

Versorgungsverantwortung.

Die unzureichende Gewichtung eines ethischen Aspekts der psychotherapeutischen Versorgung gefährdet die Arbeit der Niedergelassenen.

Ein Diskussionsbeitrag.

Rolf Wachendorf & Jan Glasenapp

Zusammenfassung

Trotz aller eingeleiteter Veränderungen der letzten Jahre sehen die Autoren schwerwiegende fortbestehende Probleme in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, so Zugangsbarrieren, Fehlsteuerungen und Wartezeiten. Die Übernahme von Versorgungsverantwortung gegenüber einem Sozialraum ist für die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen von existentieller Bedeutung. Mit diesem Diskussionsbeitrag wird die Selbstverpflichtung zur Versorgungsverantwortung heraus gestellt. Diese ist im Kontext ethischen Handelns verankert und wird als Ausdruck der sozialen Gerechtigkeit gesehen, die Teil des professionellen Selbstverständnisses von Psychotherapeut*innen ist. Befunde aus der Versorgungsforschung und Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) werden berichtet. Anschließend beschreiben die Autoren, beide niedergelassen in eigener Praxis, ihre Beobachtungen aus der KVBW und als Gutachter für Verhaltenstherapie. Dabei werden Fehlentwicklungen der ambulanten Versorgung beleuchtet in der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung, der Indikation für Psychotherapie, im Umgang mit Vorbehandlungen und der Rezidivprophylaxe. Aufbauend auf die Beobachtungen und ihre Interpretation werden Vorschläge für notwendig erachtete Änderungen dargestellt.

1. Einleitung

Gegenwärtig wird die ambulante psychotherapeutische Versorgung von zwei Themen bestimmt, die auf den ersten Blick nur wenig miteinander zu tun haben:

Die Corona-Pandemie hat mit ihren unmittelbaren Folgen für Einzelne und ihren mittelbaren Folgen für die gesamte Bevölkerung zu großen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung geführt, die uns noch lange beschäftigen werden.

Psychotherapeut*innen haben sich in bemerkenswerter Weise dieser Herausforderung gestellt, die ambulante psychotherapeutische Versorgung konnte trotz Lockdowns und anderer Einschränkungen aufrecht erhalten werden. Psychotherapeut*innen haben dabei im hohen Maße Flexibilität bewiesen, beispielsweise durch die intensive Nutzung der berufs- und sozialrechtlich erst kurz zuvor ermöglichten Videobehandlung (BPtK, 2020a). Dabei erfolgen dreiviertel aller abgerechneten Videobehandlungen allein durch Psychotherapeut*innen (KBV, 2021). Viele Kolleg*innen in Baden-Württemberg haben sich darüber hinaus ehrenamtlich an der gemeinsamen Aktion zur Schaffung einer Corona-Hotline als niederschwelliges Beratungsangebot beteiligt (LPK-BW, 2020).

Die Reform der Psychotherapeut*innenausbildung mit ihren zwei Abschnitten Studium und Weiterbildung stellt 20 Jahre nach der Verabschiedung des Psychotherapeut*innengesetzes einen weiteren Meilenstein für die Gesundheitsversorgung dar. Psychotherapeut*innen sind zu einer anerkannten und festen Säule der Versorgung geworden, die durch die Reform in

die Zukunft hinein gesichert wird. Psychotherapeut*in ist ein attraktiver Beruf, die Ausbildung ermöglicht eine verantwortungsvolle Ausübung. Doch diese Themen mit ihren jeweiligen Fortschritten verstellen nicht nur den Blick auf weiterhin bestehende grundsätzliche Defizite in der Versorgung, sie werden diese sogar verstärken – aber dazu später mehr in Abschnitt 5. Die in den Vorjahren eingeführten Angebote zur psychotherapeutischen Sprechstunde, zur Akutbehandlung, zur Rezidivprophylaxe, zur Terminvermittlung durch Terminservicestellen sowie der Abbau von Befugniseinschränkungen durch erweiterte Verordnungsmöglichkeiten haben die Versorgung flexibilisiert, Barrieren abgebaut und damit einen Beitrag geleistet zur Steigerung der Versorgungsqualität. Doch wir müssen feststellen, dass weiterhin Versorgungsdefizite bestehen, insbesondere inakzeptabel lange Wartezeiten und Zugangsbarrieren für Gruppen von Patient*innen, z.B. in akuten Krisen, mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, mit Behinderungen, mit Migrationshintergrund (z.B. BAfF, 2020). Diese Defizite erfahren wir Niedergelassenen tagtäglich in Form von Anfragen, die wir nicht bedienen (können), sie sind aber auch Gegenstand anhaltender (berufs-)politischer Aktivitäten.

Wir wollen hierzu eine Diskussion anregen, die aus unserer Sicht bislang zu wenig geführt wurde. Wir wollen, dass die Profession der Psychotherapeut*innen sich ihrer Verantwortung für bestehende Defizite im Planungsbereich der eigenen Zulassung stellt, eigenständige Lösung entwirft und nicht Entscheidungen anderen Akteuren in der Gesundheitspolitik überlässt. „Die Frage der Gerechtigkeit“ (vgl. Bühring, 2021) wird in der gegenwärtigen Diskussion einseitig mit der Forderung nach mehr Psychotherapeut*innen und der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen beantwortet und blendet die Versorgungsverantwortung unserer Berufsgruppe aus.

2. Versorgungsverantwortung

Ethisches Handeln hat von je her einen hohen, wenn nicht den höchsten Stellenwert in der Psychotherapie (vgl. Steger & Brunner, 2020). Dies zeigt sich in der fundierten Aus- und Weiterbildung mit ihren Standards und der tagtäglichen Anwendung in der Praxis Niedergelassener, die eingebettet ist in Richtlinien, Leitlinien und Qualitätsmanagement. In der Muster-Berufsordnung der Bundespsychotherapeut*innenkammer (BPtK) wird in §3 Abs. 2 auf das aus dem medizinischen Bereich bekannte Georgetown-Mantra Bezug genommen (was allerdings nicht in alle Berufsordnungen der LPKs übernommen wurde). Beauchamp und Childress (2019) beschreiben darin vier Grundprinzipien: a) das Prinzip der Autonomie und Selbstbestimmung, b) das Prinzip der Schadensvermeidung, c) das Prinzip des Patient*innenwohls und der Fürsorge sowie d) das Prinzip der (sozialen) Gerechtigkeit. Aus unserer Sicht lassen sich diese Prinzipien grundsätzlich auch zur Begründung ethischen Handelns in der Psychotherapie heranziehen. Dabei sehen wir jedoch eine Ungleichgewichtung, die wir hier problematisieren möchten. Während die Prinzipien der Fürsorge, des Respekts vor Autonomie und der Schadensvermeidung einen guten Eingang in das Selbstverständnis von Psychotherapeut*innen gefunden haben, *vermissen wir eine Auseinandersetzung mit dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit.*

Soziale Gerechtigkeit und Versorgungsverantwortung beinhalten Priorisierung, Begrenzung und Nachhaltigkeit. Priorisierung bedeutet, qualitative Behandlungsentscheidungen einerseits von der Schwere und andererseits von der Aktualität psychischer Erkrankung abhängig zu machen (d.h. Patient*innen mit schwerer Erkrankung und in akuten Krisen sind

Patient*innen mit leichten Erkrankungen und chronischem Verlauf vorzuziehen). Begrenzung bedeutet, quantitative Behandlungsentscheidungen von der Schwere der Erkrankung und der Prognose abhängig zu machen (d.h. Patient*innen mit schwerer Erkrankung und / oder günstiger Prognose werden länger behandelt als Patient*innen mit leichter Erkrankung und / oder ungünstiger Prognose). Nachhaltigkeit bedeutet, Behandlungsentscheidungen in einen langfristigen Kontext zu sehen (d.h. Psychotherapie nicht als einen singulären, in sich abgeschlossenen Prozess zu sehen, sondern Patient*innen, die aus qualitativen Gründen abgelehnt, oder deren Behandlung quantitativ begrenzt wurde, sind alternative Beratungs- und Behandlungsoptionen anzubieten).

