang von IGeL-Angebot und den wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten.

Tabelle 57: Effekt von IGeL auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden

Effekt von IGeL auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden					
Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz
Alter	,018	,005	,087	3,328	,001
Geschlecht	-,947	,081	-,283	-11,624	,000
Approbationsart: PP	-,351	,091	-,100	-3,873	,000
Approbationsart: KJP	,549	,213	,067	2,576	,010
Fachkunde: VT	-,551	,192	-,176	-2,871	,004
Fachkunde: TP	-,648	,196	-,198	-3,299	,001
Fachkunde: TP/AP+TP	-,269	,270	-,032	-,996	,319
Region	-,112	,039	-,069	-2,876	,004
Ost-West-Variable	,364	,115	,078	3,174	,002
IGeL	,277	,086	,079	3,232	,001
Konstante	6,227	,382		16,322	,000

Quelle: eigene Berechnungen

Die Tatsache, zusätzlich IGeL anzubieten, sorgt für eine signifikant höhere Last an wöchentlichen psychotherapeutischen Behandlungsstunden. Therapeuten, die IGeL-Leistungen anbieten, weisen etwa 1,5 wöchentliche Behandlungsstunden mehr auf (Koeffizient: 0,277).

Modell: Effekt des Nebenerwerbs des Therapeuten auf die wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten (Modell Nr. 5)

Als abhängige Variable dieser linearen Regression wurden die durchschnittlichen wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten verwendet, die in 8 Klassen mit einer Klassenbreite von je 5 Stunden unterteilt waren. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war die Tatsache, ob der jeweilige Therapeut einem Nebenerwerb nachgeht. Therapeuten, die einer Nebentätigkeit nachgehen, wurden mit „1“ kodiert, ansonsten erfolgte die Kodierung „0“. Zu untersuchen war die Frage, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem Nebenerwerb und dem Umfang der angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden besteht.

Das Ergebnistableau in Tabelle 58 zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Nebenerwerbs und den wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten.

Tabelle 58: Effekt des Nebenerwerbs auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden

Effekt des Nebenerwerbs auf die durchschnittlichen wöchentlichen angebotenen psychotherapeutischen Behandlungsstunden					
Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz
Alter	,016	,005	,079	3,092	,002
Geschlecht	-1,006	,082	-,296	-12,196	,000
Approbationsart: PP	-,373	,091	-,105	-4,109	,000
Approbationsart: KJP	,517	,211	,063	2,449	,014
Fachkunde: VT	-,606	,187	-,192	-3,231	,001
Fachkunde: TP	-,655	,193	-,197	-3,400	,001
Fachkunde: TP/AP+TP	-,341	,265	-,041	-1,286	,199
Region	-,092	,039	-,056	-2,373	,018
Ost-West-Variable	,334	,115	,070	2,905	,004
Nebenerwerb	-,236	,084	-,068	-2,822	,005
Konstante	6,464	,381		16,957	,000

Quelle: eigene Berechnungen

Therapeuten, die zusätzlich einem Nebenerwerb nachgehen, weisen eine signifikant niedrigere Zahl an psychotherapeutischen Behandlungsstunden auf – die Summe an wöchentlichen Behandlungsstunden liegt um etwas mehr als 1 Stunde niedriger als bei Therapeuten ohne Nebenerwerb (Koeffizient: -0,236).

4.1.2 Modelle zum Angebot von Gruppentherapie

Als Grundlage zur Modellbildung dienten Hypothesen, die Zusammenhänge zwischen sechs verschiedenen Merkmalen des Versorgungsangebots eines Psychotherapeuten und seinem Angebot an Gruppentherapie postulierten. Untersucht wurde der mögliche Einfluss verschiedener Merkmale des Versorgungsangebots des Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie – unabhängig von einer vorliegenden Abrechnungsgenehmigung. Für folgende Expositionen wurde ein Zusammenhang nicht bestätigt:

- Teilnahme an Selektivverträgen
- Teilnahme an IV-Verträgen
- Teilnahme an DMP
- Form der Tätigkeit des Therapeuten

Dagegen ergaben sich signifikante Zusammenhänge jeweils für das Angebot an IGeL und das Vorhandensein eines Nebenerwerbs mit dem Angebot an Gruppentherapie. Die Odds-Ratios der Confounder variieren in Abhängigkeit der gewählten zwei Expositionen nur geringfügig. Deren Effekte sind deshalb nur für das erste Modell (Nr. 7) detailliert beschrieben. Im zweiten Modell (Nr. 11) erfolgt jeweils nur die Interpretation der Exposition.

Modell: Effekt des IGeL-Angebotes eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie (Modell Nr. 7)

In diesem logistischen Regressionsmodell wurde die dichotome Variable „Angebot Gruppentherapie ja/nein“ als abhängige Variable verwendet. Therapeuten, die Gruppentherapie anbieten, wurden in dieser Variable mit „1“, die anderen Therapeuten mit „0“ kodiert. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war das IGeL-Angebot des Therapeuten (IGeL-Angebot ja/nein). Untersucht wurde der mögliche Zusammenhang von IGeL-Leistungsangebot des Therapeuten und dem Angebot von Gruppentherapien.

Das Ergebnistableau in Tabelle 59 zeigt einen signifikanten Zusammenhang von angebotenen IGeL und angebotener Gruppentherapie des Therapeuten.

Tabelle 59: Effekt des IGeL-Angebotes eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie

Effekt des IGeL-Angebotes eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie						
Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Signifikanz	Odds-Ratio
Alter	-,002	,012	,033	1	,855	,998
Geschlecht	-,625	,163	14,702	1	,000	,535
Approbationsart: PP	-,527	,175	9,016	1	,003	,591
Approbationsart: KJP	-,462	,437	1,120	1	,290	,630
Fachkunde: VT	-,784	,307	6,514	1	,011	,456
Fachkunde: TP	-1,226	,336	13,301	1	,000	,294
Fachkunde: TP/AP+TP	,119	,429	,077	1	,782	1,126
Region	-,063	,082	,592	1	,442	,939
Ost-West-Variable	,227	,231	,972	1	,324	1,255
IGeL	,388	,174	4,969	1	,026	1,475
Konstante	-,588	,789	,556	1	,456	,556

Quelle: eigene Berechnungen

Die Odds-Ratio der Variable „IGeL-Leistungen“ liegt bei 1,475 – somit steigt die Chance, dass der Therapeut mit einem Angebot von IGeL zusätzlich auch Gruppentherapie anbietet, um 47,5 %. Das Signifikanzniveau der Exposition liegt bei 2,6 %. Mehrere Confounder weisen erwartungsgemäß (vgl. Kapitel 4.1) ebenfalls signifikante Einflüsse auf das Gruppentherapieangebot auf. So reduziert sich bei weiblichen Therapeuten die Chance eines Gruppentherapieangebotes um den Faktor 0,535 (Signifikanz < 0,1 %). Approbierte Psychologische Psychotherapeuten weisen eine mit dem Faktor 0,591 reduzierte Chance eines Gruppentherapieangebotes auf - Therapeuten mit einem Fachkundenachweis in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie weisen jeweils Chancenreduktionen von um 54,4 % bzw. 70,6 % auf. (Signifikanzniveau bei 1,1 % bzw. < 0,1 %).

Modell: Effekt des Nebenerwerbs eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie (Modell Nr. 11)

Auch in diesem Modell wurde die dichotome Variable „Gruppentherapieangebot ja/nein“ als Zielvariable verwendet. Therapeuten, die Gruppentherapie anbieten, wurden mit einer „1“, die anderen Therapeuten mit einer „0“ kodiert. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war die Variable der nebenerwerblichen Tätigkeit des Therapeuten (dichotom kodiert). Zu analysieren war die Frage, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Nebenerwerb und dem Angebot von Gruppentherapieangebot besteht. Die Ergebnisse in Tabelle 60 lassen einen signifikanten Zusammenhang von Nebenerwerb des Therapeuten und dem Angebot von Gruppentherapie vermuten. Die Odds-Ratio der Variable „Nebenerwerb“ liegt bei 1,698, was einer Chancensteigerung eines Gruppentherapieangebotes um 69,8 % allein durch das Merkmal der nebenerwerblichen Tätigkeit des Therapeuten entsprechen würde (Signifikanz: 0,1 %).

Tabelle 60: Effekt des Nebenerwerbs eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie

Effekt des Nebenerwerbs eines Therapeuten auf das Angebot von Gruppentherapie						
Variable	Regressions-koeffizient B	Standard- fehler	Wald	df	Signifikanz	Odds- Ratio
Alter	,001	,012	,003	1	,956	1,001
Geschlecht	-,566	,166	11,625	1	,001	,568
Approbationsart: PP	-,436	,178	6,023	1	,014	,646
Approbationsart: KJP	-,402	,439	,841	1	,359	,669
Fachkunde: VT	-,793	,306	6,698	1	,010	,452
Fachkunde: TP	-1,174	,335	12,274	1	,000	,309
Fachkunde: TP/AP+TP	,130	,430	,091	1	,763	1,139
Region	-,073	,083	,780	1	,377	,930
Ost-West-Variable	,193	,231	,696	1	,404	1,213
Nebenerwerb	,530	,167	10,068	1	,002	1,698
Konstante	-,879	,800	1,209	1	,272	,415

Quelle: eigene Berechnungen

4.2 Multivariate Analysen bzgl. Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie

Auch für den Untersuchungsbereich über Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie wurden zusätzliche Hypothesen über Einflussfaktoren auf die Wartezeit der Patienten aufgestellt. Die in Tabelle 61 dargestellten Modelle wurden getestet:

Tabelle 61: Zusätzliche Regressionsmodelle bzgl. Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie

Zusätzliche Regressionsmodelle bzgl. Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie			
Modell	Exposition	Zielvariable	Regressionsverfahren
12	Wöchentliche Therapiestunden des Therapeuten	Wartezeit der Patienten	Lineare Regression
13	Teilnahme an Selektivverträgen	Wartezeit der Patienten	Lineare Regression
14	Teilnahme an IV-Verträgen	Wartezeit der Patienten	Lineare Regression
15	Teilnahme an DMP	Wartezeit der Patienten	Lineare Regression
16	Angebot von IGeL-Leistungen	Wartezeit der Patienten	Lineare Regression
17	Nebenerwerb des Therapeuten	Wartezeit der Patienten	Lineare Regression

Quelle: eigene Darstellung

Die Modelle mit insignifikanten Ergebnissen für die jeweilige Exposition wurden entsprechend grau markiert.

4.2.1 Modelle bzgl. Zugang, Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapie

Als Grundlage zur Modellbildung dienten Hypothesen, die Zusammenhänge zwischen dem Versorgungsangebot eines Psychotherapeuten und der Wartezeit des Patienten auf ein Erstgespräch unterstellten. Untersucht wurde somit der mögliche Einfluss verschiedener Merkmale des Versorgungsangebots des Therapeuten auf die Wartezeit des Patienten. Für folgende Expositionen wurde ein Zusammenhang nicht bestätigt:

- Teilnahme an Selektivverträgen
- Teilnahme an IV-Verträgen
- Teilnahme an DMP
- Angebot von IGeL
- Nebenerwerb des Therapeuten

Dagegen ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen wöchentlichen Therapiestundenzahl des Therapeuten und der Wartezeit der Patienten auf das Erstgespräch.

Modell: Effekt der durchschnittlichen wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten auf die Wartezeit des Patienten auf ein Erstgespräch (Modell Nr. 12)

In diesem Modell wurde ein lineares Regressionsmodell mit der abhängigen linearen Variablen „Wartezeit der Patienten“ als Zielgröße (Wartezeit angegeben in Tagen) angewendet. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war die ebenfalls lineare Variable wöchentliche psychotherapeutische Behandlungsstunden des Therapeuten. Zu analysieren war die Frage, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen der wöchentlichen psychotherapeutischen Behandlungszeit des Therapeuten und der Wartezeit der Patienten besteht.

Die in Tabelle 62 aufgeführten Ergebnisse zeigen einen solchen signifikanten Zusammenhang. Der nicht standardisierte Regressionskoeffizient B der Variable „Wöchentliche Arbeitsstunden des Therapeuten“ liegt bei 4,786 was als Erhöhung der Wartezeit der Patienten von fast 5 Tagen bei gleichzeitiger Erhöhung der Wochenarbeitszeit des Therapeuten von 5 Stunden zu deuten ist. Dies bedeutet also, dass mit steigender Wochenbehandlungszeit auch die Wartezeit der Patienten steigt. Andersherum könnte jedoch auch der Zusammenhang so interpretiert werden, dass aufgrund der höheren Wartezeit der Patienten der Therapeut gezwungen ist, seine Behandlungszeiten auszuweiten.

Tabelle 62: Effekt der wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten auf die Wartezeit der Patienten

Effekt der wöchentlichen Therapiestunden des Therapeuten auf die Wartezeit der Patienten					
Variablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz
Alter	-1,691	,411	-,143	-4,111	,000
Geschlecht	1,481	6,470	,008	,229	,819
Approbationsart: PP	-21,231	6,935	-,105	-3,061	,002
Approbationsart: KJP	-11,843	15,019	-,027	-,789	,431
Fachkunde: VT	22,756	15,033	,121	1,514	,130
Fachkunde: TP	8,777	15,550	,044	,564	,573
Fachkunde: TP/AP+TP	-12,119	21,551	-,023	-,562	,574
Region	-13,773	2,964	-,146	-4,648	,000
Ost-West-Variable	-7,848	8,693	-,029	-,903	,367
Arbeitsstunden	4,786	1,998	,080	2,395	,017
Konstante	178,961	31,773		5,632	,000

Quelle: eigene Berechnungen

Mit jedem weiteren Altersjahr des Therapeuten sinkt die Wartezeit der Patienten um etwa 1,7 Tage (Signifikanzniveau < 0,1 %). Auch bei den Therapeuten mit einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut ist eine signifikante Reduktion der Patientenwartezeit von 21,2 Tagen zu beobachten (Signifikanzniveau: 0,2 %). Eine zunehmende Bevölkerungsdichte in der Region hat ebenfalls den Effekt einer reduzierten Wartezeit auf einem Signifikanzniveau von unter 0,1 %.

4.3 Multivariate Analysen zur Prüfung des Effekts des Versorgungsangebotes auf die Zufriedenheit in der Kooperation der Psychotherapeuten mit Haus-/Kinder- und Fachärzten

Wie oben erwähnt, wurden im Bereich der Kooperation der Psychotherapeuten mit den Haus-/Kinder- und Fachärzten zusätzliche Hypothesen über Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit im Rahmen der Kooperation aufgestellt. Die in Tabelle 63 dargestellten Modelle wurden getestet:

Tabelle 63: Zusätzliche Regressionsmodelle zur Zufriedenheit in der Kooperation der Psychotherapeuten

Zusätzliche Regressionsmodelle zur Zufriedenheit in der Kooperation der Psychotherapeuten			
Modell	Exposition	Zielvariable	Regressionsverfahren
18	Teilnahme an IV-Verträgen	Zufriedenheit in der Kooperation mit Haus-/Kinderarzt bzgl. Abstimmung im Konsiliarverfahren	Lineare Regression
19	Teilnahme an IV-Verträgen	Zufriedenheit in der Kooperation mit Haus-/Kinderarzt bzgl. Abstimmung in der Medikation	Lineare Regression
20	Teilnahme an IV-Verträgen	Zufriedenheit in der Kooperation mit Haus-/Kinderarzt bzgl. Abstimmung in der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung	Lineare Regression
21	Teilnahme an IV-Verträgen	Zufriedenheit in der Kooperation mit Facharzt bzgl. Abstimmung im Konsiliarverfahren	Lineare Regression
22	Teilnahme an IV-Verträgen	Zufriedenheit in der Kooperation mit Facharzt bzgl. Abstimmung in der Medikation	Lineare Regression
23	Teilnahme an IV-Verträgen	Zufriedenheit in der Kooperation mit Facharzt bzgl. Abstimmung in der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung	Lineare Regression

Quelle: eigene Darstellung

Die Modelle mit insignifikanten Ergebnissen für die jeweilige Exposition wurden entsprechend grau markiert.