Priorisierung, Begrenzung und Nachhaltigkeit sind drei durchaus herausfordernde Aspekte psychotherapeutischen Handelns, auf die Psychotherapeut*innen – anders als Ärzt*innen, für die Triage-Entscheidungen fester Bestandteil ihrer Ausbildung sind – nicht immer gut vorbereitet sind. Manche Kolleg*innen meinen, sie haben in ihrer Ausbildung eher gelernt, Patient*innen aus wirtschaftlichen Gründen in Behandlung zu halten, bis das Kontingent erschöpft sei, und dass es leichter sei, eine Behandlung zu beenden mit der Begründung, dass keine Einheiten mehr bezahlt werden, als die Entscheidung inhaltlich zu begründen.

Sozialraumorientierung. Psychotherapie ist hinreichend nachgewiesen wirksam, Psychotherapie ist ein fest integrierter Bestandteil der ambulanten Versorgung in Deutschland. Mit der Niederlassung geht die Verpflichtung zur Versorgung der Versicherten eines Sozialraums einher. Die Versorgung selber erfolgt nach hohen Standards. Doch wie kommt die Entscheidung zustande, wer versorgt wird und wer nicht?

Die Frage, wer von Psychotherapie in welchem Umfang profitieren darf (und wer nicht), ist eine hochgradig komplexe Frage, auf die es keine einfachen Antworten gibt (Puschner et al., 2020). In der Praxis leider bleibt die Antwort oftmals dem Zufall überlassen oder Kriterien, die sich einer ethischen Überprüfung entziehen. Können wir Niedergelassenen von uns behaupten, dass die Entscheidung zur Behandlung von Patient*innen gerecht ist, dass Menschen mit dem gleichem psychischem Leidensdruck in unserem Sozialraum die gleichen Zugangsmöglichkeiten haben? Wir müssen diese Frage leider verneinen. Dabei gilt es, diesen Entscheidungsprozess zu reflektieren und die Reflexion darüber zu einem festen Bestandteil des psychotherapeutischen Handelns werden zu lassen.

Das dem bisherigen Selbstverständnis vieler Psychotherapeut*innen und ihrem Mitgefühl innewohnende Prinzip der Fürsorge für ihre Patient*innen scheint eine notwendige Gewichtung des Prinzips der sozialen Gerechtigkeit zu behindern, wenn diese Fürsorge für Einzelne die Versorgung schwererer Erkrankter einschränkt. Wo werden entsprechende Fragen diskutiert? Wir vermissen konkret einen Raum, wo dies auf kollegialer Ebene im Sinne einer Selbstregulation erfolgen kann, und wir vermissen einen angemessenen Raum in der fachlichen und berufspolitischen Diskussion über diese Frage. Je mehr wir uns als Berufsgruppe dieser Diskussion nicht annehmen, umso mehr laufen wir Gefahr, dass andere den Diskurs bestimmen werden, z.B. der Gesetzgeber, der dies bereits in Form ständiger Ausweitung von bürokratischen Anforderungen tut. Wir brauchen eine im professionellen Selbstverständnis verortete Versorgungsverantwortung, die dem Prinzip der Gerechtigkeit genügt.

Mehr Ressourcen bedeuten nicht bessere Versorgung. Statt dessen nehmen wir insbesondere von anderen berufspolitischen Akteuren lediglich den Ruf nach mehr Ressourcen im Sinne von mehr niedergelassenen Psychotherapeut*innen wahr. Diese Forderung hat einen berechtigten Anteil, den es zu überprüfen gilt, z.B. durch Anpassungen der Bedarfsplanung. Doch eine Forderung nach mehr Ressourcen, ohne dass eine inhaltliche Diskussion über die Verwendung dieser Ressourcen stattfindet, wird eine leere Forderung

bleiben. Wenn trotz umfangreicher Maßnahmen der Vergangenheit wie die Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie 2019 sowie die faktische Ressourcenausweitung durch eine anhaltende und massive Zunahme an Zulassungen mit halbem Versorgungsauftrag weiterhin Versorgungsdefizite bestehen, dann macht sich die Berufsgruppe gegenüber anderen Akteuren wie in der Politik unglaublich, indem die altbekannte Forderung nach Ressourcenausweitung wiederholt wird. Dies bestätigt auch der internationale Blick in die Versorgungsforschung: „Trotz beständiger Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten bleibt die Krankheitslast in westlichen Ländern gleich oder erhöhte sich sogar (Jorm et al., 2017). Die Gründe hierfür sind vielfältig (Harvey & Gumpert, 2015), aber es ist zumindest fraglich, dass eine kontinuierliche Erweiterung der Kapazitäten zur Lösung des Problems beiträgt. Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass die Nachfrage nach Psychotherapie ab einer bestimmten Angebotsdichte immer weiter wächst, gerade in Gesundheitssystemen mit unbeschränktem Zugang zu Leistungen und freier Therapeuten/innenwahl (Pribe & Wright, 2006)“ (Puschner et al., 2020, S. 14).

Wir wünschen uns daher eine intensive Diskussion über (un-)gerechte Verwendung der vorhandenen Ressourcen und möchten dafür einige Beobachtungen teilen, die wir in unseren unterschiedlichen Tätigkeiten neben unserer Niederlassung als Vertragspsychotherapeuten gesammelt haben.

3. Wie wird soziale Gerechtigkeit in der Versorgungsverantwortung für Patient*innen gegenwärtig umgesetzt? Beobachtungen von Rolf Wachendorf mit Daten aus dem Bereich der KVBW

Die vorgestellten Auswertungen beruhen auf landesweiten Abrechnungsdaten und Daten der Terminservicestelle (TSS) der KVBW. Diese Daten wurden erhoben, um rechtzeitig Versorgungsentwicklungen festzustellen, welche für die künftige Sicherstellung und speziell auch für die langfristige Existenzsicherung der Niedergelassenen maßgeblich werden könnten. Zur Aussageabsicherung wurden alle Daten sowohl mit als auch ohne die in Baden-Württemberg häufig an Selektivverträgen teilnehmenden Praxen erhoben. Es gab keine statistisch relevanten Unterschiede, so dass die Kernaussagen auf das Bundesgebiet übertragen werden können. Alle berichteten Daten fanden sich über Jahre hinweg in vergleichbarer Weise.

Versorgungsauftrag und Versorgungsrealität. Zwischen 2009 und 2019 nahm die Gesamtzahl aller Niedergelassenen im Bundesgebiet von 15.732 auf 26.656 zu, im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Niedergelassenen mit halben Versorgungsauftrag von 311 auf 13.038 zu. 2019 hatten mehr Niedergelassene einen halben Versorgungsauftrag als einen vollen (12.009) (BPtK, 2020b; vgl. auch BARMER Arztreport, 2020). Doch weiterhin bestehen Versorgungsschwierigkeiten, Zugangsbarrieren und Wartezeiten. Mit Blick auf die Abrechnungszahlen der Praxen in Baden-Württemberg kann ein Grund darin gefunden werden, dass weniger als die Hälfte aller Niedergelassenen den gesetzlichen Mindestversorgungsauftrag (25 Std./Woche bei einem vollen bzw. 12,5 Std./Woche bei einem halben Versorgungsauftrag entsprechend des Terminservice- und Versorgungsgesetzes) erfüllen. Gleichzeitig erschwert die Fragmentierung der Versorgung durch Praxen mit halbem Versorgungsauftrag aus Sicht der ärztlichen Mitbehandler*innen die Zusammenarbeit, da es mehr Kooperationspartner gibt.