Als Grundlage zur Modellbildung dienten Hypothesen, die Zusammenhänge zwischen der Behandlung von Patienten im Rahmen von IV-Verträgen und der Zufriedenheit des Therapeuten mit der Kooperation mit Haus-/Kinder- und Fachärzten unterstellten. Untersucht wurde der mögliche Einfluss der Behandlung von Patienten im Rahmen von IV-Verträgen auf die Zufriedenheit in einzelnen Kooperationsbereichen. Für folgende Zielvariablen wurde ein Zusammenhang nicht bestätigt:

- Zufriedenheit in der Kooperation mit Haus-/Kinderarzt bzgl. Abstimmung im Konsiliarverfahren
- Zufriedenheit in der Kooperation mit Haus-/Kinderarzt bzgl. Abstimmung bei der Medikation
- Zufriedenheit in der Kooperation mit Haus-/Kinderarzt bzgl. Abstimmung in der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung
- Zufriedenheit in der Kooperation mit Facharzt bzgl. Abstimmung im Konsiliarverfahren

- Zufriedenheit in der Kooperation mit Haus-/Kinderarzt bzgl. Abstimmung bei der Medikation

Dagegen ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Behandlung von Patienten im Rahmen von IV-Verträgen und der Zufriedenheit des Therapeuten mit der Abstimmung der AU-Schreibung mit den Fachärzten.

Modell: Effekt der Teilnahme an IV-Verträgen auf die Zufriedenheit in der Abstimmung der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung mit den Fachärzten (Modell Nr. 23)

In diesem Modell wurde ein lineares Regressionsmodell mit der abhängigen linearen Variablen „Zufriedenheitsquote der Therapeuten mit der Kooperation mit den Fachärzten bzgl. der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung“ als Zielgröße angewendet. Die hinsichtlich ihres Effektes auf die abhängige Variable zu untersuchende Exposition war die dichotome Variable, ob der Therapeut auch Patienten im Rahmen von IV-Verträgen behandelt. Zu analysieren war die Frage, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen besteht.

Die in Tabelle 64 aufgeführten Ergebnisse deuten auf einen solchen signifikanten Zusammenhang hin. Der nicht standardisierte Regressionskoeffizient B der Variable „Behandlung von Patienten in IV-Verträgen“ liegt bei 0,117 was als Erhöhung der Zufriedenheitsquote von etwa 11,7 Prozentpunkten entspräche, wenn der Therapeut auch Patienten im Rahmen von IV-Verträgen behandelt. Dieser Effekt ist mit einem Signifikanzniveau von 4,2 % signifikant. Unter den analysierten Confoundern weist nur eine vorliegende Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut einen signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheitsquote auf – diese steigt um etwa 18,3 % (Signifikanzwert von 3,6 %).

Tabelle 64: Einfluss der Behandlung von Patienten in IV-Verträgen auf die Zufriedenheit in der Kooperation mit den Fachärzten in der Abstimmung der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung

Einfluss der Behandlung von Patienten in IV-Verträgen auf die Zufriedenheit in der Kooperation mit den Fachärzten in der Abstimmung der AU-Schreibung					
Variablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz
Alter	,001	,002	,012	,328	,743
Geschlecht	,026	,024	,038	1,091	,276
Approbationsart: PP	,017	,027	,022	,615	,539
Approbationsart: KJP	-,183	,087	-,075	-2,099	,036
Fachkunde: VT	,061	,058	,093	1,063	,288
Fachkunde: TP	,068	,060	,096	1,124	,261
Fachkunde: TP/AP+TP	,012	,091	,006	,136	,892
Region	,004	,012	,013	,366	,715
Ost-West-Variable	,007	,031	,008	,225	,822
Teilnahme an IV-Verträgen	,117	,058	,070	2,032	,042
Konstante	,725	,115		6,305	,000

Quelle: eigene Berechnungen

5 Diskussion

Ausgehend von der einleitend erwähnten steigenden Bedeutung psychischer Erkrankungen für das Versorgungssystem und älteren Analysen über einen relativ niedrigen Versorgungsgrad im Bereich psychischer Störungen liegt es nahe, nach der Bedarfsgerechtigkeit der heutigen Versorgung dieser Erkrankungen zu fragen (Wittchen and Jacobi 2001). Dabei soll der Fokus entsprechend dem Studienthema auf der Versorgung durch ambulante Psychotherapie liegen.

In der Vergangenheit wurde dieses Thema mit verschiedenen Denkansätzen bearbeitet. Im Bereich der Regulierung der Niederlassung als Vertrags-Psychotherapeut der GKV unterliegen die niedergelassenen Psychotherapeuten der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Hier handelt es sich schon vom Grundansatz um ein Instrument, das empirisch vorgefundene Versorgungssituationen als Maßstab der Bedarfsmessung verwendet. Erst mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 wurde die Bedarfsplanungsrichtlinie auf die Psychotherapeutensitze angewandt. Die Verhältniszahlen bei den Psychotherapeuten entsprechen bis heute der unregulierten Angebotssituation vor dem Psychotherapeutengesetz. Die Folge ist eine sehr ungleiche regionale Verteilung der Sitze in der Bedarfsplanung (von 1 Psychotherapeuten auf ca. 2.600 Einwohner in Ballungsgebieten bis zu 1 Psychotherapeuten auf ca. 23.000 Einwohner in ländlichen Gebieten). Zur Bestimmung eines objektiven Bedarfs für eine effiziente und effektive Behandlung psychischer Störungen durch ambulante psychotherapeutische Leistungen in der deutschen Bevölkerung sind sie schwerlich tauglich.

Alternativ gab es Versuche, sich einer Bedarfsplanung für ambulant tätige Psychotherapeuten über epidemiologische Daten zu nähern (Löcherbach 2000). Dies stößt u.a. insofern auf methodische Schwierigkeiten, als psychotherapeutische Verfahren zwar für die Mehrzahl der psychischen Erkrankungen als eine adäquate Behandlungsmethode anerkannt sind, aber schwierig Aussagen getroffen werden können, welcher Behandlungsanteil ihnen etwa im Vergleich zu Pharmakotherapien zukommt und wie die Bedarfsabgrenzung zum stationären Bereich ist. Selbst wenn ein Zusammenhang zwischen Diagnose und angemessener ambulanter psychotherapeutischer Versorgung gezogen werden könnte, kommt erschwerend die Frage hinzu, welcher Anteil der so diagnostizierten Personen eine ausreichende Behandlungsmotivation für eine Psychotherapie mitbringt (Wittchen and Jacobi 2001).

Wertvoll sind insofern Studien, die weitere Anhaltspunkte für die Beurteilung der aktuellen Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie liefern können (aktuell als Patientenbefragung z.B. Albani et al. 2010).

Die Umfrage der DPtV unter ihren Mitgliedern folgt ebenfalls dem Leitinteresse, neue Erkenntnisse über die Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland zu gewinnen. Die in den vorangegangenen Kapiteln rein deskriptiv dargestellten Ergebnisse über das Versorgungsangebot mit ambulanter Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten, den Zugang und die Dauer von

Therapien, die Kooperation mit anderen medizinischen Leistungserbringern und die behandelten Patienten sollen in diesem Kapitel im Lichte dieses Leitinteresses interpretiert werden.

Die wesentliche Fragestellung ist hier also, inwiefern Anzeichen für Unterversorgung, gegebenenfalls auch für (partielle) Über- und Fehlversorgung festzustellen sind. Dabei sollen die Ergebnisse der Studie auf vier Ebenen diskutiert werden. Zunächst sollen die Auswertungen der Befragung bezüglich möglicher Hinweise auf allgemeine Versorgungsdefizite im Bereich der Psychotherapie in Deutschland analysiert werden. Im Weiteren soll der Fokus auf Versorgungsunterschieden zwischen verschiedenen Gruppen der Bevölkerung liegen. Zunächst sollen dabei regionale Unterschiede untersucht werden, gefolgt von einer Bewertung der Versorgung von Personengruppen mit unterschiedlichen soziodemographischen Merkmalen. Zur Beurteilung der Ergebnisse der Mitgliederbefragung in diesem Sinne sollen auch aktuelle epidemiologische Daten herangezogen werden. In Hinblick auf das Ziel einer effektiven und effizienten Patientenversorgung im Bereich psychischer Erkrankungen sollen ein weiterer Analyseschwerpunkt der Grad der Vernetzung und die Kooperation der Psychotherapie im medizinischen Behandlungssystem sein. Abschließend soll diskutiert werden, was die Studienergebnisse für die zukünftige Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie aussagen könnten. Da ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung auf Fragen zur Gruppentherapie lag, soll sich außerdem ein kurzer Exkurs mit möglichen Einflussfaktoren auf das Angebot von Gruppentherapie beschäftigen.

5.1 Hinweise zur Einschätzung der allgemeinen Versorgungslage im Bereich der Psychotherapie

Eine direkte Ableitung eines konkreten Psychotherapiebedarfs aus epidemiologischen Erkenntnissen ist, wie bereits aufgezeigt, mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Insofern sollen die Ergebnisse der Mitgliederbefragung zunächst daraufhin analysiert werden, welche Hinweise sie auf die allgemeine Versorgungssituation mit Psychotherapie in Deutschland geben.

Bestehende Wartezeiten gelten als ein deutlicher Indikator nicht bedarfsgerechter Versorgung bzw. von Unterversorgung. Bisherige Ergebnisse empirischer Befragungen seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes weisen auf ein deutliches Wartezeitenproblem hin. So ergibt eine Befragung von Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein, Niedersachsen Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen aus Oktober 2000 bei Psychologischen Psychotherapeuten Wartezeiten von durchschnittlich 2,2 Monaten auf ein diagnostisches Erstgespräch und von 4,8 Monaten auf einen Therapieplatz (Zepf, Mengele, and Hartmann 2001).

Die Erhebung von Wartezeiten erfolgte im Rahmen der Mitgliederbefragung der DPtV anhand einer spezifischen Frage im Fragebogen nach dem Einsatz von Wartelisten auf ein Erstgespräch und nach der Wartezeit auf dieses Gespräch. Die Antworten deuten auf die Persistenz des Wartezeitenproblems in der Psychotherapie hin. Mit 52 % führen über die Hälfte der befragten Psychotherapeuten eine

Warteliste auf Erstgespräche, darüber hinaus bieten zwar 4,8 % ein sofortiges Erstgespräch an, führen jedoch eine anschließende Warteliste auf einen endgültigen Therapieplatz. Lediglich 3,2 % der Befragten sehen keine Notwendigkeit für den Einsatz einer Warteliste aufgrund ausreichender Kapazitäten für ein direktes Angebot eines Therapieplatzes. Die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch betrug in der untersuchten Therapeutenpopulation bei Nutzung einer Warteliste 79,2 Tage, also gut 2 ½ Monate. Trotz regionaler Schwankungen konnte in keiner Region eine durchschnittliche Wartezeit unter 2 Monaten verzeichnet werden. Diese Ergebnisse liefern einen Hinweis darauf, dass die allgemeine Versorgungssituation mit Psychotherapie deutlich zur Unterversorgung tendiert, wenn man zeitnahe Behandlungsmöglichkeiten auch bei psychischer Erkrankung als Kriterium anlegt.

Ein auffälliges Ergebnis der Befragung ist auch der eher gering erscheinende Anteil von Psychotherapeuten, die IGeL anbieten, also zusätzliche Leistungen an GKV-Patienten außerhalb des von der GKV finanzierten Leistungsspektrums. Bei diesen 25,7 % der befragten Therapeuten ist außerdem die Anschlussbehandlung an die Richtlinien-therapie die häufigste angebotene Leistung. Dabei ist die am meisten genannte Begründung, IGeL nicht anzubieten (und dies in allen Regionstypen), mit 68,0 % aller Angaben Kapazitätsprobleme. Auch dies weist auf einen erheblichen Versorgungsdruck hin.

Ein Teil der Fragebogenstudie befasste sich mit der Wahrnehmung von Dauer und Bedarfsgerechtigkeit von Psychotherapien aus Sicht der Therapeuten. In diesem Zusammenhang wurde zunächst bestätigt, dass die anfänglichen probatorischen oder biographischen Sitzungen als Filter dienen bezüglich Therapiebedürftigkeit, -willigkeit und eventuell auch Passgenauigkeit des konkreten Therapeuten, denn insgesamt 13,9 % aller Behandlungen wurden nach diesen Sitzungen beendet. Analysiert man die Anzahl der genehmigten Sitzungen der Richtlinien-therapie, so stellt sich heraus, dass die durchschnittlich genehmigte Anzahl von Stunden näher an den üblicherweise genehmigten Stunden einer Langzeittherapie als einer Kurzzeittherapie liegt. Aufgrund der Abhängigkeit der jeweils genehmigungsfähigen Therapiestunden vom Fachkundenachweis des Therapeuten, ist ein grober Vergleich mit Regelzeiten für Kurz- und Langzeittherapie nur über die nach Fachkunde differenzierten Ergebnisse möglich. In Tabelle 65 findet sich eine Übersicht über die laut G-BA genehmigungsfähigen Therapiekontingente differenziert nach Fachkundenachweis und nach Alter der behandelten Patienten. Tabelle 30 in Kapitel 3.3.3 zeigt die durchschnittliche Anzahl genehmigter Sitzungen pro Patient auch nach Fachkundenachweis.

Tabelle 65: Genehmigungspflichtige Leistungen in der Psychotherapie laut G-BA: Therapiekontingente

	Genehmigungspflichtige Leistungen in der Psychotherapie laut G-BA: Therapiekontingente					
	Kurzzeittherapie		Langzeittherapie		Höchstgrenze in Stunden	
	Einzel- therapie	Gruppen- therapie	Einzel- therapie	Gruppen- therapie	Einzel- therapie	Gruppen- therapie
Analytische Psychotherapie:						
Erwachsene	25		160-240	80-120	300	150
Kinder			70-120	40-60	150	90
Jugendliche			90-140	40-60	180	90
Tiefenpsychologische Psychotherapie:						
Erwachsene	25	25	50-80	40-60	100	80
Kinder			70-120	40-60	150	90
Jugendliche		25	90-140	40-60	180	90
Verhaltenstherapie:						
Erwachsene	25		45-60	in Kombination mit Einzeltherapie	80	einschließlich Gruppen-therapie
Kinder			45-60	in Kombination mit Einzeltherapie		
Jugendliche			45-60	in Kombination mit Einzeltherapie		

Quelle: eigene Berechnung in Anlehnung an (Gemeinsamer Bundesausschuss 2009)

Die durchschnittliche Anzahl der genehmigten Sitzungen der teilnehmenden Verhaltenstherapeuten lag mit 42,1 Sitzungen nur knapp unter der Mindeststundenanforderung für eine Langzeittherapie, alle anderen Therapeuten mit Qualifikationen im Bereich der analytischen Psychotherapie, tiefenpsychologischer Psychotherapie oder Kombinationen unterschiedlicher Fachkundenachweise wiesen eine Durchschnittsanzahl genehmigter Sitzungen oberhalb der Mindeststundenzahl einer Langzeittherapie für eine der behandelten Personengruppen auf. Dies lässt auf ein deutliches Übergewicht der Langzeittherapie und/oder einen hohen Anteil von Patienten mit besonders langen Therapien innerhalb derer mit Langzeittherapie schließen. Das Kontingent der beantragten Sitzungen wurde nach Angaben der Mitglieder der DPtV überwiegend, insgesamt zu 89,3 %, ausgeschöpft.