Kein Abbau von Zugangsbarrieren. Angesichts des Bedarfes der Bevölkerung an psychotherapeutischer Beratung wurde die Sprechstunde eingeführt, um zeitnah Behandlungsindikationen feststellen zu können und Beratungsbedarfe von Krankenbehandlung zu trennen. Mit Blick auf die Abrechnungszahlen für die Ziffer 35151 zeigt sich jedoch, dass im Zeitraum der Quartale 1/2019 bis 3/2020 nur 50%-57% der Praxen mit vollem und 65%-70% mit halben Versorgungsauftrag die in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) §11 Abs. 13 geforderten 100 Minuten Sprechstunde in der Woche erbracht haben (vgl. Anhang 1). Im Zeitraum der Quartale 3/2018 bis 3/2020 nahm die Anzahl der Psychotherapeut*innen in Baden-Württemberg zu (wie auch die Gesamtfallzahl). Seit Einführung der Sprechstunde 2017 zeigt sich auch keine durchschnittliche Fallzahlerhöhung pro Kopf (vgl. Anhang 2), die Niedergelassenen sehen also nicht mehr Patient*innen, um ihre Behandlungsentscheidungen vorzunehmen. Die Flexibilisierung des Angebotes und ein niederschwelliger Zugang zur Psychotherapie findet nach diesen Daten bislang nicht statt.

Versorgungsdichte und Versorgung. Die TSS wurde zur schnelleren Vermittlung von Terminen und damit zur Reduzierung von Wartezeiten eingeführt. Dortige Anmeldungen sind ein aussagekräftiger Indikator für Wartezeiten bei dringlicher Psychotherapie bzw. für ungedeckten Bedarf. Termine zur Sprechstunde und Akutbehandlung werden von der TSS vor allem in Regionen mit hoher Psychotherapeut*innendichte vermittelt. Daraus lässt sich ableiten, dass lange Wartezeiten und viele dringliche Akutbehandlungen weniger im ländlichen Raum bestehen, sondern vielmehr in bedarfsplanerisch hochversorgten Gebieten. *Je höher die Psychotherapeut*innendichte in einer Region ist, umso höher war die Nachfrage nach Terminvermittlung durch die TSS.* Zur Veranschaulichung ein Beispiel: Im Quartal 4/2018 wurden in Freiburg 155 Termine zur Sprechstunde durch die TSS vermittelt, in Stuttgart 199, im Ostalbkreis 14 (vgl. Anhang 3). In Regionen mit geringer Dichte war kein Versorgungsstau erkennbar, alle angefragten Termine wurden vermittelt. Je höher die Dichte, umso höher war auch der Anteil abgerechneter Leistungen für die Sprechstunde und Akutbehandlung. Je höher die Dichte, je höher die abgerechnete Morbidität im Verhältnis zur Bevölkerungsanzahl. Wieder ein Beispiel: Im Quartal 2/2018 wurden im Planungsbezirk Freiburg mit einem Versorgungsgrad von 346% 33,5 Akutbehandlungen (Ziffer 35152) pro 1000 Einwohner abgerechnet, in Heidelberg mit einem Versorgungsgrad von 360% 26,5, in Stuttgart mit einem Versorgungsgrad von 130% 8,5 und in Schwäbisch Hall mit einem Versorgungsgrad von 109% 4 Akutbehandlungen pro 1000 Einwohner (vgl. Anlage 4). Dies deutet auf eine Absenkung der Krankheitsdefinition in bedarfsplanerisch überversorgten Gebieten hin und damit auf eine angebotsinduzierte Nachfrage.

Gruppentherapeuten ohne Gruppentherapie. Es gibt in Baden-Württemberg rund 1000 Niedergelassene mit der Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie (25% aller Niedergelassenen). Von diesen rechnen im Schnitt nur 138 Gruppentherapien ab, d.h. 86% könnten Gruppentherapie erbringen, tun es jedoch nicht. Gruppentherapie erbringen hauptsächlich Praxen, die einen Quartals-Umsatz von über 20 000,- € haben, also mehr als 20 Therapieeinheiten pro Woche erbringen. In der Folge stehen insgesamt nur 2% aller abgerechneten Leistungen für Gruppentherapie 98% für Einzeltherapie gegenüber. Wer jedoch Gruppentherapie erbringt, rechnet durchschnittlich 30% Gruppentherapie und 70% Einzeltherapie ab. Damit wird – trotz Anreizen – ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der Versorgung nicht hinreichend genutzt.

Zur Frequenz von psychotherapeutischer Hilfe. Ein weiterer wichtiger Aspekt der gerechten Nutzung von Ressourcen ist die Frequenz von Sitzungen. Dazu gibt es bislang kaum Daten. Wie die bahnbrechende Studie von Stulz et al. (2013) zeigen konnte, nimmt die Wirksamkeit einzelner Therapiesitzungen mit zunehmender Behandlungsdauer ab. Nach den ersten Therapieerfolgen ist somit eine niederfrequente Behandlung angemessen. In der KBV-Kohortenstudie (Mullmeier, 2014) deuten die abgerechneten Versorgungsdaten eine auf eine geringfügig höhere Sitzungsfrequenz in der Langzeittherapie hin, wobei unklar bleibt, ob dies auf unterschiedliche Behandlungsdiagnosen zurückzuführen ist. Eine Sensibilität für eine niederfrequente Behandlung je nach Therapiefortschritt ist im Sinne gelebter Versorgungsverantwortung.

Zusammenfassung und Interpretation. Die beschriebenen Fehlentwicklungen werden die Existenz von Psychotherapeut*innen nachhaltig beeinträchtigen:

Ohne hinreichende Nutzung der Sprechstunde findet keine adäquate Steuerung der Versorgung statt. Es fehlt an Prozessen der Priorisierung z.B. in der Versorgung von psychisch schwer Erkrankten.

In Regionen, in denen ein*e Psychotherapeut*in auf 800-900 Einwohner*innen kommt, wäre rechnerisch in 10 Jahren die gesamte Bevölkerung psychotherapeutische behandelt worden. Eine nachhaltige Existenz der Niedergelassenen kann nur gesichert werden, wenn einzelne Patient*innen wiederholt behandelt werden oder es zu einer Absenkung des Krankheitskriteriums kommt. Wenn zugleich in solchen Regionen schwer psychisch kranke Patienten weiterhin lange warten müssen und keinen Therapieplatz erhalten (siehe auch Wartezeitenstudie der Bundespsychotherapeutenkammer, BPtK, 2018a), verliert die Profession an Glaubwürdigkeit. Indem sie sich nicht ihrer Versorgungsverantwortung stellt, kommt es in der Folge zu immer neuen Beschlüssen zur Einflussnahme von außen auf die Praxisführung der Niedergelassenen (Wartezeitenmanagementkompetenz der KVen, welche Praxispflichten zur Meldung von Terminen beschließen dürfen, 100 Minuten Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit, Terminvermittlung von Akutbehandlung, Probatorik, nun auch genehmigte Leistungen, absehbare Einführung von Qualitätssicherungsnachweisen usw.).