Zwar erlaubt die Konstruktion des eingesetzten Fragebogens keinen exakten Rückschluss darauf, bei wie vielen Patienten das Höchstkontingent an Therapiestunden im Sinne der oben angegebenen Höchstgrenze in Stunden erreicht wurde (vgl. Kapitel 3.3.3). Jedoch fällt auf, dass von 10.028 Patienten, für die genehmigungspflichtige Leistungen beantragt wurden, bei 4.364, also bei 43,5 % dieser Patienten, das Höchstkontingent von den Psychotherapeuten für nicht ausreichend gehalten wurde, also von daher von Therapeutenseite eine potentielle Unterversorgung konstatiert wurde. Diese wird allerdings in insgesamt 57,8 % der betroffenen Fälle durch eine niederfrequente Weiterbehandlung nach EBM oder als Privatbehandlung aufgefangen. Damit werden allerdings über 40 % dieser Fälle jedenfalls nicht unmittelbar weiter psychotherapeutisch behandelt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis, dass insgesamt 499 Patienten (ca. 5 % aller Patienten, für die genehmigungspflichtige Sitzungen beantragt wurde) weiterbehandelt wurden trotz

der Einschätzung des behandelnden Therapeuten, das von ihnen absolvierte Höchstkontingent sei ausreichend gewesen. Dies könnte auf den ersten Blick ein Hinweis auf Fehlversorgung sein. Wahrscheinlicher ist es jedoch, dass es sich z.B. um Erhaltungstherapiemaßnahmen bei chronisch psychisch erkrankten Patienten handelt. Ein Phänomen sogenannter Anbieter-induzierter Nachfrage ist hier auch angesichts der Vergütungsbedingungen und der hohen Nachfrage nach Therapieplätzen im Allgemeinen unwahrscheinlich. Die Weiterbehandlung nach EBM ist nur im Rahmen der Gesprächsziffer 23220 möglich, die eine deutlich schlechtere Vergütung als die Richtlinien-Psychotherapie erfährt.¹⁵ Nimmt man die Wirksamkeit ökonomischer Anreize an, so steht eher zu befürchten, dass Weiterbehandlungsmaßnahmen zu selten angeboten werden könnten.

Basierend auf den Ergebnissen der Mitgliederbefragung lassen sich zusammenfassend also Hinweise für eine allgemeine Unterversorgung mit Psychotherapie herleiten, die sich in Wartezeiten beim Zugang ausdrückt. Aus Sicht der Therapeuten führt die Begrenzung der genehmigungsfähigen Sitzungen in einem Teil der Fälle zu nicht bedarfsgerechter Versorgung. Es stellt sich die Frage, wie eine angemessenere Flexibilität der benötigten Therapiekontingente erreicht werden könnte.

5.2 Hinweise auf regionale Versorgungsunterschiede

Regionale Versorgungsunterschiede können jeweils nach unterschiedlichen regionalen Merkmalen differenziert werden. Entsprechend den in der Analyse eingesetzten Untersuchungsmerkmalen sollen im Nachfolgenden zum einen mögliche Versorgungsunterschiede zwischen dem Osten und Westen Deutschlands und zum anderen bezüglich der Niederlassung der Therapeuten in Regionen unterschiedlicher Verdichtung betrachtet werden.

5.2.1 Versorgungsunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland

Wie schon einleitend bemerkt, muss die Versorgungssituation einer Erkrankung immer vor dem Hintergrund ihrer Epidemiologie betrachtet werden. Noch der Bundesgesundheitsurvey 1998 zu psychischen Störungen zeigte signifikante Unterschiede im Anteil psychisch erkrankter Erwachsener zwischen Ost- und Westdeutschland auf: so betrug die 12-Monats Prävalenz psychischer Störungen nach dieser Untersuchung in den alten Bundesländern 32 %, in den neuen Bundesländern jedoch nur 28 % (Jacobi, Hoyer, and Wittchen 2004). Im einige Jahre später durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS von 2003-2006 fanden sich keine Unterschiede in psychischen- oder Verhaltensauffälligkeiten zwischen Kindern und Jugendlichen in den zwei Regionen (Lampert 2010). Es ist insofern durchaus möglich, dass sich im Zuge der Angleichung der Lebensverhältnisse in Ost und West auch die Prävalenz psychischer Erkrankungen Erwachsener näher angeglichen hat, falls sich auch hier die Veränderung der Lebensverhältnisse aktuell auswirkt; hierüber lässt sich keine aktuelle

¹⁵ Während 50 Minuten Richtlinienpsychotherapie im Jahre 2010 mit etwa 81 Euro vergütet sind, erbringt die Weiterbehandlung nach EBM für den gleichen Zeitraum nur etwa 53 Euro.

empirisch fundierte Aussage machen. Insofern lassen sich auch keinerlei spezifische epidemiologische Ergebnisse der Interpretation der Studiendaten zu Grunde legen.

Wenn wie oben der Anteil der eine Warteliste führenden Psychotherapeuten und insbesondere die Dauer der Wartezeit auf ein Erstgespräch als Indikatoren der Versorgungssituation mit Psychotherapie betrachtet werden, so ergeben sich in der Mitgliederbefragung hier keinerlei signifikante Ost-West-Unterschiede. Der geringere Anteil an Patienten, für die genehmigungspflichtige Leistungen beantragt wurden und die geringere durchschnittliche Größe des beantragten Kontingents in Stunden im Osten so wie auch der höhere Anteil der Patienten, die das für sie beantragte Therapiekontingent ausschöpfen, mögen auf einen höheren Versorgungsdruck hinweisen; es mag sich aber auch die Zusammensetzung der Patienten, die zum Therapeuten finden, aus anderen Gründen vom Westen unterscheiden. Auch der höhere Anteil an IGeL durch die westlichen Therapeuten scheint auf den ersten Blick darauf hinzudeuten, dass die Psychotherapeuten in östlichen KVen stärker durch den regionalen Versorgungsdruck bestimmt sind. Bezieht man aber die Begründungen für ein fehlendes IGeL-Angebot mit ein, so wird klar, dass das Kapazitätsargument nicht signifikant unterschiedlich häufig von Kollegen aus Osten und Westen verwendet wird – hingegen haben die Therapeuten im Osten mit 35,6 % (gegenüber 24,1 % im Westen) der Angaben nach eigener Einschätzung deutlich und signifikant häufiger Patienten, die für dieses Angebot nicht bezahlen wollen oder können.

Insgesamt liefert die Auswertung der Fragebogenstudie in Bezug auf regionale Unterschiede kaum Anhaltspunkte für Differenzen im Versorgungsgrad mit Psychotherapie in Ost und West. Allerdings ist es auf Basis der Studie nicht möglich, Anteile von Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung in den zwei Teilen Deutschlands zu vergleichen.

5.2.2 Versorgungsunterschiede nach Siedlungsstruktur am Ort der Niederlassung

Bezüglich der Epidemiologie von psychischen Erkrankungen lassen sich für Deutschland keine repräsentativen Ergebnisse über Prävalenzunterschiede nach regionaler Verdichtung nachweisen. Auch internationale Untersuchungen liefern keine übereinstimmenden Erkenntnisse (Baumeister and Härter 2007). Sehr unterschiedlich dagegen sind die entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA der Niederlassung von Psychotherapeuten zu Grunde gelegten Bedarfe: Während in Kernstädten eine Einwohner-Arzt-Relation von 2.577:1 vorgesehen ist, steigt diese für ländliche Kreise auf 23.106:1 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005). Die Bedarfsplanung folgt hierin den Relationen des Versorgungsangebots zur Zeit des Psychotherapeutengesetzes, also in 1999.

Analysiert man die Ergebnisse der Fragebogenstudie in Hinsicht auf Versorgungsunterschiede nach Siedlungsdichte, so fällt zunächst auf, dass Wartelisten auf ein Erstgespräch, wenn nicht sofort ein Termin angeboten werden kann, am seltensten in Großstädten geführt werden. Gleichzeitig werden dort am ehesten mit und ohne Verweis auf andere Anlaufstellen anfragende Patienten abgelehnt. Dies könnte darauf hindeuten, dass Psychotherapeuten in Großstädten eher darauf vertrauen können, dass potentielle Patienten einen anderen Therapeuten finden. Stark abweichend ist je nach Region die

Wartezeit auf ein Gespräch, die sich für die Patienten der Liste ergibt. Die kürzesten Wartezeiten finden sich in der Großstadt mit 62,3 Tagen. Dagegen sticht die Kleinstadt mit einer Wartezeit von 104,0 Tagen gefolgt von der Mittelstadt mit 95,6 Tagen auch gegenüber dem ländlichen Bereich mit 68,8 Tagen hervor. Dies ließe sich damit erklären, dass Klein- und Mittelstadt zusätzlich eine Versorgungsfunktion für die umliegenden ländlichen Regionen im Bereich der Psychotherapie übernehmen.

Einen weiteren Hinweis auf eine bessere Versorgungslage in der Großstadt liefert der hier höchste Anteil von Praxen mit einem IGeL-Angebot und die Tatsache, dass der Anteil der IGeL-Leistungen in multivariater Analyse signifikant mit zunehmender Siedlungsdichte am Niederlassungsort des Therapeuten steigt. Für eine mit zunehmender Siedlungsdichte relativ bessere Versorgung mit Psychotherapie könnte ebenfalls sprechen, dass, je lockerer die Niederlassungsregion besiedelt ist, desto größer der Anteil der Therapeuten, die das Fehlen eines IGeL-Angebots mit Kapazitätsproblemen begründen. Als zusätzlicher Hinweis auf geringeren Versorgungsdruck in der Großstadt könnte auch das durchschnittlich deutlich höhere beantragte Therapiekontingent als in anderen Regionen gewertet werden, das ebenfalls in der Großstadt bei dem größten Patientenanteil voll ausgeschöpft wird.

Insgesamt lässt sich sagen, dass aus der Studie mehrere Anhaltspunkte für Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land insbesondere zugunsten der Großstadt abgeleitet werden können. Jedoch sind aus der Untersuchung keine Anzeichen für Überversorgung in der Großstadt festzustellen.

5.3 Hinweise zur Versorgungslage einzelner soziodemographischer Gruppen

Im Rahmen der Befragung der DPtV-Mitglieder wurden die Psychotherapeuten auch gebeten, Angaben über demographische und sozioökonomische Merkmale ihrer Patienten zu machen. Die so ermittelten Patientenanteile mit verschiedenen Merkmalen wurden schon in Kapitel 3.4.6 mit den entsprechenden Bevölkerungsanteilen verglichen. Hier sollen diese Ergebnisse auch im Lichte epidemiologischer Ergebnisse analysiert werden. Dabei werden zunächst Gruppen mit bestimmten demographischen Merkmalen, dann sozioökonomische Gruppen betrachtet.

5.3.1 Versorgungslage mit Psychotherapie nach Alter und Geschlecht

Je nach betroffener Altersgruppe ist es sehr unterschiedlich, ob überhaupt repräsentative epidemiologische Daten vorliegen und wie aktuell sie sind. Der schon erwähnte Bundesgesundheitsurvey 1998 mit dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ basiert auf Befragungen der Bevölkerung von 18 bis 65 Jahren, Kinder und Jugendliche ebenso wie ältere Menschen wurden nicht erfasst. Die dort erhobenen Daten spiegeln die Prävalenzsituation vor 12

Jahren wieder und können nur bedingt auf die heutige Zeit übertragen werden.¹⁶ Von 2003 bis 2006 wurde der ebenfalls oben erwähnte Kinder- und Jugendgesundheitsurvey durchgeführt, dessen Zielgruppe ausschließlich Kinder von 3 bis 17 Jahren waren.

Die epidemiologischen Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys nach Geschlecht und den in den veröffentlichten Auswertungen verwendeten Altersklassen sind in Tabelle 66 dargestellt.

Tabelle 66: 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung nach Alter und Geschlecht

12-Monatsprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Vorliegen einer untersuchten Diagnose in % im Bundesgesundheitsurvey 1998				
	insgesamt	18-34 Jahre	35-49 Jahre	50-65 Jahre
Frauen	37,0%	38,0%	36,5%	36,5%
Männer	25,3%	27,4%	25,9%	22,2%

Quelle: eigene Berechnungen in Anlehnung an (Jacobi, Klose, and Wittchen 2004)

Generell zeigt sich in den dargestellten Altersklassen eine bemerkenswerte Stabilität des Anteils von Menschen mit psychischen Störungen in der Bevölkerung mit einem bescheidenen Gipfel in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren und einer leichten Abnahme der 12-Monats-Prävalenz in der ältesten untersuchten männlichen Kohorte. Allerdings verändern sich die Anteile einzelner Krankheitsgruppen, so liegt z.B. der Anteil der Substanzstörungen in der jüngeren Altersgruppe am höchsten (Jacobi, Klose, and Wittchen 2004). Dagegen ist ein deutlicher Unterschied in der Prävalenz psychischer Störungen zwischen den Geschlechtern zu erkennen: Frauen haben eine deutlich höhere Prävalenz entsprechender Störungen um das durchschnittlich 1,46fache. Gleichzeitig weichen auch hier die Anteile einzelner Erkrankungsgruppen ab: während Frauen z.B. häufiger depressive Störungen und Angststörungen haben, sind Männer deutlich häufiger bei den Substanzstörungen vertreten. Der KiGGS misst Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht und unterscheidet, wie in Tabelle 67 abgebildet, zwischen in dieser Hinsicht unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Kindern und Jugendlichen.

Tabelle 67: Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) nach Geschlecht

	Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) von Kindern und Jugendlichen von 3-17 Jahren		
	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
nach Geschlecht			
Jungen	64,9%	17,5%	17,6%
Mädchen	73,6%	14,5%	11,9%

Quelle: eigene Berechnungen in Anlehnung an (Hölling et al. 2007)

¹⁶ In einer erneuten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland wird vom Robert-Koch-Institut von 9/2009 bis 12/2011 eine weitere Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit durchgeführt, in die diesmal auch die Altersgruppe der Menschen von 65 bis 85 Jahren einbezogen sind.

Anders als bei den Erwachsenen mittleren Alters zeigen sich hier deutlich mehr Auffälligkeiten bei Jungen als bei Mädchen: 1,48mal so viele Jungen wie Mädchen werden hier als eindeutig auffällig klassifiziert.

Über ältere Menschen ab 65 in Deutschland liegen keine repräsentativen epidemiologischen Studien über psychische Erkrankungen vor. Aus einzelnen regional begrenzten Untersuchungen wird allgemein eine psychische Erkrankungsrate von ca. 25 % geschätzt (Weyerer and Bickel 2007), wobei allerdings dementielle Syndrome, denen nur begrenzt mit Psychotherapie begegnet werden kann, einen Anteil von bis zu 13,9 % innehaben (Kruse et al. 2002).

Betrachtet man die Resultate der Fragebogenstudie im Licht dieser Ergebnisse, so gibt es Hinweise auf mögliche unterschiedliche Versorgungssituationen sowohl nach Altersgruppen als auch nach Geschlecht.

Unterstellt man trotz unterschiedlichen Erkrankungsspektrums einen vergleichbaren Bedarf an Psychotherapie pro erkrankter Person, so sollten in Tabelle 68 (Vergleich Patienten: Bevölkerung nach Alter) in den mittleren Altersgruppen die Anteile der Patienten im Verhältnis der Anteile der jeweiligen Altersgruppen in der Bevölkerung variieren, denn der Anteil psychischer Störungen im mittleren Erwachsenenalter ist relativ gleichbleibend. Dies ist jedoch nicht der Fall: die Altersgruppe zwischen 41 und 50 Jahren wird im Ergebnis der Fragebogenstudie anteilig wesentlich häufiger psychotherapeutisch behandelt als ihre epidemiologisch stärker betroffenen Vorgänger (31 bis 40 Jahre). Gleichzeitig fällt der Anteil der Patienten in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 deutlich stärker ab, als es die Epidemiologie erwarten lässt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es zugangerschwerende Faktoren für bestimmte Altersgruppen von Erwachsenen zur Psychotherapie geben könnte, die u.U. alters- oder kohortenspezifische Hemmfaktoren gegenüber einer entsprechenden Behandlung abbilden. Ältere psychisch erkrankte Menschen könnten wegen kohortenspezifischer Tabus stärker auf Diagnose und Überweisung des Hausarztes angewiesen sein (Linden 2002). Allerdings müsste auch der Einfluss eines unterschiedlichen Krankheitsspektrums auf die geringere Inanspruchnahme von Psychotherapie durch ältere Patienten genauer untersucht werden. Inwieweit die Relation der Patientenanteile von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen der Epidemiologie entsprechen, lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Methodik der zwei Studien nicht beurteilen.

Trotz schwächer fundierter epidemiologischer Erkenntnisse im Bereich der älteren Menschen scheint die stark unterproportionale Teilnahme der fortgeschrittenen Altersgruppen nicht vorwiegend von der Epidemiologie getrieben zu sein. Selbst ausgehend von der Annahme, dass ein wesentlicher Anteil der Demenzerkrankungen nicht psychotherapeutisch behandelt werden kann, erklärt dies nicht den extrem geringen Anteil unter den Patienten der teilnehmenden Psychotherapeuten. Hier sind insofern Anzeichen einer deutlichen Unterversorgung zu erkennen.

Quer dazu lässt sich die Versorgungssituation auch differenziert nach dem Geschlecht betrachten. Zum Vergleich dazu wird Tabelle 45 aus Kapitel 3.4.6, die die Patienten der Stichprobenpopulation mit der

Gesamtbevölkerung vergleicht, hier mit veränderten prozentualen Angaben dargestellt, die jeweils die Männer- und Frauenanteile in den einzelnen Altersgruppen abbilden (siehe Tabelle 68).

Trotz der deutlich höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Jungen bis 17 ist in der Stichprobenpopulation der Anteil weiblicher Patienten bis 21 Jahre deutlich höher. Dieser Umstand ist allerdings aus zwei Gründen schwierig zu interpretieren. Zum einen ist die Prävalenz in der Altersgruppe von 18-34 Jahren deutlich in Richtung der Frauen verschoben. Zum anderen dürfte aber in der Stichprobe der Effekt zusätzlich verzerrt sein, da besonders Kinder- und Jugendlichentherapeuten innerhalb der Studienpopulation unterrepräsentiert waren. Dies dürfte zu einer Überrepräsentation der über-18-jährigen in der untersten Altersgruppe führen und damit zu einer Verstärkung des an erster Stelle genannten Faktors. Insofern lassen sich aus der Fragebogenstudie keine empirisch sicher begründeten Hinweise auf eine unterschiedliche Versorgungslage von Jungen und Mädchen schließen.

Tabelle 68: Vergleich der Anteile w/m Patienten der Stichprobenpopulation mit der Gesamtbevölkerung

Altersgruppe	Vergleich Anteile w/m Patienten der Stichprobenpopulation und Gesamtbevölkerung							
	Stichprobe ^{1,2}				Gesamtbevölkerung Stichtag 31.12.2008 ^{1,3}			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
≤21 Jahre	1.785	56,68%	1.364	43,32%	8.581.934	48,73%	9.028.700	51,27%
22-30 Jahre	3.455	74,90%	1.158	25,10%	4.364.947	49,31%	4.486.896	50,69%
31-40 Jahre	4.856	73,51%	1.750	26,49%	5.263.443	49,16%	5.443.615	50,84%
41-50 Jahre	5.737	71,58%	2.278	28,42%	6.778.433	49,00%	7.055.559	51,00%
51-60 Jahre	3.509	71,54%	1.396	28,46%	5.513.632	50,16%	5.479.104	49,84%
61-70 Jahre	1.078	75,76%	345	24,24%	4.887.890	51,75%	4.556.978	48,25%
71-80 Jahre	292	75,45%	95	24,55%	3.957.662	56,19%	3.085.174	43,81%
81-90 Jahre/ ≥81 Jahre ⁴	34	35,05%	63	64,95%	2.470.132	70,21%	1.048.257	29,79%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet
² Stichprobe weiblich N=20.746 / männlich N=8.449
³ Gesamtbevölkerung weiblich N=41.818.073 / männlich N=50.184.283
⁴ Diese Altersklasse umfasst für die Gesamtbevölkerung Personen im Alter ≥81 Jahre

Quelle: eigene Berechnungen und (Statistisches Bundesamt 2010)

In den mittleren Altersgruppen ist der in der Fragebogenstudie berichtete weibliche Patientenanteil deutlich höher als der männliche. Dies entspricht auf den ersten Blick einer höheren weiblichen Prävalenz an psychischen Erkrankungen. Jedoch ist das Verhältnis männlicher und weiblicher Patienten in allen erwachsenen Altersgruppen (mit Ausnahme der sehr kleinen Gruppe der über 81jährigen) deutlich stärker in Richtung der Frauen verschoben als dies die Gesamtprävalenz erwarten ließe. Auch die Verschiebungen im Krankheitsspektrum lassen dies schwerlich vollständig erklären. Insofern deuten die Ergebnisse der Studie auf andere Hemmnisse der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch männliche Patienten hin.

Insgesamt lassen sich aus den Ergebnissen der Studie besonders deutliche Anzeichen herleiten, dass ältere Menschen und Männer einen besonders geringen Versorgungsgrad mit Psychotherapie haben.

5.3.2 Versorgungslage mit Psychotherapie für sozioökonomisch definierte

Bevölkerungsgruppen

Sowohl der Bundesgesundheitsurvey 1998 als auch der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003-2006 wurden nach sozioökonomischen Kriterien ausgewertet. In beiden Fällen wurde hier eine Variante des so genannten Winkler-Index zur Differenzierung von gesellschaftlichen Schichten bzw. des Sozialstatus verwendet. Es wurden Daten über das Haushaltseinkommen, schulische und berufliche Ausbildung der Betroffenen oder im Falle der Kinder und Jugendlichen ihrer Eltern und über die berufliche Stellung dieser Personen aggregiert, um darüber zu einer Einordnung in drei Schichten, die Unter-, Mittel- und Oberschicht zu gelangen (Winkler and Stolzenberg 2009). Die Ergebnisse für Erwachsene bis 65 Jahre sind in Tabelle 69, die für Kinder und Jugendliche in Tabelle 70 dargestellt.

Tabelle 69: 12-Monatesprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung nach Schichtzugehörigkeit

	12-Monatesprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Vorliegen einer untersuchten Diagnose in % im Bundesgesundheitsurvey 1998		
	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Schichtzugehörigkeit:	37%	31%	27%

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an (Jacobi and Harfst 2007)

Tabelle 70: Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im KiGGS nach Sozialstatus

	Verhaltensauffälligkeiten nach Elternbericht im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) von Kindern und Jugendlichen von 3-17 Jahren		
	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
nach Sozialstatus:			
niedriger	59,2%	19,4%	21,4%
mittlerer	70,7%	15,6%	13,7%
hoher	76,7%	13,2%	10,1%

Quelle: (Hölling et al. 2007)

In der Mitgliederbefragung der DPtV konnten die im Winkler-Index verwendeten Angaben nicht vollständig erfasst werden. Es liegen keine Angaben über das Haushaltseinkommen der Patienten vor und die berufliche Stellung (vgl. Tabelle 40 bis Tabelle 43 in Kapitel 3.4.5) ist in einer weniger differenzierten Form erhoben worden. Dagegen liegen differenzierte Angaben für die Schulausbildung sowohl der erwachsenen Patienten (Tabelle 36) als auch des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss von behandelten Kindern und Jugendlichen (Tabelle 37) vor. Die berufliche Ausbildung ist nur insofern erfasst, als ein möglicher Hochschulabschluss im Rahmen der Frage nach der Schulausbildung erfasst wurde.

Bei der Auswertung der Angaben über die Schulausbildung der Patienten und ihrer Eltern wurde bereits ein Vergleich mit dem Bildungsstand der Bevölkerung ab 15 Jahren durchgeführt, der auf eine deutlich geringere Repräsentanz von Patienten aus niedrigeren Bildungsschichten als in der

Gesamtbevölkerung hinweis (vgl. Tabelle 46 in Kapitel 3.4.6). Ausnahme waren Eltern von behandelten Kindern und Jugendlichen ohne Schulabschluss, die vergleichbar dem Anteil entsprechender Personen in der Bevölkerung repräsentiert waren.

Bezieht man aber die epidemiologischen Ergebnisse bezüglich des Einflusses sozioökonomischer Faktoren auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen in die Interpretation mit ein, so ergeben sich Hinweise auf eine noch deutlichere Unterversorgung von Personengruppen mit niedrigem Bildungsstand, d.h. mit Hauptschulabschluss oder darunter, bzw. von Kindern, deren Eltern einen entsprechenden Abschluss vorweisen. Dagegen erscheint die Versorgungslage von Erwachsenen mit höheren Bildungsabschlüssen (ab Fachhochschulreife) und Kindern von Elternteilen mit entsprechenden Abschlüssen deutlich besser.

Auch die Auswertung der beruflichen Stellung von Patienten bzw. Elternteilen in der Fragebogenstudie stützt weitgehend die Annahme, dass Angehörige niedriger Sozialschichten unterdurchschnittlich mit Psychotherapie versorgt sind. Während bei den Elternteilen der behandelten jungen Patienten der Arbeiteranteil noch etwa dem in der Bevölkerung entspricht (nicht aber einem angenommenen höheren Bedarf in niedrigeren Bevölkerungsschichten), liegt dieser bei erwachsenen Patienten weit darunter (vgl. Tabelle 47 in Kapitel 3.4.6). Bei den Eltern behandelter Kinder und Jugendlicher sind außerdem Beamte und Selbständige weit überrepräsentiert. Hier ist es allerdings schwieriger, eine Schichtzuordnung vorzunehmen, da beide beruflichen Stellungsangaben intern breit differenziert werden können – insofern ist eine Interpretation dieser Ergebnisse aus epidemiologischer Sicht schwierig.

Zusammenfassend lassen sich aus den Ergebnissen der Fragebogenstudie deutliche Anhaltspunkte herleiten, dass sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen aus unteren sozialen Schichten die Unterversorgung mit Psychotherapie stark ausgeprägt ist. Die Art der Zugangsbarrieren oder auch persönlicher Hemmschwellen zur psychotherapeutischen Versorgung sollte hier analysiert und gezielt abgebaut werden.

5.4 Hinweise zur zukünftigen Versorgungslage mit Psychotherapie

Anhaltspunkte für die zukünftige Entwicklung der Versorgungslage mit Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten lassen sich aus den Studienergebnissen gewinnen, wenn Trends in den jüngeren Altersgruppen herausgearbeitet werden.

Das Studium der Psychologie ist seit geraumer Zeit eher weiblich besetzt (das Gleiche gilt für das Studium der Sozialpädagogik und Sozialarbeit als eine wesentliche Basisausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Entsprechend ist unter den jeweils berufstätigen Absolventen der Psychologie ein Übergewicht von Frauen (63 % Frauen in 1998) festzustellen (Hoff et al. 2005). Unter den Studierenden der Psychologie stieg der Anteil der Frauen zwischen den 70er und den 90er Jahren von etwa 55 % auf ca. 75 % (Hoff et al. 2005).

Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der DPtV-Studie bezüglich der Psychologischen Psychotherapeuten (die ja zumindest im Bereich der Psychotherapie von Erwachsenen ausnahmslos ein psychologisches Studium absolviert haben müssen) wider. Je jünger die Altersgruppe in der Studienpopulation, umso höher der Anteil an Psychotherapeutinnen. Ein höherer Anteil an männlichen Therapeuten hingegen findet sich lediglich in den Altersgruppen ab 51 Jahren (vgl. Tabelle 5 in Kapitel 3.1.1). Dies lässt auf einen deutlich steigenden Frauenanteil unter den berufstätigen Psychotherapeuten in den kommenden Jahren schließen, insbesondere wenn die große Altersgruppe der jetzt 51-60-jährigen aus dem Beruf ausscheidet. Um die derzeitigen Psychotherapeutesitze wieder zu besetzen, ist hier mit einem enormen Ersatzbedarf zu rechnen.

Die Studienergebnisse zeigen jedoch, dass die wöchentlich angebotenen Therapiestunden durch Psychotherapeutinnen mit 23,0 Stunden signifikant unter der ihrer männlichen Kollegen mit 28,1 Stunden liegen (vgl. Tabelle 12 in Kapitel 3.2.1), was einer Arbeitszeit der Frauen von 34,1 Stunden und der Männer von 41,6 Stunden entspricht. Dies mag u.a. auf unterschiedlichen Beteiligungsmustern an der Familienarbeit beruhen. Sollten diese Muster beibehalten werden (dies könnte auch abhängig sein z.B. vom außerfamiliären Kinderbetreuungsangebot), so wäre der Ersatzbedarf an Psychotherapeuten in den kommenden Jahren noch deutlich höher, als es die Zahlen der ausscheidenden Psychotherapeuten erwarten lassen. Hier stellt sich die Frage, ob und mit welchen Maßnahmen die Bedarfsplanung auf diesen Umstand reagieren wird.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, sofern sie nicht verzerrt sind durch die spezifische Befragungspopulation über die DPtV, in den jüngeren Altersgruppen höhere Anteile an Psychotherapeuten mit verhaltenstherapeutischer Fachkunde (vgl. Tabelle 5 in Kapitel 3.1.2). Dies könnte aufgrund der niedrigeren genehmigungsfähigen Stundenanzahl der Richtlinientherapie, die sich auch empirisch in der Studie niederschlägt (vgl. Tabelle 12), zu einem entlastenden Effekt führen. Zur weiteren Beurteilung dieses Effekts müssten jedoch Überlegungen angestellt werden, welcher Bedarf nach welchen Therapieformen jeweils besteht.

Jüngere Psychotherapeuten zeigen weiterhin eine stärkere Tendenz zur Abweichung von der bisher noch überwiegenden Einzelpraxis hin zu mehr Gemeinschaftspraxen (vgl. Tabelle 13 in Kapitel 3.2.2). Durch stärkere Vernetzung könnten hier sowohl positive qualitative Effekte entstehen als auch Zeitersparnisse durch erleichterten professionellen Austausch.

Die insgesamt aufgrund des Übergewichts älterer Psychotherapeuten entstehenden Aussichten auf gravierende Veränderungen innerhalb der Berufsgruppe sollten, auch gestützt durch die Ergebnisse der Umfrage, Gegenstand weiterer gesundheitspolitischer Überlegungen zur Bedarfsplanung und –deckung sein.

5.5 Vernetzung und Kooperation der ambulanten Psychotherapie im medizinischen Behandlungssystem

Vernetzung und Kooperation in der psychotherapeutischen Versorgung erscheinen aus verschiedenen Gründen als interessantes Thema: So geschieht die Versorgung psychisch kranker Menschen generell oft in mehreren Institutionen, schon alleine deshalb, weil eine begleitende medikamentöse Therapie der Verschreibung durch einen niedergelassenen Arzt, sei es der Hausarzt oder ein Psychiater, bedarf. Auch sind für viele psychische Erkrankungen Wechsel zwischen stationären und ambulanten Behandlungsphasen typisch, was auch zu einer Anzahl von Projekten der integrierten Versorgung in diesem Bereich geführt hat (Amelung et al. 2010). Des Weiteren sind psychologische Psychotherapeuten mit dem Jahre 1999 erst relativ spät als selbständige vertragsärztliche Leistungserbringer ins System gekommen, so dass sich hier noch Friktionen in der Zusammenarbeit bemerkbar machen könnten.