4. Wie wird soziale Gerechtigkeit in der Versorgungsverantwortung für Patient*innen gegenwärtig umgesetzt? Beobachtungen von Jan Glasenapp aus der Begutachtung von VT-Anträgen

Seit 2018 bin ich über die KBV anerkannter Gutachter für Verhaltenstherapie, eine herausfordernde Tätigkeit, für die ich aber auch dankbar bin, ermöglicht sie mir doch einen Einblick in die Arbeitsweise von Kolleg*innen. Praktisch alle Berichte an den Gutachter, die ich zu lesen bekomme, drücken ein großes Engagement für die behandelten Patient*innen aus. Viele Berichte und Anträge sind vorbildlich, ich kann dabei selber noch viel lernen und ich schätze den inhaltlichen Austausch mit Kolleg*innen zu fachlichen Fragen. Die Herausforderungen ergeben sich aus dem Auftrag an das Gutachten-Verfahren selber. Entsprechend dieses Auftrages ist zu überprüfen, ob der Antrag den Anforderungen der Psychotherapie-Richtlinie entspricht, ob die Prognose hinreichend günstig und der Umfang unter „therapeutischen als auch wirtschaftlichen Aspekten“ (§28 Abs. 1) angemessen ist. Die problematischen Erfahrungen, die ich in dieser Tätigkeit sammeln konnte, möchte ich hier zur Diskussion stellen.

Diagnosestellung. Leider noch zu häufig wird die Diagnosestellung nicht durch standardisierte Verfahren abgesichert, obwohl dies entsprechend §10 Abs. 2 der Richtlinie „in der Regel“ vorgesehen ist. Dies kann dazu führen, dass die Schwere der Erkrankung möglicherweise unterschätzt wird, was sich in eher milden oder unklaren Diagnosen (z.B. der ICD 10 F41.2 „Angst und depressive Störung, gemischt“) widerspiegelt.

Das Problem spiegelt sich auch darin, dass die mit Abstand häufigste Diagnose bei Anträgen auf Langzeittherapie eine depressive Störung (z.B. ICD 10 F33.1) ist. Sicherlich ist dies auch epidemiologisch die häufigste psychische Erkrankung, aber es ist dennoch überraschend, wie selten andere (komorbide) Diagnosen, die auch eine Langzeittherapie rechtfertigen würden, festgestellt werden (z.B. Zwangsstörungen, somatoforme Störungen etc.).

Diagnose und Behandlungsumfang. Einerseits werden die Behandlungen immer häufiger als Kurzzeittherapie durchgeführt (Multmeier, 2014), andererseits finden sich immer wieder Anträge auf Langzeittherapien, deren beantragter Umfang angesichts der gestellten Diagnose unangemessen ist, beispielsweise wenn bei einer leichten depressiven Episode (ICD 10 F32.0) oder einer Anpassungsstörung (ICD 10 F43.2) 60 Einheiten geplant werden.

Überschreitung des Höchstkontingents. Zunehmend häufig kommt es zur Beantragung von Einheiten, die über das Höchstkontingent einer Verhaltenstherapie von 80 Einheiten entsprechend §30 der Richtlinie hinausgehen, möglicherweise auch als Folge des abgeschafften Begutachtungsschrittes nach zunächst 45 Einheiten. Dabei entsteht mit der Begründung weiterer Stabilisierung der Eindruck, dass die Behandlung mehr zu einer Lebensbegleitung in schwierigen Zeiten geworden ist, als der Behandlung von Krankheiten dient. So wird in der Begründung oftmals nicht deutlich, wie eine nachhaltige Verselbständigung der Patient*innen erreicht werden soll, oder wie eine integrierte Behandlung mit anderen Fachgruppen und Behandlungsmöglichkeiten erfolgen kann.

Vorbehandlungen. Mittlerweile überwiegt die Zahl der gutachtenpflichtigen Anträge für Patient*innen, die nicht ihre erste Psychotherapie machen. Offensichtlich ist es so, dass Patient*innen, die eine Psychotherapie machen, mit zunehmender Wahrscheinlichkeit in ihrem weiteren Leben erneut eine Psychotherapie machen werden. Dabei überrascht es, wie wenig in den Berichten auf die Vorbehandlungen eingegangen wird und wie wenig Kolleg*innen sich um eine Verzahnung von Behandlungen in der Vorgeschichte, sei es der eigenen oder der von anderen Kolleg*innen, bemühen. Es fehlen in aller Regel Befundberichte aus Vorbehandlungen, es finden keine Überlegungen statt, ob geplante Interventionen möglicherweise bereits durchgeführt wurden und warum sie sich gegebenenfalls nicht bewährt haben. In diesem Zusammenhang findet häufig keine kritische Auseinandersetzung statt, ob tatsächlich die Prognose als hinreichend günstig eingeschätzt werden kann.

Prognoseeinschätzung. Vereinzelt werden auch andere Gründe, die einer günstigen Prognose entgegen stehen, wenig reflektiert. So fehlt oftmals eine Suchtanamnese oder es wird Substanzmissbrauch berichtet, ohne dass eine Abhängigkeit ausgeschlossen werden kann (vgl. §27 Abs. 2(1a) der Richtlinie). Oder es werden Patient*innen behandelt, die sich in laufenden Rentenantragsverfahren befinden, ohne dass die die Störung aufrechterhaltenden Bedingungen reflektiert werden.

Rezidivprophylaxe. Oftmals fehlen Angaben zur Rezidivprophylaxe (§14) oder es wird ohne weitere Begründung angegeben, dass diese noch nicht absehbar sei – auch bei rezidivierenden Störungen und Vorbehandlungen. Dabei stellt die Rezidivprophylaxe eine der sinnvollsten Erweiterungen der Behandlungsmöglichkeiten insbesondere von schwer und chronisch psychisch Kranken dar.

Patienten mit Intelligenzminderung. Es ist bedauerlich, dass Anträge auf Langzeittherapie für beispielsweise Menschen mit Intelligenzminderung trotz der Erleichterungen, die 2018 Eingang in die Richtlinie gefunden hatten, immer noch die absolute Ausnahme darstellen, bei mir waren es 0,1% aller Anträge, die ich seit 2018 bearbeitet habe. Diese Beobachtung ließe sich wohl auch auf andere Gruppen von Patient*innen übertragen.

Zusammenfassung und Interpretation. In Gesprächen mit Kolleg*innen musste ich immer wieder feststellen, dass die Psychotherapie-Richtlinie, die Grundlage unserer Tätigkeit als Vertragspsychotherapeut*innen, nicht inhaltlich bekannt war, zumindest oft nicht in der aktuellen Version. Wann haben Sie selbst die Richtlinie das letzte Mal gelesen? Auch wenn die meisten Anträge, die ich lesen durfte, Ausdruck einer fundierten und engagierten Arbeit sind, zeigen sich in Einzelfällen konkrete Probleme, die Rückschlüsse auf grundsätzliche Defizite der Versorgung zulassen. Diese lassen sich zusammenfassen als eine unzureichende Absicherung der Diagnose, eine unzureichende Berücksichtigung der Vorgeschichte mit den erfolgten Behandlungen, eine unzureichende kritische Reflexion der Prognose und des angemessenen Behandlungsumfangs sowie eine unzureichende Berücksichtigung der Rezidivprophylaxe und damit der Planung der Behandlung in die Zukunft.

5. Auswirkungen mangelnder Versorgungsverantwortung auf das Ansehen der Profession in der politischen Diskussion

Die beschriebenen Fehlsteuerungen und Schwierigkeiten der Versorgung haben Folgen für die Profession der Psychotherapeuten und können langfristig existenzgefährdend werden. Ohne dass eigene Lösungen gefunden werden, verliert die Berufsgruppe ihre Glaubwürdigkeit. Dies zeigt sich in der politischen Diskussion.

Kommentare, dass Psychotherapeut*innen vor allem leicht psychisch Erkrankte behandeln und schwer Erkrankte nicht versorgen (vgl. Melchinger, 2009; Lütz, 2019), kommen meist aus einem interessegeleiteten Umfeld, beispielsweise von psychiatrischen Berufsverbänden. Analoge Äußerungen kommen aber auch von Seiten der Krankenkassen, meist nach Forderungen der Berufsgruppenvertretung nach mehr Zulassungen.

Doch spätestens als der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Hecken 2013 aufgrund einer Forderung nach mehr Kassensitzen sinngemäß meinte, man brauche nicht immer einen Psychotherapeuten, manchmal könne auch ein Bier im Gespräch mit einem Freund helfen, hätten die Berufsvertreter*innen aufmerken müssen. Nach dem (inhaltlich unberechtigten) Shit-Storm (vgl. Ballwieser & Teevs, 2013) fehlt bis heute eine seriöse Antwort der Berufsgruppenvertretung auf das angesprochene Problem. 2019 wurde ein Referentenentwurf zur Lotsenregelung durch eine Petition abgewehrt. Mit dieser sollte über eine gestufte und gesteuerte Versorgung eine Fachperson als Lotse vor Beginn einer Psychotherapie etabliert werden, um die Versorgung psychisch Erkrankter besser zu gewährleisten. Auch hier agierte die Berufsgruppenvertretung mit persönlichen Angriffen (z.B. Spahnscher Irrtum 1 bis 3, BPTK, 2018b-d) ohne die Problematik aufzugreifen, welche mit dem Gesetzesentwurf gelöst werden sollte. Als ein Teil obiger Daten am 17.01.2019 in Berlin anlässlich einer Expertenrunde mit dem Gesundheitsminister Spahn vorgestellt wurde, regte sich kein inhaltlicher Widerspruch der teilnehmenden Berufsverbände. Diese Beispiele zeigen auf, wie weit sich die Wahrnehmung der Entscheider im Gesundheitswesen vom Konsens der Berufsverbände und der BPTK unterscheidet. Sie belegen: *Wenn wir als Berufsgruppe weiterhin unsere Hausaufgaben nicht machen, tun es*

Andere für uns. Anstatt immer mehr Ressourcen und Rechte zu fordern, sollte die Berufsgruppe diskutieren, wie die vorhandenen Ressourcen besser eingesetzt werden könnten.

Die Mehrheit der Berufsgruppenvertretung will diese Diskussion nicht, weil dann die bisherige Einigkeit im Auftreten nach Außen zerbrechen würde. Auf der anderen Seite dieser Einigkeit kommt es zur Verweigerung einer notwendigen Diskussion innerhalb der Berufsgruppe über die Nutzung vorhandener Ressourcen, so dass wir die Zukunftsfähigkeit unserer ambulanten Arbeitsbedingungen aufs Spiel setzen. Denn ohne diese notwendige Selbstregulation leidet die Glaubwürdigkeit unserer Berufsgruppenvertretung gegenüber politischen Entscheidern und diese werden zunehmend Entscheidungen über den Kopf der Berufsgruppe hinweg vornehmen. Dies passiert bereits jetzt, so stellte beispielsweise der Präsident der BPTK Munz 2019 fest: „Die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens und der Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung für Psychotherapeuten sind ein substanzieller Eingriff in die psychotherapeutische Versorgung. Es wäre angemessen gewesen, die neuen Regelungen mit uns zu beraten, bevor politische Entscheidungen getroffen werden“ (BPTK, 2019) – ohne jedoch den eigenen Anteil der Berufsgruppe daran zu hinterfragen.

So fordert aktuell die BPTK (2021) im Zuge der Corona-Pandemie als Soforthilfe den zeitlich befristeten und ansonsten uneingeschränkte Einbezug von Privatpraxen in die kassenärztliche Versorgung und langfristig eine weitergehende Reform der Bedarfsplanung mit dem Ziel weiterer Praxissitze – ohne mit einem Wort die Verantwortung der bereits Niedergelassenen zu erwähnen und an deren Versorgungsverpflichtung zu appellieren. Dies wird definitiv den politischen Druck auf die Niedergelassenen erhöhen, beispielsweise könnte es in absehbarer Zeit zur Überprüfung des Einhaltens der Versorgungsverpflichtung mit den wöchentlichen Sprechstundenzeiten, wie auch der Gesamtarbeitszeit kommen. Gleichzeitig zeichnet sich ab, dass im Zuge der Reform der Musterweiterbildungsordnung ab 2025 mehrere hundert Absolvent*innen jährlich mehr als die benötigten ihre Qualifikation zur Niederlassung erreichen werden (Munz, 2021). Deutlich mehr niederlassungsfähige und -willige Fachpsychotherapeut*innen werden mehr Niederlassungsmöglichkeiten fordern. Es braucht eine öffentlich und kritische Selbstreflexion der Psychotherapeut*innen und ihrer Versorgungsverantwortung (die bislang nur in geschlossenen Diskussionsforen aufkeimt), damit die sich abzeichnenden Entwicklungen nicht zu einer Gefahr für die gesamte Berufsgruppe werden.

6. Was ist zu tun? Ausblick

Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland mit ihrem Erstzugangsrecht und ohne finanzielle Barrieren ist im internationalen Vergleich auf einem sehr hohen, wenn nicht dem höchsten Niveau. Um dieses Niveau zu erhalten, ist es erforderlich, dass sich die Niedergelassenen ihrer Versorgungsverantwortung annehmen. Nur so können wir die Freiräume unserer Arbeitsbedingungen dauerhaft erhalten. Hierfür möchten wir folgende Anregungen zur Diskussion stellen, wohl wissend, dass diese bereits teilweise in der Richtlinie angelegt sind, aber in der Praxis (noch) nicht gelebt werden.

Klare Trennung von Sozialarbeit, Beratung und Krankenbehandlung. Die klare Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und Beratung bzw. Begleitung sollte für die Gesamtheit der Berufsgruppe ein wichtiges Ziel sein. Wenn Lebensbegleitung einzelner dazu führt, dass die Behandlung von Krankheiten anderer verhindert wird, dann stimmt die Gewichtung der

sozialen Gerechtigkeit nicht mehr, zumal es hinreichend alternative und verordnungsfähige Angebote gibt, z.B. die Soziotherapie.

Qualitätssicherung von qualitativen und quantitativen Behandlungsentscheidungen.

Qualitative (Priorisierung) und quantitative (Begrenzung) Behandlungsentscheidungen stellen die Niedergelassenen vor besondere Herausforderungen. Hierzu benötigt es einen Raum, in dem diese Entscheidungen reflektiert werden können, z.B. eine Interventionsgruppe. Der Reflexionsprozess sollte in standardisierter Weise Teil der Behandlungsdokumentation werden. Ab einem zu definierenden Behandlungsumfang sollte ein Zweitmeinungsverfahren obligat werden, in dem das bisherige Gutachtenverfahren zukünftig aufgehen könnte.

Standardisierte Diagnostik wird obligat, um die Vergleichbarkeit des psychischen Leidens innerhalb des Sozialraums und zwischen verschiedenen Sozialräumen zu sichern. Damit kann verhindert werden, dass es in Regionen mit hoher Psychotherapeut*innendichte zu einer Absenkung des Krankheitsbegriffs kommt. Nur aus einer abgesicherten Diagnose lassen sich (an den Leitlinien der Fachgesellschaften) orientierte Behandlungsumfänge ableiten. Individuelle Abweichungen sind zu begründen.

Sprechstunde zur Priorisierung nutzen. Es ist wichtig, die Grundidee der Sprechstunde in der Praxis umzusetzen, um soziale Gerechtigkeit innerhalb des Sozialraums zu steuern. Dies beinhaltet nach zeitnahen Erstterminen, die Patient*innen zu begrenzen, die keine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung oder eine ungünstige Prognose haben, und ihnen alternative Beratungs- und Selbsthilfemöglichkeiten zu vermitteln. Nur so bleiben Ressourcen für die Versorgungsverantwortung gegenüber schwer bzw. akut erkrankten Patient*innen.

Selbstverpflichtung zur Behandlung bei „zeitnah erforderlich“. Die Steuerung der Versorgung orientiert sich an der Diagnose, die Einschätzung einer „zeitnah erforderlichen“ (PTV11) Behandlung wird für die Berufsgruppe selbstverpflichtend, d.h. die Anzahl der im Quartal begonnenen „zeitnah erforderlichen“ Behandlungen sowie der Akutbehandlungen wird dokumentiert (und gegebenenfalls veröffentlicht).

Die Behandlungs-Vergangenheit systematisch erfassen. Da die Zahl der Patient*innen mit Vorbehandlungen zunimmt, ist es erforderlich, diese systematisch zu erfassen (z.B. über Befundberichte) und die Erkenntnisse in der aktuellen Behandlung zu berücksichtigen, damit nicht wirksame Interventionen nicht wiederholt angewendet werden. Nur unter Berücksichtigung der Vorbehandlungen kann eine kritische Reflexion der Prognose erfolgen.

Die Behandlungs-Zukunft systematisch planen. „Nach der Psychotherapie ist vor der Psychotherapie“ wird für zunehmend viele Menschen zur Realität. Bei gegebener Indikation, z.B. rezidivierenden Erkrankungen, ist die Rezidivprophylaxe zu erweitern und zum Standard der Versorgung zu werden. Dies beinhaltet nicht nur das Ausschleichen der Behandlung durch niederfrequente Sitzungen nach Bearbeitung notwendiger Behandlungsziele und die Durchführung eines standardisierten Programms zur Rückfallprävention. Es beinhaltet die nachhaltige Behandlungsplanung im Sinne einer ambulanten Intervallbehandlung für schwer und chronisch erkrankte Patient*innen.

Kooperative und vernetzte Praxisstrukturen. Die zunehmende Fragmentierung der Versorgung durch Niederlassungen mit halben Versorgungsauftrag erschwert die Erreichbarkeit, Koordinierung von Angeboten und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen. Durch eine gemeinsame Erreichbarkeit (Telefonnummer) und durch gemeinsame Anmeldung (Website) können Sprechstunden übergreifend angeboten und die Steuerung in Richtung Akutbehandlung oder Richtlinien-Psychotherapie gemeinsam aufgeteilt werden.

Die Praxis-Netze sollten in der Lage sein, Gruppentherapie als Standardbehandlung anzubieten. Praxis-Netze erleichtern die Kooperation beispielsweise mit Psychiater*innen, die statt mehrerer nur noch eine Anlaufstelle haben. Vor allem Kleinpraxen, welche ihre zeitliche Versorgungspflicht nicht umsetzen, sollten im eigenen Interesse rechtzeitig solche Kooperationen eingehen.

Psychotherapeut*innenschaften auf regionaler Kreisebene, vergleichbar den Kreisärzt*innenschaften, können die Kooperation und Versorgung fördern, indem sie gemeinsam bei Versorgungsdruck für andere lokale Akteure der Gesundheitsversorgung wie Ärzt*innen, Krankenkassen, Gesundheitsämter, Behindertenhilfeeinrichtungen etc. als Ansprechpartner*in zur Verfügung stehen und für den jeweiligen Sozialraum Lösungen erarbeiten.

Berufsrechtliche Berücksichtigung von Versorgungsverantwortung. Die Selbstregulation unserer Berufsgruppe und ihre Verantwortungsübernahme sollte von den Kammern unterstützt werden. Dazu gehört die Beendigung der Forderung nach erweiterter Bedarfsplanung. Erst wenn wir als Berufsgruppe unsere Hausaufgaben gemacht haben, wäre zu prüfen, ob und wo Neuzulassungen notwendig sind. Die Ausweitung der Versorgung durch die weitere Zulassung von Praxen mit halben Versorgungsauftrag in Städten, in welchen nach 10 Jahren rechnerisch die gesamte Bevölkerung durchtherapiert wäre, ist eine existenzielle Hypothek für dort Niedergelassene. Dem Bedarf der Bevölkerung nach Beratung und Begleitung in Belastungssituationen muss durch Forderung nach Ausbau der Beratungsstellen begegnet werden – nicht nach Forderungen zum Ausbau der Krankenbehandlung.

Sozialrechtliche Berücksichtigung von Versorgungsverantwortung. In der Richtlinie sind bereits zahlreiche Schritte zur Verbesserung der Versorgung angelegt, die jedoch (noch) nicht in der Praxis umgesetzt werden. Darüber hinaus sollte der Behandlungsbedarf des Kranken den Behandlungsumfang bestimmen, nicht das angewendete Verfahren.

Selektivverträge. Über Selektivverträge sollte der Aufbau versorgungsorientierter Strukturen erfolgen statt einer kleinräumigen, bundesweiten Bedarfsplanung. Kassen können so zum einen regionale Besonderheiten berücksichtigen, zum anderen über Videotherapie Angebote aus überversorgten Regionen für ländliche Regionen ermöglichen. Die bislang unveröffentlichte Evaluation der Selektivverträge in Baden-Württemberg konnte zeigen, dass dort die schwer Erkrankten zeitnah aufgenommen wurden.

Zum Abschluss. Überlassen Sie die Diskussion über die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung nicht nur Verbands- und Kammervertreter*innen. Stellen Sie kritisch Fragen und bringen Sie Ihre Ideen ein, damit Handlungsdruck entsteht und die Versorgungsverantwortung unserer Berufsgruppe in den Fokus gestellt wird. Vielen Dank!

Literatur

- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (2020). Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland (6., aktualisierte Aufl.). Verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/10/BAfF_Versorgungsbericht-6.pdf
- Ballwieser, D. & Teevs, C. (2013). Funktionär empfiehlt Bier statt Psychotherapie. Spiegel online vom 05.11.2013. Verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/psychische-probleme-josef-hecken-empfoehlt-bier-statt-therapie-a-931850.html>

- BARMER Arztreport (2020). Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Bd. 21. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/presse/infotehk/studien-und-reports/arztberichte>
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8th Ed.). Oxford: University Press.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2021). BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2020a). Videobehandlung. Eine Umfrage zu den Erfahrungen von Psychotherapeut*innen. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/20201105_BPtK-Studie_Videobehandlung.pdf
- BPtK (2020b). Wirtschaftliche und berufliche Situation der im ambulanten Sektor tätigen Berufsangehörigen. Projektbericht.
- BPtK (2019). Ab 2022: Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/ab-2022-abschaffung-des-antrags-und-gutachterverfahrens/>
- BPtK (2018a). Rund 20 Wochen Wartezeit auf psychotherapeutische Behandlung. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/rund-20-wochen-wartezeit-auf-psychotherapeutische-behandlung/>
- BPtK (2018b). Spahnscher Irrtum 1 – Reloaded. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/spahnscher-irrtum-1-reloaded/>
- BPtK (2018c). Spahnscher Irrtum 2. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/spahnscher-irrtum-2/>
- BPtK (2018d). Spahnscher Irrtum 3. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/spahnscher-irrtum-3/>
- Bühning, P. (2021). Die Frage der Gerechtigkeit. Deutsches Ärzteblatt PP, 2/2021, 55-56.
- Harvey, A.G. & Gumpert, N.B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: modifiable barriers to access and possible solutions. Behaviour Research and Therapy, 68, 1-12.
- Jorm, A.F., Patten, S.B., Brugha, T.S. & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. World Psychiatry, 16, 90-99.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021). Praxismeldungen: Immer mehr Praxen greifen zur Kamera - Zahl der Videosprechstunden auf über eine Million gestiegen. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_50419.php
- LPK-BW – Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2020). Erfolgreiche Corona-Hotline für Menschen mit psychischen Belastungen. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/news/2020/erfolgreiche-corona-hotline-fuer-menschen-mit-psychischen-belastungen>
- Lütz, M. (2019). Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Wie ein Lobbyverband psychisch Kranken schadet. Spiegel online vom 24.03.2019. Verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/psychotherapie-wie-ein-lobbyverband-psychisch-kranken-schadet-a-1259159.html>
- Melchinger, H. (2009). Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. ZFA, 6/2009, 247-253.
- Multmeier, J. (2014). Ambulante Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV. Die Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ungekürzter Fassung. Projekt Psychotherapie, 2/2014, 12-22.

- Munz, D. (2021). Themenblock 3: Realisierbarkeit. Vortrag gehalten auf dem Delegiertenworkshop (Webinar) zur Reform der Musterweiterbildungsordnung am 10.03.2021.
- Priebe, S. & Wright, D. (2006). The provision of psychotherapy: an international comparison. *Journal of Public Mental Health*, 5, 12.
- Puschner, B., Kösters, B. & Kösters, M. (2020). Verteilung von Therapieplätzen. Ressourcenallokation im Spannungsfeld von Ethik und Ökonomie. In: F. Steger & J. Brunner (Hrsg.) (2020), *Ethik in der psychotherapeutischen Praxis* (S. 181-191). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steger, F. & Brunner, J. (Hrsg.) (2020). *Ethik in der psychotherapeutischen Praxis. Integrativ – fallorientiert – wertepplural*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S.M., Minami, T. & Saunders, S.M. (2013). Dose–Effect Relationship in Routine Outpatient Psychotherapy: Does Treatment Duration Matter? *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0033589

Anhang

Anhang 1. Abgerechnete Sprechstunden (Ziffer 35151), Quartale 1/2019-3/2020

Psychotherapeutische Sprechstunde - GNR 35151

Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag:

Fachgruppe	Quartal 1/2019		Quartal 2/2019		Quartal 3/2019		Quartal 4/2019		Quartal 1/2020		Quartal 2/2020		Quartal 3/2020	
	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151
Psychologische Psychotherapeuten	608	55,9%	530	49,2%	554	52,3%	561	53,6%	595	57,6%	430	43,5%	531	53,4%
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	228	53,9%	193	47,3%	209	52,5%	201	51,1%	215	55,6%	166	44,4%	192	52,2%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	214	63,1%	174	53,0%	173	54,6%	200	63,3%	187	60,5%	138	45,0%	154	49,2%
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	6	35,3%	5	31,3%	8	47,1%	5	31,3%	6	42,9%	4	33,3%	4	40,0%
sonstige Fachgruppen	206	47,4%	193	43,2%	203	46,8%	215	49,3%	205	46,3%	185	42,6%	197	44,7%
Gesamt	1.262	54,8%	1.095	48,1%	1.147	51,6%	1.182	53,6%	1.208	55,3%	923	43,6%	1.078	50,7%
ohne Selektivvertragsteilnehmer:														
Psychologische Psychotherapeuten	467	59,3%	405	52,1%	427	55,7%	427	57%	452	61,3%	327	46,7%	397	57,0%
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	200	54,2%	165	46,5%	177	51,6%	171	51%	181	54,0%	142	43,7%	159	50,0%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	184	61,5%	146	51,0%	145	52,9%	169	63%	152	58,0%	114	44,4%	127	48,1%
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige	6	40,0%	5	35,7%	8	53,3%	5	36%	6	46,2%	4	36,4%	4	44,4%
sonstige Fachgruppen	159	52,3%	152	49,4%	156	53,2%	167	56%	154	51,9%	139	48,4%	147	50,7%
Gesamt	1.016	57,2%	873	50,2%	913	54,0%	939	56%	945	57,5%	726	45,9%	834	52,9%

Anmerkungen:
 - nur GKV-Fälle berücksichtigt
 - Nachvergütungsläufe nicht berücksichtigt

Psychotherapeuten mit anteiligem Versorgungsauftrag:

Fachgruppe	Quartal 1/2019		Quartal 2/2019		Quartal 3/2019		Quartal 4/2019		Quartal 1/2020		Quartal 2/2020		Quartal 3/2020	
	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x Versorgungsumfang x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x Versorgungsumfang x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151	Anzahl Ärzte mit mind. 42 x GNR 35151	Anteil dieser Ärzte an allen Ärzten mit Abrechnung der GNR 35151
Psychologische Psychotherapeuten	845	70,5%	816	65,5%	875	68,3%	921	68,1%	941	68,9%	814	59,9%	967	67,7%
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	235	67,3%	226	64,2%	238	65,9%	247	66,8%	264	71,4%	214	58,8%	256	65,6%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	222	79,3%	216	71,8%	212	65,2%	251	74,7%	263	75,1%	220	63,8%	240	69,4%
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	9	60,0%	7	63,6%	8	57,1%	8	53,3%	9	60,0%	8	53,3%	11	64,7%
Sonstige Fachgruppen	52	60,5%	47	55,3%	53	60,2%	55	58,5%	59	57,8%	48	48,0%	61	55,5%
Gesamt	1.363	70,7%	1.312	65,8%	1.386	67,0%	1.482	68,4%	1.536	69,7%	1.304	59,7%	1.535	67,0%
ohne Selektivvertragsteilnehmer:														
Psychologische Psychotherapeuten	720	71,4%	682	65,0%	730	68,3%	769	69,0%	777	69,4%	662	60,0%	789	67,8%
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	211	65,9%	204	63,0%	218	65,3%	225	65,8%	238	70,8%	190	58,3%	227	64,7%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	190	78,2%	189	71,6%	184	64,3%	220	74,8%	232	75,6%	198	65,1%	211	69,4%
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige	9	60,0%	7	63,6%	8	57,1%	8	53,3%	9	60,0%	8	53,3%	11	64,7%
Sonstige Fachgruppen	48	64,0%	43	58,1%	46	61,3%	49	60,5%	49	59,0%	42	50,6%	53	59,6%
Gesamt	1.178	70,9%	1.125	65,3%	1.186	66,7%	1.271	68,9%	1.305	70,1%	1.100	60,0%	1.291	67,1%

Anmerkungen:
 - nur GKV-Fälle berücksichtigt
 - anteilige Versorgungsaufträge = Versorgungsumfang von 0,25, 0,5 oder 0,75
 - Psychotherapeuten mit Leistungsbeschränkung bzw. Aufrechnung der Leistungen auf Ansteller nicht enthalten
 - Nachvergütungsläufe nicht berücksichtigt
 - bei anteiligen Versorgungsaufträgen Anzahl GNR = 42 auch nur anteilig berücksichtigt

Anhang 2. Durchschnittliche Scheinzahl pro Kopf, Quartale 1/2017-3/2020

Durchschnittliche Scheinzahl Psychotherapeuten pro Kopf

Quartal	Psychotherapeuten		
	Fallzahlen	Anzahl Köpfe	Durchschnittliche Fallzahl
3/2020	164.149	4.255	39
2/2020	151.926	4.188	36
1/2020	169.318	4.172	41
4/2019	167.765	4.160	40
3/2019	167.568	4.121	41
2/2019	165.781	4.089	41
1/2019	169.689	4.065	42
4/2018	164.777	4.029	41
3/2018	160.674	3.970	40
2/2018	160.787	3.949	41
1/2018	163.570	3.916	42
4/2017	158.881	3.876	41
3/2017	157.252	3.839	41
2/2017	156.137	3.801	41
1/2017	156.868	3.769	42

Anmerkungen:

- nur GKV-Fälle berücksichtigt
- Psychotherapeuten = Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte

Anhang 4. Sprechstunde und Akutbehandlung nach Planungsbezirken, Quartal 2/2018

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Sprechstunde und Akutbehandlung nach Planungsbezirken - Quartal 2/2018

BD Freiburg

Name des Planungsbereichs (Kreis)	EW im Planungsbereich	Gesamtzahl Psychotherapeuten ohne Ermächtigte u. Einr.	Anzahl EW je Psychotherapeut (EW/PT)	Versorgungsgrad (in Prozent)	Anzahl Sprechstunde (35151)	Anzahl Sprechstunde (35151) je EW/PT	Anzahl Sprechstunde (35151) je tausend EW	Anzahl Akutbehandlung (35152)	Anzahl Akutbehandlung (35152) je EW/PT	Anzahl Akutbehandlung (35152) je tausend EW
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Breisgau-Hochschwarzwald	262.406	74,10	3.541	263,7	5.796	1,6367	22,09	2.249	0,6351	8,57
Emmendingen	164.712	34,50	4.774	183,3	3.374	0,7067	20,48	1.552	0,3251	9,42
Freiburg im Breisgau	229.636	264,90	867	346,1	14.638	16,8859	63,74	7.690	8,8709	33,49
Konstanz	284.014	80,40	3.533	172,1	6.364	1,8016	22,41	1.879	0,5319	6,62
Lörrach	228.314	43,35	5.267	114,7	2.265	0,4301	9,92	1.098	0,2085	4,81
Ortenaukreis	425.932	89,50	4.759	127,8	8.293	1,7426	19,47	3.206	0,6737	7,53
Rottweil	138.858	24,35	5.703	107,2	1.418	0,2487	10,21	558	0,0979	4,02
Schwarzwald-Baar-Kreis	211.207	43,30	4.878	127,3	3.257	0,6677	15,42	940	0,1927	4,45
Tuttlingen	139.397	25,50	5.467	110,1	1.508	0,2759	10,82	207	0,0379	1,48
Waldshut	170.198	33,20	5.126	118,6	2.387	0,4656	14,02	1.546	0,3016	9,08

BD Karlsruhe

Name des Planungsbereichs (Kreis)	EW im Planungsbereich	Gesamtzahl Psychotherapeuten ohne Ermächtigte u. Einr.	Anzahl EW je Psychotherapeut (EW/PT)	Versorgungsgrad (in Prozent)	Anzahl Sprechstunde (35151)	Anzahl Sprechstunde (35151) je EW/PT	Anzahl Sprechstunde (35151) je tausend EW	Anzahl Akutbehandlung (35152)	Anzahl Akutbehandlung (35152) je EW/PT	Anzahl Akutbehandlung (35152) je tausend EW
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Baden-Baden/Rastatt	284.934	43,40	6.565	136,4	3.819	0,5817	13,40	1.532	0,2333	5,3767
Calw	157.424	32,37	4.863	191,4	1.521	0,3128	9,66	363	0,0746	2,3059
Enzkreis	198.369	28,90	6.864	135,9	2.337	0,3405	11,78	956	0,1393	4,8193
Freudenstadt	117.456	22,35	5.255	115,7	1.514	0,2881	12,89	437	0,0832	3,7205
Heidelberg	160.601	192,77	833	359,7	10.510	12,6152	65,44	4.266	5,1205	26,5627
Karlsruhe, Land	442.672	60,95	7.263	128,6	3.668	0,5050	8,29	1.349	0,1857	3,0474
Karlsruhe, Stadt	311.919	144,10	2.165	143,8	9.403	4,3440	30,15	3.767	1,7403	12,0769
Mannheim	307.997	168,10	1.832	169,3	11.447	6,2476	37,17	5.059	2,7611	16,4255
Neckar-Odenwald-Kreis	143.376	25,35	5.656	108,4	2.002	0,3540	13,96	763	0,1349	5,3217
Pforzheim	124.289	52,45	2.370	133,9	3.221	1,3593	25,92	943	0,3979	7,5872
Rhein-Neckar-Kreis	546.745	116,44	4.696	164,1	10.006	2,1310	18,30	3.389	0,7218	6,1985

BD Reutlingen

Name des Planungsbereichs (Kreis)	EW im Planungsbereich	Gesamtzahl Psychotherapeuten ohne Ermächtigte u. Einr.	Anzahl EW je Psychotherapeut (EW/PT)	Versorgungsgrad (in Prozent)	Anzahl Sprechstunde (35151)	Anzahl Sprechstunde (35151) je EW/PT	Anzahl Sprechstunde (35151) je tausend EW	Anzahl Akutbehandlung (35152)	Anzahl Akutbehandlung (35152) je EW/PT	Anzahl Akutbehandlung (35152) je tausend EW
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Alb-Donau-Kreis	194.629	27,20	7.155	127,8	2.179	0,3045	11,20	652	0,0911	3,35
Biberach	198.265	37,55	5.280	112,2	2.474	0,4686	12,48	1.096	0,2076	5,53
Bodenseekreis	214.655	51,45	4.172	148,0	4.611	1,1052	21,48	1.577	0,3780	7,35
Ravensburg	283.264	72,67	3.898	153,9	6.467	1,6591	22,83	2.490	0,6388	8,79
Reutlingen	285.754	62,85	4.547	133,6	3.681	0,8096	12,88	866	0,1905	3,03
Sigmaringen	130.192	27,45	4.743	127,5	1.711	0,3608	13,14	756	0,1594	5,81
Tübingen	225.755	150,85	1.497	559,6	5.372	3,5896	23,80	3.054	2,0407	13,53
Ulm	125.596	55,90	2.247	137,3	4.837	2,1528	38,51	1.399	0,6227	11,14
Zollernalbkreis	188.170	57,00	3.301	187,4	2.575	0,7800	13,68	1.203	0,3644	6,39

BD Stuttgart

Name des Planungsbereichs (Kreis)	EW im Planungsbereich	Gesamtzahl Psychotherapeuten ohne Ermächtigte u. Einr.	Anzahl EW je Psychotherapeut (EW/PT)	Versorgungsgrad (in Prozent)	Anzahl Sprechstunde (35151)	Anzahl Sprechstunde (35151) je EW/PT	Anzahl Sprechstunde (35151) je tausend EW	Anzahl Akutbehandlung (35152)	Anzahl Akutbehandlung (35152) je EW/PT	Anzahl Akutbehandlung (35152) je tausend EW
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Böblingen	389.548	63,78	6.108	150,8	3.120	0,5108	8,01	1.375	0,2251	3,53
Esslingen	532.447	91,75	5.803	131,9	4.987	0,8593	9,37	1.457	0,2511	2,74
Göppingen	256.345	35,70	7.181	123,6	2.013	0,2803	7,85	804	0,1120	3,14
Heidenheim	132.006	24,00	5.500	112,7	1.766	0,3211	13,38	636	0,1156	4,82
Heilbronn, Land	340.772	43,15	7.897	115,8	2.372	0,3004	6,96	542	0,0686	1,59
Heilbronn, Stadt	125.113	43,90	2.850	110,6	2.654	0,9312	21,21	971	0,3407	7,76
Hohenlohekreis	111.392	21,00	5.304	113,1	1.915	0,3610	17,19	1.046	0,1972	9,39
Ludwigsburg	542.630	80,05	6.779	112,0	4.538	0,6695	8,36	1.446	0,2133	2,66
Main-Tauber-Kreis	132.189	24,30	5.440	113,9	1.430	0,2629	10,82	827	0,1520	6,26
Ostalbkreis	312.422	57,10	5.471	111,0	3.372	0,6163	10,79	1.801	0,3292	5,76
Rems-Murr-Kreis	424.878	61,65	6.892	111,6	3.097	0,4494	7,29	858	0,1245	2,02
Schwäbisch Hall	194.203	35,50	5.471	109,3	1.775	0,3245	9,14	765	0,1398	3,94
Stuttgart	632.743	268,15	2.360	130,1	13.693	5,8030	21,64	5.344	2,2647	8,45