In der vorliegenden Studie zielten drei Komplexe des eingesetzten Fragebogens auf die Kooperation mit anderen Leistungserbringern. Zunächst wurden Zuweisungswege der Patienten erfragt (vgl. die Ergebnisse in Tabelle 25 in Kapitel 3.3.1). Auffällig ist hier ein relativ niedriger Anteil von Zuweisungen aus dem ärztlichen System von insgesamt nur 52 % der Patienten, über die Angaben gemacht wurden. Dagegen gelangten 39 % der Patienten per Selbstzuweisung oder über Freunde oder Bekannte zur Psychotherapie. Diese Patienten haben entweder keine weiteren Arztbesuche vorgenommen, oder ihr Psychotherapiebedarf kam nicht zur Sprache und/oder wurde nicht erkannt. Für einen deutlichen Anteil der zweiten Begründung zumindest in Bezug auf Hausarztkontakte sprechen Untersuchungsergebnisse, die in nur 8,4 % der Fälle, in denen Patienten ihren Hausarzt wegen psychischer Probleme besuchen, eine entsprechende Diagnose seitens des Hausarztes feststellen (Böcken, Braun, and Landmann 2009). Dies weist auf Aufklärungs- und Fortbildungsbedarf bezüglich der Diagnose psychischer Erkrankungen hin.

Deutlich ist auch ein höherer Anteil ärztlicher Zuweisungen durch Haus- und Kinderärzte in den östlichen KVen zu erkennen. Hieraus lässt sich jedoch nicht unmittelbar auf eine bessere Kooperation von Ärzten und Psychotherapeuten in den östlichen Bundesländern schließen. Grund dafür könnte auch ein höherer Anteil deutlich als psychisch krank zu erkennender Patienten beim Hausarzt sein, in Verbindung mit unterschiedlichen Kommunikations- und Umgangsgewohnheiten mit psychischen Beeinträchtigungen im privaten Bereich.

Zum Zweiten wurde nach der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen wie IV-Verträgen, anderen Selektivverträgen und auch der Teilnahme an DMP gefragt, die die psychotherapeutische Arbeit in der Regel in größere Kooperationszusammenhänge einbinden. Es fiel auf, dass die Einbindung von Psychotherapeuten hier noch recht selten war und oft regional sehr unterschiedlich. So sticht im Rahmen der Teilnahme an DMP Bayern stark hervor, wo die psychoonkologische Betreuung seit 2008 für alle Patientinnen angeboten wird (Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2008).

Dies weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit im Rahmen besonderer Versorgungsformen stark von der Aktivität lokaler Akteure wie Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen abhängt.

Ein weiterer größerer Fragenkomplex richtete sich direkt auf die stattgefundene Kooperation der befragten Psychotherapeuten mit Hausärzten/Kinderärzten und mit Psychiatern bzw. Nervenärzten. Ein Schwerpunkt dabei war die Eruiierung der Zufriedenheit in den einzelnen Patientenfällen in Bezug auf verschiedene Aspekte der Kooperation (vgl. Tabelle 48 bis Tabelle 53 in Kapitel 3.5)

Die Antworten zu diesem Fragenkomplex bieten insgesamt ein eher positives Bild der Kooperation, sowohl was die hohe Anzahl generell stattgefunder Kooperationen im Vergleich zu der Zahl der notwendigen angeht, als auch den Grad der Zufriedenheit mit der Kooperation betreffend. Den geringsten Grad an Zufriedenheit erreichte die Kooperation mit den Hausärzten bezogen auf die Medikation der Patienten mit 75,8 %, im Übrigen nicht signifikant unterschiedlich zwischen Ost und West. In diesem Zusammenhang mag sich ebenfalls ein gewisser Fortbildungsbedarf über die gegenseitige Arbeitsweise manifestieren. Allerdings sind die Psychotherapeuten nur bei 79,9 % der Patienten zufrieden mit der diesbezüglichen Kooperation mit Psychiatern und Nervenärzten, so dass sich ein Teil der Unzufriedenheit auch aus unterschiedlichen behandlerischen Einstellungen zur Medikation psychischer Erkrankungen erklären mag. Insgesamt ist die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Fachärzten aber in allen Aspekten etwas höher. Auffällig ist der relativ hohe Grad an Unzufriedenheit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der Medikation durch die Haus- und Kinderärzte von 34,1 %, der auf besondere Abstimmungsprobleme bei Kindern deutet. Angegebene Verbesserungsvorschläge der teilnehmenden Therapeuten beziehen sich im Schwerpunkt auf häufigeren und aktiveren Kontakt mit allen Arztgruppen.

Integrierte Versorgungskonzepte sind angetreten mit dem Ziel besserer Koordination zwischen den Leistungserbringern der angeschlossenen Sektoren. Ihr Anteil an der Versorgung ist, wie auch aus der Umfrage ersichtlich (vgl. Tabelle 17 in Kapitel 3.2.4), noch ziemlich gering. Es ist jedoch erstaunlich, dass sich die Kooperationszufriedenheit der Fragebogenpopulation in IV-Verträgen in wesentlichen Aspekten kaum von der nur im Rahmen des Kollektivvertrags tätiger befragter Kollegen unterscheidet. Nur bezüglich eines Kooperationsaspektes, nämlich der Kooperation mit Fachärzten bei der AU-Schreibung, Überweisung und Einweisung durch Fachärzte, konnte für die Therapeuten in IV-Verträgen ein signifikant höherer Anteil positiv gewerteter Kooperationen verzeichnet werden (vgl. Kapitel 4). Dies mag daran liegen, dass gerade die Veränderung des stationären Einweisungsgeschehens meist zu den wesentlichen Zielen dieser IV-Projekte zählt und insofern im Fokus vieler IV-Projekte steht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Zuweisungsprozesse zur Psychotherapie insbesondere durch die Hausärzte noch Potenzial zur Optimierung aufweisen. Die Kooperation bei Behandlungsfällen erscheint schon relativ positiv, jedoch ist ein Verbesserungsbedarf besonders im

Bereich der Medikation und dort mit einem weiteren Schwerpunkt auf der Medikation psychisch erkrankter Kinder zu erkennen.

5.6 Exkurs: zum Angebot von Gruppentherapie

Ein Fragekomplex der Studie betraf speziell das Angebot von Gruppentherapie. Übereinstimmend mit der aktuellen Literatur (z.B. Kokai and Mattke 2008) bietet mit 7,7 % nur ein geringer Anteil der Psychotherapeuten Gruppentherapie an, obwohl deutlich mehr, nämlich 24,4 %, eine Genehmigung zur Gruppentherapie haben. Bei den Gründen gegen das Angebot zur Gruppentherapie trotz vorliegender Abrechnungsgenehmigung werden am häufigsten organisatorische Schwierigkeiten angegeben. Aus diesem Grunde wurden die Ergebnisse der Befragung daraufhin überprüft, ob Konstellationen mit ggfs. günstigeren organisatorischen Bedingungen zu einem häufigeren Angebot von Gruppentherapie führen. Jedoch weder die Berufstätigkeit im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Gemeinschaftspraxis noch die Teilnahme an einem Integrierten Versorgungsprojekt, anderen Selektivverträgen oder Disease-Management-Programmen konnte mit einem häufigeren Angebot von Gruppentherapie in Verbindung gebracht werden (vgl. Kapitel 4). Gleichzeitig wurde besonders auf dem Lande mit 53,8 % (vgl. Tabelle 15) weitaus am häufigsten Gruppentherapie angeboten, wenn die Berechtigung für dieses Verfahren vorlag. Dies wird aber kaum mit besseren organisatorischen Möglichkeiten begründet sein (eher Hemmnisse durch längere Fahrtwege der Patienten zu gemeinsam zu findenden Terminen), sondern mag eher dem Versorgungsdruck geschuldet sein. Neben dem männlichen Geschlecht und Fachkundenachweisen in analytischer Psychotherapie bzw. Zugehörigkeit zur „Rest“-Gruppe mit mehreren Fachkundenachweisen erhöhte unter den befragten Therapeuten nur die Tätigkeit in einem Nebenerwerb signifikant die Wahrscheinlichkeit, Gruppentherapie anzubieten. Ursache mag hier sein, dass in einem Großteil der typischen Nebentätigkeiten (so Supervision und Ausbildung) die Arbeit mit Gruppen üblich ist.

5.7 Limitationen

Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung der DPtV geben Daten und Einschätzungen zur Psychotherapie aus Therapeutensicht wieder und sind nicht extern validiert. Dabei ist die Fragebogenpopulation nicht repräsentativ für alle niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten, sondern ihre Zusammensetzung spiegelt die Mitgliedschaft der DPtV wieder. Dies führt zu einer deutlichen Unterrepräsentation der Kinder- und Jugendlichentherapeuten und einer Überrepräsentation der Verhaltenstherapeuten sowie einer leichten Überrepräsentation der Therapeuten aus den östlichen KVen. Gleichzeitig kann die Studie keine Erkenntnisse über alle Leistungserbringer von ambulanter Psychotherapie erzielen, da aufgrund der Mitgliederstruktur der

DPtV diese Gruppe nicht befragt werden konnte. Insgesamt erschweren diese Limitationen die Vergleiche mit epidemiologischen Erkenntnissen, die deshalb nur sehr überschlägig erfolgen konnten. Die Patientenangaben haben zum großen Teil keinen konkreten Patientenbezug, so dass die Antworten verschiedener Fragen für einzelne Patienten nicht in Bezug auf die jeweils gleiche behandelte Person interpretiert werden können (vgl. die Abschnitte 3.2.1, 3.4 und 3.5.). Gleichzeitig ergaben sich durch zahlreiche Missverständnisse auf Seiten der die Fragebogen ausfüllenden Therapeuten bei den patientenbezogenen Fragen Unklarheiten über Zahl und Bestimmung der Patienten, über die Angaben erfragt wurden. Diese Missverständnisse konnten in der Auswertung nur teilweise methodisch ausgeglichen werden (vgl. Kapitel 2.3 und 2.4). Die Ergebnisse konnten deshalb zum Teil nur begrenzt interpretiert werden.

Die teils klassierten Antwortmöglichkeiten sorgten dafür, dass in einigen Antworten keine detaillierteren Verteilungen abbildbar waren und deshalb Zusammenhänge nicht unverzerrt dargestellt werden können. Die Antworten innerhalb der Klassen weisen unterschiedliche Verteilungen auf – in den Zusammenhangsanalysen werden jedoch jeweils die Klassenmittelwerte als Basis verwendet.

Ein Beispiel für Antwortklassen wären die Altersklassen der Patienten. Auch die durchschnittliche wöchentliche therapeutische Behandlungszeit der Therapeuten wurde in Zeitintervallen von 5 Stunden abgefragt. Eine differenzierte Abfrage der wöchentlichen Therapiestunden hätte an dieser Stelle mögliche Verzerrungen aufgrund von variierenden Verteilungen innerhalb der Klassen verhindern können.

Die in den bivariaten Analysen teilweise verwendeten Kreuztabellen und deren Ergebnisparameter (χ^2 -Wert mit zugehöriger Signifikanz) lassen lediglich die Schlussfolgerung zu, dass innerhalb der jeweiligen Zielvariable und dem jeweiligen Merkmal des Therapeuten keine Unabhängigkeit besteht. Welche der in der Zielvariable oder der Merkmalsvariable des Therapeuten dafür ursächliche Ausprägung (Klasse) insbesondere für diesen Gesamteffekt verantwortlich ist, lässt sich nicht beantworten. Kreuztabellen stellten damit nur einen ersten Anhaltspunkt für mögliche Zusammenhangseffekte dar und bildeten die Basis für weitergehende multivariate Analysen. Des Weiteren waren aufgrund dieser Tatsache die Ergebnisse der bivariaten Analyse und die der multivariaten Analysen für die einzelnen Zielvariablen nicht direkt vergleichbar.

6 Fazit

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Mitgliederbefragung der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung bieten, trotz ihrer Beschränkung auf die Leistungserbringergruppe der nicht ärztlichen Psychotherapeuten, einen umfassenden Einblick in die psychotherapeutische Versorgungsrealität in Deutschland. Zusammenfassend lassen sich die folgenden Punkte festhalten:

1. Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung der DPTV insbesondere im Bereich der Wartezeiten deuten auf eine allgemeine Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie hin, die in Richtung Unterversorgung tendiert.
2. Aus der Sicht der Psychotherapeuten gibt es eine beträchtliche Anzahl von Patienten, für die das Höchstkontingent an Richtlinienpsychotherapie nicht ausreichend ist. Der Umfang, die Problemlage und der Leistungsbedarf dieser Patientengruppe sollte in weiteren Studien untersucht werden. Darauf aufbauend sollte überprüft werden, ob der Leistungskatalog in der ambulanten Psychotherapie für die Versorgung dieser Patientengruppe genügend flexibel ausgestaltet ist.
3. Es gibt deutliche Hinweise auf Versorgungsunterschiede mit ambulanter Psychotherapie zwischen Stadt und Land bzw. zwischen Regionen unterschiedlicher Siedlungsdichte zugunsten der Großstadt. Jedoch sind aus der Untersuchung keine Anzeichen für eine generelle Überversorgung in der Großstadt abzuleiten. Es stellt sich die Frage, welche Rolle eine nach Siedlungsdichte sehr unterschiedliche Bedarfsplanung hier ursächlich spielt.
4. Psychische Störungen werden in unterschiedlichen demographischen Gruppen unterschiedlich im Rahmen ambulanter Psychotherapien versorgt. Besonders in Bezug auf ältere Menschen über 65 Jahren und auf Männer lässt sich aus den Studienergebnissen im Vergleich mit epidemiologischen Daten eine deutliche Unterversorgung mit Psychotherapie vermuten. Geschlechts-, alters- und kohortenspezifische Zugangshemmnisse sollten hier genauer untersucht und eventuell Zuweisungswege an spezifische Hemmschwellen angepasst werden. Hier erscheint insbesondere die Fortbildung der Hausärzte über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten wichtig.
5. Obwohl niedrigere soziale Schichten aus epidemiologischer Sicht anteilig stärker von psychischen Erkrankungen betroffen sind, schlägt sich dies in der Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen nicht entsprechend nieder; im Gegenteil ist ihr Anteil an den Patienten unterdurchschnittlich. Zur Veränderung dieser Situation wäre auch hier eine genauere Analyse der Zugangshemmnisse und darauf aufbauend eine gezielte Verbesserung der Zuweisungszusammenhänge sinnvoll.
6. Die Studie bestätigt ein hohes Durchschnittsalter der praktizierenden Psychotherapeuten; ca. 57 % sind über 50 Jahre alt. Gleichzeitig ist in den jüngeren Therapeutengruppen ein

weiter steigender Frauenanteil mit im Schnitt geringerem Angebot an Therapiestunden festzustellen. Insofern ist in den nächsten 15 Jahren ein starker Ersatzbedarf zu erwarten. Es wäre dabei zu untersuchen, inwieweit die Regelungen der Bedarfsplanung unter den Bedingungen der verstärkten Feminisierung der Berufsgruppe angepasst werden müssen.

7. Zuweisungswege zur Psychotherapie laufen nur bei etwa der Hälfte der behandelten Patienten über das medizinische System. Verbessertes Wissen um psychische Erkrankungen besonders bei Hausärzten und eine Stärkung der Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Ärzten könnten zur Verbesserung des Zugangs zur Psychotherapie für alle Betroffenen beitragen.
8. Die Teilnahme der Psychotherapeuten an besonderen Versorgungsformen ist noch gering und stark abhängig von regionalen Initiativen z.B. von einzelnen KVen. Hier könnte auch ein Potential für eine bessere Zusammenarbeit mit dem medizinischen Modell liegen.

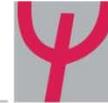
7 Anhang

7.1 Eingesetzter Fragebogen

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Berufsverband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Fon 030/235 00 9 0 · Fax 030/23 50 09 44
bgst@dptv.de · www.dptv.de



Erhebung der DPTV zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Persönliche Daten der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten	
1. Alter: _____	
2. Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Praxis- und Behandlungsdaten	
3. Praxis seit dem Jahre: _____	Approbation im Jahre: _____
Zulassung seit dem Jahre: _____	KV: _____
4. Ich bin approbiert als: <i>(Mehrfachnennungen möglich!)</i>	
<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin	
<input type="checkbox"/> mit zusätzlicher Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	
Der Anteil der Kinder-u. Jugendlichenbehandlungen an den Gesamtbehandlungen beträgt etwa _____%.	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
5. Ich habe einen Fachkundenachweis in: <i>(Mehrfachnennungen möglich!)</i>	
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Analytischer Psychotherapie	
6. Ich habe zusätzlich Abrechnungsgenehmigungen in: <i>(Mehrfachnennungen möglich!)</i>	
<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	
<input type="checkbox"/> Übende und suggestive Techniken, nämlich:	
<input type="checkbox"/> Autogenes Training	
<input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation	
<input type="checkbox"/> Hypnose	
7. Ich biete Gruppentherapie als Kassenleistung an:	
<input type="checkbox"/> ja <i>(weiter mit Frage 9)</i>	
<input type="checkbox"/> nein	
8. Wenn nein:	
<input type="checkbox"/> Aufgrund der fehlenden Abrechnungsgenehmigung in Gruppenpsychotherapie	
<input type="checkbox"/> Aus Mangel an organisatorischen Möglichkeiten	
<input type="checkbox"/> Nicht genügend Patienten	
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____	
9. Ich bin tätig in...	
<input type="checkbox"/> ...einem ländlichen Gebiet/Dorf (bis 5.000 Einwohner)	
<input type="checkbox"/> ...einer Kleinstadt (5.000–20.000 Einwohner)	
<input type="checkbox"/> ...einer Mittelstadt (20.000–100.000 Einwohner)	
<input type="checkbox"/> ...einer Großstadt (über 100.000 Einwohner)	



<p>10. Form der Tätigkeit:</p>	<input type="checkbox"/> in einer eigenen Praxis als Einzelpraxis <input type="checkbox"/> in einer eigenen Praxis in einer Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> als Partner in einer Gemeinschaftspraxis (auch Jobsharing) <input type="checkbox"/> freiberuflich in einem Medizinischen Versorgungszentrum <input type="checkbox"/> angestellt in einem Medizinischen Versorgungszentrum <input type="checkbox"/> angestellt als Assistent in einer psychotherapeutischen Praxis <input type="checkbox"/> angestellt oder auf Honorarbasis im Rahmen einer Entlastungsassistentz/Sicherstellungsassistentz <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<p>11. Ich versorge Patienten im Rahmen eines Selektivvertrages (nach § 73c)</p>	<input type="checkbox"/> ja, Umsatzanteil am Gesamtumsatz ca. _____ % <input type="checkbox"/> nein
<p>12. Ich versorge Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung (nach §140a)</p>	<input type="checkbox"/> ja, Umsatzanteil am Gesamtumsatz ca. _____ % <input type="checkbox"/> nein
<p>13. Ich behandle auch Patienten im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP)</p>	<input type="checkbox"/> ja, welches DMP: _____ Wie viele Patienten sind in laufender Behandlung: _____ <input type="checkbox"/> nein, weil... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ...ich darüber zu wenig informiert bin. <input type="checkbox"/> ...ich keine Kapazitäten dafür frei hätte. <input type="checkbox"/> ...ich kein fachliches Interesse an einer Mitarbeit im Rahmen eines DMP habe. <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<p>14. Ich biete heilberufliche Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten an („individuelle Gesundheitsleistungen“ bzw. „IGeL“), die ich privat berechne (nicht jedoch Tätigkeiten wie z.B. Coaching, Dozententätigkeit usw):</p>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Selbsterfahrungsgruppen <input type="checkbox"/> Selbstsicherheitstraining <input type="checkbox"/> Stressbewältigung <input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren <input type="checkbox"/> Raucherentwöhnung <input type="checkbox"/> Gruppentherapie begleitend zur Einzeltherapie (die ich über die KV abrechne) <input type="checkbox"/> Anschlussbehandlungen an eine Richtlinienpsychotherapie, wenn eine Psychotherapie als Kassenleistung nicht mehr indiziert ist <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <p>Mein Umsatz aus diesen Leistungen beträgt ca. _____% des Gesamtumsatzes aus meiner Praxistätigkeit</p> <input type="checkbox"/> Nein, weil... (<i>Mehrfachnennungen möglich!</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ...ich dies als schädlich für die therapeutische Beziehung betrachten würde <input type="checkbox"/> ...ich nicht genügend Patienten habe, die dafür zahlen würden <input type="checkbox"/> ...ich neben den Heilbehandlungen keine Kapazitäten frei habe <input type="checkbox"/> ...diese Leistungen auch von anderen Stellen angeboten werden <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<p>15. Ich gehe neben meiner psychotherapeutischen Praxistätigkeit einem Nebenerwerb nach.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein (<i>weiter mit Frage 16</i>) Wenn ja: Der Umsatzanteil der Nebentätigkeit am Gesamtumsatz beträgt ca. _____% Welcher Art von Nebenerwerb gehen Sie nach? (<i>Mehrfachnennungen möglich!</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Psychotherapie in einer Einrichtung (z.B. Beratungsstelle) <input type="checkbox"/> Coaching/Beratung <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Mediation <input type="checkbox"/> Dozententätigkeit <input type="checkbox"/> Gutachtertätigkeit <input type="checkbox"/> berufsfremde freiberufliche/angestellte Tätigkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____





Aufnahmesystem

16. Ich gehe derzeit folgendermaßen mit Anfragen von Patienten um, denen nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann: (Mehrfachnennungen möglich!)

- Abweisen
- Abweisen und Empfehlung eines Kollegen /-in
- Verweis auf Therapieplatzauskunft (z.B. der KV, der Kammer oder eines Verbandes)
- Sonstiges: _____
- Ich führe eine Warteliste für ein Erstgespräch
 - ja (weiter mit Frage 17)
 - nein (weiter mit Frage 18)

17. Wenn ja: Die Wartezeit fürs Erstgespräch (erste probatorische Sitzung bzw. anamnestisches Gespräch) beträgt im Durchschnitt: _____ Tage

18. Wenn nein: Ich führe keine Warteliste, weil...

- ...ich _____ freie Plätze habe
- ...auch längerfristig keine Plätze frei sind
- ...sich das System nicht bewährt hat
- Sonstige Gründe: _____

19. Ich absolviere in meinen Arbeitswochen im Durchschnitt...

- ...0 bis 5 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...5 bis 10 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...11 bis 15 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...16 bis 20 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...21 bis 25 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...26 bis 30 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...31 bis 35 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche
- ...36 bis 40 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Woche

Bei durchschnittlich _____ Arbeitswochen im Quartal (Jahresdurchschnitt)

Versicherungsstatus der Patienten

Die folgende Frage bezieht sich auf *alle Patienten des 4. Quartals 2009*, bei denen mindestens ein Kontakt stattgefunden hat. Wir bitten Sie, Ihrer Dokumentation und Abrechnung die behandelten Patienten zu entnehmen und für jeden Patienten die Versicherungsart anzugeben.

20. Anzahl der Patienten im 4. Quartal 2009:

	Raum für Strichlisten	Insgesamt
gesetzlich versichert		
privat versichert und/oder beihilfeberechtigt		
Selbstzahler		

Sozioökonomische Patientendaten

Die Fragen in diesem Abschnitt (Fragen 21 bis 23) beziehen sich auf *die letzten 10 Patienten*, die Sie zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens mit mindestens einem persönlichen Kontakt behandelt haben. Wir bitten Sie, für jeden der Patienten die notwendigen Daten anhand Ihrer Dokumentation bzw. Abrechnung zu ermitteln. Am besten gehen Sie so vor, dass Sie für jeden der 10 Patienten alle Fragen nacheinander beantworten.

21. Alter und Geschlecht der letzten 10 Patienten:

Weibliche Patienten	Raum für Strichlisten	Insgesamt	Männliche Patienten	Raum für Strichlisten	Insgesamt
bis 21 Jahre			bis 21 Jahre		
22–30 Jahre			22–30 Jahre		
31–40 Jahre			31–40 Jahre		
41–50 Jahre			41–50 Jahre		
51–60 Jahre			51–60 Jahre		
61–70 Jahre			61–70 Jahre		
71–80 Jahre			71–80 Jahre		
81–90 Jahre			81–90 Jahre		



Bei den Fragen 22 A) bis C) bitten wir Sie, zwischen behandelten erwachsenen Patienten und Kindern/Jugendlichen zu unterscheiden. Bei behandelten Kindern /Jugendlichen bezieht sich die Frage jeweils auf ein Elternteil. Wenn Sie nur erwachsene Patienten bzw. nur Kinder behandeln, füllen Sie bitte jeweils nur die eine entsprechende Spalte der Tabellen A) bis C) aus. Sollten Sie Erwachsene und Kinder/Jugendliche behandeln, füllen Sie bitte beide Spalten aus.

22. Sozioökonomischer Status der Patienten bzw. eines Elternteils des behandelten Kindes:

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für jeden der Patienten an!

A) Höchster formaler Bildungsabschluss der Patienten bzw. des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss:

	Raum für Strichliste Erwachsene Patienten	Insgesamt	Raum für Strichliste Elternteil des behandelten Kindes	Insgesamt
ohne Abschluss				
Sonderschulabschluss				
Hauptschulabschluss				
mittlere Reife/Realschulabschluss				
Fachhochschulreife				
Abitur				
Hochschul-/Fachhochschulabschluss				
Unbekannt/Sonstiges:				

Wenn berufstätig: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für jeden der berufstätigen Patienten an!

B) Umfang der Berufstätigkeit der Patienten bzw. des Elternteils mit der höchsten Arbeitszeit zu Beginn der Behandlung:

	Raum für Strichliste Erwachsene Patienten	Insgesamt	Raum für Strichliste Elternteil des behandelten Kindes	Insgesamt
Erwerbstätig in Teilzeit (10–35 h/Woche) oder Minijob				
Erwerbstätig in Vollzeit (über 35 h/Woche)				
Geringfügige Beschäftigung (400-Euro/Ein-Euro-Jobs)				

C) Berufliche Stellung der Patienten bzw. des Elternteils mit der höchsten beruflichen Stellung:

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für jeden der Patienten an!

	Raum für Strichliste Erwachsene Patienten	Insgesamt	Raum für Strichliste Elternteil des behandelten Kindes	Insgesamt
Arbeiter/Arbeiterin				
Angestellte/r				
Beamter/Beamtin				
Selbständig/e				
Versorgung der Familie/Haushalt				
Mutterschutz/Elternzeit				
Schüler/in				
Student/in				
Auszubildende/r				
Frührentner/in				
Rentner/Pensionär				
Erwerbslos /Ein-Euro-Job				
Sonstiges:				

23. Art der ursprünglichen Zuweisung der Patienten: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort für jeden der Patienten an!

	Raum für Strichlisten	Insgesamt
Zuweisung durch den Hausarzt/Kinderarzt		
Zuweisung durch Psychiater/Nervenarzt		
Zuweisung durch andere Ärzte		
Zuweisung durch stationäre Einrichtung		
Zuweisung durch Beratungsstelle		
Selbstzuweisung		
Empfehlung durch Freunde/Bekannte		
Sonstiges:		



Kooperation mit Ärzten

Die Fragen 24 bis 27 im folgenden Abschnitt beziehen sich auf die *letzten 10 Patienten*, die Sie zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens mit mindestens einem persönlichen Kontakt behandelt haben. Wir bitten Sie, für *jeden der Patienten* anzugeben, ob eine Kooperation mit dem Hausarzt/Facharzt notwendig war, stattgefunden hat, und – wenn ja – wie zufrieden Sie mit der Kooperation waren. Am besten gehen Sie so vor, dass Sie für jeden Ihrer letzten 10 Patienten alle Fragen nacheinander beantworten.

24. Kooperation mit Hausärzten/Kinderärzten

Hausarzt/Kinderarzt	Raum für Strichlisten	Insgesamt
Eine Kooperation war/ist notwendig.		
Eine Kooperation fand/findet statt.		
Sofern eine Kooperation stattgefunden hat:		
a) Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>unzufrieden</i> .		
b) Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>unzufrieden</i> .		
c) Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>unzufrieden</i> .		

25. Wenn ich die Kooperation mit den Hausärzten/Kinderärzten verbesserungswürdig finde:
Die Hausärzte/Kinderärzte könnten zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem sie _____

Ich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut könnte zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem ich _____

26. Kooperation mit Fachärzten:

Psychiater/Nervenarzt	Raum für Strichlisten	Insgesamt
Eine Kooperation war/ist notwendig.		
Eine Kooperation fand/findet statt.		
Sofern eine Kooperation stattgefunden hat:		
a) Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über das Konsiliarverfahren <i>unzufrieden</i> .		
b) Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über die Medikation <i>unzufrieden</i> .		
c) Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>zufrieden</i> .		
Ich bin mit der Abstimmung über AU-Schreibung/Überweisung/Einweisung <i>unzufrieden</i> .		

27. Wenn ich die Kooperation mit den Psychiatern/Nervenärzten verbesserungswürdig finde:
Die Psychiater/Nervenärzte könnten zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem sie _____

Ich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut könnte zu einer Verbesserung der Kooperation beitragen, indem ich _____



Die Frage 28 bezieht sich nur auf abgeschlossene (beendete oder abgebrochene) Psychotherapien bzw. auf solche Behandlungen, bei denen nur probatorische Sitzungen oder eine biographische Anamnese durchgeführt wurden.

28. Beantragte und benötigte Therapiekontingente

Bitte machen Sie für jede der letzten 5 abgeschlossenen Behandlungen (einschließlich solcher, bei denen nur probatorische Sitzungen bzw. eine biographische Anamnese stattfand) getrennte Angaben!

	Patient bzw. abgeschlossene Therapie				
	1	2	3	4	5
Wieviele Sitzungen waren genehmigt? <i>(bitte Anzahl eintragen!)</i>					
Wieviele Sitzungen davon wurden insgesamt durchgeführt? <i>(bitte Anzahl eintragen!)</i>					
Es fanden nur probatorische Sitzungen bzw. eine biographische Anamnese statt. <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Falls das Höchstkontingent ausgeschöpft wurde – war dieses Kontingent ausreichend? <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Erfolgte nach dem Ende der Therapie eine niederfrequente Weiterbehandlung mit EBM-Leistungen (z.B. Nr.23220, übende Verfahren usw.)? <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Erfolgte nach dem Ende der Therapie eine niederfrequente Weiterbehandlung als Privatbehandlung? <i>(bitte ankreuzen, wenn ja!)</i>					
Der Behandlungszeitraum (vom Erstgespräch bis zum letzten Kontakt) betrug insgesamt. <i>(bitte tragen Sie für jeden Patienten die entsprechende Anzahl der Monate ein!)</i>					

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Bitte den ausgefüllten Fragebogen falten und in dem beiliegenden Rückumschlag portofrei zurücksenden.

Leitung: **Deutsche PsychotherapeutenVereinigung**

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15

10785 Berlin



7.2 Ergänzung zur Datenverarbeitung und dem statistischen

Vorgehen

7.2.1 Plausibilisierung der Daten

Wie bereits angemerkt erfolgte eine Plausibilisierung der einzelnen Antworten der teilnehmenden Therapeuten gemäß eines im Vorfeld gemeinsam mit der DPtV definierten Kodierungsplanes. Im Rahmen dieser Prüfungen erfolgten teilweise Abgleiche einzelner Variablen untereinander, um eine interne Validität zu gewährleisten. Beispiele für diese Prüfungen sind:

- Patienten von Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Alter von über 30 Jahren wurden als unplausibel eingestuft und aus den Analysen entfernt.
- Bei der Abfrage der Bedarfsgerechtigkeit der letzten 5 abgeschlossenen Behandlungen (vgl. Frage 28 des Erhebungsinstrumentes) hinsichtlich der Anzahl genehmigter und durchgeführter Sitzungen fanden sich zum Teil un plausible Angaben bezüglich genehmigter Sitzungen und probatorischer Sitzungen. Wurde von den Therapeuten die Antwort „Es fanden nur probatorische Sitzungen bzw. eine biographische Anamnese statt“ dokumentiert und gleichzeitig weitere Angaben zur Durchführung beantragter Therapiekontingente (z.B. Anzahl der durchgeführten genehmigten Sitzungen gemacht), überstimmte die Angabe der probatorischen Sitzung die weiteren Angaben. Diese wurden in den Analysen nicht weiter berücksichtigt.

7.2.2 Multivariate Analysen: methodisches Vorgehen

Regressionsverfahren:

Grundsätzlich wurden in Abhängigkeit von der zu untersuchenden Variable der logistische Regressionsansatz, die nominale oder die lineare Regression gewählt. Die logistische Regression musste bei vorliegender dichotom kodierter Zielvariable (ja/nein-kodiert), die nominale Regression bei kategorialer und die lineare Regression bei vorliegender metrischer Variable (wie z. B. die Wartezeit bis zur ersten Sitzung) verwendet werden. In Abhängigkeit von der gewählten Regressionsmethode entstehen unterschiedliche Ergebnistableaus und andere relevante zu interpretierende Ergebnisparameter.

Regressionsparameter:

Die Analysen wurden immer unter Berücksichtigung einer Konstanten durchgeführt, womit die über den Fragebogen nicht erfassten Einflüsse ermittelt wurden und der nicht vollständigen Informationslage im Modell Rechnung getragen wird.

Für die Berücksichtigung erklärender Variablen im Modell hätte im Vorfeld ein relevantes Signifikanzniveau definiert werden können. Bei der üblicherweise festgelegten Signifikanzschwelle von 5 % würden die dargestellten Effekte der im Modell verbleibenden erklärenden Variable mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 5 % als von Null verschieden, also existent angenommen werden. Durch Anhebung des Signifikanzniveaus würden mehr Variablen als relevant identifiziert werden und vice versa. Für die vorliegenden Analysen konnte auf die Festlegung eines Signifikanzniveaus verzichtet werden, da die erklärenden Variablen nicht automatisiert anhand ihres Signifikanzwertes als modellrelevant identifiziert wurden, sondern die als relevant geltenden Variablen wurden im Vorfeld fest definiert (siehe Tabelle 4) und in allen Modellen gleichermaßen berücksichtigt. Dies erfolgte auf der Annahme, dass auch nicht signifikante Variablen einen Einfluss auf die zu untersuchende Variable haben können – insbesondere, wenn bereits bestehende Erkenntnisse oder aber Vermutungen bestehen, dass das jeweilige Merkmal einen Einfluss, wenn auch als nicht signifikant im augenblicklichen Modell ermittelt – ausübt.

Ergebnisparameter der Regression:

In der **logistischen** Regression stellt die Odds-Ratio (OR) die entscheidende Ergebnisvariable dar. Die OR gibt an, inwieweit sich die Chance/das Risiko, in der Zielvariable eine „1“ aufzuweisen in Abhängigkeit der erklärenden Variable verändert. Dabei ist von Bedeutung, welche Kodierung die unabhängige Variable aufweist. Bei einer dichotom kodierten Variable wäre die OR so zu interpretieren, dass sich die Chance um den in der OR dargestellten Faktor verändert, wenn die unabhängige Variable mit einer „1“ statt mit einer „0“ kodiert ist, also wenn das entsprechende Merkmal vorliegt. Bei einer ordinalen Variablen würde die OR den Chancen-Faktor darstellen, der sich mit jeder weiteren Ausprägungsstufe der erklärenden Variable mit Blick auf die Zielvariable ergibt. Dieselbe Interpretation wäre bei einer metrischen Variable vorzunehmen. Für die kategorialen Variablen, zu denen neben den ordinalen auch die nominalen Variablen zählen, kann in der logistischen Regression eine gesonderte Analyse der einzelnen Ausprägungsstufen voreingestellt werden. Diese Einstellung ist für nominale Variablen obligat, da keine sinnvolle Rangfolge in den Ausprägungen der Variablen besteht. Bei einer ordinalen Variable ist die differenzierte Analyse der einzelnen Ausprägungsstufen fakultativ – kann aber durchaus sinnvoll sein. So würde die Gesamtanalyse einer ordinalen Variable lediglich den Gesamteffekt von steigender Ausprägungsstufe der ordinalen Variable auf die abhängige Variable in einer einzigen OR ausgeben – unabhängig davon, ob zwischen den einzelnen Ausprägungsstufen unterschiedliche Effektstärken oder sogar Effektrichtungen bestehen.

In der **linearen** Regression werden als Ergebnisparameter die Koeffizienten (Beta-Werte) sowohl in standardisierter als auch in nicht standardisierter Form ausgegeben. Die standardisierten Koeffizienten weisen die Effektrichtung und standardisierte Effektstärke der jeweiligen unabhängigen Variable auf die abhängige Variable aus. Bei den nicht standardisierten Koeffizienten stellt der jeweilige Wert den Anteil der Zielvariablen dar, den die unabhängige Variable erklären kann – dieser Ergebnisparameter stellt die Basis der vorliegenden Ergebnisinterpretationen dar.

Bei kategorialen Zielvariablen musste anstelle einer logistischen eine **nominale** Regression verwendet werden. Diese ermöglicht die differenzierte Analyse der Effekte der unabhängigen Variablen auf jede der Ausprägungen der Zielvariable. Die Ergebnisparameter ähneln denen der logistischen Regression. Auch hier werden für jede unabhängige Variable die Odds-Ratio und die zugehörige Signifikanz ausgegeben, wobei die Odds-Ratios genauso zu interpretieren sind wie innerhalb der logistischen Regression. Zu beachten war jedoch, dass in manchen nominalen Regressionen die Fallzahlen in einer der Ausprägungen der Zielvariable zu gering waren und deshalb keine plausiblen Ergebnisse generiert werden konnten. Sollte dies der Fall gewesen sein, wird im Ergebnistext auf diesen Sachverhalt entsprechend hingewiesen.

7.3 Validierung der bivariaten Analysen durch multivariate Regressionen (Tabellen)

Tabelle 71: Veränderung der Signifikanzen bzgl. Charakteristika der Studienpopulation

	Veränderung der Signifikanzen bzgl. Charakteristika der Studienpopulation	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	Neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
Alter:	--	--
Geschlecht:	Approbation	--
Approbation:	--	--
Fachkunde:	--	--
Ost/West:	--	--
Region nach Siedlungsstruktur:	Fachkunde	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 72: Veränderung der Signifikanzen bezüglich Praxis- und Tätigkeitsform der Psychotherapeuten

	Veränderung der Signifikanzen bezüglich Praxis- und Tätigkeitsform der Psychotherapeuten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau $> 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau $\leq 0,05$) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
In einer eigenen Praxis als Einzelpraxis:	--	--
In einer eigenen Praxis in einer Praxisgemeinschaft:	--	--
Als Partner in einer Gemeinschaftspraxis:	Regionalstruktur, Ost/West	Geschlecht
Freiberuflich in einem MVZ:	Alter, Regionalstruktur, Ost/West	--
Angestellt in einem MVZ:	Alter, Regionalstruktur, Ost/West	--
Angestellt als Assistent in einer psychotherapeutischen Praxis:	Regionalstruktur, Ost/West	--
Angestellt oder auf Honorarbasis im Rahmen einer Entlastungs-/Sicherstellungsassistenz:	Alter, Regionalstruktur, Ost/West	--
Sonstiges:	Regionalstruktur, Ost/West	Fachkunde
Mehrfachnennungen:	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 73: Veränderung der Signifikanzen bezüglich übender und suggestiver Techniken: Abrechnungsgenehmigungen

	Veränderung der Signifikanzen bezüglich übender und suggestiver Techniken: Abrechnungsgenehmigungen	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Mindestens eine Abrechnungsgenehmigung:	Altersgruppen	--
autogenes Training:	Altersgruppen	--
Muskelentspannung:	Altersgruppen	--
Hypnose:	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 74: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Angebots von Gruppentherapie

	Veränderung der Signifikanzen bezüglich Angebot von Gruppentherapie	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung:	Alter	--
Davon: Psychotherapeuten mit Angebot von Gruppentherapie:	Alter, Regionalstruktur	Fachkunde
Anteil der Gruppentherapie anbietenden Therapeuten an allen Psychotherapeuten:	Alter	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 75: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Angebots einzelner Typen von IGeL-Leistungen

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Psychotherapeuten mit Angebot einzelner Typen von IGeL-Leistungen	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Selbsterfahrungsgruppen	--	--
Selbstsicherheitstraining	--	--
Stressbewältigung	--	Fachkunde
Entspannungsverfahren	--	--
Raucherentwöhnung	Fachkunde	--
Gruppentherapie begleitend zur Einzeltherapie	--	--
Anschlussbehandlung an RL-Therapie als Kassenleistung	--	--
Sonstiges	Approbation	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 76: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Angebots von IGeL allgemein und des Umsatzanteils

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	IGeL: Angebot allgemein und Umsatzanteil	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Psychotherapeuten mit Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)	Alter, Approbation, Ost/West	--
Anteil am Gesamtumsatz aus Praxistätigkeit	--	Alter, Geschlecht, Regionalstruktur

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 77: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Gründe der Therapeuten gegen das Angebot von IGeL

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Gründe gegen das Angebot von IGeL	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Ich biete keine IGeL an, weil:		
ich dies als schädlich für die therapeutische Beziehung betrachten würde	Fachkunde	--
ich nicht genügend Patienten habe, die dafür zahlen würden	Fachkunde	-
ich neben den Heilbehandlungen keine Kapazitäten frei habe	--	--
diese Leistungen auch von anderen Stellen angeboten werden	--	--
Sonstiges	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 78: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Nebentätigkeit der Psychotherapeuten

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Arten von Nebentätigkeiten der Psychotherapeuten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Psychotherapie in einer Einrichtung (Beratungsstelle)	--	Fachkunde (TP)
Coaching/ Beratung	--	Regionalstruktur, Fachkunde (TP), Approbation
Supervision	Fachkunde, Alter	--
Mediation	--	--
Dozententätigkeit	--	Alter
Gutachtertätigkeit	Fachkunde	--
berufsfremde freiberufliche/ angestellte Tätigkeit	--	--
Sonstiges	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 79: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Zuweisung der Patienten

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Zuweisung durch:	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Hausarzt	Approbation, Fachkunde	Alter
Psychiater	Alter	--
andere Ärzte	--	Geschlecht
stationär	--	--
Beratungsstelle	Fachkunde	--
Selbstzuweisung	--	Alter
Freunde	Fachkunde	--
Sonstiges	Approbation	Alter, Ost/West

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 80: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Reaktion der Psychotherapeuten auf Anfragen bei fehlendem Therapieplatz

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Reaktion auf Anfragen bei fehlendem Therapieplatz	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Abweisen	Fachkunde	--
Abweisen/Empfehlung eines Kollegen	Regionalstruktur	--
Verweis auf Therapieplatzauskunft	--	--
Sonstiges	Regionalstruktur	Alter, Fachkunde
Führen einer Warteliste	Approbation	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 81: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Dauer der Wartezeit

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Dauer der Wartezeit	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Dauer Wartezeit	Fachkunde	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 82: Veränderung der Signifikanzen bezüglich probatorischer und genehmigungspflichtiger Sitzungen

Vergleich multivariate Analyse versus bivariate Analyse		
	zu probatorischen und genehmigungspflichtigen Sitzungen	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Patienten, die nur probatorische oder biographische Sitzungen in Anspruch nahmen	--	--
Patienten, für die genehmigungspflichtige Sitzungen genehmigt wurden	Fachkunde, Ost/West, Regionalstruktur	--
Anzahl genehmigter Sitzungen pro Patient	--	--
davon: Anzahl durchgeführter Sitzungen pro Patient	Alter	--
Anteil realisierter an genehmigten Sitzungen	Fachkunde, Ost/West, Regionalstruktur	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 83: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der Ausschöpfung von Höchstkontingenten und Weiterbehandlungen

Vergleich multivariate Analyse versus bivariate Analyse		
	zur Ausschöpfung von Höchstkontingenten und Weiterbehandlung	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Anteil von Patienten mit voll ausgeschöpftem Kontingent an genehmigten Sitzungen	Fachkunde	--
bei ausgeschöpftem Höchstkontingent: Höchstkontingent nicht ausreichend	--	--
bei ausgeschöpftem Höchstkontingent: niederfrequente Weiterbehandlung nach EBM	--	--
bei ausgeschöpftem Höchstkontingent: niederfrequente Weiterbehandlung als Privatbehandlung	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 84: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Therapiedauer in Monaten

Vergleich multivariate Analyse versus bivariate Analyse		
	zur Therapiedauer in Monaten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Therapiedauer in Monaten	Regionalstruktur	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 85: Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Versicherungsstatus der Patienten

	Veränderung der Signifikanzen bezüglich des Versicherungsstatus der Patienten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (p>0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (p≤0,05) nach Merkmalen
Gesetzlich versichert	Alter,	--
Privat versichert	Alter, Fachkunde	--
Selbstzahler	Fachkunde, Ost/West Siedlungsstruktur	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 86: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Alters der weiblichen Patienten

	Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Alters der weiblichen Patienten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (p>0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (p≤0,05) nach Merkmalen
weiblich ≤21 Jahre	Regionalstruktur	Ost/West
weiblich 22-30 Jahre	--	--
weiblich 31-40 Jahre	Regionalstruktur	Alter
weiblich 41-50 Jahre	Alter, Ost/West	--
weiblich 51-60 Jahre	--	Ost/West, Regionalstruktur
weiblich 61 -70 Jahre	Approbation, Fachkunde	Geschlecht
weiblich 71-80 Jahre	Approbation, Fachkunde	--
weiblich 81-90 Jahre	--	Alter

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 87: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Alters männlicher Patienten

	Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Alters männlicher Patienten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
männlich ≤ 21 Jahre	Alter, Regionalstruktur	Geschlecht
männlich 22-30 Jahre	Alter	Geschlecht
männlich 31-40 Jahre	--	--
männlich 41-50 Jahre	Alter, Fachkunde	Regionalstruktur
männlich 51-60 Jahre	--	--
männlich 61-70 Jahre	Approbation	--
männlich 71-80 Jahre	--	Alter
männlich 81-90 Jahre	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 88: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Bildungsstandes der erwachsenen Patienten

	Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Bildungsstandes der erwachsenen Patienten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
Ohne Abschluss	--	Ost/West
Sonderschulabschluss	--	--
Hauptschulabschluss	Fachkunde	Approbation
Mittlere Reife/Realschulabschluss	Fachkunde	Approbation
Fachhochschulreife	--	Approbation
Abitur	Fachkunde, Ost/West	Alter,
Hochschul/Fachhochschulabschluss	Fachkunde	Alter, Approbation
Unbekannt/Sonstiges	--	Fachkunde

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 89: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Bildungsstandes eines Elternteils von therapierten Kindern

	Veränderungen der Signifikanzen bezüglich des Bildungsstandes eines Elternteils von therapierten Kindern	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
Ohne Abschluss	--	Approbation
Sonderschulabschluss	Geschlecht	Approbation
Hauptschulabschluss	Ost/West, Regionalstruktur	Approbation
Mittlere Reife/Realschulabschluss	Ost/West, Regionalstruktur	Approbation
Fachhochschulreife	--	Approbation
Abitur	--	Approbation, Regionalstruktur
Hochschul/Fachhochschulabschluss	--	Approbation, Regionalstruktur
Unbekannt/Sonstiges	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 90: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der durchschnittlichen Arbeitszeit von erwachsenen Patienten

	Veränderung der Signifikanzen bezüglich der durchschnittlichen Arbeitszeit von erwachsenen Patienten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
Erwerbstätig in Teilzeit	Alter, Ost/West	Approbation
Erwerbstätig in Vollzeit	Ost/West	--
Geringfügig Beschäftigt	Ost/West	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 91: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der durchschnittlichen Arbeitszeit eines Elternteils von therapierten Kindern

	Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der durchschnittlichen Arbeitszeit eines Elternteils von therapierten Kindern	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
Erwerbstätig in Teilzeit	--	Approbation
Erwerbstätig in Vollzeit	--	Approbation, Ost/West
Geringfügig Beschäftigt	--	Approbation

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 92: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der beruflichen Stellung erwachsener Patienten

	Veränderung der Signifikanzen bezüglich der beruflichen Stellung erwachsener Patienten	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
Arbeiter/Arbeiterin	Fachkunde	--
Angestellte	--	--
Beamter/Beamtin	Geschlecht	Approbation
Selbständig/e	Fachkunde	Approbation
Versorgung der Familien/Haushalt	--	Approbation
Mutterschutz/Elternzeit	Alter	Approbation
Schüler/in	--	--
Student/in	Alter	Approbation
Auszubildende/r	Geschlecht	--
Frührentner/in	Fachkunde, Regionalstruktur	Alter, Approbation
Rentner/Pensionär	Fachkunde, Regionalstruktur	Approbation
Erwerbslos/Ein-Euro-Job	Alter, Ost/West	--
Sonstiges	--	--

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 93: Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der beruflichen Stellung eines Elternteils von therapierten Kindern

	Veränderungen der Signifikanzen bezüglich der beruflichen Stellung eines Elternteils von therapierten Kindern	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p > 0,05$) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse ($p \leq 0,05$) nach Merkmalen
Arbeiter/Arbeiterin	Ost/West	--
Angestellte	Alter	--
Beamter/Beamtin	--	Approbation, Fachkunde, Ost/West
Selbständig/e	--	Approbation
Versorgung der Familien/Haushalt	Alter	Approbation
Mutterschutz/Elternzeit	--	Approbation
Schüler/in	--	Approbation
Student/in	--	Approbation
Auszubildende/r	Alter	Approbation
Frührentner/in	--	Approbation, Fachkunde
Rentner/Pensionär	--	Approbation
Erwerbslos/Ein-Euro-Job	Alter, Ost/West	--
Sonstiges	Regionalstruktur	Approbation

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 94: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Zufriedenheit der Therapeuten mit der Kooperation mit Haus-/Kinderärzten

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Zufriedenheit mit der Kooperation mit Haus-/Kinderärzten hinsichtlich:	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Konsiliarverfahren	Geschlecht	--
Medikation	Fachkunde, Regionalstruktur	--
AU-Schreibung	Regionalstruktur	Geschlecht

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 95: Veränderung der Signifikanzen bezüglich der Zufriedenheit der Therapeuten mit der Kooperation mit Psychiatern/ Nervenärzten

Ergebnisse der Überprüfung der bivariaten durch die multivariate Analyse		
	Zufriedenheit mit der Kooperation mit Psychiatern/ Nervenärzten hinsichtlich:	
	neu insignifikante Ergebnisse in der multivariaten Analyse (Signifikanzniveau >0,05) nach Merkmalen	neu signifikante Ergebnisse (Signifikanzniveau ≤0,05) in der multivariaten Analyse nach Merkmalen
Konsiliarverfahren	Alter, Approbation, Regionalstruktur	--
Medikation	Alter, Regionalstruktur	--
AU-Schreibung	Alter	--

Quelle: eigene Berechnungen

7.4 Tabellen mit insignifikanten Ergebnissen

Tabelle 96: Geschlechtsverteilung nach regionalen Merkmalen (insignifikante Werte)

	Geschlechtsverteilung nach regionalen Merkmalen			
	männlich ^{1,5}		weiblich ^{1,5}	
Niederlassung Ost/West²:				
östliche KVen	70	25,9%	200	74,1%
westliche KVen	591	29,3%	1.424	70,7%
Region nach Siedlungsstruktur³:				
ländliche Region	46	26,0%	131	74,0%
Kleinstadt	105	27,2%	281	72,8%
Mittelstadt	189	31,9%	403	68,1%
Großstadt	367	28,2%	936	71,8%
KV-Gebiete⁴:				
Baden-Württemberg	65	35,3%	119	64,7%
Bayern	96	34,7%	181	65,3%
Berlin	55	29,9%	129	70,1%
Brandenburg	11	20,0%	44	80,0%
Bremen	14	26,4%	39	73,6%
Hamburg	42	25,6%	122	74,4%
Hessen	51	30,9%	114	69,1%
Mecklenburg-Vorpommern	7	38,9%	11	61,1%
Niedersachsen	55	26,7%	151	73,3%
Nordrhein	69	22,0%	245	78,0%
Rheinland-Pfalz	43	32,8%	88	67,2%
Saarland	5	31,3%	11	68,8%
Sachsen	36	25,7%	104	74,3%
Sachsen-Anhalt	5	35,7%	9	64,3%
Schleswig-Holstein	24	27,3%	64	72,7%
Thüringen	11	25,6%	32	74,4%
Westfalen-Lippe	72	30,9%	161	69,1%
¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² Bezüglich der Angaben zum Geschlecht und der Niederlassung in Ost/West liegen nur Angaben von N=2.285 Psychotherapeuten (91,5%) vor (fehlende Angaben N=212) ³ Bezüglich der Angaben zum Geschlecht und der Region nach Siedlungsstruktur liegen nur Angaben von N=2.458 Psychotherapeuten (98,4%) vor (fehlende Angaben N=39) ⁴ Bezüglich der Angaben zum Geschlecht und den KV-Bereichen liegen nur Angaben von N=2.285 Psychotherapeuten (91,5%) vor (fehlende Angaben N=212) ⁵ Soweit nicht anders vermerkt erfüllen die angegebenen Werte nicht das Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$				

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 97: Niederlassung nach neuen und alten Bundesländern (insignifikante Werte)

	Niederlassung nach neuen und alten Bundesländern			
	West ^{1,5}		Ost ^{1,5}	
Approbationsart²:				
PP	1.520	89,1%	185	10,9%
KJP	73	95,9%	12	14,1%
PP+KJP	428	85,4%	73	27,0%
Fachkunde³:				
VT	1.246	87,9%	171	12,1%
TP	633	89,4%	75	10,6%
AP/AP+TP	65	83,3%	13	16,7%
Rest	77	87,5%	11	12,5%
Region nach Siedlungsstruktur^{4,6}:				
ländlich Region	137 ⁶	86,7%	21 ⁶	13,3%
Kleinstadt	298 ⁶	83,9%	57 ⁶	16,1%
Mittelstadt	480 ⁶	86,5%	75 ⁶	13,5%
Großstadt	1.082 ⁶	90,3%	116 ⁶	9,7%
¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet ² Bezüglich der Approbationsart und dem Tätigkeitsbereich in West/Ost liegen nur Angaben von N=2.496 Psychotherapeuten (100%) vor (fehlende Angaben N=1) ³ Bezüglich der Fachkunde und dem Tätigkeitsbereich in West/Ost liegen Angaben von N=2.497 Psychotherapeuten (100%) vor (fehlende Angaben N=0) ⁴ Bezüglich der Region nach Siedlungsstruktur und dem Tätigkeitsbereich in West/Ost liegen nur Angaben von N=2.468 Psychotherapeuten (98,8%) vor (fehlende Angaben N=29) ⁵ Soweit nicht anders vermerkt erfüllen die angegebenen Werte nicht das Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ ⁶ Signifikanz $p \leq 0,05$				

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 98: Therapieform der Psychotherapeuten (insignifikante Werte)

Tätigkeitsform der Psychotherapeuten ^{1,2}																		
	In einer eigenen Praxis als Einzelpraxis		In einer eigenen Praxis in einer Praxisgemeinschaft		Als Partner in einer Gemeinschaftspraxis		Freiberuflich in einem MVZ		Angestellt in einem MVZ		Angestellt als Assistent in einer psychotherapeutischen Praxis		Angestellt oder auf Honorarbasis im Rahmen einer Entlastungs-/Sicherstellungsassistenz		Sonstiges		Mehrfachnennungen	
Geschlecht																		
männlich	430	60,6%	232	32,7%	34	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,4%	11	1,5%
weiblich	1091	62,0%	562	31,9%	56	3,2%	1	0,1%	5	0,3%	5	0,3%	4	0,2%	3	0,2%	33	1,9%
Approbation																		
PP	1120	60,6%	612	33,1%	65	3,5%	1	0,1%	5	0,3%	3	0,2%	4	0,2%	6	0,3%	31	1,7%
KJP	63	69,2%	22	24,2%	4	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,2%
PP/KJP	344	63,4%	163	30,0%	22	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	12	2,2%

¹ Angaben als Summe der entsprechend zugewiesenen Patienten und in % aller Patienten der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet. ² Es wurden Angaben über 32.698 Patienten gemacht. Die zu Grunde liegenden Angaben der Psychotherapeuten beziehen sich dabei auf ihre letzten 10 Patienten zum Zeitpunkt der Befragung

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 99: Übende und suggestive Techniken: Abrechnungsgenehmigungen (insignifikante Werte)

Übende und suggestive Techniken: Abrechnungsgenehmigungen ¹								
	Autogenes Training		Muskelrelaxation		Hypnose		Mindestens eine Abrechnungsgenehmigung	
Geschlecht								
männlich	193	27,0%	208	29,1%	180	25,20%	298	41,70%
weiblich	425	24,0%	479	27,0%	412	23,30%	701	39,60%
Region nach Siedlungsstruktur								
Ländliche Region	38	21,3%	46	25,8%	39	21,9%	63	35,4%
Kleinstadt	112	28,9%	109	28,1%	105	27,1%	171	44,1%
Mittelstadt	155	26,1%	172	29,0%	151	25,5%	246	41,5%
Großstadt	308	23,5%	354	27,0%	294	22,5%	515	39,3%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweils in Spalte 1 angegebenen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 100: Angebot einzelner Typen von IGeL-Leistungen (insignifikante Werte)

Psychotherapeuten mit Angebot einzelner Typen von IGeL-Leistungen ¹																
	Selbst- erfahrungs- gruppen		Selbst- sicherheits- training		Stress- bewältigung		Entspannungs- verfahren		Raucher- entwöhnung		Gruppentherapie begleitend zur Einzeltherapie		Anschlussbehandlung an RL - Therapie als Kassenleistung		Sonstiges	
Altersgruppen:																
bis 30 Jahre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
31 bis 40 Jahre	2	1,4%	5	3,4%	8	5,4%	7	4,8%	3	2,0%	2	1,4%	15	10,2%	5	3,4%
41 bis 50 Jahre	26	2,9%	15	1,7%	25	2,8%	20	2,2%	11	1,2%	15	1,7%	147	16,4%	81	9,0%
51 bis 60 Jahre	47	4,2%	10	0,9%	36	3,2%	49	4,4%	16	1,4%	29	2,6%	209	18,8%	111	10,0%
61 bis 70 Jahre	16	5,2%	5	1,6%	10	3,2%	9	2,9%	5	1,6%	14	4,5%	61	19,7%	21	6,8%
>70 Jahre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%	2	8,7%	2	8,7%
Niederlassung Ost/ West																
östliche KVen	5	1,9%	4	1,5%	8	3,0%	10	3,7%	3	1,1%	3	1,1%	37	13,7%	18	6,7%
Westliche KVen	78	0,1%	30	1,5%	66	3,3%	70	3,5%	25	1,2%	54	2,7%	373	18,5%	187	9,3%

¹ Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Psychotherapeutengruppe, falls nicht anders gekennzeichnet

Quelle: eigene Berechnungen

Literaturverzeichnis

- Albani, Cornelia, Gerd Blaser, Michael Geyer, Gabriele Schmutzer, and Elmar Brähler. 2010. Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der PatientInnen - Teil I Versorgungssituation. Psychotherapeut.
- Amelung, Volker, F. Bergmann, P. Falkai, I. Hauth, E. Jaleel, U. Meier, H. Reichmann, and Roth-Sackenheim (Hrsg.). 2010. Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Baumeister, Harald, and Martin Härter. 2007. Prevalence of Mental Disorders based on General Population Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42:537-546.
- Böcken, Jan, Bernard Braun, and Juliane (Hrsg.) Landmann. 2009. Gesundheitsmonitor 2009; Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung Edited by B. Stiftung, Gesundheitsmonitor. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Gallas, Christine, Bernd Puschner, Adelheid Kühn, and Hans Kordy. 2010. Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis Psychotherapie – Psychosomatik– *Medizinische Psychologie* 60:5-13.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 2009. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). edited by G. Bundesausschuss. <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-405/RL-Psycho-2009-10-15.pdf>.
- Hoff, Ernst-H., Luiza Olos, Susanne Dettmer, Stefanie Grote, and Hans-Uwe Hohner. 2005. Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie. *Berichte aus dem Bereich Arbeits-, Berufs- und Organisationspsychologie an der FU Berlin* 27.
- Hölling, H., M. Erhart, U. Ravens-Sieberer, and R. Schlack. 2007. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen; Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007 (50):784-793.
- Jacobi, Frank, and Timo Harfst. 2007. Psychische Erkrankungen - Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung. *Die Krankenversicherung* 2007 (5):3-6.
- Jacobi, Frank, Jürgen Hoyer, and Hans-Ulrich Wittchen. 2004. Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitsveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33 (4):251-260.
- Jacobi, Frank, M. Klose, and Hans-Ulrich Wittchen. 2004. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004 (47):736-744.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2005. Workshop "Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche" Berlin.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern. Psychotherapeutische und psychoonkologische Leistungen jetzt für alle Patientinnen im DMP Brustkrebs. Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2008 [cited 9.1.2011]. Available from

http://www.kvb.de/fileadmin/data/dokumente/2_Praxis/Praxisf%C3%BChrung/2.1.5_Neue_Versorgungsformen/DMP-Brustkrebs-Infofax-psychotherapeutische-Leistungen-190508.pdf.

Kokai, Joost, and Dankward (Hrsg.) Mattke. 2008. Entwicklungen in der klinischen Gruppenpsychotherapie. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Kruse, Andreas, Elisabeth Gaber, Gereon Heuft, Peter Oster, and Frank Schulz-Nieswandt. 2002. Gesundheit im Alter. In Gesundheitsberichterstattung des Bundes, edited by Robert-Koch-Institut. Berlin.

Lampert, Thomas. 2010. 20 Jahre Deutsche Einheit: Gibt es noch Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen? GBE Kompakt 2010 (4).

Linden, M. 2002. Versorgungsepidemiologie: Umfang und Bedingungen der Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Hilfe. In Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie, edited by A. Maercker. Berlin: Springer.

Löcherbach, Peter. 2000. Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Baden-Baden: Nomos.

Robert-Koch-Institut. 2011. DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2011 [cited 16.1.2011 2011]. Available from: http://www.rki.de/cln_178/nn_201174/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsveys/Degs/degs__node.html?__nnn=true.

Schulz, Holger, Dina Barghaan, Timo Harfst, and Uwe Koch. 2008. Psychotherapeutische Versorgung. In Gesundheitsberichterstattung des Bundes, edited by Robert-Koch-Institut. Berlin.

Statistisches Bundesamt 2008a. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Haushalt und Familie. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Fachserie 1 Reihe 3.

Statistisches Bundesamt 2008b. Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Fachserie 13 Reihe 1.1.

Statistisches Bundesamt 2010. Bevölkerung, Deutschland, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand, Stichtag 31.12.2008

Weyerer, Siegfried, and Horst Bickel. 2007. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

Wieland, Reiner. 2009. Barmer Gesundheitsreport 2009: Psychische Gesundheit und Psychische Belastungen. edited by B. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse.

Winkler, Joachim, and Heribert Stolzenberg. 2009. Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. Wismarer Diskussionspapiere 2009 (7):1-27.

Wittchen, H.-U., and F. Jacobi. 2001. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland; Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2001 (44):993-1000.

Zepf, Siegfried, Ute Mengele, and Sebastian Hartmann. 2001. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag.