

Wissenschaft und Forschung



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2021

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2021

Impressum

Report Psychotherapie 2021

2. Auflage Mai 2021 / Stand: März 2021

Herausgeber:

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Tel. 030 235009-0
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel

Vereinsregister: VR 25849 B
Amtsgericht Charlottenburg
Umsatzsteuer-ID: DE252547846

Autoren:

Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Dipl.-Psych.
Anne Dazer, B.Sc.
Dr. Enno Maaß, Dipl.-Psych.

Gestaltung:

Jacqueline Lee, M.A.

Druck:

primeline print berlin GmbH
Marienburger Str. 16
10405 Berlin

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Nomen in diesem Report das generische Maskulinum verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in dieser Publikation verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Vorwort

Wie viele Menschen leiden in Deutschland an einer psychischen Erkrankung? Gibt es regionale Unterschiede, sind alte oder junge Menschen häufiger betroffen, Männer oder Frauen? Wie werden die erkrankten Menschen versorgt? Welche Finanzmittel werden für die Behandlung eingesetzt?

Wer die Versorgung psychisch kranker Menschen langfristig verbessern möchte, braucht belastbare Daten. Nur wer die Fakten kennt, kann mit ihnen argumentieren. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) als größter Berufsverband der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland trägt mit dem „Report Psychotherapie“ zur Versachlichung und Transparenz in der Auseinandersetzung mit dem Thema Psychotherapie bei.

Nach der erfolgreichen Premiere des Reports im vergangenen Jahr freuen wir uns, Ihnen nun die aktualisierte und erweiterte 2. Auflage zu präsentieren. Sämtliche Angaben in der Faktensammlung zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen, zur Inanspruchnahme fachspezifischer Behandlung sowie zu den direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen wurden bei Vorhandensein neuer Daten aktualisiert. Das Kapitel zur Inanspruchnahme von Psychotherapie wurde durch Angaben zu den häufigsten Behandlungsanlässen und durch Analysen zum Anteil fachspezifisch behandelter psychisch erkrankter Menschen erweitert.

Ergänzt wurde der Report darüber hinaus durch zwei neue, umfassende Kapitel zur ambulanten und zur stationären psychotherapeutischen Behandlung, u. a. mit Informationen zu ambulanten Behandlungsverfahren, Leistungserbringern und zu den Kapazitäten in der stationären Versorgung. Da das vergangene Jahr stark durch die COVID-19-Pandemie geprägt war, findet auch der aktuelle Kenntnisstand zu diesem Thema Eingang in den Report: Welche Auswirkungen hat die Pandemie auf die psychische Gesundheit, und wie haben die Psychotherapeuten die Möglichkeit zur Videobehandlung aufgegriffen?

Für die Zusammenstellung des Reports analysierten die Autoren erneut zahlreiche wissenschaftliche Studien und aktuelle statistische Berichte der Gesetzlichen Krankenversicherungen, des Bundesgesundheitsministeriums, der Deutschen Rentenversicherung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vieler anderer Institutionen.

Der Report Psychotherapie stellt ein aktuelles, umfassendes und übersichtliches Kompendium zur Situation psychischer Erkrankungen in Deutschland dar, das in unterschiedlichem Kontext als Faktenbasis genutzt werden kann.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel

Bundvorsitzender der DPTV

Inhaltsverzeichnis

1.	Psychische Erkrankungen in Deutschland	10
1.1	Psychische Erkrankungen bei Erwachsenen.....	10
1.1.1	Epidemiologische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen	12
1.1.2	Diagnoseprävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen	15
1.2	Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.....	16
1.2.1	Epidemiologische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.....	17
1.2.2	Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	18
1.3	Entwicklung der Prävalenz	18
NEU: 1.4	Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie.....	20
1.4.1	Auswirkungen von COVID-19 auf die Psyche in der Allgemeinbevölkerung.....	20
1.4.2	Psychische Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung.....	22
1.4.3	Auswirkungen von COVID-19 auf psychisch erkrankte Menschen	23
1.5	Chronifizierung und Transition.....	24
1.6	Komorbidität	25
1.6.1	Komorbidität mit psychischen Erkrankungen	25
1.6.2	Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen.....	26
1.7	Mortalität	27
1.8	Suizidalität	28
2.	Inanspruchnahme von Psychotherapie	30
2.1	Inanspruchnahme bei Erwachsenen	30
2.1.1	Inanspruchnahme in der erwachsenen Gesamtbevölkerung	30
2.1.2	Inanspruchnahme bei psychisch kranken Erwachsenen	32
2.2	Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen	37
2.2.1	Inanspruchnahme bei allen Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung.....	37
2.2.2	Inanspruchnahme bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen	37
NEU: 2.3	Vergleich der verschiedenen fachspezifischen ambulanten Behandlergruppen	40
3.	Krankheitskosten psychischer Erkrankungen	42
3.1	Direkte Krankheitskosten	43
3.1.1	Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen insgesamt	43
3.1.2	Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen pro Einwohner/Patient	45
3.1.3	Ambulante und stationäre Behandlungskosten.....	46
3.1.4	Kosten ambulanter Psychotherapie.....	48
3.1.5	Krankengeld.....	49
3.1.6	Rehabilitationsleistungen.....	50
3.1.7	Kosten medikamentöser Behandlungen.....	51
3.2	Indirekte Krankheitskosten.....	52
3.2.1	Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit	52
3.2.2	Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Erkrankungen insgesamt	53
3.2.3	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Einzeldiagnosen	54
3.2.4	Frühzeitige Berentungen wegen Erwerbsunfähigkeit	55
3.2.5	Berufsunfähigkeit.....	56
3.2.6	Krankheitslast psychischer Erkrankungen (DALYs)	57
3.3	Einordnung der Kosten ambulanter Psychotherapie	58

NEU: 4.	Ambulante psychotherapeutische Behandlung	61
4.1	Psychotherapie in wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien	61
4.2	Verteilung der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren.....	65
4.3	Umfang von Richtlinienpsychotherapien	66
4.3.1	Dauer der Therapie.....	66
4.3.2	Ausschöpfung der Kontingente	67
4.4	Neue Leistungen in der Psychotherapie.....	68
4.4.1	Neue Behandlungselemente in der Psychotherapie	69
4.4.2	Vermittlung von Psychotherapie durch Terminservicestellen	71
4.4.3	Sozialrechtliche Befugnisse der Psychotherapeuten.....	72
4.5	Wartezeiten in der Psychotherapie	73
4.6	Psychotherapeutische Videositzungen.....	74
4.7	Ambulante psychotherapeutische Behandler	76
4.7.1	Anzahl der Leistungserbringer in der Behandlung psychisch Erkrankter	76
4.7.2	Art der Tätigkeit und Versorgungsaufträge.....	78
4.7.3	Alter und Geschlecht der Psychotherapeuten.....	80
4.7.4	Nachwuchs der PP und KJP	82
NEU: 5.	Stationäre Behandlung psychisch Erkrankter	84
5.1	Behandlungsaufkommen und Behandlungskapazitäten.....	84
5.1.1	Stationärer Bereich – Krankenhäuser	84
5.1.2	Stationärer Bereich – Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	92
5.1.3	Teilstationärer Bereich.....	93
5.2	Stationäre Fachbehandler.....	94
5.3	Probleme in der stationären und sektorenübergreifenden Versorgung.....	95
5.3.1	Personalstandards in der Psychiatrie.....	95
5.3.2	Versorgung über Sektorengrenzen	96
5.3.3	Ambulante Leistungen im Umfeld von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen	97
	Abbildungsverzeichnis	100
	Tabellenverzeichnis	102
	Literaturverzeichnis.....	104
	Anhang A: Kontingente und Bewilligungsschritte in der Psychotherapie	114
	Anhang B: Verfahren der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung	116

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, englische Bezeichnung: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
ÄP	Ärztlicher Psychotherapeut
AP	Analytische Psychotherapie
APA	American Psychiatric Association/Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BpTK	Bundespsychotherapeutenkammer
BTZ	Berufliche Trainingszentren
DALYs	Disability-Adjusted Life Years
DEGS-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Modul Mental Health
DKV	Deutsche Krankenversicherung
DPTV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EHIS	European Health Interview Survey
EK	Erkrankung
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
GHS-MH	German Health Interview and Examination Survey – Module Mental Health
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKS	Hyperkinetische Störung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, deutsche Version: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KH	Krankheit
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
KZT	Kurzzeittherapie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LZT	Langzeittherapie
Mio.	Million/en
Mrd.	Milliarde/n
MW	Mittelwert
NAKO	NAKO-Gesundheitsstudie, ehemals Nationale Kohorte
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development/ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OR	Odds-Ratio
PiA	Psychotherapeut in Ausbildung
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PP	Psychologischer Psychotherapeut
PPP-RL	Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PT	Psychotherapeuten
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
ROI	Return-on-Investment
RPK	Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
SMI	Severe Mental Illness/Schwere psychische Störungen
ST	Systemische Therapie
SVR	Sachverständigenrat
TK	Techniker Krankenkasse
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
TSS	Terminservicestelle
VJ	Versichertenjahre
VT	Verhaltenstherapie
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Report Psychotherapie 2021

Einleitung

Immer mehr Menschen nehmen aufgrund psychischer Probleme oder einer psychischen Erkrankung professionelle Hilfe und Therapie in Anspruch. Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Lebensqualität der betroffenen Menschen in hohem Maße. Gleichzeitig betreffen die Folgen dieser Erkrankungen auch die gesamte Gesellschaft. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage und sind oft mit langen Ausfallzeiten verbunden. Sie stellen auch die häufigste Ursache für vorzeitige Berentungen in Deutschland dar und stehen z.T. in Wechselwirkung mit verschiedenen chronischen und körperlichen Erkrankungen.

Trotz ihres häufigen Auftretens und ihrer teils schwerwiegenden Auswirkungen werden psychische Erkrankungen oft zu spät erkannt und nur unzureichend behandelt. Über eine frühzeitige fachgerechte Behandlung lassen sich eine Chronifizierung und wiederholte stationäre Aufenthalte unter Umständen verhindern. Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017 wurden neue Behandlungselemente in die ambulante Psychotherapie eingeführt. Die Erreichbarkeit der Psychotherapeuten wurde verbessert, die Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung sowie eine Rezidivprophylaxe etabliert. Auch haben Psychotherapeuten schrittweise die sozialrechtlichen Befugnisse erhalten, die für eine Versorgung in vernetzten Strukturen unerlässlich sind: Verordnung von Sozio- und Ergotherapie, Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und Einweisung in die stationäre Einrichtung. Zur Evaluation des verbesserten Versorgungsangebotes liegen bereits erste bundesweiten Daten vor.

Die ambulante Psychotherapie ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems und verursacht im Vergleich zu den Gesamtausgaben für ärztliche Behandlungen nur geringe Kosten. Der gesundheitsökonomische Blick auf die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die gesamte Gesellschaft wurde in einer Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) verdeutlicht. Aufgrund dieser Bedeutung werden laut OECD auch europaweit höhere Investitionen in die frühzeitige Diagnostik und Behandlung psychisch erkrankter Menschen gefordert. Neben der direkten Hilfe für Betroffene würden sich dadurch auch die Wirtschaftsleistung und die Beschäftigungsquote der Länder deutlich erhöhen.

1. Psychische Erkrankungen in Deutschland

Im Folgenden wird ein Überblick über die Verbreitung psychischer Erkrankungen in Deutschland gegeben. Dazu werden Prävalenzraten beschrieben. Die Prävalenz ist eine Kennzahl für die Krankheitshäufigkeit in einem bestimmten Zeitraum.

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen anhand von bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen (epidemiologische Prävalenz, Kap. 1.1.1 Erwachsene und Kap. 1.2.1 Kinder/Jugendliche) und Daten zu Diagnoseraten, die anhand von Abrechnungsdaten der Vertragspsychotherapeuten und Vertragsärzte für alle gesetzlich Krankenversicherten gewonnen werden (administrative Prävalenz/Diagnoseprävalenz, Kap. 1.1.2 Erwachsene und Kap. 1.2.2 Kinder/Jugendliche). Zur umfassenden Darstellung psychischer Erkrankungen gehören auch Informationen zur Entwicklung der Prävalenzen über die vergangenen Jahre (Kap. 1.3), zur speziellen Situation während der COVID-19-Pandemie (Kap. 1.4), zu Chronifizierung (Kap. 1.5), zu Komorbidität (Kap. 1.6) sowie zu Mortalität (Kap. 1.7) und zu Suizidalität (Kap. 1.8). Da nur ein Teil der erkrankten Menschen professionelle Hilfe suchen und in Anspruch nehmen (Kap. 2), können die epidemiologischen Prävalenzraten und die Diagnoseprävalenzraten erheblich voneinander abweichen.

1.1 Psychische Erkrankungen bei Erwachsenen

Als Basis für die folgenden Angaben dienen epidemiologische Studien und administrative Analysen zur Ermittlung der Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung.

Angesichts der großen Unterschiede der in diesen Studien angewendeten diagnostischen Verfahren und der Stichprobenauswahl ist die Vergleichbarkeit teilweise eingeschränkt. Die Daten beziehen sich zudem auf unterschiedliche Jahre. Es wurden nur Erhebungen eingeschlossen, die repräsentative Daten der Be-

Prävalenz: Anteil der Personen in einer definierten Population (z.B. Bevölkerung, Versicherungengruppe), der zu einem definierten Zeitpunkt bzw. innerhalb einer definierten Zeitspanne die Zielgröße (z.B. eine bestimmte Krankheit) aufzeigt.

12-Monats-Prävalenz: Anteil der Personen mit einer psychischen Störung im Laufe eines Jahres.

Lebenszeitprävalenz: Anteil der Personen, die bis zum Erhebungszeitpunkt mindestens einmal in ihrem Leben eine bestimmte Erkrankung aufgewiesen haben.

Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungen, also alle neu aufgetretenen Fälle in der definierten Population während eines bestimmten Zeitraums (z.B. Anzahl der Neuerkrankungen 100.000 Personen pro Jahr).

völkerung beinhalten. Nicht für alle psychischen Erkrankungen liegen in der wissenschaftlichen Literatur entsprechende Ergebnisse vor.

Tabelle 1 bietet einen Gesamtüberblick über die verschiedenen Prävalenzarten psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen. Aufgrund der hohen Komorbidität bei psychischen Erkrankungen ergeben sich die Prävalenzwerte von Störungsgruppen nicht durch Aufsummierung der Prävalenz einzelner Diagnosen. Es wurde eine übersichtliche und vergleichende Darstellung aktueller Daten aus den relevanten wissenschaftlichen Studien angestrebt. Zu allen 4 Prävalenzformen (s. Spalten) finden sich ausführliche Erläuterungen in den folgenden Textabschnitten. Bei Studien zur Verbreitung psychischer Erkrankungen wird meistens die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; WHO, 2015) zugrunde gelegt. Es handelt sich bei diesem System um das in Deutschland wichtigste und weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Aktuell gültig ist die Ausgabe ICD-10. In manchen Studien wird auch anhand des von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) herausgegebenen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) diagnostiziert.

Tabelle 1: Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Erkrankungen

Diagnosegruppe (ICD-10-Code)	Epidemiologische Daten		Diagnosedaten	
	12-Monats-Prävalenz ¹ (%)	Lebenszeit-Prävalenz ² (%)	12-Monats-Diagnoseprävalenz ³ (%)	Inzidenz ⁴ (%)
Störungen durch Substanzgebrauch (F10-F16, F18, F19, ohne Nikotinabhängigkeit)	5,7	9,9		0,54
• Alkoholmissbrauch	1,8			
• Alkoholabhängigkeit	3,0			
• Medikamentenmissbrauch	1,6			
• Medikamentenabhängigkeit	0,5			
Psychotische Störungen (F20-F29)	2,6		1,3	0,06
Affektive Störungen (F30-F39)	9,8	18,6		2,4
• Bipolare Störung	1,5	1,0	0,29	
• Unipolare Depression	8,2	17,1		
◦ schwere unipolare Depression/ Major Depression	6,8		2,0	
• Dysthyme Störung	1,7			
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)				6,7
• Angststörungen	15,4			0,89
◦ Panikstörung	2,0	3,9		
◦ Agoraphobie	4,0			
◦ Soziale Phobie	2,8			
◦ Generalisierte Angststörung	2,3			
◦ Spezifische Phobien	10,3			
• Zwangsstörung	3,6			
• Posttraumatische Belastungsstörung	2,3			
• Somatoforme Störung	3,5	16,2		
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)				0,77
• Essstörung	0,9	0,8		
◦ Anorexia nervosa	0,8			
◦ Bulimia nervosa	0,2			
◦ Binge-eating-Störung	0,1			
Irgendeine psychische Störung (alle F-Diagnosen ohne Nikotinabhängigkeit)	27,8	42,6		11,0

Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Angegeben sind die Prävalenzen der bedeutsamsten Diagnosekategorien und einzelner, besonders wichtiger Unterkategorien. Da nicht für alle Einzeldiagnosen Prävalenzwerte vorliegen, sind unter den Diagnosegruppen nicht alle zugehörigen Einzeldiagnosen aufgeführt. Quellen: ¹Epidemiologische Prävalenzen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2016); ²Epidemiologische Prävalenzen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2004); ³Administrative Prävalenzen bei schweren psychischen Störungen (Schneider et al., 2019); ⁴Administrative Inzidenz (Gerdau-Heitmann et al., 2017).

1.1.1 Epidemiologische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen

12-Monats-Prävalenz

Jedes Jahr leidet mindestens jeder vierte deutsche Erwachsene an einer psychischen Erkrankung, also sind jedes Jahr fast 18 Mio. Erwachsene in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen

Aus der derzeit aktuellsten bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH-Studie)¹ ergibt sich, dass jährlich etwa 27,8 % aller Erwachsenen in Deutschland von psychischen Erkrankungen betroffen sind (s. Tab. 1). Dies entspricht einem absoluten Wert von 17,8 Millionen (Mio.) Betroffenen² (Jacobi et al., 2016).

Betrachtet man Gruppen von psychischen Erkrankungen, wie sie im ICD-10 (Kapitel F)³ eingeteilt sind, so stellen Angststörungen (z. B. spezifische Phobien, Agoraphobie u. a.) mit einer 12-Monats-Prävalenz von insgesamt 15,4 % die größte Diagnosegruppe dar, gefolgt von affektiven Störungen (Depressionen, bipolare Störungen u. a.) mit 9,8 %. Der Anteil an betroffenen Menschen liegt für fast alle Diagnosegruppen im Bereich von mehreren Millionen (s. Abb. 1).

Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen und affektive Störungen: Jährlich leidet mindestens jeder sechste deutsche Erwachsene an einer Angststörung und mindestens jeder Zehnte an einer affektiven Störung

Psychisch erkrankte Menschen in Deutschland

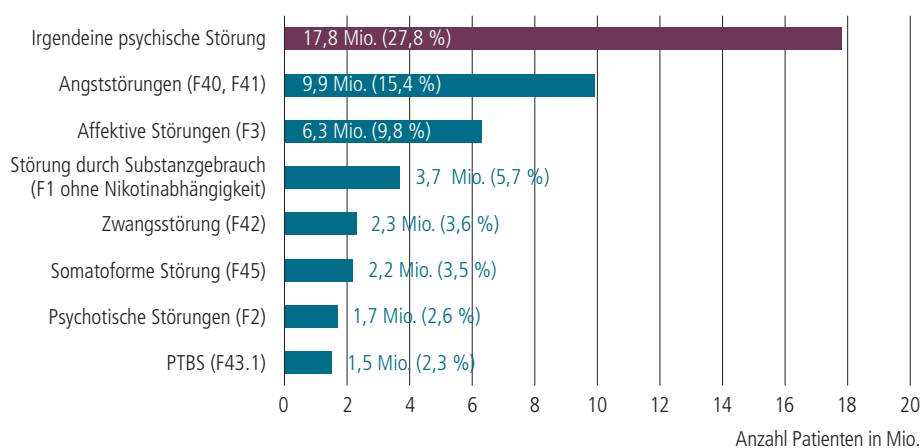


Abbildung 1: Anzahl der jährlich von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen in Mio., in Klammern die 12-Monats-Prävalenzen. Darstellung der wichtigsten Diagnosegruppen und einiger Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen, Bezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren. Quelle: Jacobi et al. (2016).

Auf der Ebene einzelner psychischer Erkrankungen liegen die spezifischen Phobien bei Erwachsenen in Deutschland mit einer Prävalenz von 10,3 % an erster Stelle, gefolgt von der unipolaren Depression mit einer Prävalenz von 8,2 %. Aber auch somatoforme Störungen und Zwangsstörungen betreffen jährlich immerhin etwa 3,5 % bis 3,6 % der Deutschen.

Lebenszeitprävalenz

4 von 10 Deutschen erkranken irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Erkrankung

Verlässliche Daten zur Lebenszeitprävalenz stammen aus dem German Health Interview and Examination Survey (GHS-MH) mit Datenerhebungen von 1998-1999 und sind damit etwa 10 Jahre älter als die oben beschriebenen 12-Monats-Prävalenzen aus der DEGS1-Studie. Beides sind National Health Surveys mit ähnlicher Erhebungsmethodik. Im vorliegenden Report werden aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und umfassenderen Erhebungssystematik daher die Angaben zur Lebenszeitprävalenz von Jacobi et al. (2004) für Vergleiche herangezogen. Es zeigen sich ähnliche 12-Monats-Prävalenzen beim Vergleich der Daten GHS-MH und DEGS1-MH (s. Abb. 6), was auf eine Stabilität der epidemiologischen Zahlen hinweist und ebenso für die Vergleichbarkeit der Prävalenzen in Tabelle 1 spricht.

Die Lebenszeitprävalenz für das Auftreten irgendeiner psychischen Störung liegt für Erwachsene in Deutschland bei 42,6 % (Jacobi et al., 2004).

Fast jeder fünfte Deutsche erkrankt im Laufe seines Lebens an einer affektiven Störung

18,6 % erkranken irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer affektiven Störung. Davon machen unipolare Depressionen 17,1 % aus. Für somatoforme Störungen beträgt die Lebenszeitprävalenz 16,2 %, für Essstörungen beträgt sie 0,8 %. Im Jahr 2014 liegt die 12-Monats-Prävalenz für Essstörungen mit 0,9 %

¹ Diese Daten stammen aus dem Zusatz-Modul DEGS1-MH zur psychischen Gesundheit (Mental Health, durchgeführt 2009-2012) der DEGS1 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (1. Erhebungswelle durchgeführt 2008-2011) des Robert Koch-Instituts. Die teilnehmenden Personen (Erwachsene zwischen 18 und 79 Jahren) wurden hierfür mittels eines standardisierten klinisch-diagnostischen Interviews zu psychischen Beeinträchtigungen befragt.

² Bezugsgröße sind hier 64,1 Mio. Deutsche zwischen 18 und 79 Jahren zum 31.12.2010.

³ In der ICD-10 steht der Buchstabe F für eine psychische Störung. Zusätzliche Ziffern machen genauere Angaben zur Art der psychischen oder Verhaltensstörung.

höher als die Lebenszeitprävalenz ca. 10 Jahre zuvor, hierfür kommen verschiedene Erklärungen in Frage (z. B. erhöhte Sensibilität beim Thema Essstörung, epidemiologische Entwicklung).

In der Forschungsliteratur finden sich zum Teil unterschiedliche Ergebnisse zur Lebenszeitprävalenz. So zeigt eine Studie aus dem Jahr 2009 (Kessler et al., 2009), die die Prävalenzen psychischer Erkrankungen⁴ in verschiedenen Ländern weltweit vergleicht, deutlich niedrigere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen. Es ergibt sich für Deutschland eine Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen von insgesamt 25,2 % sowie für Angststörungen von 14,6 % und für affektive Störungen von 9,9 %.

Angesichts der Unterschiede in der Methodik und der zugrundeliegenden Stichprobe können diese Prävalenzangaben nicht zuverlässig in Bezug zu den vorliegenden 12-Monats-Prävalenzen und weiteren Forschungsergebnissen gesetzt werden.

Im Bereich psychischer Erkrankungen sind dringend weitere epidemiologische Forschungsarbeiten notwendig, die zum einen die beschriebenen Diskrepanzen untersuchen und zum anderen den wechselnden Lebens- und Arbeitsbedingungen in Bezug auf psychische Erkrankungen Rechnung tragen.

Grundsätzlich zu beachten ist, dass diskutiert wird, ob Angaben zur Lebenszeitprävalenz die tatsächliche Verbreitung der Erkrankungen unterschätzen. In vielen Studien werden die Teilnehmer nur einmalig nach ihren bisherigen Erkrankungen befragt. Werden über einen längeren Zeitraum mehrere Befragungen durchgeführt, spricht man von kumulativen Erhebungen. Studienergebnisse zeigen, dass gerade psychische Erkrankungen im jungen und mittleren Erwachsenenalter – anders als körperliche Erkrankungen – in späteren Befragungen nicht mehr berichtet werden (Takayanagi et al., 2014).

Soziodemographische Unterschiede

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen unterscheidet sich je nach Geschlecht, Alter, sozialem Status und Region.

Etwa jede dritte Frau (33,5 %) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,1 %) erfüllt innerhalb eines Jahres die Kriterien für mindestens eine Diagnose einer psychischen Erkrankung (Jacobi et al., 2016).

Jüngere Menschen zwischen 18 und 34 Jahren leiden häufiger (36,7 %) und Ältere zwischen 65 und 79 Jahren seltener (20,3 %) an psychischen Erkrankungen (s. Abb. 2). Die beiden mittleren Altersgruppen (35-39 Jahre und 50-64 Jahre) sind etwa in gleichem Maße von psychischen Erkrankungen betroffen (Jacobi et al., 2014).

Frauen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer

Jüngere Menschen sind besonders häufig von psychischen Erkrankungen betroffen. Aber auch jeder fünfte Deutsche über 65 Jahren leidet an einer psychischen Erkrankung

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen nach Alter und sozioökonomischem Status

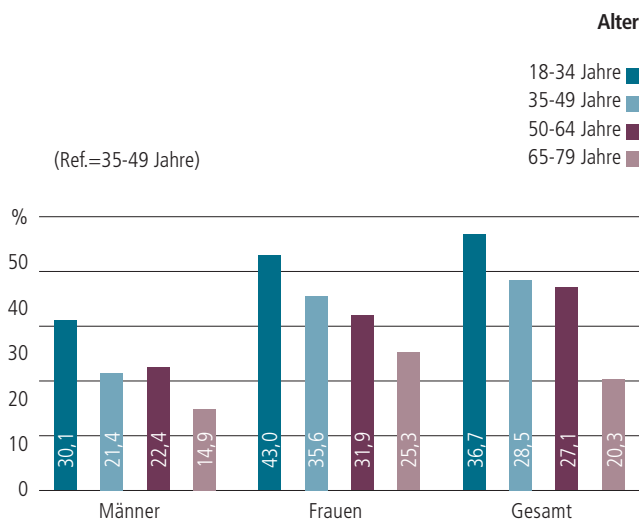


Abbildung 2: 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung, stratifiziert⁵ nach Alter und Geschlecht, in Prozent. Entnommen aus: Jacobi et al. (2014).

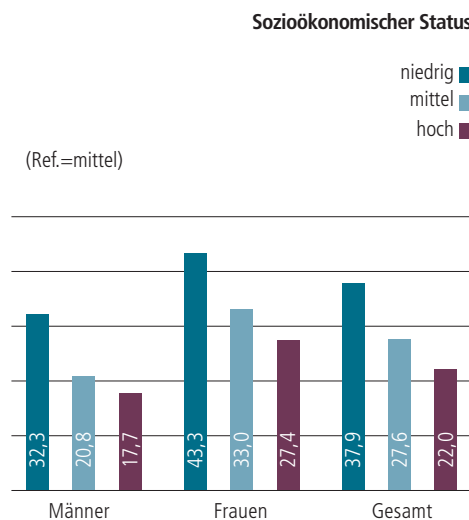


Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung, stratifiziert nach sozioökonomischem Status und Geschlecht, in Prozent. Entnommen aus: Jacobi et al. (2014).

⁴ Ermittelt wurden diese Prävalenzen über strukturierte Interviews, an der DSM-Klassifizierung orientiert.

⁵ „Stratifiziert“ bezieht sich auf die Stichprobe. Eine Stratifizierung ist ein Verfahren, um eine Grundgesamtheit in kleinere und homogene Untergruppen einzuteilen (sogenannte Strata), die meist im Verhältnis zu der Grundgesamtheit stehen.

Odds-Ratio: eine statistische Maßzahl, die ein „Chancenverhältnis“ beschreibt. Das Chancenverhältnis ist ein Maß dafür, um wie viel größer die Wahrscheinlichkeit in der Gruppe mit Risikofaktor (z. B. Arbeitslosigkeit) ist zu erkranken, verglichen mit der Wahrscheinlichkeit in der Gruppe ohne Risikofaktor. Die Maßzahl nimmt Werte zwischen 0 und ∞ an. Ist die Maßzahl größer als 1, kann man davon ausgehen, dass es einen Zusammenhang zwischen 2 Merkmalen gibt. Beispiel: Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung.

Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status⁶ weisen häufiger (37,9 %) psychische Erkrankungen auf als Personen mit mittlerem und hohem Status. Frauen sind überall deutlich häufiger betroffen als Männer mit vergleichbarem sozioökonomischem Status (s. Abb. 3).

Die festgestellten soziodemographischen Unterschiede in der Prävalenz psychischer Erkrankungen finden sich in Analysen von Risikofaktoren für psychische Erkrankungen wieder. In einer Darstellung der Bertelsmann-Stiftung (Etgeton, 2017) werden die Risikofaktoren Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Arbeitslosigkeit und Siedlungsdichte als soziodemographische Einflussfaktoren auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen quantifiziert (s. Abb. 4). Das Risiko wird über Odds-Ratios (OR) dargestellt.

Die jüngste Altersgruppe (18-34 Jahre) hat im Vergleich zu den über 65-Jährigen ein mehr als doppelt so hohes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken. Menschen ohne Schulabschluss haben ein 2,3-fach erhöhtes Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, im Vergleich zu Menschen mit Abitur; Arbeitslose haben sogar ein 2,6-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung im Vergleich zu Berufstätigen (Etgeton, 2017).

Risikofaktoren für psychische Störungen

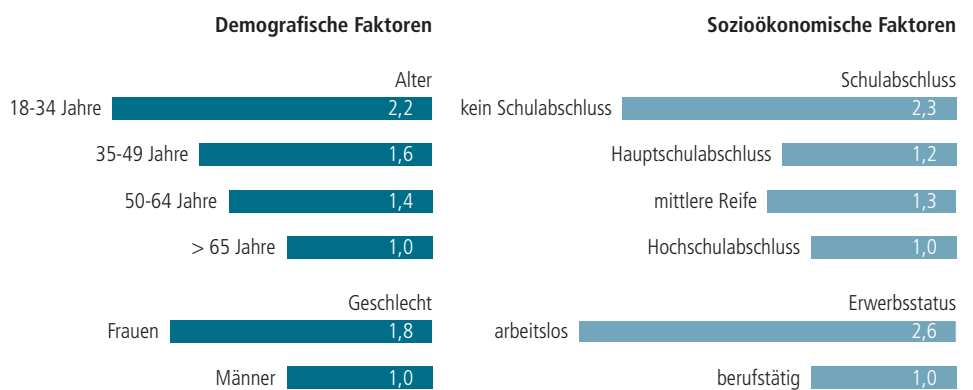


Abbildung 4: Angaben in der Einheit Odds-Ratio. Entnommen aus: Etgeton (2017).

Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher Risikofaktor für psychische Erkrankungen

Keine Ost-West-Unterschiede in den epidemiologischen Prävalenzraten

Kein statistischer Nachweis für mehr psychische Erkrankungen in Großstädten

Dennoch ist das Vorkommen psychischer Störungen regional unterschiedlich ausgeprägt

Regionale Unterschiede

Ein Ost-West-Vergleich ergibt keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in den alten und den neuen Bundesländern inklusive Berlins (Jacobi et al., 2014).

Es ergibt sich nur ein Trend, aber kein statistisch signifikanter Nachweis für eine höhere Rate an psychotischen und affektiven Störungen in Großstädten über 500.000 Einwohnern (Jacobi et al., 2014). Für andere psychische Störungen ergibt sich kein solcher Trend.

Auch auf Kreisebene⁷ ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz. Für die einzelnen Plankreise werden durchschnittliche (geschätzte) 12-Monats-Prävalenzen zwischen 23,4 % und 31,8 % festgestellt. Dennoch zeigt sich bei einer Betrachtung des gesamten Landes eine regional unsystematisch unterschiedliche Verteilung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Sowohl in Ballungsgebieten als auch außerhalb gibt es Regionen mit höherer Prävalenz psychischer Erkrankungen. Dies ergibt sich aus einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES, 2016)⁸.

Bisher können diese regionalen Unterschiede nicht ausreichend differenziert erklärt werden. Weitere Forschung ist notwendig, um herauszufinden, auf welche weiteren Einflussfaktoren die regionalen Unterschiede in der Prävalenz zurückzuführen sind.

⁶ Der sozioökonomische Status wird über Bildungsstand, berufliche Position und Einkommenssituation des Haushalts definiert (Jacobi et al., 2014).

⁷ Hier wird Bezug genommen auf die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss unter §12 Abs. 3 festgelegten Kreistypen. Es handelt sich dabei um raumordnungsspezifische Planungskategorien.

⁸ Erhebung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Bundespsychotherapeutenkammer. Erfasst wurden die regionalen Unterschiede in der Prävalenz psychischer Erkrankungen auf der Basis einer an soziodemographischen Risikofaktoren adjustierten Analyse epidemiologischer Daten aus dem Gesundheitssurvey DEGS1-MH.

Internationaler Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit der Prävalenz psychischer Erkrankungen im Mittelfeld. Auf Basis vergleichbarer Angaben wird die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung europaweit auf 27 % geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2005), was ziemlich genau der für Deutschland (mehrere Jahre später) festgestellten Prävalenz von 27,8 % entspricht (s. Tab. 1). Die Ergebnisse der DEGS1-MH-Studie stimmen somit mit denen international vergleichbarer Studien gut überein. In einer neueren Übersichtsarbeit ergibt sich ein höherer 12-Monats-Prävalenzwert für die EU von 38 % (Wittchen et al., 2011). Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Diagnosespektrum erweitert und das Altersspektrum um Kinder, Jugendliche und alte Menschen ergänzt wurde. Dadurch sind diese neueren Ergebnisse mit den o. g. deutschlandweiten Prävalenzwerten nicht mehr gut vergleichbar.

Aktuelle Daten zu depressiver Symptomatik im europäischen Vergleich liefert der European Health Interview Survey⁹ (EHIS). In Deutschland liegt die Prävalenz depressiver Erkrankungen (F32-F33) insgesamt mit 9,2 % deutlich höher als der europäische Durchschnitt von 6,6 %. Junge Menschen (15-29 Jahre) sind in Deutschland doppelt so häufig (11,5 %) von depressiven Symptomen betroffen wie in Europa (5,2 %). Ähnlich den bisherigen Darstellungen sind in allen EU-Mitgliedsstaaten Frauen häufiger betroffen als Männer (Hapke et al., 2019). Weltweit betrachtet gehören Depressionserkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen (James et al., 2018).

1.1.2 Diagnoseprävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen

Aus bundesweiten Abrechnungsdaten, also aus Routinestatistiken der psychotherapeutischen und medizinischen Versorgung aller gesetzlich Versicherten, lassen sich Diagnoseprävalenzen für psychische Störungen bestimmen. In diese Daten finden also nur diejenigen Versicherten Eingang, die professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben bzw. bei denen von einem Behandler eine entsprechende Diagnose gestellt wurde¹⁰.

Diagnoseprävalenz

Die 12-Monats-Diagnoseprävalenz bestimmt sich durch den Anteil der Versicherten mit einer definierten Erkrankung, die mindestens einmal im jeweiligen Kalenderjahr vertragsärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben. Durch die Tatsache, dass nur ein Teil der tatsächlich psychisch erkrankten Menschen eine Behandlung oder Diagnostik in Anspruch nimmt (s. Kap. 2), kann die im Vergleich zur epidemiologischen Prävalenz meist geringere Diagnoseprävalenz erklärt werden.

Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland zur gesamten Gruppe der depressiven Störungen werden in einer Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) erläutert (Steffen, Holstiege et al., 2019). 2017 wurden in Deutschland fast 40 Mio. Depressionsdiagnosen (ICD-10 Kap. F32.-, F33.- bzw. F34.1) dokumentiert. Der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten, die 2017 mindestens eine Diagnose aus dem Spektrum der depressiven Störungen erhielten, lag bei 15,7 %¹¹. Ähnlich wie bei den epidemiologischen Daten für die gesamten psychischen Störungen zeigen sich auch hier Geschlechtsunterschiede. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer (20,1 % vs. 10,8 %). Die Differenz der Diagnoseprävalenz zur bereits dargestellten epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz der affektiven Störungen (9,8 %) weist auf die Zunahme der Diagnoseprävalenz von Depressionen hin (s. Kap. 1.3).

Die regionalen Unterschiede werden in den Diagnoseprävalenzen für depressive Störungen differenziert dargestellt. Bezüglich des Kreistyps liegt die Diagnoseprävalenz für depressive Störungen in kreisfreien Großstädten (mind. 100.000 Einwohner) mit 17,3 % höher als in dünn besiedelten ländlichen Kreisen (15,5 %) und als in städtischen Kreisen (15,7 %). Die Stadtstaaten Berlin und Hamburg zeigen die höchste Diagnoseprävalenz (20 % und 18 %). Damit liegen Berlin und Hamburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Ebenso sind Depressionsdiagnosen in alten Bundesländern häufiger (15,8 %) als in neuen Bundesländern (13 %) vergeben worden (Steffen, Holstiege et al., 2019).

Einige Studien zur Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen beziehen sich speziell auf schwere psychische Störungen (Severe Mental Illness, SMI). Dazu werden meistens die Borderline-Persönlichkeitsstörung, psychotische und bipolare Störungen und die schwere unipolare Depression gezählt.

Die Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland entspricht dem europäischen Mittel

Depressive Beschwerden sind in Deutschland deutlich häufiger als im europäischen Mittel

Jährlich werden in Deutschland fast 40 Mio. Depressionsdiagnosen dokumentiert

Severe Mental Illness (SMI), manchmal auch Serious Mental Illness genannt: Psychische Erkrankungen mit schweren und anhaltenden Auswirkungen auf verschiedene Funktions- und Lebensbereiche der Betroffenen und mit komplexem Behandlungsbedarf. Die in epidemiologischen Studien festgestellte Prävalenz solcher schweren psychischen Erkrankungen liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 1 bis 4 % (Gühne et al., 2015).

⁹ Zweite Erhebungswelle der EHIS. Befragungsdaten von 2013 bis 2015 aus Deutschland und 24 weiteren EU-Mitgliedsstaaten. Stichprobe > 15-Jährige. n = 245.510. Indikator für Depressionen war eine depressive Symptomatik gemäß des Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Dabei wurden Symptome innerhalb der letzten zwei Wochen nach DSM-4 beurteilt.

¹⁰ Es kann dabei zu Fehleinschätzungen kommen, z. B. zu Unter- bzw. Überkodierung von Erkrankungen (Gerdau-Heitmann et al., 2017).

¹¹ Aufgrund der nicht vergleichbaren Diagnosekategorien wurde dieser Wert nicht in die Vergleichstabelle 1 aufgenommen.

Jährlich diagnostizieren Ärzte bei über 1 Mio. Menschen eine schwere Depression

Eine Analyse der Abrechnungsdaten von allen (knapp 60 Mio.) gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen, die im Jahr 2016 irgendeinen Arztkontakt hatten - hierzu zählten Allgemeinärzte, Fachärzte oder Psychologische Psychotherapeuten mit einer Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) - ergibt die in Abbildung 5 aufgeführten 12-Monats-Diagnoseprävalenzen für einige schwere psychische Störungen (Schneider et al., 2019).

Im Jahr 2016 wiesen fast 1,2 Mio. Menschen mit mindestens einem Arztkontakt die Diagnose einer schweren unipolaren Depression auf. Über 700.000 der Menschen mit Arztkontakt hatten eine psychotische Störung, mehr als 200.000 eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und mehr als 17.000 eine bipolare Störung (s. Abb. 5). Diese Daten wurden in einer Register-Studie¹² ermittelt (Schneider et al., 2019).

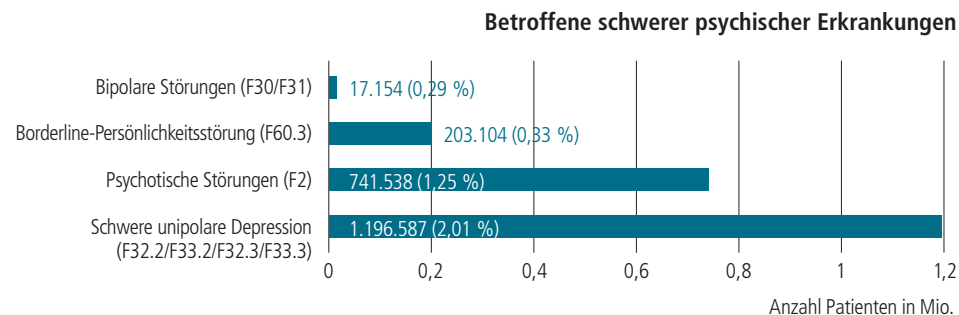


Abbildung 5: Anzahl der von schweren psychischen Erkrankungen Betroffenen aus eigener Berechnung. In Klammern administrative 12-Monats-Prävalenzen. Quelle: Schneider et al. (2019).

Jährlich wird bei 11 % der erwachsenen Deutschen eine neu aufgetretene psychische Erkrankung diagnostiziert. Frauen sind auch hier häufiger betroffen als Männer

Inzidenz

Im Jahr 2012 zeigte sich unter den gesetzlich Krankenversicherten zwischen 16 und 70 Jahren eine Inzidenz¹³ von 11 % innerhalb der psychischen Störungen (s. Tab. 1). Frauen waren mit 14,3 % häufiger betroffen als Männer (8,3 %). Die häufigste Diagnosegruppe bildeten neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (6,7 %), gefolgt von affektiven Störungen (2,4 %). Die Inzidenzraten stiegen hier bei Männern mit zunehmendem Alter leicht an, die höchsten Raten zeigte die Gruppe der 62- bis 66-Jährigen. Frauen zeigten ein gegenläufiges Muster, hier waren die höchsten Raten im jüngeren Alter zwischen 27 und 33 Jahren zu finden (Gerdau-Heitmann et al., 2017). Die hohe Overall-Inzidenzrate kann auf die stark zunehmende Diagnoserate zurückgeführt werden.

1.2 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Für Deutschland liegen nur wenige verlässliche Daten zur Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter vor. Epidemiologische Prävalenzangaben liegen nur für psychische Störungen insgesamt im Kindes- und Jugendalter vor. Die in der bundesweiten repräsentativen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) erhobenen Daten beziehen sich auf eine Reihe von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine Angabe zur Gesamtprävalenz aller möglichen psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. So sind z. B. Entwicklungsstörungen in diesen epidemiologischen Angaben nicht erfasst. Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen (F80-F83) handelt es sich nicht um psychische Störungen im engeren Sinne, die eine Indikation für Psychotherapie oder für eine fachpsychiatrische Behandlung darstellen würden, sondern es erfolgen z. B. logopädische und ergotherapeutische Maßnahmen. Zur Diagnoseprävalenz gibt es wiederum Angaben zur 12-Monats-Prävalenz sämtlicher psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus vertragsärztlichen Abrechnungsdaten (s. Tab. 3). Zu beachten ist, dass sich diese Daten nur auf Kinder und Jugendliche beziehen, die in dem Jahr mindestens einen Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt hatten und nicht auf die Grundgesamtheit aller Kinder. Hier ist ein Teil der umschriebenen Entwicklungsstörungen miterfasst, da diese Diagnosen von Kinder- und Hausärzten vergeben werden. Aufgrund des deutlich umfassenderen Diagnosespektrums bei der Ermittlung der Diagnoseprävalenz fällt diese deutlich höher aus als die epidemiologische Prävalenzangabe (s. Tab. 2). Zu diesen beiden Prävalenzarten finden sich Erläuterungen in den folgenden Textabschnitten.

¹² Eine Register-Studie ist eine retrospektive Studie, bei der Daten zu Behandlung oder Diagnosen aus den Abrechnungsdaten untersucht werden. Dabei wird die zu untersuchende Population zuerst in einem Register in Bezug auf die entsprechende Indikation vollständig erfasst.

¹³ Als Neuerkrankung wurde in der zitierten Studie definiert, dass in den 2 vorausgegangenen Jahren keine psychische Diagnose aus dem F-Kapitel der ICD-10 vorgelegen haben durfte. Diagnosen in noch weiter zurückliegendem Zeitraum wurden nicht berücksichtigt.

Tabelle 2: Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Diagnosegruppe (ICD-10-Code)	Epidemiologische Daten	Diagnosedaten
	Periodenprävalenz ¹ (%)	12-Monats-Diagnoseprävalenz ² (%)
Psychische Auffälligkeiten	16,9	
Irgendeine psychische Störung (alle F-Diagnosen)		28

Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Quellen: ¹Repräsentative KiGGS-Stichprobe im zweiten Erhebungszeitraum 2014-2017, 3- bis 17-Jährige (Klipker et al., 2018); ²Versorgungsatlas, Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 12-Monats-Diagnoseprävalenzen 2017, 0- bis 18-Jährige mit mind. einem Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt in dem Jahr (Steffen, Akmatov et al., 2019).

Tabelle 3: Diagnosedaten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Diagnosegruppe (ICD-10-Code)	12-Monats-Diagnoseprävalenz (%)
Affektive Störungen (F30-F39)	1,1
• Depressive Episode (F32)	0,85
• Rezidivierende depressive Störung (F33)	0,09
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	5,9
• Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	2,7
• Somatoforme Störungen (F45)	2,2
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	1,4
• Essstörungen (F50)	0,54
• Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	0,55
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	1,4
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	17,0
• Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (F80)	11,2
• Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82)	4,1
Verhaltens- und Emotionale Störungen (F90-F98)	11,2
• Hyperkinetische Störungen (F90)	4,0

Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Angegeben sind jeweils die Diagnoseprävalenz der 6 bedeutsamsten Diagnosekategorien und einzelner, besonders wichtiger Unterkategorien. Quelle: Versorgungsatlas, Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 12-Monats-Diagnoseprävalenzen 2017, 0-18-Jährige (Steffen, Akmatov et al., 2019).

1.2.1 Epidemiologische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Die epidemiologischen Prävalenzen im Kinder- und Jugendbereich sind wie erwähnt der KiGGS-Studie entnommen. Es handelt sich dabei um eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie zu deren gesundheitlicher Entwicklung bis ins Erwachsenenalter. Erhoben wurden dabei Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten¹⁴ bei Kindern und Jugendlichen über einen Zeitraum von 3 Jahren. Man spricht hier von „Periodenprävalenz“ (für eine bestimmte Zeitperiode).

Periodenprävalenz (2014-2017)

In der KiGGS-Studie (2. Erhebungszeitraum 2014-2017) wird eine mittlere Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten von 16,9 % bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren berichtet (Klipker et al., 2018). Verglichen mit der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) zeigt sich für die zweite KiGGS-Welle damit ein signifikanter Rückgang psychischer Auffälligkeiten von 19,9 % auf 16,9 %. Der statistisch bedeutsame Rückgang findet sich vor allem bei Jungen zwischen 9 und 17 Jahren. Bei Mädchen kann kein vergleichbarer, statistisch bedeutsamer Rückgang über alle Altersgruppen hinweg festgestellt werden (Klipker et al., 2018).

Im Zeitraum von 3 Jahren haben etwa 17 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten

¹⁴ Als Indikator für psychische Auffälligkeiten dienten in der KiGGS-Studie Elternangaben des „Stärken- und Schwächen-Fragebogens“ für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche.

Jungen sind häufiger psychisch auffällig als Mädchen

Bei Mädchen treten mehr Symptome von Depression und Angst auf, bei Jungen mehr Symptome von ADHS und Störungen des Sozialverhaltens

Kinder aus Elternhäusern mit familiären Konflikten haben ein fast 5-fach erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten

Fast jedes vierte Kind aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist psychisch auffällig

Jährlich erhält mehr als jedes vierte Kind/ jeder vierte Jugendliche mit Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt die Diagnose einer psychischen Erkrankung

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bleibt über die Jahre relativ stabil. Jedoch werden psychische Erkrankungen immer häufiger erkannt, diagnostiziert und behandelt

Soziodemographische Unterschiede

Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten unterscheidet sich auch bei Kindern und Jugendlichen je nach Geschlecht, Alter, sozialem Status und familiärem Umfeld.

Insgesamt sind Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit 19,1 % häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen im gleichen Alter (14,5 %). Bei beiden Geschlechtern nimmt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bis ins Alter von 11 Jahren zu. Danach reduziert sich bei Jungen mit zunehmendem Alter der Anteil der Betroffenen. Bei Mädchen gibt es zwischen 12 und 14 Jahren einen Rückgang. Ab dem Alter von 15 Jahren ist der Anteil von Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten höher als der der Jungen. (Klipker et al., 2018).

In der BELLA-Studie¹⁵ zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen wurden eine Reihe von Risikofaktoren identifiziert, die einen signifikanten Einfluss auf das Auftreten psychischer Auffälligkeiten haben. Darunter fallen beispielsweise das Vorliegen familiärer Konflikte (OR 4,9), elterliche Alltagsbelastungen (OR 4,7), eine geringe psychische (OR 4,2) bzw. körperliche (OR 2,9) Lebensqualität der Eltern, die psychische Erkrankung eines Elternteils (OR 2,4) und ein niedriger sozioökonomischer Status (OR 1,6; Klasen et al., 2017).

Die Prävalenz für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status liegt bei 26 %, in Familien mit mittlerem und hohem Status nur bei 9,7 %. Jedes vierte Mädchen und fast jeder dritte Junge in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist psychisch auffällig, aber nur jedes fünfzehnte Mädchen und jeder achte Junge aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status (Klipker et al., 2018).

1.2 Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Das Zi hat 2018 Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung vorgelegt (s. Tab. 3; Steffen, Akmatov et al., 2019). Hierbei handelt es sich um eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Die Diagnoseprävalenz beschreibt hier den Anteil an Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre mit mindestens einem Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt und entsprechend gestellter psychischer Diagnose in einem Jahr. Der Anteil an Kindern, die dabei mindestens eine psychische Diagnose (gesicherte F-Diagnose nach ICD-10) erhielten, lag im Jahr 2017 bei 28 %.

Mit Abstand am häufigsten traten über alle Altersgruppen hinweg Entwicklungsstörungen auf (17 %). Bis zum 4. Lebensjahr machen Entwicklungsstörungen sogar rund 70 % der psychischen Erkrankungen aus. Bei diesen handelt es sich jedoch (wie weiter oben bereits beschrieben) bis auf die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nicht um psychische Erkrankungen im engeren Sinne. Es folgen Verhaltens- und emotionale Störungen (11 %) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (5,9 %). Die Prävalenz affektiver Störungen lag bei 1,1 %.

1.3 Entwicklung der Prävalenz

Die epidemiologischen Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen verändern sich über die Jahre nur geringfügig (s. Abb. 6). Es zeigen sich leichte Zu- und Abnahmen der Prävalenzen, die sich auch auf Fehlerschwankungen beziehen können. Bei Berücksichtigung der Standardabweichungen sind die Überschneidungen der Wertebereiche sehr groß. Gleichzeitig weisen Publikationen verschiedener Krankenkassen und bundesweite Analysen von Abrechnungsdaten in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) regelmäßig auf den Anstieg psychischer Diagnosen in der ambulanten fachspezifischen Behandlung in den letzten Jahren hin (s. Abb. 7). In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur wird daher immer wieder betont, dass der Anstieg von Diagnosen psychischer Erkrankungen nicht durch eine Zunahme der Erkrankungen an sich verursacht ist. Hingegen geht man davon aus, dass eine höhere Sensibilität, verbesserte Kenntnisse und Diagnostik psychischer Erkrankungen sowie ein offenerer Umgang damit zur Zunahme der Diagnosehäufigkeit führen. Auch aufgrund der insgesamt abnehmenden Stigmatisierung psychischer Krankheiten steigt die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Immer noch kommen jedoch zu viele Betroffene nicht in Behandlung.

¹⁵ Bei der BELLA-Studie handelt es sich um eine kombinierte Querschnitts- und Kohortenstudie mit zufälliger Teilstichprobe der KiGGS-Stichprobe, Stichprobe 7- bis 17-Jährige.

Entwicklung der epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz

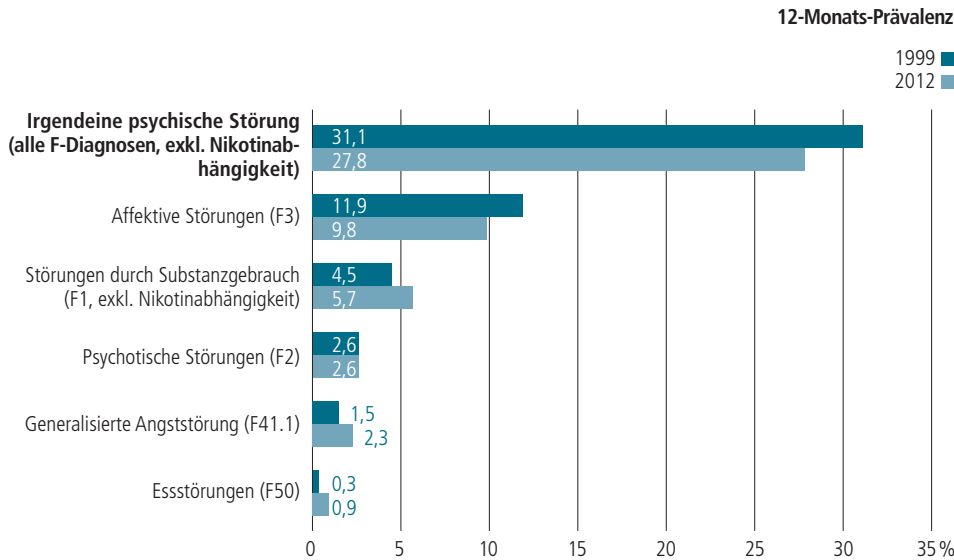


Abbildung 6: Entwicklung der epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz von 1999 und 2012 für ausgewählte Diagnosegruppen. Quellen: Jacobi et al. (2004, 2016).

Entwicklung der Diagnoseprävalenz

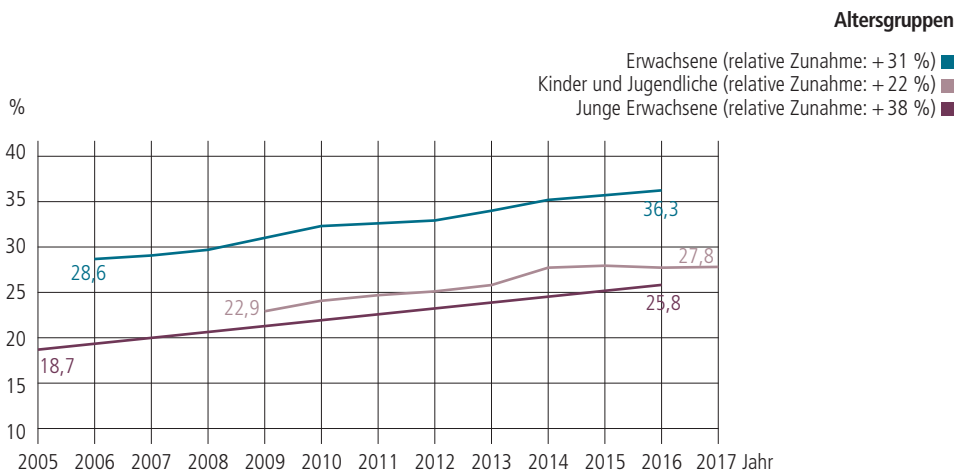


Abbildung 7: Entwicklung der Diagnoseprävalenzraten psychischer Störungen seit 2005. Angaben in Prozent. Quellen: Grobe et al. (2018); Steffen, Akmatov et al. (2019).

Eine Erhebung unter Versicherten der Krankenkasse BARMER GEK zeigt einen stetigen Zuwachs der Diagnosen psychischer Erkrankungen in der ambulanten Behandlung um 7,7 Prozentpunkte¹⁶ von 28,6 % im Jahr 2006 auf 36,3 % im Jahr 2016, was einer relativen Zunahme von 31 % entspricht (Grobe et al., 2018). Dabei ist zu beachten, dass die relative Zunahme in Prozent nicht die absolute Diagnosezunahme angibt, sondern sich auf den jeweiligen Ausgangswert bezieht. Im Jahr 2016 hatten also mehr als ein Drittel aller BARMER GEK-Versicherten mindestens eine Diagnose im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen.

Für junge Erwachsene (18-25 Jahre) zeigt sich ein noch deutlicherer Anstieg der Diagnosen psychischer Erkrankungen. Die Diagnoserate (bereinigt um demographische Effekte) stieg in dieser Altersgruppe um 7,1 Prozentpunkte (von 18,7 % im Jahr 2005 auf 25,8 % im Jahr 2016) und nahm damit relativ um 38 % zu. Auf Diagnoseebene zeigt sich für somatoforme Störungen eine relative Zunahme der Diagnosen seit 2005 um 19 %, für Störungen durch psychotrope Substanzen um 41 % und für affektive Störungen um 75 %. Die relative Zunahme der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen liegt über diese 10 Jahre sogar bei 89 %, die der Phobien bei 48 % und die der anderen Angststörungen bei

Der stärkste Anstieg psychischer Diagnosen findet sich bei jungen Erwachsenen

¹⁶ Prozentpunkt: Maß für die absolute Änderung von Prozentsätzen.

Auch bei Kindern und Jugendlichen auffälliger Anstieg psychischer Diagnosen. Fast 4 Mio. Kinder/Jugendliche mit psychischer Diagnose im Jahr 2017

Stärkere Zunahme der Depressionsdiagnosen bei Männern und in den neuen Bundesländern

Erste internationale Studien zeigen eine Zunahme von depressiven Gefühlen und Ängsten

56 %. Zudem lag bei den an Depression Erkrankten eine hohe Rate an komorbiden psychischen und somatischen Diagnosen vor (Grobe et al., 2018).

Für Kinder und Jugendliche wurde in der oben benannten Studie des Zi eine Zunahme der Diagnosen psychischer Störungen über 8 Jahre hinweg ermittelt. In der Altersgruppe bis 18 Jahre stieg die Rate der Betroffenen mit mindestens einer Diagnose einer psychischen Störung von 23 % im Jahr 2009 auf 28 % im Jahr 2017, dies entspricht einem Zuwachs um 5 Prozentpunkte bzw. einer relativen Zunahme um 22 % (Steffen, Akmatov et al., 2019). Etwa 3,7 Mio.¹⁷ Patienten unter 18 Jahren erhielten 2017 eine F-Diagnose. Die stärkste Zunahme in der Diagnoseprävalenz bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich bei depressiven Störungen¹⁸ (Steffen, Akmatov et al., 2019).

In der Entwicklung (2009-2017) der Diagnoseprävalenz depressiver Erkrankungen bei Erwachsenen zeigt sich ein relativer Anstieg in den neuen Bundesländern von 41 % (Ausgangswert: 2009: 9,5 %) und in den alten um 23 % (Ausgangswert 2009: 13 %) in 8 Jahren. Dadurch verringert sich der Ost-West-Unterschied, aber immer noch liegt die Diagnoseprävalenz in den alten Bundesländern höher. Dies hängt vermutlich u. a. mit der größeren Behandlerdichte in den alten Bundesländern zusammen. Auch zwischen den Geschlechtern schwächt sich der Unterschied bei depressiven Erkrankungen ab. Frauen sind weiterhin ca. doppelt so häufig betroffen wie Männer, aber die Differenz der Prävalenz ist leicht gesunken (2009 2,2-fach höher bei Frauen als bei Männern; 2017 1,9-fach höher). In großstädtischen Kreisen liegt die Diagnoseprävalenz von depressiven Erkrankungen höher als in ländlichen Regionen, aber auch hier zeigt sich eine sukzessive Angleichung. Die relative Zunahme beträgt in dünn besiedelten ländlichen Regionen 34 % und liegt damit 2017 bei 15,5 %. In kreisfreien Großstädten liegt die Prävalenz depressiver Erkrankungen 2017 bei 17,3 % und hat damit relativ um 25% zugenommen.

Gezeigt wurde auch, dass im zeitlichen Verlauf seit 2009 zunehmend spezifischer codiert wurde, dies gilt insbesondere für die Gruppe der Hausärzte: 2009 waren 77 % aller Depressionsdiagnosen von Hausärzten unspezifisch codiert, 2017 nur noch 50 % (Steffen, Holstiege et al., 2019).

1.4 Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie

Weltweit werden während der noch andauernden COVID-19-Pandemie Studien zu den Auswirkungen auf die psychische Gesundheit durchgeführt. Diese befassen sich meist mit den generellen psychischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie aufgrund der Vielzahl an vermutlich belastenden Veränderungen (z. B. Quarantänemaßnahmen, Einfluss des Lockdowns auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität sowie durch die Berichterstattung und das Geschehen ausgelöste Ängste). Bei der Betrachtung internationaler Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Pandemie in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich verlief. Es erfolgt eine Darstellung ausgewählter, bis zum Redaktionsschluss im März 2021 vorliegender Studien.

1.4.1 Auswirkungen von COVID-19 auf die Psyche in der Allgemeinbevölkerung

In verschiedenen Studien werden vorrangig und übereinstimmend durch die Pandemie und den Lockdown ausgelöste depressive Gefühle und Ängste in der Allgemeinbevölkerung beschrieben, so z. B. in einer englischen Studie im Rahmen des internationalen COVID-MINDS-Netzwerks¹⁹ (Klein, 2020). Diese Symptome verringerten sich auch nach möglichen Lockerungen der Beschränkungen nur sehr langsam. Besonders betroffen waren jüngere Menschen zwischen 18 und 29 Jahren, Menschen mit einem unterdurchschnittlichen Haushaltseinkommen sowie Menschen mit selbst berichteter Diagnose einer psychischen Erkrankung. In der Übersichtsarbeit von Vindegaard et al. (2020) werden als begünstigende Faktoren für die nachgewiesene Zunahme von depressiven Gefühlen und Ängsten ein besonders niedriger oder besonders hoher Bildungsstatus, weibliches Geschlecht, das Alleinleben sowie eine bereits bestehende psychische oder körperliche Erkrankung beschrieben.

Eine weitere internationale, federführend von der Charité Berlin geleitete Studie ist die „Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times (COH-FIT)“. Hierbei handelt es sich um eine große, internationale Umfrage mit über 100.000 Teilnehmern aus fast 150 Ländern. Ein wichtiger Bereich ist hier die Erfassung von akuten und längerfristigen psychischen Folgen und Erkrankungen in Zeiten von Corona. Aus diesen Publikationen werden längerfristige psychische Folgen in den Ländern sichtbar werden.

¹⁷ Zugrunde gelegt wurde hier als Bezugsgruppe eine Anzahl von 13,42 Mio. Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren im Jahr 2017.

¹⁸ Als Depressionsfall galten Personen, die in mindestens einem Quartal des Kalenderjahres eine gesicherte Diagnose einer depressiven Störung (F32, F33 bzw. F34.1) aufwiesen.

¹⁹ COVID-MINDS ist ein Netzwerk von Längsschnittstudien, die den Einfluss von COVID-19 auf die psychische Gesundheit untersuchen.

Mehrere bundesweite, repräsentative Befragungen in Deutschland belegen ein hohes Maß an Sorgen und psychosozialer Belastung in der deutschen Bevölkerung aufgrund der COVID-19-Pandemie. Im Juni 2020 äußerten knapp 70 % der Erwachsenen emotionale Belastung, 55 % litten unter ausgeprägter Zukunftsunsicherheit. Frauen waren hier stärker betroffen. Genannt wurden als Belastungen auch die Einschränkungen des Handlungsspielraums (53 %), der Verlust sozialer Kontakte (43 %), berufliche Schwierigkeiten, ein gesunkenes Gehalt und Umsatzrückgänge. Außerdem sorgten sich 79 % der Bürger in Deutschland, dass sich Angehörige oder Freunde infizieren könnten und 66 % wegen der Möglichkeit einer eigenen Infektion. Eine emotionale Erschöpfung wurde von 2 bis 11 % genannt, Frauen waren hier ebenso häufiger betroffen (ifo Institut & forsa, 2020)²⁰.

Die COVID-19-Pandemie hat auch in der deutschen Bevölkerung zu einem starken Anstieg der psychischen Belastung geführt

Im Vergleich zur Zeit vor dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie hat sich die psychische Gesundheit und die Belastung der Bevölkerung in Deutschland verschlechtert. Eine Sonderbefragung zu COVID-19 im Rahmen der NAKO Gesundheitsstudie mit über 113.000 Teilnehmern im Frühjahr 2020 zeigt, dass die Anzahl der Teilnehmer mit depressiven Symptomen im Vergleich zur NAKO Basisuntersuchung (2014-2019) gestiegen ist. Der Anteil der Teilnehmer mit moderat bis schwer ausgeprägten depressiven Symptomen stieg von 6,4 % auf 8,8 % an. Besonders stark ist die psychische Belastung bei Menschen zwischen 20 und 49 Jahren und speziell die Zunahme depressiver Symptome bei Frauen bis zum Alter von 39 Jahren. Bei Teilnehmern über 60 Jahren wurde keine Zunahme von depressiven oder angstbezogenen Symptomen festgestellt. Angstsymptome nahmen besonders stark in den Regionen Deutschlands zu, in denen besonders viele COVID-19-Infektionen auftraten (Peters, 2020).

Besonders bei Menschen bis zum Alter von 50 Jahren hat die Pandemie die psychische Gesundheit belastet

Eine Querschnittsuntersuchung an über 15.000 erwachsenen Deutschen kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2020 litt eine deutliche Mehrheit der Befragten unter klinisch relevantem seelischem Stress (65 %) und COVID-19-bezogener Furcht (59 %), 45 % zeigten auch klinisch relevante allgemeine Angstsymptome. Dabei berichteten Frauen und junge Menschen über einen insgesamt höheren psychischen Druck. Als besonders gefährdet erwiesen sich Menschen mit psychischen Vorerkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Das Vertrauen in die Maßnahmen der Regierung korrelierte negativ mit der psychischen Belastung. Je mehr sich Personen über COVID-19 informiert fühlten, desto stärker war ihre erkrankungsbezogene Angst (Bäuerle et al., 2020).

Zur Auswirkung von Quarantänemaßnahmen und Kontaktbeschränkungen konnte in einer Online-Befragung der Universität Mainz gezeigt werden, dass die Dauer der Kontaktbeschränkungsmaßnahmen kaum Einfluss auf die wahrgenommene Belastung hatte. Dies wurde als möglicher Hinweis darauf gedeutet, dass nicht die getroffenen Schutzmaßnahmen die hohe psychische Belastung der Teilnehmer hervorrufen, sondern die gesundheitliche Bedrohung durch die Pandemie. Erneut erwiesen sich psychisch vorerkrankte Personen als besonders betroffen von Symptomen der Angst und Depressivität und von körperlichen Beschwerden (Universität Mainz, 2021).

Eine Befragung von knapp 3.700 in Deutschland tätigen Gesundheitsfachkräften (Pflegerkräfte, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter u. a.) liefert erste Belege für eine hohe psychische Belastung während der Pandemie. Das Pflegepersonal wies eine besonders hohe psychische Belastung auf, v. a. wenn sie COVID-Patienten betreuten. Insgesamt fühlten sich 56 % der Gesundheitsfachkräfte psychisch belastet, Sorgen bezüglich der Zukunft äußerten 54 % der Befragten. 60 % hatten Angst, Freunde oder Verwandte mit COVID-19 anzustecken, 27 % hatten Angst, sich selbst zu infizieren. 24 % der Befragten berichteten Schlafstörungen (Kramer et al., 2020).

Gesundheitsfachkräfte weisen während der Pandemie ein erhöhtes Risiko für klinisch relevante depressive Symptome auf

In einer kleineren Studie mit 300 Beschäftigten aus der Alten- und Krankenpflege zeigt sich ebenso eine hohe psychische Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. 35 % der Beschäftigten gaben mittlere bis schwere Depressionssymptome an. Auch wiesen 16,7 % der Gesundheitsfachkräfte mittlere bis schwere Angstsymptome auf. Es zeigte sich ebenfalls eine ausgeprägte Sorge vor der Ansteckung von Familienmitgliedern (PFH, 2020).

Auch bei Kindern und Jugendlichen gibt es erste Studienergebnisse (UK und Deutschland), die eine Zunahme von psychischer Belastung, Angst und depressiven Symptomen bedingt durch die Pandemie zeigen (Bingnardi et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021). In der COPSY-Studie (Längsschnittstudie Corona und Psyche) wurde gezeigt, dass der Anteil der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten (Angst, Depression, Somatisierung) in der Pandemie auf fast ein Drittel angestiegen ist. Vor der Pandemie waren dies nur 20 %. Im Verlauf der Pandemie hat sich zudem die Lebensqualität der befragten Kinder weiter verschlechtert: 70 % der Kinder gaben zum Jahresende 2020 eine geminderte Lebensqualität an, im Frühsommer waren es 60 % (UKE, 2021).

Das Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern ist während der COVID-19-Pandemie gestiegen

²⁰ Es handelt sich um die „Corona-BUND-Studie“ des BMG, in der eine bundesweite Befragung auf repräsentativer Basis an 30.068 Personen über 18 Jahren in der Bundesrepublik durchgeführt wurde.

Über eine Zunahme psychischer Erkrankungen ist noch keine Aussage möglich

Ob als Folge der Pandemie tatsächlich auch ein Anstieg psychischer Erkrankungen im Sinne klinischer Diagnosen in Deutschland zu verzeichnen ist, wird erst im weiteren zeitlichen Verlauf sichtbar werden. Bei den meisten vorliegenden Studien handelt es sich um Befragungen, bei denen die Teilnehmer ihr psychisches Befinden selbst beurteilen sollten. Es fand keine klinische Abklärung von Diagnosen statt. Eine Zunahme der Inzidenz- und Prävalenzraten psychischer Erkrankungen wird von Experten als wahrscheinlich erachtet (Brakemeier et al., 2020).

Bei BARMER-versicherten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 24 Jahren zeigt sich bereits von 2019 auf 2020 eine Zunahme der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen um 6 %. Gezählt wurden dabei Akutbehandlungen, Erstanträge auf Psychotherapie und Verlängerungsanträge (Grobe & Szecsenyi, 2021).

Hinweise auf eine Entwicklung der psychischen Belastung bei Erwachsenen kann man krankenkassenbezogenen Veröffentlichungen entnehmen. Diese zeigen seit Beginn der Pandemie in Deutschland bisher unterschiedliche Ergebnisse zu Krankmeldungen. So dokumentierte die Kaufmännische Krankenkasse KKH für das erste Halbjahr 2020 eine Zunahme von Krankmeldungen wegen psychischer Erkrankungen um 80 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (von 14.600 auf 26.700; KKH, 2020). Bei der AOK hingegen ist für Januar bis August 2020 ein Rückgang der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (von 12 auf 11,1 AU-Fälle je 100 AOK-Mitglieder), gleichzeitig stieg aber die durchschnittliche Dauer der psychisch bedingten Fehlzeiten von 25,9 auf 29,3 Tage deutlich an (Wildo, 2020).

Eine Analyse der DAK für das gesamte Jahr 2020 zeigt einen leichten Anstieg der AU-Tage 2020 wegen psychischer Erkrankungen (von 260 auf 265 AU-Tage je 100 Versicherte). Sie stehen 2020 an zweiter Stelle der Gründe für Krankschreibungen. Die Dauer einer Krankschreibung wegen psychischer Erkrankung dauerte mit 39 Tagen länger als je zuvor. Eine mögliche Erklärung wäre hier, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen verstärkt auf die Einschränkungen und Belastungen durch die COVID-19-Pandemie reagieren. Die häufigsten Fehltag bei psychischen Erkrankungen gingen weiterhin auf Depressionen zurück (106 Fehltag je 100 Versicherte), der größte Anstieg fand sich bei Anpassungsstörungen, die 8 % mehr Fehltag verursachten als im Vorjahr (64 Tage je 100 Versicherte). Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen sind bei Personal im Gesundheitswesen am häufigsten (377 Fehltag je 100 Versicherte) (DAK, 2021).

1.4.2 Psychische Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung

Nach überstandener COVID-19-Infektion besteht ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen

Bei COVID-19-Patienten wird in US-Studien das nachfolgende Auftreten einer Reihe psychischer Symptome beschrieben, v. a. Angst, Depression, Schlaflosigkeit und posttraumatische Belastungsstörungssymptome. Bei COVID-19-Patienten ohne psychische Erkrankung in der Vorgeschichte wurde ein erhöhtes Risiko für eine psychische Ersterkrankung innerhalb von 14 bis 90 Tagen nach der COVID-19-Infektion festgestellt. Bei 18,1 % der Patienten mit COVID-19-Erkrankung wurde in diesem Zeitraum eine psychische Diagnose festgestellt, darunter bei 5,8 % erstmals.

Am höchsten war dieses Risiko für Angsterkrankungen, Schlafstörungen und dementielle Erkrankungen. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen (z. B. Influenza oder anderen respiratorischen Infektionen) traten bei Patienten nach COVID-19-Erkrankung fast doppelt so häufig psychische Erkrankungen neu auf. Dies ergibt sich aus einer britischen Studie, in der Daten von über 62.000 Patienten mit COVID-19-Diagnose zwischen Januar und August 2020 analysiert wurden (Taquet et al., 2020).

Während und nach einer stationär behandelten COVID-19 Infektion steigt das Risiko für eine psychische Folgeerkrankung deutlich an

Im Rahmen von schweren COVID-19-Infektionen (SARS- und MERS-Infektionen generell) wurden in einer internationalen Meta-Analyse für Patienten, die auf einer Intensivstation behandelt wurden, deutlich erhöhte Erkrankungsrisiken für PTBS, Depression und Angststörungen beschrieben (Rogers et al., 2020). In zwei chinesischen Studien werden für Patienten, die wegen ihrer COVID-19-Infektion stationär behandelt wurden, ein extrem hoher Anteil von 96 % der Patienten mit selbstberichteten Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung während ihres Krankenhausaufenthaltes (Bo et al., 2020) bzw. von 29 % der Patienten mit Depressionssymptomen (Zhang et al., 2020) ermittelt.

Long Covid: Es liegen Hinweise auf längerfristige Beeinträchtigungen auch für kognitive Fähigkeiten nach überstandener COVID-19-Erkrankung vor

Während des Verlaufs der COVID-19-Pandemie werden immer neue Erkenntnisse zum Verlauf der Erkrankung und zu möglichen schwerwiegenden Langzeitfolgen (genannt „Long Covid“) gewonnen. Neben einer Reihe körperlicher Symptome wie z. B. starker Erschöpfung, Müdigkeit und Kurzatmigkeit werden in der Fachliteratur auch Beeinträchtigungen psychischer Funktionen beschrieben, v. a. Gedächtnisstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten. Diese langfristigen kognitiven Störungen treten abhängig vom Grad der Behandlung bei Atembeschwerden auf: je länger und je invasiver die Behandlung, desto ausgeprägter die kognitiven Beeinträchtigungen. In kognitiven Tests zeigten Patienten, die mechanisch beatmet werden mussten, unabhängig vom Alter und anderen demographischen Variablen besonders schlechte Ergebnisse. Ihre Defizite in der kognitiven Leistung entsprachen dem durchschnittlichen Rückgang kognitiver Fähigkeiten im Verlauf von 10 Lebensjahren. In der Studie wurden keine Angaben zur Dauer der Störungen und zu der Frage gemacht, wie lange die Erkrankung zurücklag (Hampshire et al., 2020).

1.4.3 Auswirkungen von COVID-19 auf psychisch erkrankte Menschen

In der aktuellen Forschungsliteratur wird eine wechselseitige Beziehung von psychischen Erkrankungen und COVID-19-Erkrankungen untersucht. Beschrieben wurde oben bereits das erhöhte Risiko psychischer Ersterkrankungen nach einer COVID-19-Erkrankung. Ebenso scheint COVID-19 bei psychisch Vorerkrankten häufiger aufzutreten als bei psychisch gesunden Menschen.

Wie bereits beschrieben sind psychisch erkrankte Menschen besonders betroffen von Sorgen, Angst und seelischem Stress in Bezug auf die COVID-19-Pandemie. Das Risiko einer Verstärkung der bestehenden psychischen Symptomatik liegt nahe. COVID-19-Patienten mit vorbestehender psychischer Diagnose berichteten in 20,9 % der Fälle eine Verschlechterung der psychischen Symptomatik während der Infektion (Zhou et al., 2020).

In einem systematischen Literaturreview werden Menschen mit psychischen Vorerkrankungen als bekannte Risikogruppe für negative Folgen von Isolations- und Quarantänemaßnahmen auf die psychosoziale Gesundheit aufgeführt (Röhr et al., 2020). In einer europaweiten Studie zum mentalen Wohlbefinden in der COVID-19-Pandemie äußerten Menschen mit psychischen Erkrankungen dreimal häufiger als Befragte ohne psychische Vorerkrankungen das Gefühl von Kontrollverlust (45 % vs. 15 %). Psychisch Vorerkrankte blickten zudem der Zukunft deutlich negativer entgegen als nicht Vorerkrankte (59 % vs. 15 %; AXA, 2020).

Aus aktuellen Studien ergeben sich Hinweise darauf, dass psychisch erkrankte Menschen nicht nur besonders unter der COVID-19-Pandemie leiden, sondern verglichen mit der Allgemeinbevölkerung auch häufiger von COVID-19 betroffen sind. Bei der Interpretation dieser Befunde kann von mehreren konfundierenden Variablen ausgegangen werden (z. B. sozioökonomischen Faktoren und somatischen Vorerkrankungen; s. Kap. 1.1).

Das Vorliegen einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in den vorangegangenen 12 Monaten ging in der oben aufgeführten britischen Studie von Taquet et al. (2020) jedoch auch unabhängig von somatischen Risikofaktoren mit einer höheren Inzidenz von COVID-19-Erkrankungen einher. Patienten mit psychischer Vorerkrankung wiesen nach den Ergebnissen dieser Studie ein 1,6-fach erhöhtes COVID-19-Risiko auf.

In einer französischen Studie lag die Sterberate von Schizophrenieerkrankten mit COVID-19 im Vergleich zu allen COVID-19-Erkrankten um 30 % höher; demographische Faktoren und somatische Begleiterkrankungen waren hierbei berücksichtigt²¹. Diskutiert werden hier als Ursachen mögliche Risikofaktoren wie Rauchen, Adipositas und Diabetes bei jungen Psychosepatienten und zu späte Einweisungen von älteren, oft institutionalisierten Psychosepatienten ins Krankenhaus (Fond et al., 2020).

In einer US-Analyse elektronischer Patientenakten (Wang et al., 2021) wiesen Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei statistischer Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Ethnie und bekannten Begleiterkrankungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung generell eine doppelt so hohe Rate von COVID-19-Diagnosen auf, bei vorliegenden Depressionen und Schizophrenie war das COVID-19-Risiko sogar siebenfach erhöht, bei bipolaren Störungen und ADHS sechsfach. Mit 8,5 % war das Sterberisiko der Patienten mit einer in den vorangehenden 12 Monaten diagnostizierten psychischen Erkrankung deutlich höher als das von COVID-19-Kranken ohne psychische Erkrankung (4,7 %), auch die Hospitalisierungsrate der psychisch Erkrankten war höher (27,4 % vs. 18,6 % bei psychisch Gesunden). An der Studie wurde kritisiert, dass möglicherweise gehäuft psychisch Kranke gemeldet worden waren, da sich diese bereits in Versorgung befanden, und dass Ausbrüche in psychiatrischen Kliniken und Gefängnissen für eine Verzerrung der realen Verhältnisse gesorgt haben könnte. Jedoch finden sich weitere Studien, die ebenfalls ein erhöhtes Risiko schwer psychisch kranker Menschen für eine COVID-19-Erkrankung beschreiben (Shinn & Viron, 2020; Yao et al., 2020). Es werden eine Vielzahl von möglichen Erklärungen für das höhere COVID-19-Erkrankungsrisiko bei psychisch Erkrankten unabhängig von körperlichen Vorerkrankungen diskutiert. Dazu gehören kognitive (z. B. Aufnahme und Verarbeitung relevanter Gesundheitsinformation, mangelnde Compliance) und soziale Benachteiligungen (z. B. Wohnsituation, Zugang zum Versorgungssystem, Stigmatisierung) v. a. bei schwer psychisch erkrankten Menschen (Shinn & Viron, 2020; Yao et al., 2020). Für alle psychischen Erkrankungen wird in der Literatur auch auf die psychoneuroimmunologischen Zusammenhänge verwiesen. Chronische psychische Belastung schwächt die Immunabwehr, wodurch eine höhere Anfälligkeit für Virusinfekte entsteht (Schulz & Gold, 2006).

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders vulnerabel gegenüber zusätzlichen Belastungen

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sind die Inzidenzraten von COVID-19 höher

²¹ Durch statistische Verfahren kontrolliert man den Einfluss möglicher „konfundierender“ Variablen (also Faktoren, die mit den eigentlich untersuchten Variablen in Zusammenhang stehen) auf den eigentlich untersuchten Merkmalszusammenhang.

1.5 Chronifizierung und Transition

Chronifizierung

Chronifizierung: Übergang von der vorübergehenden zur dauerhaften (chronischen) Präsenz einer Erkrankung oder eines Symptoms.

Chronifizierungsdauer: die mittlere Dauer, bis eine psychische Erkrankung erkannt und adäquat behandelt wird.

1/3 der Patienten mit psychischen Erkrankungen ist chronisch erkrankt

Bei der Betrachtung der Chronifizierung von psychischen Störungen werden in der Literatur chronische und chronifizierte Krankheitsverläufe differenziert. „Chronisch“ ist eine psychische Störung, wenn sie trotz fachgerechter Behandlung länger als 2 Jahre andauert; als „chronifiziert“ bezeichnet man eine psychische Störung, wenn sie länger als 2 Jahre ausschließlich durch somatische (Fach-)Ärzte und nicht durch adäquate Fachbehandler behandelt wurde. Ein Drittel der Patienten mit psychischen Störungen, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in stationärer psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen eine Erkrankungsdauer von mehr als 5 Jahren und damit eine chronische Störung auf. 41 % der Patienten weisen eine chronifizierte Störung auf (Bengel et al., 2003).

Psychische Erkrankungen (z. B. affektive Erkrankungen, Angststörungen oder Schizophrenie) haben häufig einen langjährigen Vorlauf, wie in prospektiven und retrospektiven epidemiologischen Studien wiederholt nachgewiesen wurde. Oft treten bereits Jahre vor der ersten Diagnosestellung und ersten Behandlung (meist noch) unspezifische erste klinische Symptome und unterschwellige Anzeichen der kommenden Erkrankung auf. Je später diese Erkrankungen fachspezifisch behandelt werden, desto eher nehmen sie einen ungünstigen Verlauf und umso ausgeprägter wird die Chronifizierung (Klosterkötter & Maier, 2003). Die Verbesserung von Früherkennung und der schnelle Einsatz früher Interventionen spielt eine große Rolle. Die mittlere Chronifizierungsdauer psychischer Erkrankungen wurde in den vorliegenden, älteren Studien mit ca. 7 Jahren beziffert (Steffanowski et al., 2007). Aufgrund des gestiegenen Angebots psychotherapeutischer Versorgung, der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und der damit verbundenen Sensibilisierung der Menschen für psychische Symptome ist davon auszugehen, dass diese Dauer heute niedriger anzusetzen ist, jedoch liegen keine aktuellen Studien zu der Frage vor. Neue Forschungsaktivitäten zur Fragestellung der Chronifizierungsdauer wären dringend notwendig.

Transition

Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter stellt besonders für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine schwierige Entwicklungsaufgabe dar. Gerade die Adoleszenz²² und das frühe Erwachsenenalter gelten als besonders vulnerable Phase für die Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Störungen. Eine möglichst gute Gestaltung des Übergangs (Transition) von einer kinder- und jugendlichenzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Versorgung ist daher von besonderer Bedeutung. Dabei müssen die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen mit ihren unterschiedlichen Reifungsprozessen und Entwicklungsbedingungen berücksichtigt werden (Fegert et al., 2017).

Psychische Auffälligkeiten erfüllen nicht die Kriterien einer psychischen Erkrankung, sondern beschreiben lediglich das Auftreten einzelner Symptome. Solche psychischen Auffälligkeiten u. a. in den Symptombereichen Depressivität, Angst und ADHS, die im Kindes- und Jugendalter auftreten, weisen hohe Persistenzraten auf. Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche nach einem bzw. 2 Jahren (nach der Basiserhebung) noch psychische Auffälligkeiten zeigen, bei ca. 50 % und nach 6 Jahren noch bei ca. 31 % liegt. Kinder ohne psychische Auffälligkeiten zur Basiserhebung sind mit über 90 %iger Wahrscheinlichkeit auch nach einem, 2 oder 6 Jahren nicht psychisch auffällig (Ravens-Sieberer et al., 2015). Circa 15 % der unbehandelten psychisch auffälligen Kinder verlieren ihre Symptomatik bis ins Erwachsenenalter nicht (Schmidt, 2004). Der Verlauf nichtbehandelter Störungen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, darunter Symptommuster, Erkrankungsalter, Geschlecht und Lebensumstände der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Psychische Erkrankungen im Jugendalter haben oft erhebliche Auswirkungen auf die langfristige Entwicklung der Betroffenen. Die Dokumentation einer psychischen Erkrankung im Alter von 17 Jahren erwies sich als assoziiert mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für die spätere Aufnahme eines Studiums. Dies gilt unter Berücksichtigung der Elternmerkmale „beruflicher Ausbildungsstatus eines Elternteils“ und „freiwillige Versicherung eines Elternteils“, durch die der Einfluss des Sozialstatus in die Modellrechnung einbezogen werden sollte (Grobe et al., 2018).

Internationale Studienergebnisse zeigen, dass bis zu ca. 80 % aller im Laufe ihres Lebens psychisch Erkrankten bereits im Alter von 13 bis 18 Jahren eine manifeste psychische Erkrankung gezeigt hatten (Lambert et al., 2013). Früh aufgetretene psychische Störungen bestehen häufig noch bis ins Erwachsenenalter hinein. Als Begründung dafür wird in der Literatur aufgeführt, dass die Behandlungsinanspruchnahme grundsätzlich zu niedrig ist und eine lange Behandlungsverzögerung auftritt, u. a. durch noch unzureichende Sensibilisierung oder Kenntnisse in der Identifikation psychischer Erkrankungen (Lambert et al., 2013). In der psychiatrischen Behandlung bestehen häufig Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Versorgungssegmenten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsych-

In den 2000er-Jahren vergingen im Schnitt 7 Jahre, bis psychische Erkrankungen fachgerecht behandelt wurden

Transition: Überleitung der Behandlung kranker Kinder und Jugendlicher von der Kinderheilkunde in die Erwachsenenmedizin.

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen bleiben oft über längere Zeit hinweg bestehen und können die weitere altersgerechte Entwicklung beeinträchtigen

Psychische Erkrankungen stellen ein Entwicklungsrisiko dar

Die Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen tritt erstmals bereits in der Kindheit, Jugend oder im frühen Erwachsenenalter auf

²² Als Adoleszenz bezeichnet man in der Entwicklung des Menschen den Zeitraum von der späten Kindheit über die Pubertät bis hin zum vollen Erwachsenen.

iatrie, wodurch es zu erhöhten Therapieabbruchraten und Behandlungsdiskontinuitäten kommen kann. Dies kann die Prognose bis weit ins Erwachsenenalter belasten. Es gibt deutliche Bemühungen darum, den Übergang besser zu gestalten. An dieser Schnittstelle sind daher viele Projekte zu frühen Interventionen angesiedelt. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Patienten in laufender Therapie auch über das 21. Lebensjahr hinaus behandeln, wodurch der Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen durch eine kontinuierlichere Versorgung besser begleitet werden kann.

1.6 Komorbidität

Auch die Komorbidität kann anhand von epidemiologischen Daten oder von Diagnosedaten ermittelt werden. Wichtig ist nicht nur die Betrachtung der psychischen Komorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorliegen mehrerer psychischer Erkrankungen, sondern auch die Betrachtung vorliegender körperlicher Erkrankungen bei psychisch erkrankten Menschen sowie das Maß an psychischer Beeinträchtigung bei chronisch körperlich kranken Menschen.

Komorbidität: das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung.

1.6.1 Komorbidität mit psychischen Erkrankungen

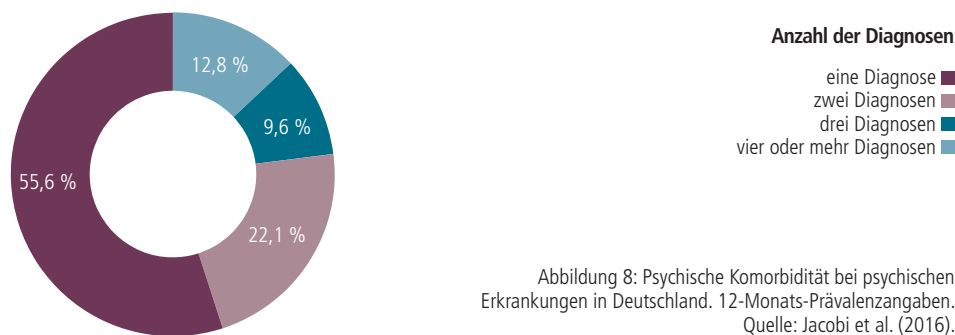
Aus epidemiologischen Untersuchungen ergibt sich eine Rate von 44,5 % der psychisch Erkrankten in Deutschland, die mehr als eine Diagnose psychischer Erkrankungen haben (Jacobi et al., 2016). 55,6 % der Erkrankten haben nur eine einzige psychische Diagnose (s. Abb. 8).

Ca. 45 % aller psychisch erkrankten Menschen haben mehr als eine psychische Diagnose

Bei Frauen liegt die Komorbiditätsrate deutlich höher als bei Männern (50,2 % vs. 36,8 %). Am häufigsten kommt die Diagnosekombination „Angst und affektive Störung“ vor, gefolgt von „mehrere Angststörungen“ und „Angst- und affektive und somatoforme Störung“ (Jacobi et al., 2016).

Frauen weisen häufiger mehrere psychische Erkrankungen auf als Männer

12-Monats-Prävalenz: Anzahl der Diagnosen



Einige Studien zur Komorbidität beziehen sich wieder auf Patienten mit schweren psychischen Störungen. Für diese Patienten wurde ein besonders hohes Risiko für Suchterkrankungen gefunden (Schneider et al., 2019). So haben z.B. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Menschen ohne Borderline-Erkrankung ein 12-fach erhöhtes Risiko für Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und ein 5-fach erhöhtes Risiko für andere substanzgebundene Suchterkrankungen. Auch für Patienten mit psychotischer oder bipolarer Störung oder mit einer schweren Depression ist das Risiko für eine Suchterkrankung deutlich erhöht (s. Tab. 4). Aber auch beim Vorliegen einer leichten bzw. mittelschweren Depression liegt die Wahrscheinlichkeit einer komorbid auftretenden psychischen Erkrankung bereits bei 64 % bzw. 72 %. Bei einer schweren Depression liegt sie sogar bei 78 % (Steffen et al., 2020).

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein sehr hohes Risiko für zusätzliche Suchterkrankungen

Tabelle 4: Psychische Komorbidität bei schweren psychischen Störungen

Diagnosegruppe	Borderline-Persönlichkeitsstörung	Psychotische Störungen	Bipolare Störungen	Schwere unipolare Depression
Morbidität/Risikofaktor	OR			
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	12,2	4,3	4,1	3,2
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (außer Alkohol)	5,3	3,0	2,3	2,2

Anmerkungen: Angaben in Odds-Ratio. Quelle: Schneider et al. (2019).

Weltweit hat jeder vierte, europaweit jeder dritte psychisch Erkrankte mehr als eine psychische Diagnose

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein bis zu doppelt so hohes Risiko für eine nachfolgende körperliche Erkrankung

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben die meisten komorbiden körperlichen Erkrankungen

Bis zu 50 % der Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen leiden auch unter behandlungsbedürftigen psychischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen

Chronisch körperlich Erkrankte haben ein doppelt so hohes Risiko für psychische Erkrankungen wie körperlich Gesunde

Chronisch körperlich Kranke mit einer psychischen Komorbidität haben eine schlechtere Lebensqualität, einen ungünstigeren Krankheitsverlauf und verursachen höhere Behandlungskosten

Internationaler Vergleich

Deutschland liegt mit seiner Rate von 44,5 % psychischer Komorbidität bei psychischen Erkrankungen über den europa- und weltweit dokumentierten, in epidemiologischen Studien ermittelten durchschnittlichen Komorbiditätsraten. Europaweit liegt die psychische Komorbiditätsrate bei 32 %, d. h. 68 % aller Betroffenen weisen nur eine psychische Diagnose auf. 18 % weisen 2 Diagnosen und 14 % 3 oder mehr Diagnosen auf. Als häufigste komorbide Störungen treten Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen und substanzbezogene Abhängigkeiten auf (Wittchen & Jacobi, 2005). In internationalen Daten zeigt sich eine Komorbiditätsrate für Jugendliche und junge Erwachsene von 27,9 %, d. h. bei mehr als jedem vierten psychisch Erkrankten lagen 2 oder mehr psychische Störungen gleichzeitig vor. Durchschnittlich hatten die Betroffenen mit mehreren Diagnosen 3,5 Erkrankungen (Lambert et al., 2013).

1.6.2 Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen

Körperliche Komorbidität bei psychischen Erkrankungen

Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben nicht nur ein erhöhtes Risiko für weitere psychische Störungen, sondern auch für somatische Erkrankungen. Patienten mit einer affektiven Störung, Angststörung, substanzbezogenen Störung oder Impulskontrollstörung weisen ein bis zu doppelt so hohes Risiko für eine körperliche Erkrankung auf (OR 1,2 bis 2,0), wie eine internationale Querschnittsstudie aus 17 Ländern zeigt. Je mehr psychische Störungen komorbid vorliegen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer nachfolgenden körperlichen Erkrankung (OR 1,3 bis 1,8 bei einer psychischen Störung; OR 1,9 bis 4,0 bei fünf oder mehr psychischen Störungen; Scott et al., 2016). Bei Patienten mit einer Depression können bei allen Schweregraden eine Reihe komorbider Erkrankungen auftreten. Die somatische Komorbidität ist unabhängig vom Schweregrad am höchsten für komorbide Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens, für Hypertonie und für Stoffwechselstörungen. Ebenso finden sich Zusammenhänge von Depression und Schlafstörungen, Migräne und Epilepsie (Steffen et al., 2020).

Bei Patienten mit schweren psychischen Störungen ist die Prävalenz gleichzeitiger infektiöser, endokriner/ernährungsbedingter/stoffwechselbedingter, kreislaufbedingter und respiratorischer Krankheitsgruppen deutlich erhöht (Schneider et al., 2019). So haben z. B. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ein über 4-fach erhöhtes Risiko für Hepatitis oder HIV und ein 56-fach erhöhtes Risiko für vorsätzliche Selbstverletzungen. Patienten mit psychotischen Störungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Diabetes, Adipositas, Pneumonie und Herzinsuffizienz. Menschen mit bipolaren Störungen sind häufiger komorbid an endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie an Hepatitis oder HIV erkrankt. Das Gleiche gilt für Patienten mit schweren unipolaren Depressionen. Diese haben ebenso ein signifikant höheres Risiko für verschiedene Arten von Krebserkrankungen.

Psychische Komorbidität bei chronisch körperlich Kranken

Zur Frage, welche psychischen Beeinträchtigungen oder manifesten Erkrankungen bei chronisch körperlich kranken Menschen vorliegen, gibt es eine Reihe von Studien (Mittag et al., 2016). Die psychischen Beeinträchtigungen sind nicht nur als Reaktion auf körperliche Erkrankungen zu verstehen, sondern sind Teil einer komplexen Interaktion. Unidirektionale Erklärungsmodelle greifen daher nicht. Auszugehen ist von neurobiologischen, psychologischen und sozialen Wechselwirkungen.

Bei chronischen körperlichen Erkrankungen treten sehr häufig auch psychische Beeinträchtigungen auf. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bis hin zu behandlungsbedürftigen psychischen Störungen bei körperlich Kranken sehr hoch ist (Klesse et al., 2008). Es treten v. a. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Schmerzstörungen und Anpassungsstörungen auf. In einer umfassenden Studie zur psychischen Komorbidität bei chronisch körperlich Kranken ergibt sich eine Rate von 40 % der körperlich Kranken mit mindestens einer psychischen Störung. Bei Vorliegen von mehr als 2 gleichzeitigen körperlichen Erkrankungen haben bis zu 50 % der Patienten komorbide psychische Störungen (Härter et al., 2007).

Personen mit einer chronischen körperlichen Erkrankung weisen im Vergleich zu körperlich Gesunden ein 2,2-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung auf (Klesse et al., 2008). Für das Auftreten einer schweren depressiven Episode sind die Risiken bei Schlaganfallpatienten sogar über 3-fach und bei Patienten mit Nierenversagen 3,6-fach erhöht (Egede, 2007).

Welche komorbide psychische Störung auftritt, hängt z.T. von der somatischen Erkrankung und der medizinischen Behandlung ab, kann aber auch diagnoseübergreifend sein. Chronisch körperlich Kranke mit psychischer Komorbidität haben eine schlechtere Lebensqualität und einen ungünstigeren Krankheitsverlauf und verursachen höhere Kosten im Gesundheitssystem (Koch et al., 2011). Die frühzeitige Behandlung der komorbiden psychischen Erkrankungen ist daher bei chronisch körperlich erkrankten Menschen von großer Bedeutung, um negative Auswirkungen auf den Verlauf der körperlichen Erkrankung zu verringern (Klesse et al., 2008). Untersuchungen gehen allerdings davon aus, dass in der Versorgungsrealität

bei einem erheblichen Anteil dieser psychisch beeinträchtigten Patienten die Symptome nicht hinreichend erkannt und nicht behandelt werden (Bengel et al., 2003).

1.7 Mortalität

Studien zur erhöhten Sterblichkeit bei psychisch kranken Menschen liegen nur für die schweren psychischen Störungen (SMI) vor und beziehen sich damit nur auf einen kleinen Anteil aller psychisch erkrankten Menschen.

Eine umfassende Analyse von Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten weist besonders für SMI in Deutschland eine deutlich erhöhte 2-Jahres-Sterblichkeit nach (Schneider et al., 2019). Die erhöhten Sterberisiken liegen je nach Alter, Geschlecht und Erkrankung zwischen 1,4 und 2,4 (s. Tab. 5).

Mortalität: Sterberate; Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtanzahl der Individuen oder bezogen auf die Anzahl in der betreffenden Population (spezifische Sterberate).

Tabelle 5: Sterberisiken für Menschen mit schweren psychischen Störungen

Diagnosegruppe	Sterberisiko (OR)
Psychotische Störungen	2,4
Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	2,3
Bipolare Störungen	1,5
Schwere unipolare Depression	1,4

Anmerkungen: Angaben in Odds-Ratio. Quelle: Schneider et al. (2019).

Erwachsene mit Psychosen weisen in einem 2-Jahres-Zeitraum eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeit im Vergleich zu Menschen ohne Psychosen auf

Besonders hoch ist das Sterberisiko der Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im jungen Alter, im Besonderen bei psychotischen Erkrankungen mit einer 11-fachen Erhöhung für 18- bis 25-Jährige. Damit wird die besondere Gefährlichkeit dieser Erkrankungen in einer Lebensphase mit normalerweise sehr geringer Mortalität in der Allgemeinbevölkerung deutlich. Selbst im Vergleich zu 85-jährigen Menschen in der Allgemeinbevölkerung weisen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen immer noch eine statistisch signifikant erhöhte Sterblichkeitsrate auf.

Psychotisch Erkrankte zwischen 18 und 25 Jahren haben ein 11-fach erhöhtes Sterberisiko

Lebenszeitverlust

Der Verlust an Lebenszeit durch schwere psychische Erkrankungen liegt je nach Erkrankung zwischen 2,8 und 11,5 Jahren. Der geschätzte Verlust ist mit durchschnittlich 8,2 Jahren (im Alter von 50) bis 11,5 Jahren (im Alter von 20) bei psychotischen Erkrankungen am höchsten, gefolgt von der bipolaren Störung mit 5,7 Jahren (im Alter von 50) bis 7,1 Jahren (im Alter von 20; s. Abb. 9). Der Lebenszeitverlust ist bei jüngeren im Vergleich zu älteren Patienten also deutlich höher und bei Männern höher als bei Frauen (Schneider et al., 2019).

Je früher die Ersterkrankung, desto kürzer das Leben – Männer sind stärker betroffen

Lebenszeitverlust nach Altersgruppen

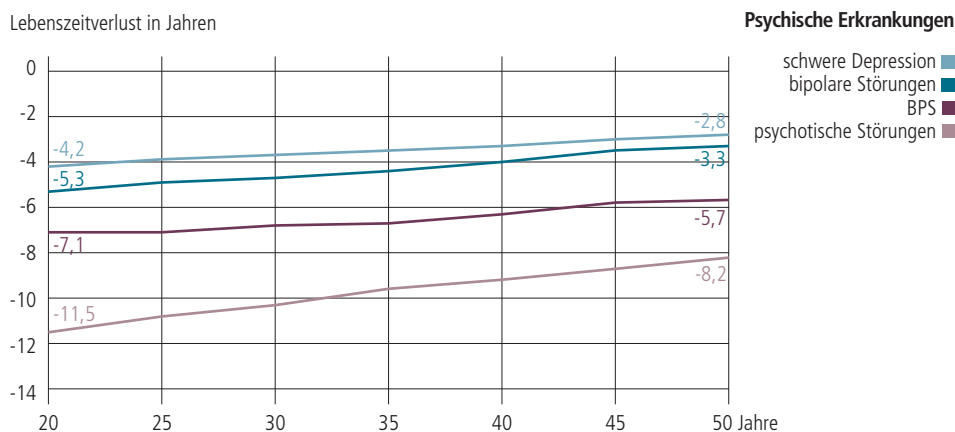


Abbildung 9: Geschätzter Lebenszeitverlust (in Jahren) bei schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, nach Altersgruppen. Quelle: Schneider et al. (2019).

Internationale Ergebnisse

Psychisch schwer kranke Patienten sind neben der Beeinträchtigung durch die Krankheitslast auch erheblichen körperlichen Risiken ausgesetzt, was laut internationalen Befunden zu einer verkürzten Lebenserwartung um etwa 10 Jahre führt (Walker et al., 2015).

Psychisch schwer erkrankte Patienten sterben durchschnittlich 10 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung

Jährlich sind weltweit ca. 8 Mio. Todesfälle auf die Folgen psychischer Störungen zurückzuführen

An Schizophrenie erkrankte Menschen sterben weltweit 10 bis 20 Jahre früher

Bei der Betrachtung der Lebenserwartung von Menschen mit Psychosen sind auch die möglichen Nebenwirkungen der atypischen Neuroleptika zu beachten

Im Schnitt sterben in Deutschland täglich 25 Menschen durch Selbstmord. Männer verüben 3-mal so häufig Selbstmord wie Frauen

Im Vergleich zu den 80er-Jahren hat sich die Suizidrate halbiert

Die frühere Sterblichkeit ist v. a. auf komorbide körperliche Erkrankungen zurückzuführen. 2/3 der Todesfälle haben natürliche Ursachen. 18 % gehen auf unnatürliche Ursachen wie Suizid oder Unfälle zurück, der Rest hat unbekannte Ursachen. Gerade schwer psychisch Erkrankte haben eine hohe Komorbidität von körperlichen Erkrankungen (s. Kap. 1.6). Vor allem durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht sich das Sterblichkeitsrisiko der psychisch Kranken deutlich. 14,3 % aller weltweiten Todesfälle (also 8 Mio. Todesfälle) jährlich werden auf psychische Erkrankungen zurückgeführt (Walker et al., 2015). Im Durchschnitt erhalten Menschen mit SMI eine weniger qualifizierte medizinische Versorgung als die allgemeine Bevölkerung (Schneider et al., 2019).

Patienten mit Schizophrenie haben global betrachtet das größte Risiko. Ihre Lebenserwartung ist um 10 bis 20 Jahre verkürzt. Oft wird die Schizophrenie daher auch als „life-shortening disease“ bezeichnet (Hewer & Schneider, 2016). Auch Patienten mit der Essstörung Anorexie haben im Vergleich zu Gesunden ein 7- bis 10-fach erhöhtes Risiko, an den direkten Folgen der Erkrankung zu sterben, da bei einem sehr niedrigen Body Mass Index (BMI) ein Organversagen eintreten kann.

Bei der Betrachtung des Verlustes an Lebenszeit bei schweren psychischen Erkrankungen ist zu beachten, dass die kürzere Lebenszeit neben bedeutsamen anderen Faktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, schlechte Ernährung und unzureichende medizinische Behandlung auch auf die Nebenwirkungen durch die Einnahme atypischer Neuroleptika zurückzuführen ist. Bei diesen Medikamenten handelt es sich um Arzneimittel, die zur Behandlung der Schizophrenie und anderer Psychosen eingesetzt werden. Sie können bei längerer Einnahme ein metabolisches Syndrom auslösen, weswegen in der Langzeitbehandlung immer wieder Absetzversuche vorgenommen werden (Aderhold, 2014).

1.8 Suizidalität

Im Jahr 2018 nahmen sich in Deutschland 9.396 Menschen das Leben, das entspricht mehr als 25 Personen pro Tag. Die Suizidrate belief sich 2018 auf 11,0 Suizide je 100.000 Einwohner (Statistisches Bundesamt, 2020). Mit dieser Rate liegt Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Weltweit nehmen sich jährlich ca. 800.000 Menschen das Leben. Damit gehört der Suizid zu den häufigsten Todesarten (WHO, 2019). Die Suizidraten variieren stark zwischen den Ländern.

In den letzten 10 Jahren lag die Anzahl der Suizidfälle in Deutschland immer zwischen 9.000 und 10.000. Die Suizidrate liegt seit einem Jahrzehnt immer zwischen 11 und 13 Suiziden pro 100.000 Einwohner, seit 2014 ist die Rate jedoch von 12,6 auf 11 Suizide pro 100.000 Einwohner gesunken. Männer verüben mehr als 3-mal so häufig Selbstmord wie Frauen (16,6 vs. 5,3 Suizide pro 100.000 Einwohner; Statistisches Bundesamt, 2020). Es kommen mehr Menschen durch Suizid ums Leben als durch Verkehrsunfälle (3.275), illegale Drogen (1.276), Mord (386) oder Totschlag (1.827) zusammen. Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise sogar 15- bis 20-mal so hoch. Ein verstärktes Engagement in der Suizidprävention erscheint demnach dringend notwendig.

In den 80er-Jahren war die Suizidrate in Deutschland im Vergleich zu der heutigen Rate mehr als doppelt so hoch. Im Jahr 1980 nahmen sich bundesweit noch ca. 50 Personen pro Tag das Leben. Der Rückgang wird auf effektivere Vorsorgemaßnahmen, eine bessere Aufklärung und eine deutlich höhere Sensibilität in der medialen Berichterstattung zurückgeführt. Auch die Verkleinerung von Packungsgrößen schwerer Medikamente soll zur Reduktion der Suizidrate beigetragen haben (Statista, 2020).

Sterbefälle durch Suizid

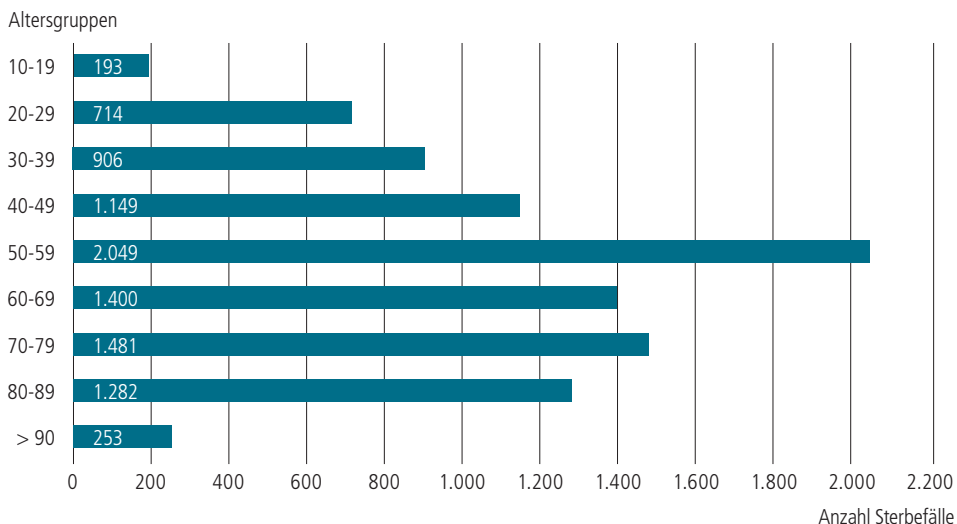


Abbildung 10: Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Altersgruppen im Jahr 2018. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Suizids liegt im Jahr 2018 bei 58,5 Jahren (s. Abb. 10). Betrachtet man die Sterberate je 100.000 Einwohner (Suizidrate), so nimmt diese mit steigendem Alter zu: Bis zum Alter von 44 Jahren liegt die Rate unter dem bundesweiten Durchschnitt, bis zum 70. Lebensjahr steigt sie auf ca. 16 je 100.000 Einwohner, und bei den über 85-Jährigen liegt sie sogar bei ca. 35 je 100.000 Einwohner. Am höchsten liegt die Suizidrate im mittleren Lebensalter.

Zwischen den Bundesländern finden sich für das Jahr 2018 wie auch für die Vorjahre deutliche Unterschiede bezüglich der altersstandardisierten Suizidraten. 2018 gab es in Nordrhein-Westfalen mit 7,7 Suiziden pro 100.000 Einwohner die wenigsten Suizide. Erneut am höchsten fiel die Quote mit 13,7 in Sachsen-Anhalt aus (Statistisches Bundesamt, 2020). Die Ursachen für diese regionalen Unterschiede sind unklar.

Suizidalität kommt vor allem bei depressiven Menschen vor, aber auch bei anderen psychischen Erkrankungen und Lebensumständen, die mit hohem Leidensdruck und einer ins Negative verzerrten Realitätswahrnehmung einhergehen. Bis zu 90 % der Menschen, die einen Suizid verüben, leiden zum Zeitpunkt des Suizides an Symptomen psychischer Erkrankungen, insbesondere an affektiven Störungen oder an Schizophrenie, aber auch an Suchterkrankungen.

Unzureichend behandelte bzw. therapieresistente Depressionen und die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe gehören zu den wichtigsten Ursachen für Suizid (Wolfersdorf, 2008a). Für Patienten mit schwerer depressiver Episode liegt das Lebenszeitrisko für einen Suizid (Lebenszeitsuizidmortalität) wissenschaftlichen Studien zufolge in Deutschland bei 14,4 % (Wolfersdorf, 2008b). Über alle depressiv Erkrankten aller Schweregrade hinweg liegt die Lebenszeitsuizidmortalität in Deutschland bei etwa 4 % (Wittchen et al., 2010). Das Lebenszeitrisko für Suizid in der Allgemeinbevölkerung wird auf 0,5 % und das für Patienten mit psychischen Störungen allgemein auf zwischen 2,2 % und 8,6 % geschätzt (Bostwick & Pankratz, 2000).

Bei Minderjährigen in Deutschland kommen Suizide selten vor (s. Abb. 10), im Jahr 2018 machten die Suizide bei 10- bis 19-Jährigen nur 2,0 % aller Suizide aus. Jedoch zeigt eine aktuelle Übersichtsarbeit (Becker & Correll, 2020), dass in Schulstichproben bei 36-39 % der befragten Kinder und Jugendlichen Suizidgedanken und 6,5-9 % Suizidversuche vorliegen. Als Risikofaktor für einen Suizid stellten sich v. a. Mobbing-Erfahrungen heraus (OR 2,2). Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten erhöhte das Risiko für Suizidgedanken fast dreifach (OR 2,95). Suizidalität tritt bei Heranwachsenden sowohl mit als auch ohne psychische Erkrankungen auf. Bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist das Suizidrisiko zwischen 10 und 20 Jahren 3- bis 12-fach erhöht.

Die Suizidrate ist in Deutschland regional unterschiedlich ausgeprägt

Bis zu 90 % der Personen, die einen Suizid verüben, haben Symptome psychischer Erkrankungen

Bei schwer depressiv erkrankten Patienten ist die Suizidrate mit 14 % besonders hoch

Depressiv Erkrankte verüben 8-mal so häufig Selbstmord wie die Allgemeinbevölkerung

10- bis 20-Jährige mit psychischer Erkrankung haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko gegenüber gesunden Gleichaltrigen

2. Inanspruchnahme von Psychotherapie

Die meisten verfügbaren Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens stammen aus Studien mit bevölkerungsrepräsentativen Umfragen. Solche Befragungsdaten wie die aus den Gesundheitssurveys des RKI haben dabei gegenüber Routinedaten aus Abrechnungs- oder Diagnosestatistiken von Krankenkassen den Vorteil, dass sie die Gesamtbevölkerung krankensicherungsübergreifend (also z. B. auch Beihilfe- und Privat-Versicherte) abbilden. Befragungs- und Abrechnungsdaten lassen sich nur sehr begrenzt miteinander vergleichen, da beide unterschiedliche Limitationen aufweisen.

Bei der Frage nach der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens betrachtet man 2 Ebenen: Welcher Anteil der Gesamtbevölkerung hat aufgrund einer psychischen Erkrankung Kontakt ins Gesundheitswesen (Kap. 2.1.1 und Kap. 2.2.1), und welcher Anteil der psychisch erkrankten Menschen gelangt tatsächlich in eine adäquate Versorgung (Kap. 2.1.2 und Kap. 2.2.2). Bei letzterem ist es wichtig festzustellen, ob es sich dabei tatsächlich um eine fachspezifische Behandlung handelt. Es erfolgt auch eine Darstellung der wichtigsten Behandlungsanlässe bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen. Inwieweit sich die fachspezifischen ambulanten Behandlergruppen anhand der behandelten Diagnosen voneinander unterscheiden, wird in Kap. 2.3 beschrieben.

In einer Kleinen Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (2019) wird gefragt, wie viele Menschen jährlich psychiatrische, psychotherapeutische, psychosoziale und psychosomatische Hilfeleistungen in Anspruch nehmen. Die Antwort der Bundesregierung weist darauf hin, dass Daten zu Leistungen aus den Bereichen der Anspruchsgrundlage unterschiedlicher Sozialgesetzbücher nicht zusammengeführt dokumentiert sind: „Eine übergreifende Darstellung der Anzahl von Menschen, die Leistungen in Anspruch genommen haben, ist daher nicht möglich.“ (Bundesregierung, 2019).

2.1 Inanspruchnahme bei Erwachsenen

Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Ländern gut. Dennoch wird nur ein relativ kleiner Anteil der Menschen, die auf der Grundlage epidemiologischer Studien als psychisch erkrankt gelten, fachspezifisch behandelt. Bei der Betrachtung von Daten zur Inanspruchnahme muss beachtet werden, in welcher Form und wie fachspezifisch die Versorgung erfolgt (z. B. psychosoziale Einrichtungen, Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut).

2.1.1 Inanspruchnahme in der erwachsenen Gesamtbevölkerung

Beim Vergleich von Angaben zur Behandlungsprävalenz muss unterschieden werden, ob diese sich auf einen begrenzten Zeitraum oder auf die gesamte bisherige Lebenszeit beziehen.

Behandlungsprävalenz Lebenszeit

In einer bevölkerungsrepräsentativen Studie zur Inanspruchnahme von psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfe aus dem Jahr 2016 ergab sich ein Bevölkerungsanteil von 15,9 % aller Befragten, die sich irgendwann in ihrem Leben in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befunden hatten (Groschwitz et al., 2017). Davon waren 75 % bereits bei einem Psychotherapeuten oder beim Facharzt in Behandlung gewesen, knapp 30 % in stationärer Behandlung, 13,5 % in ambulanter Behandlung in einer Ambulanz und 9,7 % in teilstationärer Behandlung.

3-Jahres-Behandlungsprävalenz

Nach den aktuellsten vorliegenden Daten aus der bevölkerungsrepräsentativen Versichertenbefragung der KBV aus dem Jahr 2019 haben 14 % der Befragten in den letzten 3 Jahren wegen eines seelischen Problems ärztliche oder psychologische Hilfe benötigt (Männer 11 %, Frauen 18 %) ²³. Von denen, die Hilfe in Anspruch genommen haben, suchten 64 % einen Psychotherapeuten auf. Dies entspricht einem Anteil von ca. 9 % aller befragten gesetzlich Versicherten. Unterschiede zwischen den Altersgruppen finden sich in Abbildung 11.

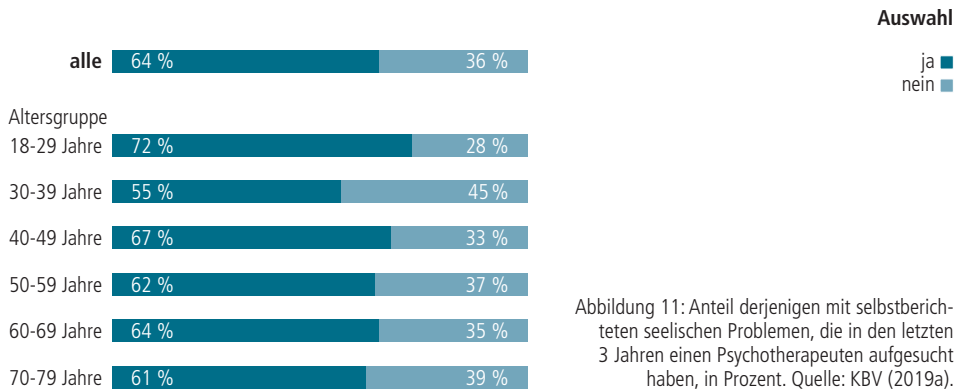
Daten zur Inanspruchnahme von professionellen Hilfeleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt werden in Deutschland nicht offiziell gesammelt

Knapp 16 % der erwachsenen Bevölkerung war irgendwann einmal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung

9 % aller erwachsenen Versicherten haben in den letzten 3 Jahren wegen eines psychischen Problems einen Psychotherapeuten aufgesucht

²³ Befragt wurden hier erwachsene Versicherte unter 80 Jahren.

Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung



In der KBV-Versichertenbefragung wurden auch soziodemographische Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme untersucht. Bei Männern lag der Anteil derjenigen, die seelische Probleme bejaht und dann auch einen Psychotherapeuten aufgesucht hatten, niedriger als bei Frauen (6,5 % vs. 11,9 %). Gesetzlich krankenversicherte Erwachsene nahmen häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch als privat Krankenversicherte (9,8 % vs. 5,9 %). Außerdem nahmen bei den Befragten mit seelischen Problemen diejenigen mit Hochschulabschluss häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch als diejenigen mit Hauptschulabschluss und die Bewohner von Großstädten (über 100.000 Einwohner) häufiger als die Bewohner von Kleinstädten (unter 5.000 Einwohner). Zwischen westlichen und östlichen Bundesländern traten keine wesentlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Psychotherapie auf (KBV, 2019a).

Korrespondierende Ergebnisse finden sich im BARMER Arztreport 2020. Dort wurden Wahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Erstgespräche oder einer Richtlinienpsychotherapie ermittelt. In allen Altersgruppen ab 6 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Psychotherapie durchgeführt wird, bei Frauen deutlich höher als bei Männern. So liegt sie z. B. für Frauen zwischen 21 und 29 Jahren mit OR 1,99 doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Männern. Personen mit höheren Ausbildungsabschlüssen weisen eine deutliche höhere Wahrscheinlichkeit für eine psychotherapeutische Behandlung auf (z. B. Diplom/Master: OR 1,5; Berufsausbildung: OR 1,2; ohne Ausbildung: OR 1,0). Nachweisbar ist auch, dass die Psychotherapeutendichte einer Region die Chance auf eine psychotherapeutische Behandlung beeinflusst. Die Wahrscheinlichkeiten für einen Erstkontakt bei einem Psychotherapeuten und für eine Richtlinienpsychotherapie liegen in Regionen mit höchster Therapeutendichte um den Faktor 1,6 bzw. 1,8 höher als in Regionen mit der niedrigsten Therapeutendichte (Grobe et al., 2020)²⁴.

12-Monats-Behandlungsprävalenz

In Deutschland berichten 9,7 % der Erwachsenen, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben²⁵. Frauen (11,3 %) tun dies häufiger als Männer (8,1 %). Es zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein Anstieg der Inanspruchnahme bis in die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (13,4 % Frauen, 9,7 % Männer), die in den älteren Gruppen wieder stetig sinkt (Rommel et al., 2017).

Ergänzend zu diesen Befragungsdaten liegen aktuelle Abrechnungsdaten der KBV zur Behandlung durch Psychotherapeuten vor. Für 2019 ergibt sich eine Inanspruchnahmerate von 4 % der gesetzlich versicherten Personen in Deutschland, die Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten. Seit 2015 ist diese Rate um 0,6 Prozentpunkte gestiegen (3,4 % im Jahr 2015; Bundesregierung, 2020). Es ist zu berücksichtigen, dass diese Inanspruchnahmerate nur die Patienten bei KV-zugelassenen Psychotherapeuten erfasst und Behandlungen außerhalb des KV-Systems hier nicht enthalten sind (z. B. Privatpraxen, Beratungsstellen). Es kann daher von einer Unterschätzung der realen Inanspruchnahmerate für Psychotherapie ausgegangen werden.

Frauen und Menschen mit höherem Bildungsabschluss nehmen eher Psychotherapie in Anspruch

Jährlich sucht ca. 10 % der Gesamtbevölkerung einen Psychotherapeuten oder Psychiater auf

²⁴ Dies ergibt sich aus vier logistischen Regressionsmodellen. Die Berechnungen erfolgten mit einheitlicher bevölkerungsbezogener Gewichtung der einbezogenen Beobachtungen.

²⁵ Dieses Ergebnis stammt aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des RKI (Daten aus 2014-2015).

2.1.2 Inanspruchnahme bei psychisch kranken Erwachsenen

Im Folgenden wird beschrieben, welcher Anteil an psychisch erkrankten Menschen welche Art von professioneller Unterstützung in Anspruch nimmt. Mit zunehmender Spezialisierung der Behandler wird die Inanspruchnahmerate geringer. Viele Betroffene haben zwar einen Kontakt ins Gesundheitssystem, aber zu wenige erhalten eine adäquate fachspezifische Behandlung.

Irgendein Kontakt ins Gesundheitssystem

Bundesweit nehmen 41,8 % der psychisch Erkrankten irgendwann Kontakt zum Gesundheitssystem auf (DEGS1-Daten; Mack et al., 2014). Hierbei handelt es sich um den Selbstbericht der Befragten, aufgrund psychischer Probleme jemals Gesundheitsdienste aufgesucht zu haben. Europaweit hat die Hälfte aller psychisch Erkrankten irgendeinen Kontakt zum Gesundheitssystem (Wittchen et al., 2011).

In der DEGS1-Studie wurde auch der Zusammenhang von Kontaktraten ins Gesundheitssystem mit der Anzahl der psychischen Diagnosen ermittelt. Von den Teilnehmern, bei denen in der Studie eine psychische Erkrankung festgestellt wurde, berichtet der Großteil (68 %) über gar keinen diesbezüglichen Kontakt zum Gesundheitssystem, etwa 11 % über Kontakt im letzten Jahr und etwa 21 % über Kontakt vor mehr als einem Jahr. Je mehr Diagnosen vorliegen, desto größer ist der Anteil an Patienten, die innerhalb eines Jahres nach Symptombeginn Kontakt ins Gesundheitssystem aufnehmen (s. Abb. 12).

Deutschlandweit hat mehr als jeder dritte, europaweit jeder zweite psychisch Kranke Kontakt zum Gesundheitswesen

2/3 der Menschen mit nur einer psychischen Diagnose haben keinen diesbezüglichen Kontakt zum Gesundheitssystem

Je mehr psychische Diagnosen vorliegen, desto wahrscheinlicher ist ein schneller Kontakt ins Gesundheitssystem

Kontakt ins Gesundheitssystem innerhalb eines Jahres

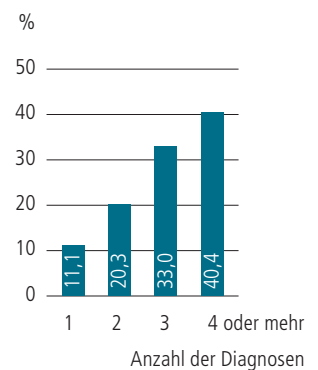


Abbildung 12: Anteil der Patienten, die innerhalb von 12 Monaten Kontakt ins Gesundheitssystem aufnehmen, nach Anzahl der psychischen Diagnosen, in Prozent. Quelle: Mack et al. (2014).

Psychisch erkrankte Frauen nehmen doppelt so häufig Behandlung in Anspruch wie Männer

Die Rate der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen variiert mit soziodemographischen Faktoren, mit der Diagnose und mit der Komorbidität. Frauen nehmen innerhalb eines Jahres doppelt so häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch wie Männer (23,5 % vs. 11,6 %). Ebenso unterscheiden sich Personen ohne Arbeitstätigkeit versus mit Arbeitstätigkeit (47,7 % vs. 38 %). Die niedrigsten Behandlungsraten werden für substanzbezogene Störungen aufgeführt (12-Monats-Behandlungsprävalenz 15,6 %; Lebenszeit-Behandlungsprävalenz 37,3 %), die höchsten für psychotische Erkrankungen (12-Monats-Behandlungsprävalenz 40,5 %; Lebenszeit-Behandlungsprävalenz 72,1 %; Mack et al., 2014).

Abbildung 13 veranschaulicht die unterschiedlichen Behandlungsraten bei verschiedenen psychischen Diagnosen. Angststörungen werden z. B. deutlich häufiger behandelt als Abhängigkeitserkrankungen.

12-Monats-Behandlungsprävalenz in Deutschland 2011

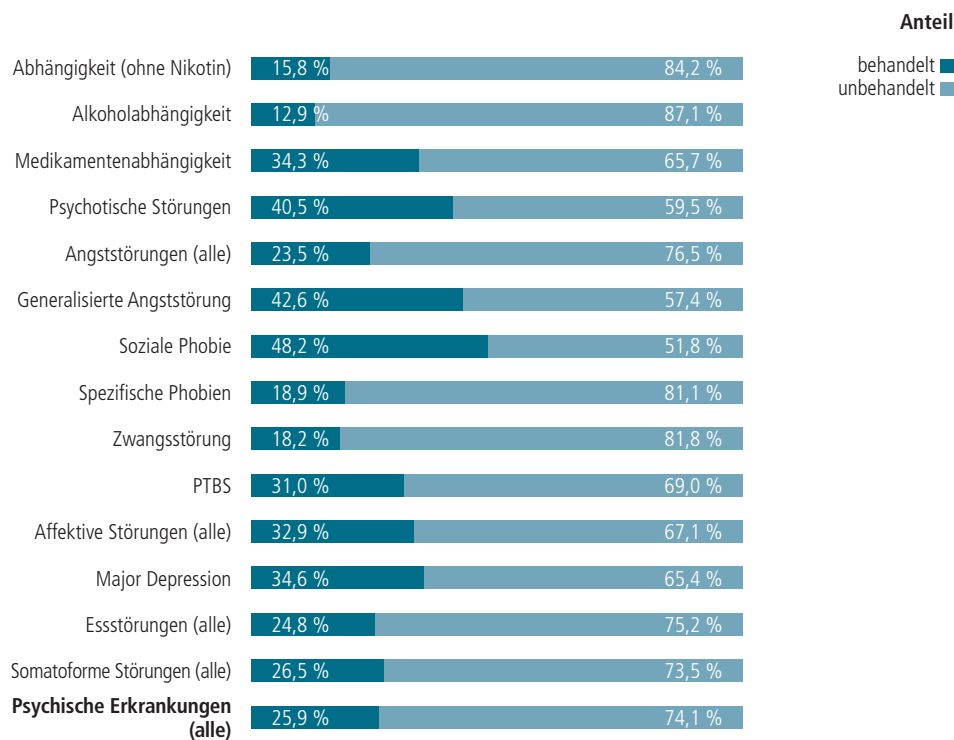


Abbildung 13: Anteil behandelter und unbehandelter Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen in Deutschland im Jahr 2011, in Prozent. Alle Behandlungsformen. Quelle: Mack et al. (2014).

Neben der Behandlungsrate betrachtet man auch die Dauer vom Krankheitsbeginn bis zur Aufnahme einer Behandlung. Man spricht hier von der Latenz. Bei Angststörungen und affektiven Störungen dauert es besonders lange, bis eine Behandlung aufgenommen wird. Es nehmen bei Angststörungen ca. 46 % und bei affektiven Störungen 47 % der Patienten innerhalb eines Jahres nach Symptomaufreten Kontakt ins Gesundheitssystem auf. Jedoch dauert es bei der anderen Hälfte der Patienten mit diesen Störungsbildern, die nicht innerhalb des ersten Jahres in Behandlung kommen, im Mittel²⁶ 6 bis 7 Jahre vom ersten Auftreten der Symptome bis zum Kontakt ins Gesundheitssystem (Mack et al., 2014).

Fachspezifische Behandlung (ambulant/stationär, psychotherapeutisch/psychiatrisch)

Für die Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen irgendeiner Form werden in der wissenschaftlichen Literatur Gesamtversorgungsgrade zwischen 26 % und 29 % genannt (Nübling et al., 2014). Diese Berechnungen beruhen auf KBV-Daten zu Behandlungsfällen im Verhältnis zu den epidemiologisch ermittelten Prävalenzen. Die Angaben beziehen sich auf ambulante Behandlungen (Psychotherapie, Psychiatrie, nervenärztliche Behandlung), auf stationäre Behandlungen nicht-psychotherapeutischer Art sowie auf die Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen. Es handelt sich damit also um fachspezifische Behandlungen verschiedener Disziplinen in verschiedenen Sektoren. Europaweit erhalten ca. 10 % aller psychisch erkrankten Menschen eine pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlung (Wittchen et al., 2011).

Ebenso liegen ältere Daten zur Inanspruchnahme vor, welche nach Behandlergruppen differenzieren. In einer Analyse der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys (1998/99) wird berichtet, dass 27,2 % der psychisch Erkrankten innerhalb eines Jahres einen Psychologischen Psychotherapeuten oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 16,5 % einen Ärztlichen Psychotherapeuten kontaktieren (Wittchen & Jacobi, 2001). Bei dieser Zählung wurde bereits ein einzelner Kontakt ungeachtet des Settings (ambulant oder stationär) und der Art der Einrichtung als Kriterium für eine Behandlung zugrunde gelegt. Eine ausschließliche Betrachtung der ambulanten Psychotherapeuten folgt im Abschnitt Ambulante Psychotherapie.

Verschiedene psychische Erkrankungen haben unterschiedliche Behandlungsraten

Latenz: Dauer vom Krankheitsbeginn (erstes Auftreten von Symptomen) bis zum Kontakt ins Gesundheitssystem.

Besonders späte Behandlung bei Angsterkrankungen und affektiven Erkrankungen

In Deutschland nehmen weniger als 1/3 der Patienten mit psychischen Erkrankungen irgendeine Form von fachspezifischer Behandlung in Anspruch

Die 12-Monats-Behandlungsprävalenzen liegen bei Psychologischer Psychotherapie höher als bei Ärztlicher Psychotherapie

²⁶ Bei diesem Durchschnittswert handelt es sich um den Median (d. h. der Wert, über dem und unter dem sich jeweils 50 % der Stichprobe mit ihren Werten bewegen).

Nur einer von drei depressiven Menschen nimmt professionelle Hilfe in Anspruch

Ca. 3/4 der psychisch Erkrankten gelangen gar nicht in eine psychotherapeutische Behandlung

Eine vorläufige Auswertung im Rahmen der größten deutschen Kohortenstudie (NAKO)²⁷ ergibt eine ähnliche Inanspruchnahmerate: Nur etwa jeder dritte Betroffene mit Depressionsdiagnose nimmt professionelle Hilfe in Anspruch (NAKO Gesundheitsstudie, 2019). Es liegt keine Information über die Art der hier ermittelten fachspezifischen Behandlung vor.

Über alle psychischen Diagnosegruppen hinweg werden innerhalb von 3 Jahren (2005-2007) fast 3/4 der aufgrund einer psychischen Erkrankung ambulant behandelten Versicherten ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für somatische Medizin behandelt (s. Abb. 14; Gaebel et al., 2013).

Ambulante Behandlung nach Behandlergruppen und Diagnosen

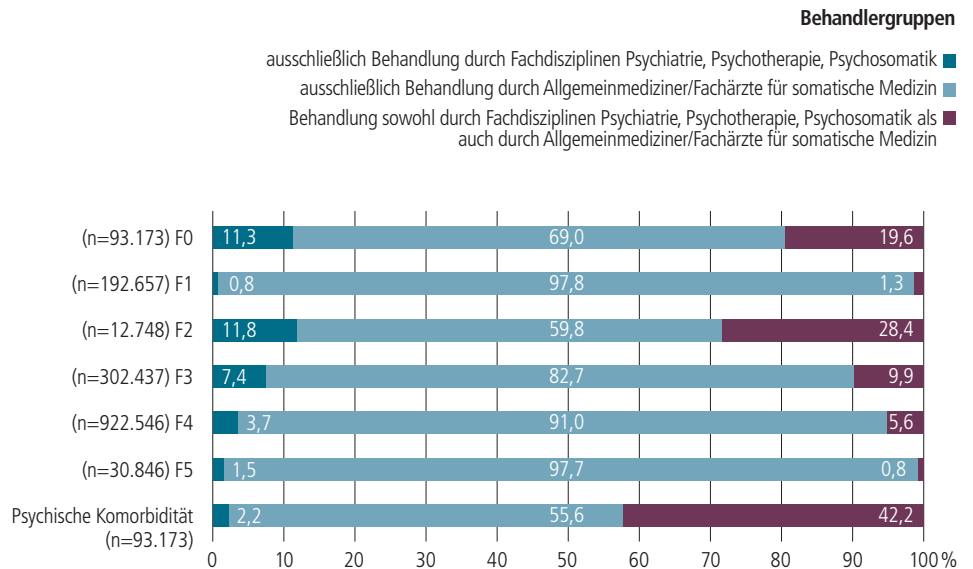


Abbildung 14: Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen differenziert nach Disziplinen und Diagnosen (F0-F5), repräsentative Stichprobe von ca. 3,2 Mio. Versicherten verschiedener Krankenkassen mit ambulanter Behandlung und Diagnose einer psychischen Störung. Angaben in Prozent. Entnommen aus: Gaebel et al. (2013).

Nur knapp 1/5 aller Menschen mit einer psychischen Diagnose nehmen irgendwann ambulante Psychotherapie in Anspruch

Knapp 1,5 Mio. erwachsene Patienten wurden 2018 von Psychologischen Psychotherapeuten behandelt

Depressionen und Anpassungsstörungen sind die häufigsten Behandlungsanlässe

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

19,4 % der Betroffenen mit einer psychischen Erkrankung nehmen irgendwann in ihrem Leben eine ambulante Psychotherapie in Anspruch (Mack et al., 2014). Eine detaillierte Analyse der wichtigsten Behandlungsanlässe bei Psychotherapeuten gibt Aufschluss über die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie innerhalb eines Jahres.

Eine vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung für die DpTV durchgeführte Analyse der gesicherten Diagnosen in den bundesweiten Abrechnungsdaten²⁸ 2017 für die ICD-Codes Psychische Erkrankungen (F00-F99) zeigt für die Fachgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), welcher Anteil an Behandlungsfällen auf welche Diagnosen psychischer Erkrankungen entfällt (Zi, 2019, unveröffentlicht). Die Gesamtzahl der von PP behandelten erwachsenen Patienten liegt bei 1.480.700.

Bei der Behandlung erwachsener Patienten machen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) den höchsten Anteil der Behandlungsfälle aus, gefolgt von depressiven Episoden (F32), rezidivierenden depressiven Episoden (F33) und Anderen Angststörungen (F41)²⁹. Tabelle 6 stellt eine Übersicht über die 20 wichtigsten Behandlungsanlässe bei PP im Jahr 2017 dar.

²⁷ In der NAKO-Studie werden seit 2014 zufällig aus den Melderegistern gezogene Männer und Frauen zwischen 20 und 69 Jahren bundesweit in 18 Studienzentren medizinisch untersucht und nach ihren Lebensumständen befragt.

²⁸ In der Abrechnungsstatistik der KBV findet die Zuordnung zu Abrechnungsgruppen nach einem einheitlichen Verfahren statt, das sich nach den Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) richtet. Auf diese Weise ergeben sich bundeseinheitliche und vergleichbare Aussagen.

²⁹ Die Angaben beziehen sich auf gesicherte Diagnosen. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung lassen sich keine Aussagen treffen. Die Unterscheidung nach dem Dokumentationsstand im Behandlungsablauf ist damit nicht möglich.

Tabelle 6: Top 20 Behandlungsanlässe bei Psychologischen Psychotherapeuten

Diagnosegruppe (ICD-10)		PP	
		Anzahl Patienten	Anteil der Patienten (%)
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	477.221	32,2
F32	Depressive Episode	426.026	28,8
F33	Rezidivierende depressive Episoden	336.956	22,8
F41	Andere Angststörungen (i.Allg. Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt)	231.487	15,6
F45	Somatoforme Störungen	127.057	8,6
F40	Phobische Störungen	105.621	7,1
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	85.356	5,8
F34	Anhaltende affektive Störungen	61.164	4,1
F42	Zwangsstörung	44.403	3,0
F50	Essstörungen	39.980	2,7
F48	Andere neurotische Störungen	33.735	2,3
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	20.432	1,4
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	19.039	1,3
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	15.986	1,1
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	14.647	0,99
F90	Hyperkinetische Störungen	12.689	0,86
F31	Bipolare Störung	10.985	0,74
F20	Schizophrenie	8.121	0,55
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	7.684	0,52
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	7.632	0,52

Anmerkungen: Dargestellt werden absolute Patientenzahlen und der jeweilige Anteil an allen bei PP behandelten Patienten im Jahr 2017. Quelle: Zi (2019, unveröffentlicht).

Vergleicht man die epidemiologischen Daten zur Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung mit den in Tabelle 6 dargestellten Patientenzahlen bei PP³⁰, zeigt sich, dass von allen Menschen, die während eines Jahres an einer der in Tabelle 1 aufgeführten psychischen Störungen erkrankt sind, zwischen 1 % und 8 % in psychotherapeutische Behandlung beim PP kommen (s. Tab. 7).

Bei affektiven Störungen liegt die Inanspruchnahmerate von Psychologischer Psychotherapie zwischen 1 und 8 %

Tabelle 7: Anteil der erkrankten Menschen, die von Psychologischen Psychotherapeuten behandelt werden

Diagnosegruppe (ICD-10-Code)	Anzahl der in der Bevölkerung erkrankten Menschen ¹ (epidemiologische Prävalenz)	2017 bei PP behandelt ² (Anteil an allen Erkrankten)
Affektive Störungen		
- Bipolare Störung (F31)	961.500 (1,5 %)	10.985 (1,1 %)
- Depressive Episode (F32)	5.256.200 (8,2 %)	426.026 (8,1 %)
Angststörungen (F40 und F41)	9.871.400 (15,4 %)	337.108 (3,4 %)
Zwangsstörung (F42)	2.310.000 (3,6 %)	44.403 (1,9 %)
Somatoforme Störungen (F45)	2.243.500 (3,5 %)	127.057 (5,7 %)
Essstörungen (F50)	576.900 (0,9 %)	39.980 (6,9 %)

Anmerkungen: Es können Komorbiditäten unter den Störungsbildern auftreten, somit lassen sich die Werte spaltenweise nicht auf einen Gesamtwert aufaddieren. Eigene Berechnungen. Quellen: ¹Jacobi et al. (2016); ²Zi (2019, unveröffentlicht).

³⁰ Da sich die epidemiologischen Prävalenzen über die Jahre als sehr stabil erweisen, sind Vergleiche dieser Daten mit Abrechnungsdaten aus verschiedenen Jahren zulässig. Es können hier nur spezifische Diagnosen angeführt werden, für die sowohl die KBV-Abrechnungsdaten als auch epidemiologische 12-Monats-Prävalenzen vorliegen.

Bei bereits diagnostizierten Patienten mit affektiven Störungen liegt die Inanspruchnahme von Psychologischer Psychotherapie zwischen 6 und 8,4 %

Je schwerer die Depression, desto höher die Wahrscheinlichkeit für eine psychotherapeutische Behandlung

Bei der Inanspruchnahmerate für ambulante Psychotherapie müssen Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten berücksichtigt werden

Es gibt immer noch zu viele Hürden bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie

Für einzelne wichtige Diagnosegruppen lässt sich auch bestimmen, welcher Anteil der Patienten, bei denen die psychische Erkrankung bereits bekannt ist, bei PP behandelt werden. Hierzu vergleicht man die 12-Monats-Diagnoseprävalenzen aus 2016 mit den Patientenzahlen bei PP im Jahr 2017. Für diese bereits im medizinischen System diagnostizierten Patienten liegt die Inanspruchnahmerate bei PP etwas höher. Bei der bipolaren Störung gelangen ca. 6 % der bereits diagnostizierten Patienten in fachspezifische Behandlung bei PP (10.985 von 185.890 Patienten; Schneider et al., 2019; Zi, 2019, unveröffentlicht). Bei den affektiven Störungen F32-F34 sind es über 8 % (824.146 von 9.812.500; Steffen, Holstiege et al., 2019; Zi, 2019, unveröffentlicht). Aufgrund der vorliegenden Daten zur Entwicklung der Diagnoseprävalenz (Kap. 1.3) ist davon auszugehen, dass auch nach 2016 eine Steigerung der Diagnoserate stattgefunden hat. Daher würde der wahre Anteil der Patienten bei PP von allen diagnostizierten Patienten niedriger liegen.

Patienten mit der Diagnose einer schweren depressiven Störung haben eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für eine Psychotherapie als Patienten mit einer leichten depressiven Störung. Im Vergleich zu Personen ohne eine Depressionsdiagnose liegt die Wahrscheinlichkeit für eine nachfolgende Richtlinienpsychotherapie bei leichten Depressionen mehr als doppelt so hoch (OR 2,5), bei mittelgradigen Depressionen dreimal so hoch (OR 3,2) und bei schweren Depressionen ohne psychotische Symptome fast dreieinhalb Mal so hoch (OR 3,4). Bei schwer depressiven Patienten mit psychotischen Symptomen ist die Wahrscheinlichkeit allerdings etwas niedriger (OR 2,6). Dies ergibt sich im BARMER Arztreport 2020 aus einer Analyse von Personen, die vor Aufnahme einer Psychotherapie keinen Kontakt zu einer psychotherapeutischen Fachgruppe hatten und im Jahr vor Aufnahme der Psychotherapie durch einen Arzt der somatischen Medizin eine Depressionsdiagnose erhielten (Grobe et al., 2020).

Als weitere gute Prädiktoren für eine nachfolgende Psychotherapie werden somatoforme Störungen (OR 1,5), Reaktionen auf schwere Belastungen (OR 1,8), Angst- und Zwangsstörungen (OR 1,9) und ADHS (OR 2,1) berichtet (Grobe et al., 2020). Dieser Befund findet Bestätigung in den real stattgefundenen Behandlungen bei PP und KJP aufgrund der entsprechenden Diagnosen (s. Tab. 6 und 9).

Für eine Einschätzung der adäquat fachspezifisch behandelten Patienten müssten auch die Behandlungen bei Ärztlichen Psychotherapeuten (ÄP) einbezogen werden. Im Jahr 2018 gab es im KV-System 20.801 zugelassene PP und 6.302 zugelassene ÄP. Man kann davon ausgehen, dass das durchschnittliche Leistungsvolumen und die Fallzahlen bei ÄP und PP sich in Relation zur Zahl der zugelassenen Behandler entsprechen. Bei der entsprechenden Berücksichtigung der ÄP müssten sich die Inanspruchnahmeraten für ambulante Psychotherapie demnach um 30 % erhöhen.

Diese insgesamt niedrigen Behandlungsraten weisen darauf hin, dass immer noch viel zu wenige psychisch kranke Menschen in adäquate, fachspezifische ärztliche und psychotherapeutische Behandlung gelangen. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass nicht alle als psychisch erkrankt einzustufende Menschen auch immer sofort behandlungsbedürftig sind. Von den behandelten Patienten wird immer noch ein zu geringer Anteil fachspezifisch adäquat bei PP oder ÄP behandelt.

Die aufgeführten Daten zeigen, dass immer noch sehr viele Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht in eine Psychotherapie gelangen. Als Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie werden in der Literatur individuelle und soziale Behandlungsbarrieren aufgeführt (s. Tab. 8).

Tabelle 8: Gründe für mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie

Individuelle Barrieren	Soziale Barrieren
Mangelnde Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten	Unzureichende Erkennung psychischer Störungen durch Ärzte
Motivationsdefizit	Regionales Fehlen von Versorgungsangeboten
Rein somatisches Krankheitskonzept	Wartezeiten auf Psychotherapieplatz (in manchen Regionen)
Schonungsverhalten	
Stigmatisierungsangst	
Interkulturelle Probleme	
Hohes Alter	

Anmerkungen: Quelle: Kruse & Herzog (2012).

Abnahme der persönlichen Kontakte und Zunahme von Videosprechstunden in der Psychotherapie während der COVID-19-Pandemie

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie im März 2020 haben Patienten in Deutschland deutlich weniger vertragspsychotherapeutische Leistungen mit persönlichem Patientenkontakt in Präsenz in Anspruch genommen. Ende Mai hat sich die Inanspruchnahme wieder normalisiert. Es ist dann zu Nachholeffekten gekommen: bei den Vertragspsychotherapeuten stieg die Inanspruchnahme von persönlichen Psychotherapeuten-Patienten-Kontakten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 23 %. Gleichzeitig hat die Zahl der per Videositzung stattgefundenen psychotherapeutischen Behandlungen zwischen März und Juni deutlich zugenommen (s. Kap. 4.6). Dies ergibt sich aus den Daten des Zi-Trendreports zur Entwicklung der ärztlichen Leistungen im 1.-3. Quartal 2020 (Mangiapane et al., 2021).

Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien. In den Einzeltherapien normalisierten sich die Fallzahlen nach einem sehr starken Rückgang Ende März 2020 bereits im April wieder. Bei den Gruppentherapien sanken die Fallzahlen bis Ende April um bis zu minus 60 % und erholten sich deutlich langsamer. Ende Juni lagen sie immer noch bei minus 10 %, erst Ende Juli erreichten sie wieder das Vorjahresniveau.

2.2 Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen

Zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Fachversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen weniger Studienergebnisse vor als bei Erwachsenen.

2.2.1 Inanspruchnahme bei allen Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung

In der BELLA-Studie ergibt sich für alle befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren eine durchschnittliche Rate der Inanspruchnahme psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten von 5,6 %. Die Wohnortgröße hat dabei signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme. In Großstädten werden mehr Kinder und Jugendliche fachspezifisch behandelt (Hintzpetter et al., 2014). Im Vergleich zur erwachsenen Bevölkerung zeigt sich, dass die Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen deutlich niedriger ist, bei Erwachsenen lag sie 3-mal so hoch (5,6 % vs. 15,9 %).

5,6 % aller Kinder und Jugendlichen kommen jährlich in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung – in Großstädten häufiger als auf dem Land

Nach Ergebnissen der BARMER (Grobe & Szecsenyi, 2021) mit Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung lag der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die 2019 eine Richtlinienpsychotherapie, Probatorische Sitzungen, Psychotherapeutische Sprechstunden oder Akuttherapien in Anspruch genommen haben, bei 4,1 %. Seit 2009 ist diese Inanspruchnahmerate damit um 2,1 Prozentpunkte gestiegen. Betrachtet man nur Kinder und Jugendliche mit einer Richtlinienpsychotherapie, so liegt die Inanspruchnahmerate bei allen Kindern und Jugendlichen bei 1,9 % und ist seit 2009 um 0,6 Prozentpunkte gestiegen. Bei weiblichen Kindern und Jugendlichen war dieser Anstieg, ausgehend von einem ohnehin höheren Niveau, stärker als bei männlichen.

Die Inanspruchnahme von Richtlinienpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist in 10 Jahren von 1,3 % auf 1,9 % gestiegen

2.2.2 Inanspruchnahme bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

Eine aktuelle Analyse von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gibt Aufschluss über die Rolle der verschiedenen Behandlergruppen in der Behandlung psychisch kranker Kinder (Steffen, Akmatov et al., 2019). Die folgenden Ergebnisse beziehen sich alle auf diese Analyse.

Bei allen psychischen Störungsbildern sind in der Regel Kinderärzte und Allgemeinmediziner an der Versorgung beteiligt, wobei in der hier zugrundeliegenden Studie bereits ein einziger Kontakt im Jahr als Beteiligung des entsprechenden Arztes an der Versorgung gewertet wurde. Nach dieser Rechenart waren insgesamt in mehr als 80 % der Fälle Kinder- und Jugendmediziner an der Versorgung der Patienten beteiligt. Bei Hausärzten variierte die Beteiligung zwischen 35 % bei Entwicklungsstörungen und 71 % bei affektiven Störungen. Bei Entwicklungsstörungen lag die Beteiligung von Kinderärzten an der Versorgung mit 90 % besonders hoch. Dies erklärt sich dadurch, dass die besonders häufig auftretenden umschriebenen Entwicklungsstörungen (wie bereits unter 1.2 beschrieben) keine Indikation für Psychotherapie darstellen. Stattdessen verordnen Haus- oder Kinderärzte Heilmittel wie Logopädie und Ergotherapie oder bei Kindern bis zum Schulalter Maßnahmen zur Frühförderung.

Die Beteiligung von Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war am stärksten bei den affektiven Störungen, gefolgt von der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. 68 % der betroffenen Kinder oder Jugendlichen mit einer affektiven Störung hatten während eines Quartals und 30 % innerhalb von allen 4 Quartalen des Jahres 2017 Kontakt zu einem der genannten Fachbehandler. Dabei war die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern mit je 40 % gleich hoch. Bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen wurden bei einer etwas geringeren Beteiligung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Fachversorger insgesamt ebenso häufig die Psychotherapeuten und die Psychiater in Anspruch genommen.

Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden gleich häufig in Anspruch genommen

Die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgrund affektiver Störungen hat sich zwischen 2009 und 2017 verdoppelt

Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Diagnose nimmt eine fachspezifische Behandlung in Anspruch, nur etwa 1/10 macht eine Richtlinienpsychotherapie

Kinder und Jugendliche mit affektiven Störungen nehmen am häufigsten Psychotherapie in Anspruch

Nach Ergebnissen epidemiologischer Untersuchungen nehmen Kinder noch seltener psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch

ADHS wird häufiger fachspezifisch von Psychiatern oder Psychotherapeuten behandelt als Depressionen oder Angststörungen

Psychisch auffällige Kinder von psychisch auffälligen Eltern werden fast doppelt so oft behandelt wie die von gesunden Eltern

Über 310.000 Kinder und Jugendliche wurden 2018 von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt

Zwischen 2007 und 2017 ist die Inanspruchnahmerate von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Versorgung von Heranwachsenden mit psychischen Störungen über alle F-Diagnosen relativ um ca. 70 % gestiegen. Die stärkste Zunahme zeigte sich bei affektiven Störungen: Hier verdoppelte sich die Inanspruchnahme der KJP im genannten Zeitraum von 20 % im Jahr 2009 auf 40 % im Jahr 2017. Gleichzeitig nahm die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung ab.

Im Jahr 2017 nahmen 47 % der Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch. Insgesamt 14 % der Betroffenen erhielten eine psychosomatische Grundversorgung, 19 % nahmen „therapeutische Gespräche, psychiatrische Behandlungen oder eine supportive Psychotherapie“ in Anspruch, und bei knapp 10 % wurde eine antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie durchgeführt. Diese Richtlinienpsychotherapie ist von den genannten Leistungen die mit der höchsten Behandlungsintensität.

Das Ausmaß der Inanspruchnahme fachgerechter Behandlung variierte mit dem Störungsbild. Kinder und Jugendliche mit einer affektiven Störung waren am häufigsten in einer solchen fachspezifischen Behandlung. Von ihnen nahmen 42 % eine antragspflichtige Psychotherapie in Anspruch.

Erwartungsgemäß sind diese administrativen Inanspruchnahmeraten (Steffen, Akmatov et al., 2019) höher als die in epidemiologischen Untersuchungen gewonnenen, da bei den administrativen Daten bereits ein Kontakt ins Gesundheitssystem vorhanden war und dadurch die gesamte Inanspruchnahmerate höher zu vermuten ist. Nach Ergebnissen der BELLA-Studie sind zwar 87,6 % der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in den letzten 12 Monaten bei Kinder- oder Allgemeinärzten vorstellig gewesen, aber nur 21,6 % hatten in dieser Zeit Kontakt zu psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlern (Klasen et al., 2017). Eine Erhöhung der Inanspruchnahmerate fachspezifischer Versorgung könnte nach Aussage der Autoren durch verbesserte Identifikation psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher bei Kinder- und Allgemeinärzten und durch gezielte Weiterleitung an psychotherapeutische und/oder psychiatrische Fachversorger erreicht werden.

Berichtet wird in der BELLA-Studie auch, dass von den Betroffenen, die nicht in Kontakt mit Fachbehandlern standen,

55 % geäußert hatten, unsicher zu sein, ob das Problem ernsthaft genug sei,

29 % kein Wissen darüber hatten, an wen sie sich wenden könnten und

28 % sich darüber sorgten, was Andere denken könnten (Klasen et al., 2017).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS im DSM-5) bzw. Hyperkinetische Störung (HKS, F90 in der ICD-10) wird nach diesen Studienergebnissen bei Kindern und Jugendlichen häufiger fachspezifisch von Psychiatern oder Psychotherapeuten behandelt als Depressionen oder Angststörungen. Es zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (Hintzpetet et al., 2014).

Wie in Kap. 1.2.1 beschrieben, haben Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern eine höhere Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten im Vergleich zur Normalbevölkerung. Sie haben auch eine fast doppelt so hohe Rate der Inanspruchnahme professioneller Hilfe (OR 1,8). Ebenso wird eine höhere Inanspruchnahmerate von Fachversorgern für Kinder und Jugendliche berichtet, die in urbanen Regionen leben, in deren Familie eine hohe elterliche Belastung vorliegt und für Kinder, bei denen laut Elternbericht eine starke Beeinträchtigung durch ihre psychischen Auffälligkeiten vorliegt (Wiegand-Greife et al., 2011).

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Auch im KJP-Bereich lassen sich Inanspruchnahmeraten über einen Vergleich der Anzahl behandelter Patienten mit den Diagnoseraten bestimmen. Dies lässt sich für die wichtigsten Behandlungsanlässe darstellen.

Nach Angaben des Zi (2019, unveröffentlicht) wurden im Jahr 2017 314.051 Kinder und Jugendliche von KJP behandelt. Bei den KJP liegen wie bei den Erwachsenen die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) mit 29 % auf Platz 1 der häufigsten Abrechnungsdiagnosen, gefolgt von emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) mit 19 % und depressiven Episoden (F32) mit knapp 15 %. Tabelle 9 stellt eine Übersicht der 20 wichtigsten Behandlungsanlässe bei KJP im Jahr 2017 dar.

Tabelle 9: Top 20 Behandlungsanlässe bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Diagnosegruppe (ICD-10)		KJP	
		Anzahl Patienten	Anteil der Patienten (%)
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	90.518	28,8
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	60.199	19,2
F32	Depressive Episode	46.591	14,8
F90	Hyperkinetische Störungen	28.799	9,2
F41	Andere Angststörungen (i. Allg. Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt)	22.866	7,3
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	20.183	6,4
F40	Phobische Störungen	16.417	5,2
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	16.190	5,2
F91	Störungen des Sozialverhaltens	14.867	4,7
F50	Essstörungen	10.596	3,4
F45	Somatoforme Störungen	9.053	2,9
F42	Zwangsstörung	7.887	2,5
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	7.883	2,5
F33	Rezidivierende depressive Episoden	7.681	2,5
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	6.712	2,1
F48	Andere neurotische Störungen	4.193	1,3
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	3.467	1,1
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	3.128	1,0
F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	2.985	0,95
F34	Anhaltende affektive Störungen	2.584	0,82

Anmerkungen: Dargestellt werden absolute Patientenzahlen und der jeweilige Anteil an allen bei KJP behandelten Patienten im Jahr 2017. Quelle: Zi (2019, unveröffentlicht).

Für Kinder und Jugendliche liegen keine epidemiologischen 12-Monats-Prävalenzen vor, so dass hier nur ein Vergleich der Abrechnungsdaten für 12-Monats-Diagnoseprävalenzen von 2017 und für KBV-Daten zu KJP aus 2017 möglich ist (s. Tab. 10). Bei Kindern und Jugendlichen liegt der Anteil derjenigen in KJP-Behandlung an allen Erkrankten mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr 2017 zwischen 3,6 % und 72 %. Chronisch depressive Kinder und Jugendliche werden zu einem sehr hohen Anteil (72 %) fachspezifisch adäquat von KJP behandelt, anders als dies bei Erwachsenen der Fall ist.

3/4 der chronisch depressiv diagnostizierten Kinder und Jugendlichen werden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt

Tabelle 10: Anteil der behandelten, erkrankten Kinder und Jugendlichen, die von KJP behandelt werden

Diagnosegruppe (ICD-10-Code)	Anzahl der diagnostizierten psychisch kranken Kinder und Jugendlichen ¹ (Diagnoserate)	2017 bei KJP behandelt ² (Anteil an allen diagnostizierten Kindern und Jugendlichen)
Somatoforme Störungen (F45)	253.376 (2,2 %)	9.053 (3,6 %)
Essstörungen (F50)	62.380 (0,54 %)	10.596 (17,0 %)
Depressive Episode (F32)	98.820 (0,85 %)	46.591 (47,1 %)
Rezidivierende depressive Störung (F33)	10.708 (0,09 %)	7.681 (71,7 %)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	312.228 (2,7 %)	90.518 (29,0 %)
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	64.354 (0,55 %)	3.128 (4,9 %)
Hyperkinetische Störungen (F90)	469.222 (4,0 %)	28.799 (6,1 %)

Anmerkungen: Es können Komorbiditäten unter den Störungsbildern auftreten, somit lassen sich die Werte spaltenweise nicht auf einen Gesamtwert aufaddieren. Quellen: ¹Grundgesamtheit aller gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr 2017, n=11.630.573 (Steffen, Akmatov et al., 2019); ²Zi (2019, unveröffentlicht).

2.3 Vergleich der verschiedenen fachspezifischen ambulanten Behandlergruppen

Anhand der in der vertragsärztlichen Versorgung routinemäßig dokumentierten häufigsten Behandlungsanlässe je Diagnose³¹ lassen sich die Versorgungsbereiche der verschiedenen Gruppen von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten vergleichen (s. Abb. 15). Die derzeit aktuellsten vorliegenden Daten, auf die man sich hier beziehen kann, stammen aus 2015 (KBV, 2020a).

Über Erwachsene, Kinder und Jugendliche hinweg betrachtet zeigt ein Vergleich der Anteile an ambulanten Behandlungsfällen zu verschiedenen Diagnosen, dass sich Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie in der Häufigkeit der Behandlung von Patienten mit depressiver Episode kaum voneinander unterscheiden (25,9 % vs. 27,1 %). Rezidivierende depressive Störungen werden tendenziell etwas häufiger von Psychiatern behandelt (44 % vs. 51,9 %). Ein ähnliches Bild findet sich für die somatoformen Störungen (8 % vs. 10,7 %) und die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (5,7 % vs. 7,6 %). Andere Angststörungen stellen bei Psychotherapeuten etwa so viele Behandlungsanlässe wie in der Nervenheilkunde dar und finden sich vergleichsweise etwas häufiger in psychiatrischen Praxen. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen stellen bei Psychotherapeuten häufiger den Behandlungsanlass dar als in den anderen Gruppen (KBV, 2020a).

Anteil Behandlungsfälle nach Behandlergruppen

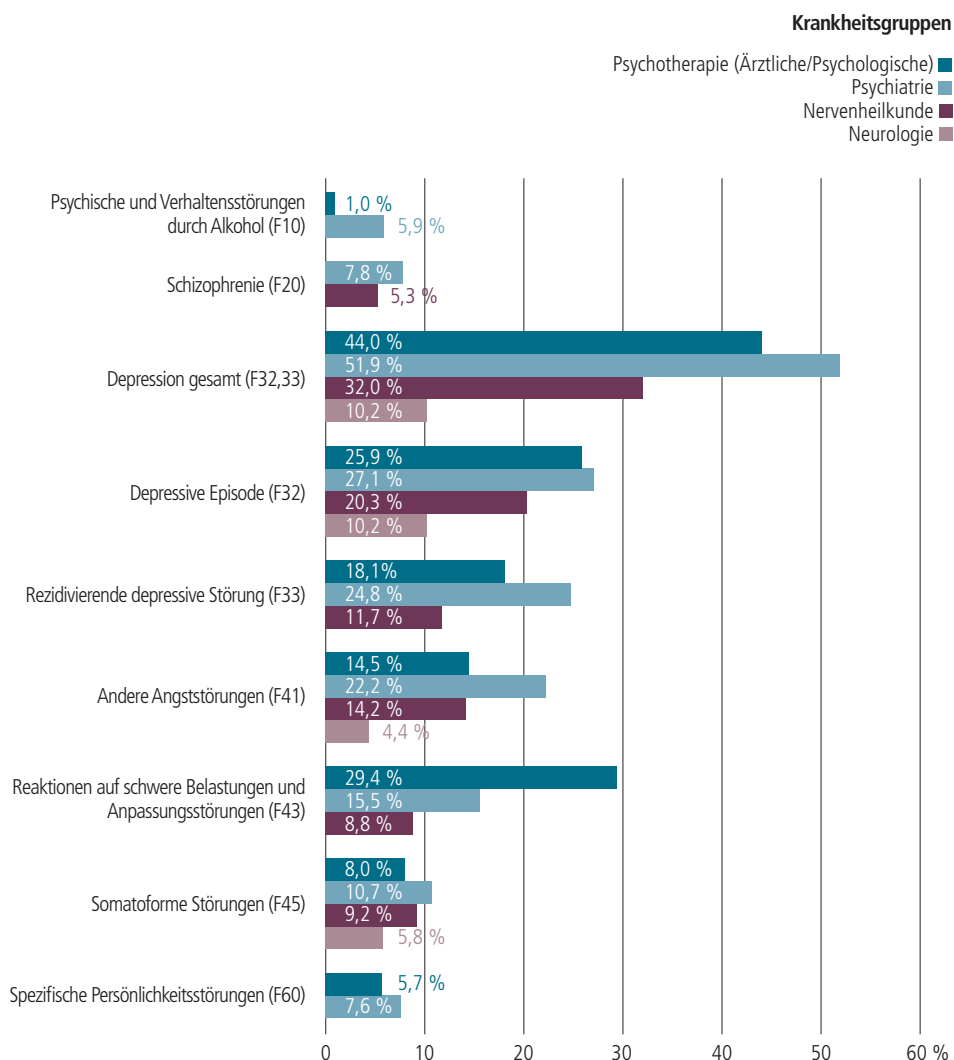


Abbildung 15: Anteil der Behandlungsfälle 2015 in den ambulanten Fachbehandlergruppen nach Diagnose. In der Neurologie, der Nervenheilkunde und der Psychotherapie sind nicht alle aufgeführten Störungen unter den 20 wichtigsten Behandlungsanlässen, daher sind hierzu keine Daten in der Grafik erhalten. Quelle: KBV (2020a).

³¹ Anders als bei den TOP 20 Behandlungsanlässen in Kap. 2.1 und 2.2 sind hier alle Formen von Diagnosen („Zustand nach“, „Verdacht auf/zum Abschluss von“, „ausgeschlossen“ und „gesichert“) einbezogen. Die gesicherten Diagnosen machen jedoch bei allen Behandlergruppen einen sehr hohen Anteil aus.

Diagnosespektrum im Bereich der unterschiedlichen Fachbehandler ähnlich

Insgesamt zeigt sich, dass in der Versorgung depressive Störungen, Angststörungen und Anpassungsstörungen bei allen fachspezifischen Behandlern zu den wichtigsten Behandlungsanlässen gehören. Die Psychotherapeuten behandeln ebenso wie die anderen Fachbehandler ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen. Diese auf aktuellen Abrechnungsdaten gründende Feststellung deutlicher Überschneidungen in den Behandlungsanlässen bestätigt frühere Befunde (Kruse & Herzog, 2012). Die beschriebenen häufigsten Behandlungsanlässe repräsentieren auch die Erkrankungshäufigkeiten in der Bevölkerung (s. Kap. 1.1).

Bei den Fachärzten für Psychiatrie umfassen Störungen aus der Kategorie F20 Schizophrenie (7,8 %) und F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (5,9 %) sowie F07 organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (4,8 %) knapp ein weiteres Fünftel aller Behandlungsanlässe, während diese Diagnosen bei Psychotherapeuten eine geringere Rolle spielen (s. Abb. 15). Dies lässt sich durch die Notwendigkeit der psychopharmakologischen Behandlung der meisten dieser Erkrankungsbilder erklären. Psychotherapie kann nach der Psychotherapie-Richtlinie neben oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung von Schizophrenie und von psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen erbracht werden. Nach aktuellen Leitlinien wird Psychotherapie auch explizit zur Behandlung dieser Störungen empfohlen (s. Kap. 4.1), und es ist zukünftig eine noch stärkere Behandlungsinanspruchnahme zu fördern. Ähnliches gilt auch für die Stärkung der neuropsychologischen Therapie der organisch bedingten psychischen Erkrankungen.

Schizophrene Patienten und Suchterkrankte sollten häufiger Psychotherapie erhalten

Bei den Neurologen finden sich erwartungsgemäß viele neurologische Diagnosen in den TOP 20 Behandlungsanlässen (z. B. Rückenschmerzen, Neuropathien, Epilepsie, Migräne). Bezüglich der Behandlung von Patienten mit depressiven Episoden liegen sie mit etwa 10 % Anteil an Behandlungsfällen in der Bedeutung gleichauf mit den Primärversorgern (KBV, 2020a). Für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie liegen für das Jahr 2015 keine Vergleichsdaten vor; in einer Analyse von KBV-Daten aus 2010 stellten für diese Gruppe ebenfalls Depressionen, Anpassungsstörungen, Andere Angststörungen, aber auch somatoforme Störungen die häufigsten Behandlungsanlässe dar (BPtK, 2013). Auch nach dieser Analyse behandeln Psychologische Psychotherapeuten, Psychotherapeutisch tätige Ärzte, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Fachärzte für Psychiatrie im Wesentlichen die gleichen Patienten, wiederum mit Ausnahme der Diagnosegruppen Schizophrenie und alkoholbedingte Störungen.

Neurologen decken vorwiegend Diagnosen im somatischen und psychosomatischen Bereich ab

3. Krankheitskosten psychischer Erkrankungen

Tangible Kosten: in Geldwert berechenbare Kosten; dazu zählen direkte Kosten (alle Kosten, die unmittelbar für die Behandlung der Krankheit aufgewendet werden) und indirekte Kosten (beziern den gesamtwirtschaftlichen Verlust an Produktivität durch die Krankheit, z. B. aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder reduzierter Arbeitsleistung).

Intangible Kosten: nicht-materielle Kosten, wie z. B. der Verlust an Lebensqualität.

Psychische Störungen führen nicht nur zu schwerwiegendem individuellem Leid und familiären Belastungen, sondern sie haben auch erhebliche gesellschaftliche Auswirkungen und verursachen hohe Kosten. Hierbei wird zwischen direkten (Kap. 3.1) und indirekten Krankheitskosten (Kap. 3.2) unterschieden. Innerhalb der Kapitel werden sowohl tangible/materielle als auch intangible Kosten berücksichtigt. Ziel des Kapitels ist die Einordnung der Kosten ambulanter Psychotherapie in die Gesamtkosten (Kap. 3.3), die durch psychische Erkrankungen verursacht werden.

Laut einer OECD-Auswertung belaufen sich die direkten und indirekten Kosten für psychische Erkrankungen in allen Ländern der Europäischen Union (EU) im Jahr 2015 zusammen auf 600 Milliarden (Mrd.) €, was mehr als 4,1 % des EU-Bruttoinlandsproduktes³² entspricht. Von diesen 4,1 % werden 1,6 % auf eine niedrigere Produktivität der Erkrankten, 1,2 % auf Ausgaben für Sozialversicherungsprogramme (z. B. Lohnfortzahlung) und 1,3 % auf direkte Krankheitskosten zurückgeführt (OECD/European Union, 2018).

In Deutschland liegen die direkten und indirekten Kosten für psychische Erkrankungen zusammen bei 4,8 % des deutschen Bruttoinlandsproduktes³³. Die Anteile in den meisten anderen europäischen Ländern sind geringer (s. Abb. 16).

Psychische Erkrankungen verursachen in Europa Kosten von jährlich 600 Mrd. €

Psychische Erkrankungen verursachen in Deutschland jährlich Kosten in Höhe von fast 5 % des Bruttoinlandsproduktes

Krankheitskosten im europäischen Vergleich

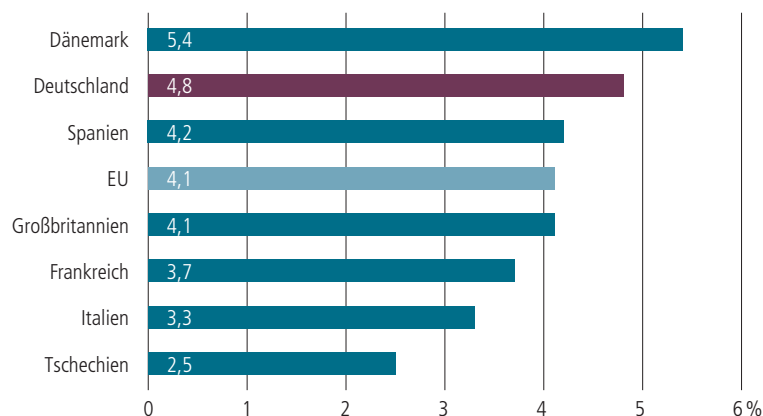


Abbildung 16: Kosten (direkte + indirekte) durch psychische Erkrankungen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2015, in Prozent. Entnommen aus: OECD/European Union (2018).

Die Kosten für psychische Erkrankungen werden in den kommenden Jahren weiter steigen

Schätzungen für 2030 gehen davon aus, dass die Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen weltweit weiter ansteigen. Dies gilt sowohl für arme³⁴ als auch für reiche Länder (s. Abb. 17).

Krankheitskosten im weltweiten Vergleich

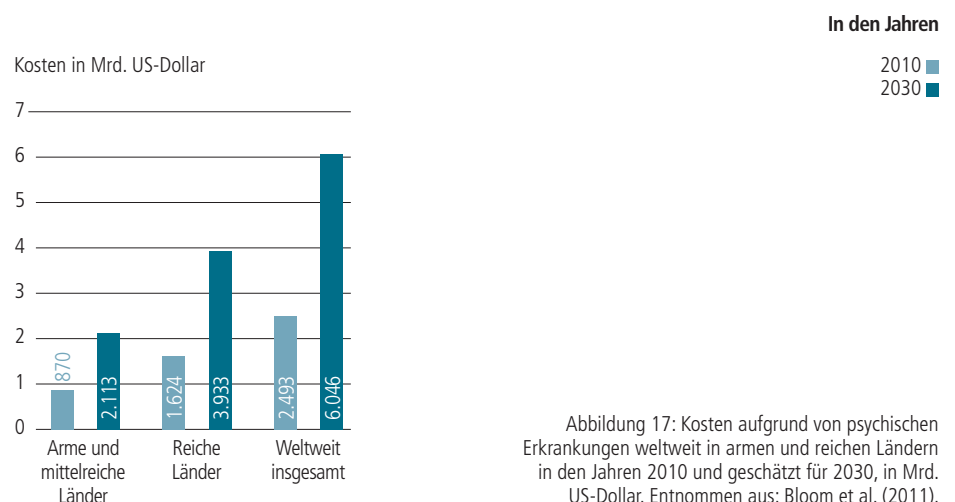


Abbildung 17: Kosten aufgrund von psychischen Erkrankungen weltweit in armen und reichen Ländern in den Jahren 2010 und geschätzt für 2030, in Mrd. US-Dollar. Entnommen aus: Bloom et al. (2011).

³² 14.625 Mrd. € im Jahr 2015.

³³ 3.030 Mrd. € im Jahr 2015.

³⁴ Einteilung in arme und reiche Länder nach der Weltbank-Klassifikation von 2011.

3.1 Direkte Krankheitskosten

In diesem Kapitel werden alle direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen beziffert. Diese zählen alle zu den tangiblen Kosten.

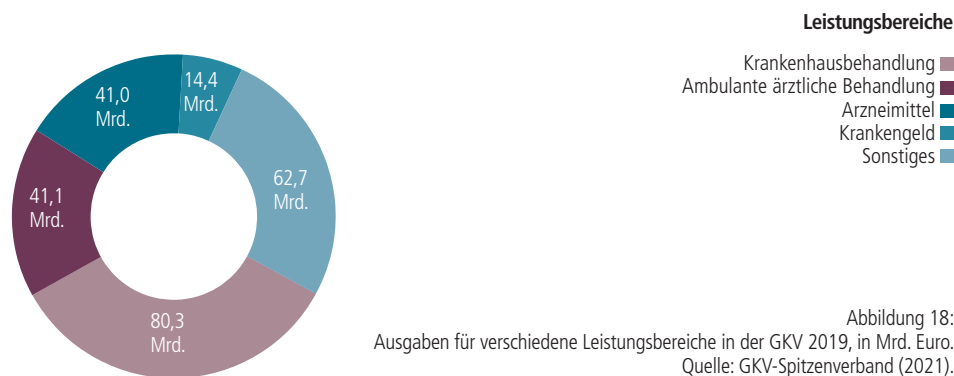
Im Jahr 2015³⁵ verursachten Krankheiten in Deutschland insgesamt 338 Mrd. € direkter Krankheitskosten. Hiervon fielen 213,7 Mrd. € für die medizinische Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an (Statistisches Bundesamt, 2019). Neben der GKV haben auch folgende Kostenträger Krankheitsausgaben: öffentliche Haushalte, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Private Kranken-/Pflege-Pflichtversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck. Diese Gesundheitsausgaben belaufen sich entsprechend auf 124,3 Mrd. €.

Die Leistungsausgaben der GKV für Gesundheit steigen jährlich. 2019 hat die GKV in Deutschland 239,5 Mrd. € für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten ausgegeben. Der größte Teil der Ausgaben (80,3 Mrd. €) fließt in die stationäre Versorgung, 41,1 Mrd. € fließen in die ambulante ärztliche Versorgung. Für die Arzneimittelversorgung wurden 41,0 Mrd. € ausgegeben³⁶, für Krankengeld 14,4 Mrd. €. Unter „Sonstiges“ fallen Hilfsmittel, Heilmittel, die zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz, Früherkennungsmaßnahmen, Dialyse, Schutzimpfungen, Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Fahrtkosten, mit insgesamt 62,7 Mrd. € (s. Abb. 18).

Direkte Krankheitskosten machen in Deutschland jährlich insgesamt fast 340 Mrd. € aus

In der GKV werden jährlich 239 Mrd. € ausgegeben. Den größten Kostenanteil verursachen Krankenhausbehandlungen

Ausgaben der GKV 2019



3.1.1 Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen insgesamt

Zu den direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen zählen die ambulante und die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen, die Kosten für Psychopharmaka, für Krankengeld sowie für präventive und für rehabilitative Maßnahmen. Ebenso werden auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren, zu diesem Kostenbereich gezählt. Die folgende Angabe zu den Kosten psychischer Erkrankungen ist damit kostenträgerübergreifend.

³⁵ Es werden hier die Krankheitskosten aus dem Jahr 2015 aufgeführt, um Vergleichsberechnungen mit den Krankheitskosten für psychische Erkrankungen darzustellen, für die bisher die aktuellsten Daten aus dem Jahr 2015 stammen (s. Kap. 3.1.1). Für 2017 liegen die direkten Krankheitskosten in Deutschland insgesamt bei 375 Mrd. € (Statistisches Bundesamt, 2019).

³⁶ Im Gegensatz zu den GKV-Daten wird im Arzneiverordnungsreport von 2020 (Schwabe & Ludwig, 2020) aufgrund einer unterschiedlichen Kategorisierung ein Wert von 43,4 Mrd. € als Gesamtkosten für Arzneimittel 2019 angegeben. Da im Arzneiverordnungsreport auch genaue Angaben für die Kosten von Psychopharmaka aufgeführt sind, mit denen die Kosten für Psychotherapie im vorliegenden Report Psychotherapie verglichen werden, werden im Kap. 3.1.7 die Daten aus dem Arzneiverordnungsreport zugrunde gelegt.

Psychische Erkrankungen sind mit über 44 Mrd. € direkten Kosten die zweit teuersten Erkrankungen in Deutschland

Für 2015 gibt das Statistische Bundesamt direkte Krankheitskosten³⁷ in Deutschland für Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10) von insgesamt 44,4 Mrd. € an, was einem Anteil von 13,1 % an den gesamten direkten Krankheitskosten in Deutschland entspricht (s. Abb. 19). Damit sind die psychischen Erkrankungen im Vergleich der direkten Kosten nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweit teuerste Erkrankungsgruppe in Deutschland.

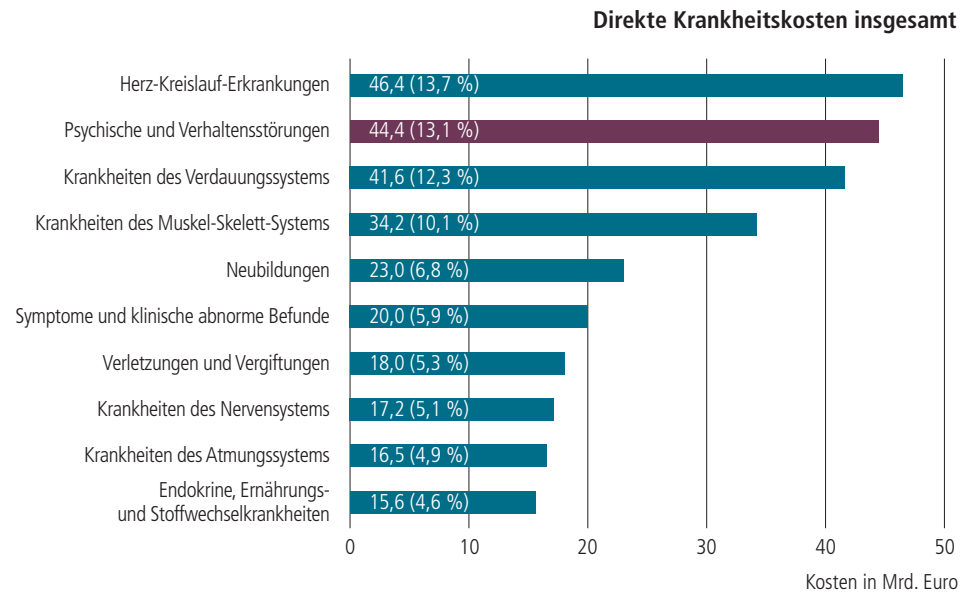


Abbildung 19: Direkte Krankheitskosten insgesamt im Jahr 2015 nach den 10 teuersten Krankheitsgruppen, stationär und ambulant, in Mrd. Euro. In Klammern der jeweilige Anteil der Krankheitsklasse an den gesamten Krankheitskosten 2015 in Prozent aus eigener Berechnung. Entnommen aus: Statista (2020).

Entsprechend des häufigeren Auftretens psychischer Störungen fallen bei Frauen höhere direkte Krankheitskosten an

Frauen verursachen bei den psychischen Störungen 62,4 % aller direkten Krankheitskosten, Männer 37,6 %. Dies entspricht den höheren Prävalenzraten psychischer Erkrankungen und der höheren Inanspruchnahme fachgerechter Behandlung bei Frauen. Die höchsten Ausgaben fallen bei Männern im mittleren Lebensalter an, bei Frauen im höheren und hohen Alter (s. Tab. 11). Bei den Angaben sind auch organische psychische Erkrankungen wie Demenz etc. berücksichtigt.

Tabelle 11: Direkte Krankheitskosten für Psychische und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Direkte Krankheitskosten	
	Männer (Mio. €)	Frauen (Mio. €)
Unter 15 Jahre	1.998	1.204
15 bis unter 30 Jahre	1.881	2.387
30 bis unter 45 Jahre	2.468	3.087
45 bis unter 65 Jahre	4.466	5.990
65 bis unter 85 Jahre	4.114	7.455
85 Jahre und mehr	1.767	7.555
Insgesamt	16.694	27.678

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2015 nach Alter und Geschlecht in Mio. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Beinahe 40 % der direkten Krankheitskosten aufgrund psychischer Erkrankungen gehen auf organische psychische Störungen wie z. B. die dementiellen Erkrankungen zurück, mehr als 20 % auf affektive Störungen

Organische psychische Störungen verursachen 38,4 % der gesamten direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen. Affektive Störungen verursachen 21 %, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit) verursachen 8,2 % der Kosten. Die absoluten Kosten werden in Tabelle 12 aufgeführt.

³⁷ Die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts führt verschiedene Datenquellen zusammen, macht jedoch keine eigenen Erhebungen. Sie ermittelt die mit der medizinischen Behandlung, mit Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen verbundenen Kosten für die jeweilige Krankheitsgruppe anhand der Hauptdiagnose nach ICD-10. Gesundheitsausgaben der verschiedenen Einrichtungen (ambulante Praxen, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen) werden zusammengeführt. Zuletzt wurde die Krankheitskostenrechnung für das Berichtsjahr 2015 veröffentlicht, neuere Daten für die Kosten psychischer Erkrankungen liegen noch nicht vor.

Tabelle 12: Direkte Krankheitskosten für Psychische und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppe (ICD-10-Code) ³⁸	Direkte Krankheitskosten (Mio. €)	Anteil an gesamten direkten Krankheitskosten (%)
Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (alle F-Diagnosen)	44.372	100
Organische, einschließlich symptomat. psych. Störungen (F00-F09)	17.059	38,4
• Demenz (F00-F03)	15.122	34,1
Affektive Störungen (F30-F39)	9.324	21,0
• Depression (F32-F34)	8.717	19,6
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	5.784	13,0
• Phobische und andere Angststörungen (F40-F41)	1.653	3,7
• Somatoforme Störungen (F45)	1.491	3,4
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	3.642	8,2
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	3.124	7,0
• Schizophrenie (F20)	2.082	4,7
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	914	2,1
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	720	1,6

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2015 nach Diagnosegruppen in Mio. Euro und prozentualen Anteil an den gesamten direkten Krankheitskosten für psychische Störungen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Auch für einige wichtige psychische Diagnosen und enger gefasste Diagnosegruppen liegen genaue Kostenangaben vor (s. Tab. 12). 2015 verursachten Depressionen 8,7 Mrd. € und damit 19,6 % aller direkten Krankheitskosten für psychische Erkrankungen. In der Gruppe der affektiven Störungen machen Depressionen 93 % aller Kosten aus.

Obwohl die Prävalenz für Angststörungen höher ist als die der Depression (15,4 vs. 8,2 %; s. Kap. 1.1.1), liegt der Anteil der Kosten für die Behandlung der Depression 5,3-mal so hoch wie der für die unterschiedlichen Angststörungen und 5,8-mal so hoch wie der für somatoforme Störungen. Essstörungen verursachen dagegen jährlich nur ca. 370 Mio. € an direkten Krankheitskosten.

Im Jahr 2008 lagen die direkten Kosten psychischer Erkrankungen in Deutschland noch bei 23,3 Mrd. € und der Anteil an allen Krankheitskosten bei 11,3 % (Statistisches Bundesamt, 2020). Damit haben sich die direkten Krankheitskosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen bis zum Jahr 2015 mit über 44 Mrd. € fast verdoppelt. Gleichzeitig sind aber die direkten Krankheitskosten insgesamt (bezogen auf alle Erkrankungen) ebenfalls um 33 % gestiegen. Der Anteil der Behandlungskosten für psychische Erkrankungen bleibt damit in dem Zeitraum relativ konstant, er steigt von 11,3 % auf 13,1 %, also um nur 1,8 Prozentpunkte.

Von 2008 bis 2015 sind die direkten Krankheitskosten für die ICD-Diagnosegruppe Depression und anhaltende affektive Störungen (F32-F34) von 5.233 auf 8.717 Mio. €, also um 66 % gestiegen.

3.1.2 Direkte Krankheitskosten psychischer Erkrankungen pro Einwohner/Patient

Auf den einzelnen Einwohner berechnet betragen die Krankheitskosten³⁹ 2015 für Psychische und Verhaltensstörungen in Deutschland 540 € pro Person (420 € bei Männern, 670 € bei Frauen). Bei Menschen zwischen 65 und 85 Jahren sind die Kosten pro Person doppelt so hoch wie bei 15- bis 65-Jährigen (Statistisches Bundesamt, 2020). Dies ist vermutlich z.T. auf die mit dem Alter steigende Rate an betreuungsintensiven dementiellen Erkrankungen, auf die Multimorbidität im hohen Alter sowie auf eine hohe Rate an psychopharmakologischen Behandlungen und an stationären Aufenthalten zurückzuführen.

³⁸ Für die Diagnosegruppen F70-F79 Intelligenzstörungen, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen liegen vom Statistischen Bundesamt keine Angaben zu Krankheitskosten vor.

³⁹ Im Rahmen der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes gelten sämtliche Gesundheitsausgaben als Krankheitskosten, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden sind. Die Krankheitskostenrechnung ermittelt den Ressourcenverbrauch und wie er sich auf das Diagnosespektrum, die Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht verteilt. Indirekte Krankheitskosten werden in verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren ausgewiesen.

Depressionen verursachen mit 8,7 Mrd. € im Jahr 1/5 aller direkten Krankheitskosten der psychischen Erkrankungen

Depressionen verursachen ca. 5-mal höhere direkte Kosten als Angststörungen

Die direkten Kosten für psychische Erkrankungen haben sich in 7 Jahren fast verdoppelt. Ihr Anteil an den gesamten Krankheitskosten ist jedoch nur um knapp 2 % gestiegen

In 7 Jahren sind die direkten Kosten für Depressionen und anhaltende affektive Störungen um 66 % gestiegen

Auf jeden Deutschen entfallen im Durchschnitt jährlich 540 € an direkten Krankheitskosten durch psychische Erkrankungen

Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Depressionen verursachen 4-fach höhere Kosten pro Patient als andere Krankheiten

Auf der Diagnoseebene gelten die Depression und die Borderline-Persönlichkeitsstörung als besonders kostenintensive Erkrankungen. Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entstehen im ersten Jahr nach Diagnosestellung im Durchschnitt Behandlungskosten von ca. 8.508 € pro Patient. Für Patienten mit Depression liegt dieser Betrag bei ca. 8.281 €, wie eine Studie mit ausgewerteten Routinedaten der GKV zeigt (Bode et al., 2017). Im Vergleich zu dem über alle Krankheiten hinweg gemittelten Wert von 2.020 € im ersten Jahr nach der Diagnosestellung liegen die direkten Krankheitskosten in der ersten Krankheitsphase damit bei der Borderlinestörung und der Depression mehr als 4-mal so hoch.

3.1.3 Ambulante und stationäre Behandlungskosten

Stationärer Bereich

Psychische Erkrankungen sind mit 25 Mrd. € Behandlungskosten insgesamt die kostenträchtigsten Erkrankungen im stationären Bereich

Die direkten Krankheitskosten für Psychische und Verhaltensstörungen in allen stationären Einrichtungen über die unterschiedlichen Kostenträger hinweg beliefen sich 2015 bundesweit auf 24,9 Mrd. €. Psychische Erkrankungen verursachen damit von allen Erkrankungen die höchsten stationären Kosten (s. Abb. 20).

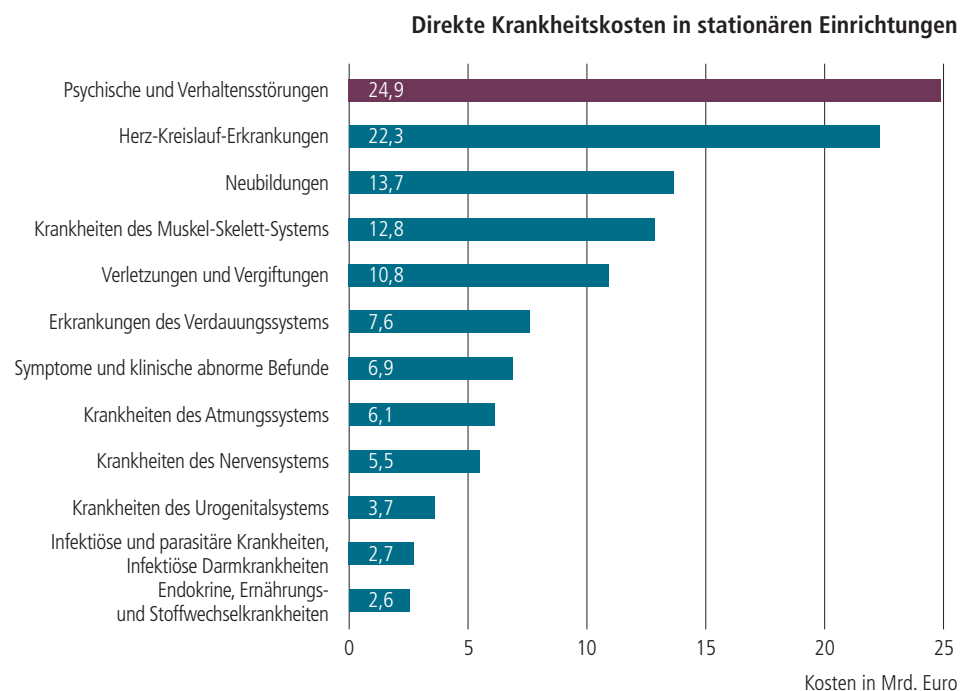


Abbildung 20: Direkte Krankheitskosten in stationären Einrichtungen in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro, nach Krankheitsgruppe. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Stationäre psychiatrische Behandlungen kosten jährlich 8 Mrd. €

Allein die stationären psychiatrischen Behandlungen kosteten 2019 etwa 8,0 Mrd. € (BMG, 2020a). Für vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung fielen 2019 in der GKV außerdem 12,2 Mio. € Kosten an. Die Kosten für Behandlungen auf psychosomatischen Stationen finden sich ebenfalls in den stationären Gesamtbehandlungskosten von 25 Mrd. €, aber lassen sich leider nicht explizit ausweisen.

Die Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen kostet jährlich 690 Mio. €

Zwischen den Sektoren der stationären und der ambulanten Behandlung ist die Leistung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) angesiedelt. Bei der PIA handelt es sich um ein multiprofessionelles, ambulantes Behandlungsangebot psychiatrischer Fachkrankenhäuser und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die nach §118 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Versorgungsschwerpunkte sind die Behandlung schwer und chronisch Kranker im Rahmen der Nachsorge, aber auch der Notfallpsychiatrie. Es handelt sich um ambulante Krankenhausleistungen, die außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung direkt durch die Krankenkassen vergütet werden. Im Jahr 2019 kosteten Behandlungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen 689,7 Mio. € (BMG, 2020a).

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen kosten jährlich über 8 Mio. €

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde im Januar 2017 die Stationsäquivalente Behandlung eingeführt. Dabei handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten, welche durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams erbracht werden soll. Diese begrenzte, umfassende Behandlung mit Schwerpunkt im persönlichen Lebensumfeld des jeweiligen Patienten soll eine

gleichwertige Alternative zur vollstationären Behandlung darstellen. 2018 konnten nach § 115d SGB V erstmals Leistungen in der stationsäquivalenten Behandlung abgerechnet werden. Es wurden 2019 für diese Behandlungen in der GKV 8,2 Mio. € ausgegeben (BMG, 2020a).

Ambulanter Bereich

In der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst der ambulante Bereich neben den Arztpraxen auch Apotheken, ambulante Pflege, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Gesundheits-handwerk und -einzelhandel sowie Zahnarztpraxen.

Im ambulanten Bereich insgesamt verursachen psychische Erkrankungen 14,9 Mrd. € an direkten Krankheitskosten und liegen damit an fünfter Stelle der Kostenverursacher (s. Abb. 21).

Direkte Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen

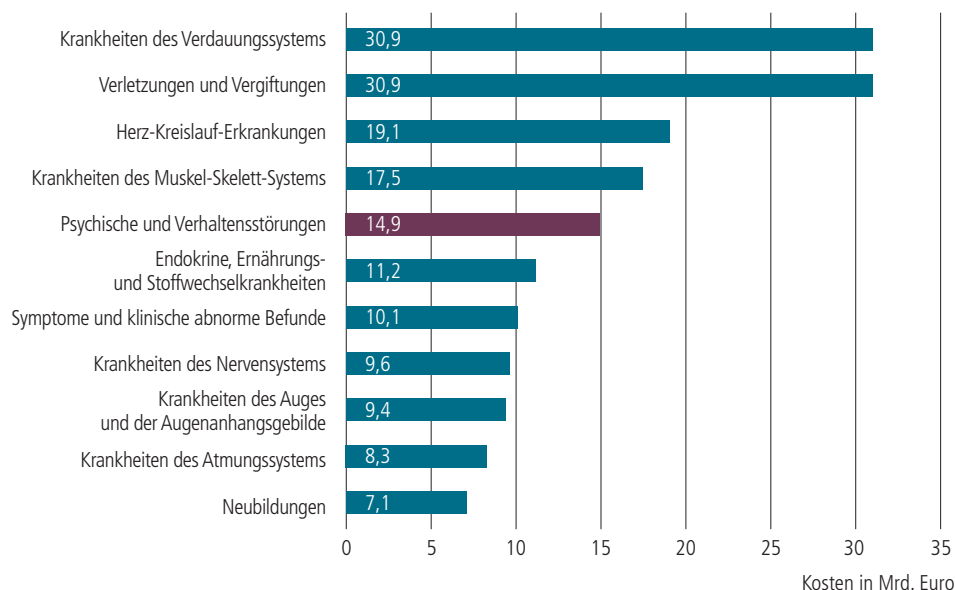


Abbildung 21: Direkte Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Betrachtet man die Ausgaben aufgrund psychischer Erkrankungen nur in den Arztpraxen, liegen die psychischen Erkrankungen mit 5,99 Mrd. € sogar an erster Stelle der Kostenverursacher (s. Abb. 22).

Psychische Erkrankungen verursachen die fünfthöchsten Kosten im ambulanten Bereich. In den Arztpraxen entstehen dadurch sogar die höchsten direkten Krankheitskosten

Direkte Krankheitskosten in Arztpraxen

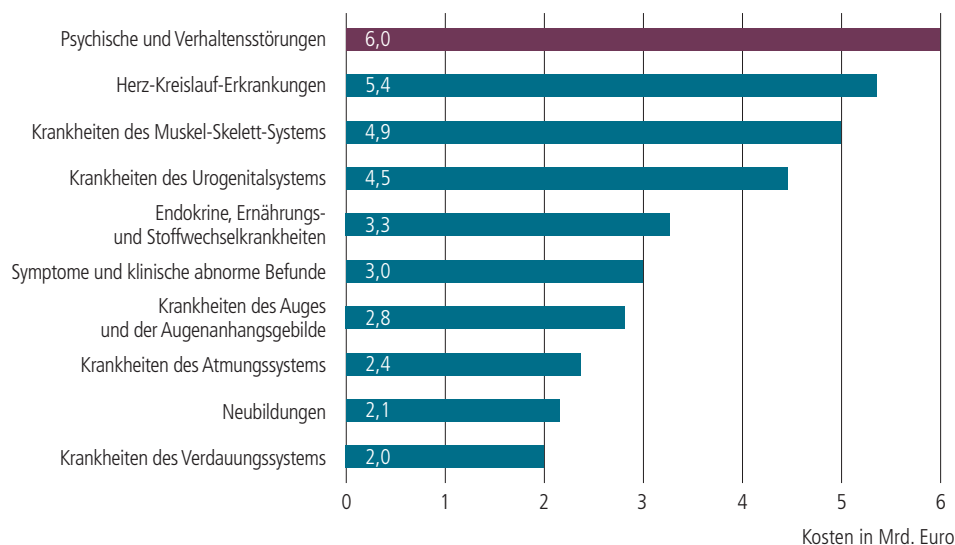
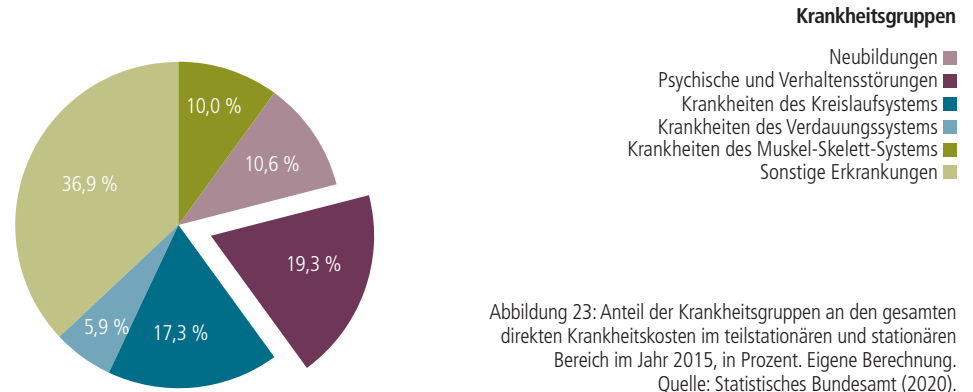


Abbildung 22: Direkte Krankheitskosten in Arztpraxen in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

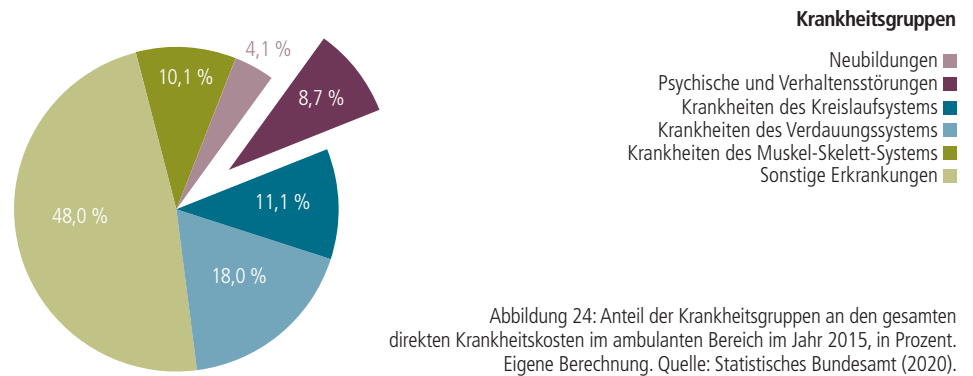
Psychische Erkrankungen verursachen fast 20 % aller stationären und teilstationären Krankheitskosten und fast 9 % der Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen

Der Anteil der direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen liegt im stationären und teilstationären Bereich mit 19,3 % mehr als doppelt so hoch wie im ambulanten Bereich (8,7 %). Die herausragende Bedeutung der Kosten psychischer Erkrankungen lässt sich gut an folgendem Beispiel zeigen: Die Krankheitsgruppe der psychischen Erkrankungen verursacht sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor fast doppelt so hohe direkte Krankheitskosten wie die Gruppe der Neubildungen (s. Abb. 23 und 24).

Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – teilstationär und stationär



Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – ambulant



3.1.4 Kosten ambulanter Psychotherapie

Die Leistungen der ambulanten Psychotherapie zulasten der GKV werden nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Der EBM bestimmt als Honorarordnung den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen. Der Wert der jeweiligen Leistungen wird über Punktzahlen ausgedrückt.

Der größte Anteil der Ausgaben für ärztliche und psychologische psychotherapeutische Behandlungen seelischer Erkrankungen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland geht zulasten der GKV. Dazu kommen die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen, für die keine veröffentlichten Zahlen zu Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen vorliegen.

Die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen im System der GKV wird durch Vertragspsychotherapeuten und -ärzte geleistet. Es werden psychotherapeutische, psychiatrische, nervenärztliche und neuropsychologische Behandlungen erbracht. Im Folgenden werden die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen ausführlicher beschrieben.

Gesamtkosten ambulanter Psychotherapie

Extrabudgetäre⁴⁰ psychotherapeutische Leistungen verursachten 2019 insgesamt Kosten in Höhe von 2,74 Mrd. € in der GKV (zum Vergleich 2018: 2,48 Mrd. €; BMG, 2020a). Zusätzlich entstehen durch budgetierte Leistungen noch Kosten in Höhe von etwa 5 bis 10 % der extrabudgetären Leistungen. Da diese budgetierten Leistungen nicht konkret beziffert werden können, werden für die folgenden Berechnungen nur die extrabudgetären Ausgaben zugrunde gelegt.

Jährlich werden im GKV-System 2,7 Mrd. € für die ambulante Psychotherapie ausgegeben

⁴⁰ Der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen wird extrabudgetär vergütet. Im Jahr 2018 fielen darunter alle im EBM unter 35.2 aufgeführten Gebührenordnungspositionen zu antragspflichtigen Leistungen (Kurz- und Langzeit-Einzeltherapien, Gruppentherapien), probatorische Sitzungen sowie Zuschläge und die mit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie 2017 eingeführten Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung.

Die Ausgaben für ambulante Psychotherapie setzen sich zusammen aus den Honoraren für alle Erbringer ambulanter psychotherapeutischer Leistungen, also für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), Ärztliche Psychotherapeuten (ÄP) sowie für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Zusätzlich müssten hier auch Ausgaben für Behandlungen im Rahmen der Kostenerstattung aufgeführt werden. Bis 2013 gab es in der GKV im Bereich der Rechnungslegung für Kostenerstattungen nach §13 Abs. 3 SGB V für psychotherapeutische Behandlungen eine spezielle Regelung, die in der Kontenart 593 getrennt gebucht wurde. Mit Erlass vom 15. August 2013 wurde diese Kontenart gelöscht, dadurch entfiel die Verpflichtung zur getrennten Buchung. Seitdem ist es nicht mehr möglich, die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Kostenerstattung zu beziffern bzw. die Krankenkassen veröffentlichen diese Daten nicht mehr. Im Jahr 2012 betrug der Anteil der Kostenerstattungen am Gesamtleistungsvolumen für ambulante psychotherapeutische Leistungen 3 %. Eine Hochrechnung für 2018 geht von ca. 180 Mio. € an Kosten für Psychotherapie über Kostenerstattung in Privatpraxen aus (Nübling & Jeschke, 2018), dies entspricht etwa 7 bis 8 % der Gesamtkosten für Psychotherapie.

Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V ist ein Auffangverfahren, wenn für gesetzlich versicherte Patienten keine zur Krankenkassenbehandlung zugelassenen Ärzte oder Psychotherapeuten zur Verfügung stehen (sog. Systemversagen). Finden Patienten innerhalb einer angemessenen Wartezeit keinen zugelassenen Psychotherapeuten (Vertragsbehandler), können sie sich die benötigte Versorgungsleistung selbst beschaffen. Die jeweilige gesetzliche Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, entstandene Kosten einer Psychotherapie in diesen Ausnahmefällen auch bei nicht kassenzugelassenen, approbierten Psychotherapeuten zu erstatten (§13 Abs. 3 SGB V).

Für die ersten 2 Quartale des Jahres 2020 liegen vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV vor. Diese beziffern die Ausgaben für extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen mit 1,4 Mrd. €. Hochgerechnet wären damit im Jahr 2020 Kosten in Höhe von ca. 2,8 Mrd. € entstanden (BMG, 2020a).

2020 wurden schätzungsweise ca. 2,8 Mrd. € für die ambulante Psychotherapie ausgegeben

Um den Anteil der verschiedenen Behandlergruppen an den Gesamtkosten für ambulante Psychotherapie zu beschreiben, muss man auf die Honorarberichte der KBV zurückgreifen. Die derzeit aktuellsten veröffentlichten Honorardaten für ein gesamtes Jahr liegen für 2017 vor.

Es ergeben sich für alle gesetzlich Krankenversicherten im Jahr 2018 pro Fall und Quartal Kosten zwischen 430 € (PP, KJP) und 353 € (ÄP, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) für Psychotherapie⁴¹ (Eigene Berechnung; KBV, 2020a).

Anteil der auf Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entfallenden Kosten

Im Jahr 2018 entfielen 2,08 Mrd. € an Honorarumsatz auf Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 450 Mio. € an Honorarumsatz auf Ärztliche Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (s. Abb. 25). Der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen durch PP und KJP liegt damit bei 82 % (Eigene Berechnung; KBV, 2020a).

Ca. 80 % der Kosten ambulanter Psychotherapie entfallen auf Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Kostenanteil nach Behandlergruppen

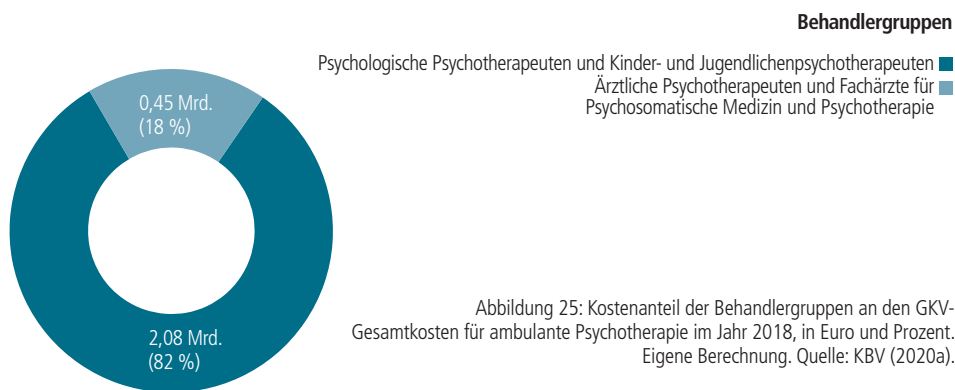


Abbildung 25: Kostenanteil der Behandlergruppen an den GKV-Gesamtkosten für ambulante Psychotherapie im Jahr 2018, in Euro und Prozent. Eigene Berechnung. Quelle: KBV (2020a).

3.1.5 Krankengeld

2019 betragen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Krankengeld insgesamt 14,4 Mrd. €. Damit sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr (13,1 Mrd. €) um 10 % und innerhalb von fünf Jahren (2014: 10,6 Mrd. €) um 36 % gestiegen. Im ersten Halbjahr 2020 liegen die Ausgaben für Krankengeld im Vergleich zum Vorjahreshalbjahr bereits wieder um 13,9 % höher (von 7,2 auf 8,2 Mrd. €; GKV-Spitzenverband, 2021).

Die Ausgaben für Krankengeld insgesamt nehmen jährlich zu

Die psychischen Erkrankungen mit ihrer besonders langen Falldauer bzw. ihren langen Krankschreibungen sind nach Muskel- und Skelettsystemerkrankungen die häufigsten Ursachen einer mehr als 6-wöchigen Krankschreibung. Dies geht aus einem Sondergutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hervor (SVR, 2016). Im Gutachten wurden Daten von 8 Krankenkassen daraufhin analysiert, welche ICD-Codes in Krankengeldfällen besonders relevant waren. Psychische und Verhaltensstörungen waren im Jahr 2014 für 23,1 % aller Krankengeldfälle maßgeblich. Bei beiden Geschlechtern liegt die depressive Episode (F32) auf dem ersten Rang der Krankengeldausgaben.

Psychische Erkrankungen verursachen fast 1/4 aller Krankengeldfälle

⁴¹ Gemittelter Wert aus den 4 Quartalen 2018: Honorarumsatz je Behandlungsfall.

Im Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) wurde zur Reduktion von Krankengeldausgaben eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die Psychotherapie gefordert, da lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz die Krankheitsdauer unnötig verlängerten. Außerdem sollten Krankenkassen durch Anreize in Verträgen und Förderung der Koordination der Leistungen die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern. Dargestellt wurde im Gutachten auch, dass höhere durchschnittliche Einkommen, eine größere Anzahl von Beschäftigungen und die Zunahme der älteren krankengeldberechtigten Versicherten zum kontinuierlichen Anstieg des Krankengelds beigetragen haben.

3.1.6 Rehabilitationsleistungen

Die aufgrund von psychischen Erkrankungen erbrachten Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) für berufstätige Erwachsene und für Kinder sind vielfältig (s. Tab. 13).

Tabelle 13: Anzahl der Leistungen der DRV aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen

Leistungsart	Anzahl der Leistungen
Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe	181.094
Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit	43.125
Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe	17.330
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	12765
Kinderrehabilitation	9.336
Leistungen zur beruflichen Bildung gemäß § 16 SGB VI i. V. m. § 49 Abs. 3 Nr. 4 u. 5 SGB IX	4.817
Anschluss-Rehabilitation aufgrund einer psychischen Erkrankung	322

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2019. Eigene Berechnung. Quelle: DRV (2020a).

Die Brutto-Aufwendungen für medizinische Reha wegen psychischer Erkrankungen lagen 2018 bei ca. 1,1 Mrd. €

Die Brutto-Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen (einschließlich ergänzender Leistungen, ohne Sozialversicherungsbeiträge) betragen im Jahr 2019 1.110,5 Mio. €, davon entfielen 4,2 % auf ambulante Leistungen und 76,7 % auf stationäre Leistungen (s. Tab. 14). Die Brutto-Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen insgesamt (einschließlich ergänzender Leistungen, ohne Sozialversicherungsbeiträge) betragen 611,5 Mio. €, davon entfielen 5,6 % auf ambulante Leistungen und 79,2 % auf stationäre Leistungen (DRV, 2020b).

Tabelle 14: Brutto-Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

	ambulant (Mio. €)	stationär (Mio. €)	Sonstiges ¹ (Mio. €)	Insgesamt (Mio. €)
Abhängigkeitserkrankungen	34,5	484,5	92,4	611,5
Psychische Erkrankungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	46,9	851,4	212,3	1.110,5
Summe	81,4	1.335,9	304,7	1.722

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2019, Summe einschließlich ergänzender Leistungen, ohne Sozialversicherungsbeiträge.
¹Zu Sonstigem zählen: Hilfsmittel, Übergangsgeld und sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge).
 Quelle: DRV (2020b).

Die Kosten für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen lagen im Jahr 2019 mit 7.324 € wegen der längeren Dauer deutlich höher als die bei körperlichen Erkrankungen (3.164 €; DRV, 2020c).

Seit 2000 haben Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen um 62 % zugenommen

Daten der DRV zeigen für den Zeitraum von 2000 bis 2019 eine Zunahme der medizinischen Rehabilitationsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen um ca. 75.000, dies entspricht einem Zuwachs von 62 %. Damit ist der Anteil medizinischer Rehabilitationsleistungen aufgrund von psychischen Erkrankungen an allen Rehabilitationsleistungen von 15,3 % auf 19,6 % gestiegen (DRV, 2020c).

Häufigste psychische Indikation für Reha-Behandlungen sind Depressionen und Angsterkrankungen

Dabei stellen Depressionen und Angsterkrankungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern die häufigsten Behandlungsursachen dar. Laut der DRV hat außerdem jeder fünfte Versicherte, der wegen einer körperlichen Erkrankung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nimmt, eine komorbide „behandlungsbedürftige psychische Begleiterkrankung“.

Fast 1/5 der Patienten scheidet nach medizinischer Reha wegen psychischer Störungen aus dem Erwerbsleben aus

Bei Patienten, die wegen psychischer Erkrankungen in medizinischer Rehabilitation sind, liegt das Durchschnittsalter bei 48,8 Jahren. Bei Frauen werden mit zunehmendem Alter stetig mehr medizinische Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch genommen, bei Männern ist diese Entwicklung

geringer. Insgesamt stehen 83 % der psychisch Betroffenen zwei Jahre nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation noch im Erwerbsleben. Allerdings scheiden 17 % aus dem Berufsleben aus und beziehen zwei Jahre nach dem Abschluss der Reha eine Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente.

Die DRV ist auch für Entwöhnungsbehandlungen zuständig. Für das Berichtsjahr 2019 weist die Statistik der DRV folgende Daten bezüglich der genannten 43.125 ambulanten und stationären Leistungen zur Entwöhnung bei Suchterkrankungen auf (DRV, 2020e):

- 25.483-mal „Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit“
- 11.355-mal „Entwöhnungsbehandlung wegen Drogenabhängigkeit“
- 497-mal „Entwöhnungsbehandlung wegen Medikamentenabhängigkeit“
- 5.810-mal „Entwöhnungsbehandlungsmischfälle“.

Neben der medizinischen Rehabilitation werden weitere 2.508 Patienten in Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)⁴² und in Beruflichen Trainingszentren (BTZ) betreut. Hier wird zusätzlich eine integrierte berufliche Rehabilitation eröffnet (DRV, 2020e).

Daten, die sich ausschließlich auf die Behandlungen in der stationären Rehabilitation beziehen, werden in Kap. 5.1.2 dargestellt.

3.1.7 Kosten medikamentöser Behandlungen

Psychopharmaka verursachten in der GKV im Jahr 2019 Nettokosten von 1,78 Mrd. €. Sie stehen aktuell an siebter Stelle der umsatzstärksten Arzneimittelgruppen in der GKV und liegen damit noch vor den Analgetika.

Insgesamt liegen die Nettokosten für Arzneimittel im Jahr 2019 in der GKV bei 43,4 Mrd. €. Die Kosten für Psychopharmaka machen einen Anteil von 4,1 % an diesen Gesamtkosten aus (Schwabe & Ludwig, 2020).

In Apotheken liegen die Gesamtausgaben für die psychopharmakologische Behandlung bei psychischen Erkrankungen im Jahr 2015 bei 3,2 Mrd. € (Statistisches Bundesamt, 2020; s. Abb. 26). In diese Berechnung der teuersten Krankheiten in Apotheken gehen sämtliche rezeptfreien und rezeptpflichtigen Arzneimittel und Hilfsmittel aller Krankenkassen (auch der Privaten) ein. Für eine Aussage über die realen bundesweiten Ausgaben für Psychopharmaka ist diese Zahl daher ebenfalls zu berücksichtigen.

Direkte Krankheitskosten in Apotheken

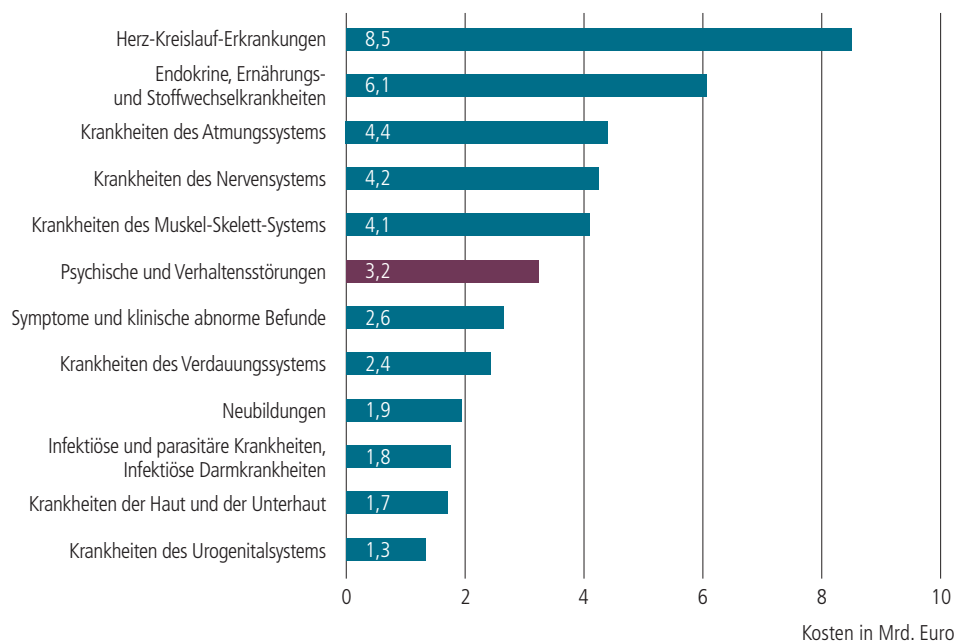


Abbildung 26: Direkte Krankheitskosten in Apotheken in Deutschland im Jahr 2015, in Mrd. Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

⁴² Bei den RPK handelt es sich um Reha-Einrichtungen, die insbesondere Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen die Möglichkeit einer integrierten medizinisch-beruflichen Rehabilitation eröffnen. In den RPK werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einem aufeinander abgestimmten Prozess als Komplexleistung erbracht. Die Leistungen gehen ineinander über.

Suchterkrankungen spielen ebenfalls eine große Rolle in der Rehabilitation

Die Kosten für Psychopharmaka liegen mit ca. 1,8 Mrd. € jährlich an siebter Stelle der Arzneimittelausgaben

Psychopharmaka machen 4 % der Gesamtkosten aller medikamentösen Behandlungen in der GKV aus

Die gesamten Arzneimittelbehandlungen bei psychischen Erkrankungen verursachen mit über 3 Mrd. € die sechstöchsten Ausgaben in Apotheken

Die absoluten Kosten für die medikamentöse Behandlung von psychischen Erkrankungen liegen nur 34 % unter den Kosten für Ambulante Psychotherapie

Psychopharmakologisch behandelte Patienten verursachen in allen Bereichen höhere Kosten

Arbeitsunfähigkeit (arbeits- und sozialrechtlicher Begriff): Ein Arbeitnehmer kann aufgrund einer Erkrankung seine zuletzt ausgeübten Arbeitsaufgaben nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausüben. Die AU entbindet daher vorübergehend von der im Arbeitsvertrag vorgesehenen grundsätzlichen Arbeitspflicht.

Verminderte Erwerbsfähigkeit, oft auch „Erwerbsunfähigkeit“ genannt (Begriff der gesetzlichen Rentenversicherung): Nach der gesetzlichen Definition ist voll erwerbsgemindert, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zumindest 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist in SGB VI § 43 geregelt.

Berufsunfähigkeit: die dauernde krankheits-, unfall- oder invaliditätsbedingte Unfähigkeit einer Person, ihren Beruf auszuüben. Im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit liegt eine Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn der Betroffene gesundheitlich imstande wäre, einen anderen, gegebenenfalls sozial weniger angesehenen oder mit (erheblichen) Einkommenseinbußen verbundenen Beruf auszuüben.

Psychische Erkrankungen verursachen jährlich über 20 Mrd. € Ausfall an Bruttowertschöpfung

Produktionsausfallkosten: Volkswirtschaftliche Kosten durch AU, Lohnkosten und Verlust an Arbeitsproduktivität.

Bruttowertschöpfung: ergibt sich aus dem Gesamtwert der im Produktionsprozess erzeugten Waren und Dienstleistungen, abzüglich des Werts der Vorleistungen.

Ausfall an Bruttowertschöpfung: bezeichnet den Verlust an diesem Gesamtwert.

Die Kosten für psychopharmakologische Behandlungen im Jahr 2019 liegen mit 1,78 Mrd. € nur ca. 34 % unter den Kosten für extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen mit 2,69 Mrd. € im Jahr 2019 (BMG, 2020a; Schwabe & Ludwig, 2020)⁴³.

Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt werden, verursachten 2013 über alle Versorgungsbereiche hinweg doppelt so hohe Kosten wie Patienten ohne medikamentöse Behandlung (s. Abb. 27).

Direkte Krankheitskosten und Einnahme von Psychopharmaka

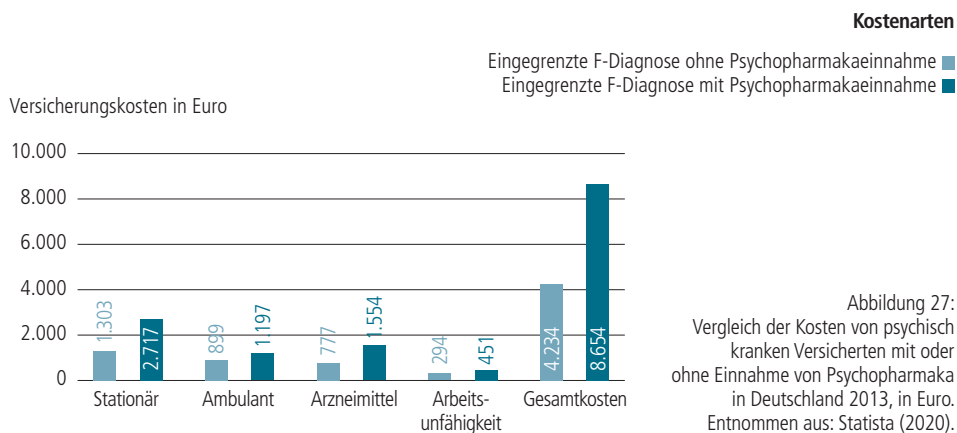


Abbildung 27: Vergleich der Kosten von psychisch kranken Versicherten mit oder ohne Einnahme von Psychopharmaka in Deutschland 2013, in Euro. Entnommen aus: Statista (2020).

3.2 Indirekte Krankheitskosten

Die indirekten Krankheitskosten umfassen gesamtgesellschaftliche Kosten, wie z. B. Kosten durch Produktionsausfälle infolge von Arbeitsunfähigkeit (AU), durch Frühverrentungen und durch Minderleistungen aufgrund der eingeschränkten Lebensqualität.

Zur Unterscheidung der im Folgenden beschriebenen Sachverhalte helfen die Begriffserklärungen am Rand.

3.2.1 Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit

AU verursacht hohe volkswirtschaftliche Produktionsausfälle. Im Jahr 2018 verursachten psychische Erkrankungen mit 13,3 Mrd. € die zweithöchsten Produktionsausfallkosten aller Diagnosegruppen (s. Tab. 15). Der Ausfall an Bruttowertschöpfung belief sich auf 22,8 Mrd. €, was 0,7 % des Bruttonationaleinkommens ausmacht. Nur Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verursachen noch höhere indirekte Kosten (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; BAuA, 2020).

Tabelle 15: Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen

Störungsgruppe (ICD-10-Code)	Produktionsausfallkosten		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	Mrd. €	Vom Bruttonationaleinkommen (%)	Mrd. €	Vom Bruttonationaleinkommen (%)
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	18,5	0,5	31,7	0,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	13,3	0,4	22,8	0,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	12,4	0,4	21,2	0,6
Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle (S00-T98, V01-X59)	9,0	0,3	15,4	0,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	4,2	0,1	7,2	0,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	4,1	0,1	7,0	0,2
Übrige Krankheiten	23,1	0,7	39,5	1,1
Alle Diagnosegruppen (I-XXI)	84,5	2,5	144,7	4,2

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2018 in Mrd. Euro und Prozent. Quelle: BAuA (2020).

⁴³ Im vorliegenden Report werden für Vergleiche jeweils Daten aus denselben Jahren ausgewählt, auch wenn für eine der zu vergleichenden Positionen bereits aktuellere Daten vorliegen.

3.2.2 Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Erkrankungen insgesamt

Psychische Erkrankungen sind sehr häufig Ursache für betriebliche Fehlzeiten. Sie führen zu deutlich längeren Krankschreibungen als viele körperliche Krankheiten und sind eine Hauptursache für den Bezug von Erwerbsminderungsrenten. Zu unterscheiden sind bei der Arbeitsunfähigkeit AU-Fälle von AU-Tagen.

Die herausragende Bedeutung psychischer Störungen für das AU-Geschehen in Deutschland lässt sich durch eine Reihe von Daten nachweisen. Zur Zunahme von Fehltagen und von Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen gibt es regelmäßig Berichte einzelner Krankenkassen. Diese zeigen deutliche Entwicklungen in der Bevölkerung auf, beziehen sich jedoch immer nur auf die Gruppe ihrer eigenen Versicherten. Aktuelle kassenübergreifende Angaben zum Krankenstand sind in Deutschland in Form einer Statistik des BMG verfügbar. In dieser werden die vom GKV-Spitzenverband gesammelten Daten aller Krankenkassen zusammengeführt. Die Krankheitsartenstatistik des BMG bezogen auf AU gibt für die verschiedenen Diagnosegruppen die genaue Zahl der AU-Fälle und -Tage an.

Die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen weist für das Jahr 2018 über 2,5 Mio.⁴⁴ AU-Fälle (davon 60,2 % Frauen und 39,8 % Männer) und 107 Mio.⁴⁵ AU-Tage auf (s. Tab. 16).⁴⁶ Psychische Erkrankungen liegen damit an dritter Stelle der Ursachen für AU-Fälle nach Krankheiten des Atmungssystems und des Muskel-Skelett-Systems.

Die Tage je Fall lagen im Jahr 2018 für die psychischen und Verhaltensstörungen bei 43,2 Kalendertagen. Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen sind damit mehr als doppelt so lang wie die durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-System bedingten Fehlzeiten. Tabelle 16 führt die AU-Fälle und zugehörigen Falldauern für die drei Diagnosegruppen auf, die Hauptverursacher für Fehlzeiten sind. Gegenüber dem Vorjahr 2017 sind die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen um 4,7 % und die zugehörigen AU-Tage um 9,8 % gestiegen (Eigene Berechnung; BMG, 2020b).

Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage für die 3 wichtigsten Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall (MW ¹)
1. Krankheiten des Atmungssystems	13.483.516	93.348.660	6,8
2. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	7.207.647	148.905.739	19,5
3. Psychische und Verhaltensstörungen gesamt	2.553.215	107.463.024	43,2
• davon Pflichtmitglieder	2.418.492	101.487.091	42,0
• davon freiwillige Mitglieder	134.723	5.975.933	44,4

Anmerkungen: ¹Mittelwert (MW). Angaben für das Jahr 2018 für alle Mitglieder der GKV, absteigend sortiert nach AU-Fällen. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020b).

In den mittleren Altersgruppen (40 bis 60 Jahre) treten die häufigsten Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen auf (s. Tab. 17). Bei beiden Geschlechtern ist speziell die Gruppe der 50- bis 54-Jährigen mit 381.792 Fällen von Arbeitsunfähigkeit am stärksten betroffen (davon ca. 65 % Frauen, 35 % Männer) (Eigene Berechnung; BMG, 2020b).

Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Alter

Altersgruppe	Arbeitsunfähigkeit		
	Fälle	Tage	Tage je Fall
Unter 20 Jahre	53.728	926.285	24,1
20 bis unter 40 Jahre	964.463	32.448.926	31,4
40 bis unter 60 Jahre	1.302.512	59.917.546	44,8
Ab 60 Jahre	232.512	14.170.267	36,7
Insgesamt	2.553.215	107.463.024	43,2

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2018 für alle Mitglieder der GKV, AU wegen psychischer und Verhaltensstörungen. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020b).

AU-Fälle: Anzahl der Fälle von AU

Jede AU-Meldung, die nicht nur die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.

AU-Tage: Anzahl der Tage von AU, die im Auswertungsjahr anfielen. Arbeitsfreie Zeiten (z. B. Wochenende) gehen mit in die Berechnung ein, daher ist eine Abweichung zu betriebsinternen Fehlzeitenstatistiken möglich. Bei jahresübergreifenden Fällen werden nur die AU-Tage gezählt, die im Auswertungsjahr anfielen.

AU-Tage je Fall: mittlere Dauer eines AU-Falls. Stellt einen Indikator für die Schwere einer Erkrankung dar.

2018 gab es in Deutschland bei GKV-Versicherten über 2,5 Mio. AU-Fälle und über 107 Mio. AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind dritt-häufigste Ursache für AU-Fälle. Frauen sind deutlich häufiger wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig als Männer

Psychische Erkrankungen verursachen die zweithöchste Anzahl von AU-Tagen und die längsten Fehlzeiten je Krankschreibung

Die meisten Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen finden sich bei Berufstätigen zwischen 50 und 54 Jahren

⁴⁴ genau 2.553.215.

⁴⁵ genau 107.463.024.

⁴⁶ Den Analysen liegen die Daten der Pflichtmitglieder und der freiwilligen Mitglieder in der GKV zugrunde. Rentner sind nicht berücksichtigt.

Psychische Erkrankungen bleiben auch 2019 eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit

Auch in den einzelnen aktuellen Krankenkassenanalysen zum AU-Geschehen machen psychische Erkrankungen einen großen Teil aller Fehlertage aus. Bei der DAK-Gesundheit sind psychische Erkrankungen im Jahr 2019 die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit (17,1 % aller AU-Tage; Marschall et al., 2020). Nach einem Rückgang im Jahr 2018 sind die AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen 2019 mit 260,3 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre (VJ) wieder um 10,3 % gestiegen. Laut dem aktuellen Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) verursachten psychische Störungen im Jahre 2019 erneut geschlechterübergreifend die meisten Krankheitsfehlertage. Mit 289 AU-Tagen (je 100 VJ⁴⁷) konnten dieser Erkrankungsgruppe 18,8 % aller Fehlertage zugeordnet werden (TK, 2020). Damit war bei den TK-Versicherten 2019 fast jeder fünfte Fehltag auf psychische Krankheiten zurückzuführen.

Starker Anstieg der psychisch bedingten Fehlertage in den letzten Jahren

Der Gesundheitsreport der TK stellt für psychische Erkrankungen – anders als für körperliche Erkrankungen – einen eklatanten bundesweiten Anstieg der Fehlertage fest. Von 2006 bis 2019 haben sich die psychisch bedingten Fehlzeiten verdoppelt. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Im Jahr 2019 verursachten psychische Erkrankungen bei berufstätigen TK-Versicherten 364 AU-Tage (je 100 VJ) bei Frauen und 225 AU-Tage (je 100 VJ) bei Männern.

Eine eigene Auswertung der Ergebnisse der GKV-Statistik zeigt die Entwicklung der AU-Fälle über die letzten Jahre für psychische und verschiedene körperliche Erkrankungsgruppen (s. Abb. 28). Bei der Betrachtung der AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen ist von 2011 bis 2018 ein deutlicher Anstieg um fast ein Fünftel zu verzeichnen (BMG, 2020b).

Entwicklung der AU-Fälle nach Diagnosegruppen

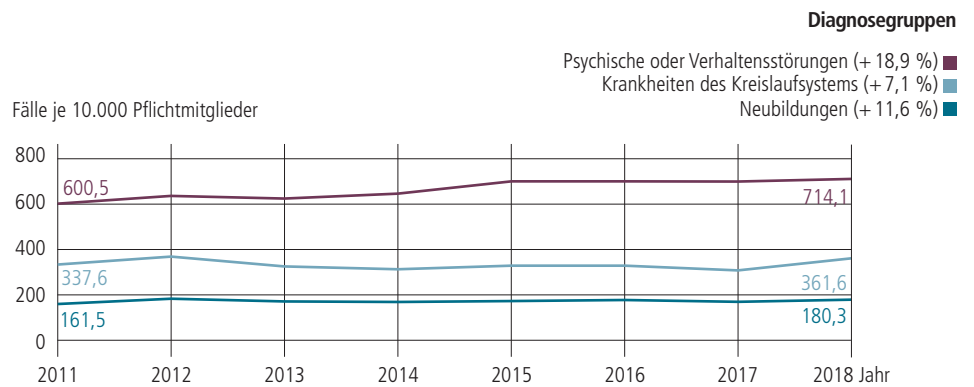


Abbildung 28: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen im zeitlichen Verlauf bei GKV-Versicherten, Angabe in Fällen je 10.000 Pflichtversicherte. In Klammern prozentuale Veränderung. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020b).

3.2.3 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Einzeldiagnosen

Allein Depressionen verursachten 2018 über 46 Mio. AU-Tage

Innerhalb der psychischen Erkrankungen entfielen 2018 die meisten AU-Tage auf Depressionen (F32+F33), gefolgt von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Zwar traten mehr AU-Fälle wegen Reaktionen auf schwere Belastungen ein, aber die AU-Tage je Fall liegen bei den depressiven Erkrankungen zwischen 2- und 3-mal so hoch wie bei den Reaktionen auf schwere Belastungen (s. Abb. 29-31).

⁴⁷ Bei der Berechnung krankheitsbedingter Fehlzeiten werden verschiedene Methoden angewendet. Bei den Krankenkassen werden die AU-Tage je 100 Versicherungsjahre herangezogen und durch 365 Tage dividiert, um den prozentualen Krankenstand zu erfassen.

AU-Fälle nach Einzeldiagnosen

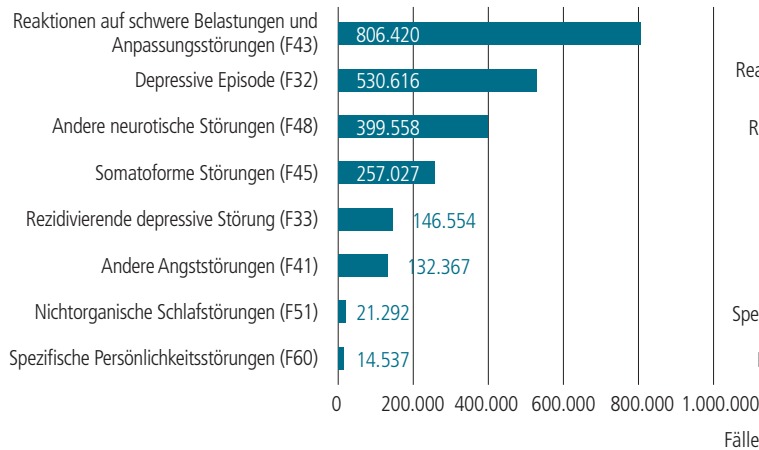


Abbildung 29: Die 8 wichtigsten Einzeldiagnosen bzgl. AU-Fällen im Jahr 2018 für alle pflicht- und freiwillig GKV-Versicherten, Anzahl der Fälle. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020b).

AU-Tage nach Einzeldiagnosen

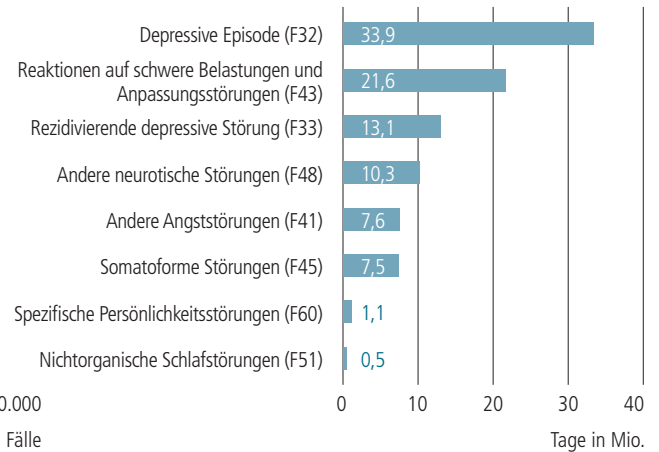


Abbildung 30: AU-Tage für die 8 wichtigsten Einzeldiagnosen bzgl. AU-Fällen im Jahr 2018 für alle pflicht- und freiwillig GKV-Versicherten, Anzahl der Tage in Mio. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020b).

Von den am häufigsten auftretenden AU-Fällen wegen psychischer Erkrankungen (s. Abb. 29) verursachen die rezidivierenden depressiven Störungen mit 12,7 Wochen (88,8 Tage je Fall) die längsten Ausfallzeiten je Fall (s. Abb. 31). Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen verursachen zwar eine relativ geringe AU-Fallzahl, weisen aber mit fast 12 Wochen (82,7 Tage je Fall) die zweitlängsten Ausfallzeiten auf.

Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen hatten 2018 die längsten Arbeitsausfallzeiten je Fall

AU-Tage je Fall

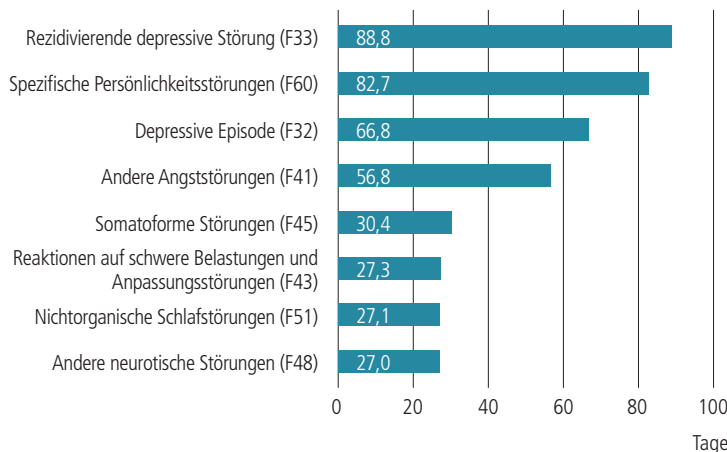


Abbildung 31: AU-Tage je Fall für die 8 wichtigsten Einzeldiagnosen bzgl. AU-Fällen im Jahr 2018 je Fall für alle pflicht- und freiwillig GKV-Versicherten, Anzahl der Tage je Fall. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020b).

3.2.4 Frühzeitige Berentungen wegen Erwerbsunfähigkeit

Daten zu Berentungen lassen sich den jährlichen Statistiken der DRV entnehmen. Zusätzlich geben verschiedene Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) relevante Informationen (Indikatoren 3.39 und 3.82).

Jährlich werden etwa 67.000 Menschen in Deutschland wegen psychischer Erkrankungen frühberentet. 2019 traten 67.321 Personen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nach SGB VI in die Rente ein (s. Tab. 18). Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für den Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Bei Frauen machen psychische Erkrankungen 2018 47,8 % dieser Rentenzugänge aus, bei Männern 35,3 % (DRV, 2020d).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Im Informationssystem GBE des Bundes werden Daten aus über 100 Quellen zusammengeführt, darunter Erhebungen der Statistischen Ämter von Bund und Ländern und Erhebungen anderer Institutionen aus dem Gesundheitsbereich. Zu einer Vielzahl von Themen werden Indikatoren der GBE der Länder gebildet (AOLG-Indikatorensatz), aus denen sich regionale Daten herausfiltern lassen. So bildet z. B. der Indikator 3.39 der GBE alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach zugrundeliegender Hauptdiagnose und für beide Geschlechter ab. Diese Daten lassen sich dann noch nach Region und Zugangsalter filtern.

Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für eine frühzeitige Berentung

Tabelle 18: Anzahl der Rentenzugänge wegen psychischer und Verhaltensstörungen

Rentenzugänge aufgrund 1. Diagnose	Anzahl Renten-zugänge Männer	Anzahl Renten-zugänge Frauen	Anzahl Renten-zugänge insgesamt
Psychische Erkrankungen ohne Sucht	23.348	37.916	61.264
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3.658	1.190	4.848
Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen	906	303	1.209
Insgesamt	27.912 (41,5 %)	39.409 (58,5 %)	67.321 (100 %)

Anmerkungen: Rentenzugänge im Jahr 2019. Eigene Berechnung. Quelle: DRV (2020d).

Die Zahl frühzeitiger Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen bleibt seit Jahren auf hohem Niveau relativ stabil

Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung haben von 2005 bis 2019 bundesweit zwar von 52.977 auf 67.321 um 27 % zugenommen, jedoch ist die Zahl seit 2013 relativ stabil geblieben und seit 2018 sogar leicht gesunken. (s. Abb. 32; GBE, 2020).

Frühzeitige Berentungen

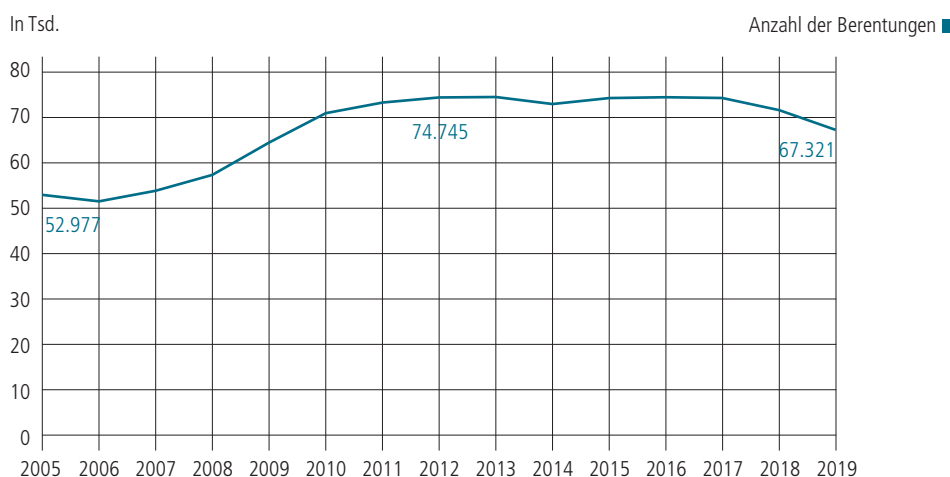


Abbildung 32: Anzahl der frühzeitigen Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen. Quellen: DRV (2020d); GBE (2020).

Frauen werden – außer bei Suchterkrankungen – deutlich häufiger wegen psychischer Erkrankungen frühberentet als Männer

Frauen treten 1,6-mal häufiger wegen psychischer Erkrankungen (ohne Sucht) in die frühzeitige Berentung ein als Männer. Bei den Suchterkrankungen ist das Verhältnis umgekehrt: Männer werden 3-mal häufiger wegen Suchterkrankungen frühberentet als Frauen (2019: 4.564 Männer, 1.493 Frauen; s. Tab. 18).

Bei vorzeitiger Berentung sind psychisch kranke Menschen im Durchschnitt 51 Jahre alt

Das durchschnittliche Zugangsalter in die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch psychische Erkrankungen (ohne Sucht) lag 2019 bei Männern bei 50,7 Jahren, bei Frauen bei 51,1 Jahren. Der Peak in der Alterskurve liegt seit Jahren bei der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen, gefolgt von den 50- bis 54-Jährigen (DRV, 2020d).

3.2.5 Berufsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland der Hauptgrund für Berufsunfähigkeit

Eine Analyse des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) kommt für 2017 zu einem ähnlichen Ergebnis. Knapp 29 % der untersuchten Leistungsfälle von Berufsunfähigkeitsversicherungen lassen sich demnach auf psychische Ursachen zurückführen. Damit sind auch bei der Berufsunfähigkeit die psychischen Erkrankungen die Hauptursache. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (GDV, 2019).

Aktuellere Daten liegen nur von einzelnen Versicherungen vor. Eine Auswertung der Lebensversicherung Swiss-Life zeigt für die dort Versicherten, dass im Jahr 2018 psychische Erkrankungen mit 37 % die häufigste Ursache für den Eintritt von Berufsunfähigkeit waren (2009: 26,6 %). Bei Frauen gehen laut der Swiss-Life-Studie 44 % der Berufsunfähigkeiten auf eine psychische Erkrankung zurück, bei Männern sind es 28 %. Außerdem werden Frauen häufiger bereits in jungen Jahren psychisch krank, bei Männern treten diese Diagnosen erst in der zweiten Lebenshälfte vermehrt auf (Swiss Life, 2019).

Eine Ausföhrung der DebeKa für 2018 zeigt ähnliche Tendenzen für ihre Versicherten. Demnach waren psychische Störungen sogar für 45,4 % der Versicherten der Grund für eine Berufsunfähigkeit. Der Anteil psychischer Erkrankungen als Hauptursache für Berufsunfähigkeit stieg von 2017 zu 2018 um 3,8 % und lag damit vor Neubildungen von Tumoren und Erkrankungen des Bewegungsapparates (DebeKa, 2019).

3.2.6 Krankheitslast psychischer Erkrankungen (DALYs)

Die Krankheitslast psychischer Erkrankungen (EK) zählt zu den intangiblen Kosten.

Insgesamt wurden in Deutschland im Jahr 2010 ca. 23,9 Mio. gesunde Lebensjahre aufgrund von Krankheiten (KH) und Verletzungen verloren. Auf der Ebene von Krankheitsgruppen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (19,4 %), Krebs (17,9 %), muskuloskelettale Erkrankungen (15,8 %) sowie Psychische und Verhaltensstörungen (11,4 %) die bedeutendsten Erkrankungsgruppen (Plass et al., 2014).

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Krankheiten, die die meisten DALYs verursachen. Zwar stehen für beide Geschlechter die psychischen und Verhaltensstörungen an vierter Stelle der DALYs, aber bei Frauen stellen muskuloskelettale Erkrankungen die föhrende Krankheitsgruppe dar, bei Männern sind es die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (s. Abb. 33 und 34).

DALYs: Disability-Adjusted-Life-Years. Das Konzept der DALYs beschreibt die Krankheitslast durch eine Erkrankung oder Gruppe von Erkrankungen. Es soll auf diese Weise ein Verlust an Gesundheit für die Betroffenen quantifiziert werden, d. h. es wird eine Maßzahl berechnet, die erfasst, wie stark das normale, beschwerdefreie Leben durch eine Krankheit beeinträchtigt wird. Ein DALY steht somit für ein Jahr „verlorener“ Gesundheit.

Psychische Erkrankungen stehen in Deutschland an vierter Stelle bei den Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre

Verlust gesunder Lebenszeit

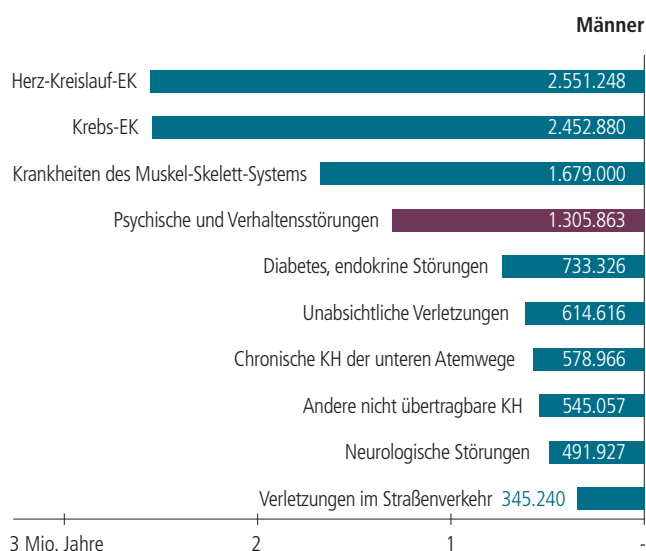


Abbildung 33: Die 10 größten verursachenden Krankheitsgruppen von Verlust an gesunden Lebensjahren (DALYs) bei Männern, Quelle: Plass et al. (2014).

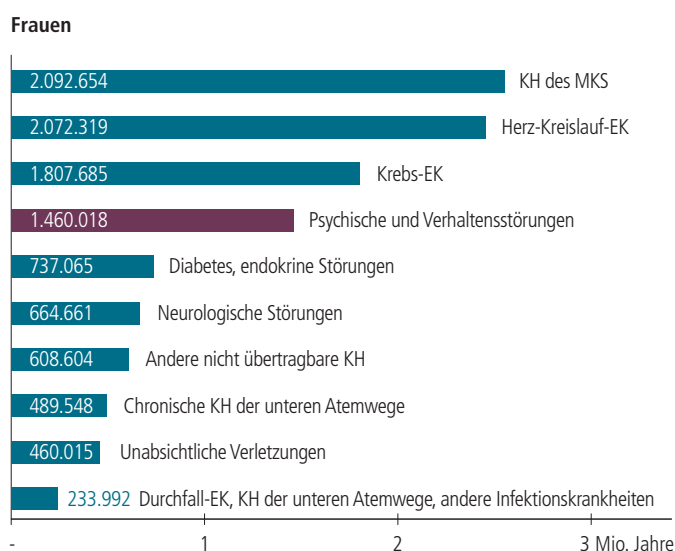


Abbildung 34: Die 10 größten verursachenden Krankheitsgruppen von Verlust an gesunden Lebensjahren (DALYs) bei Frauen Quelle: Plass et al. (2014).

Tabelle 19 zeigt die Verteilung der DALYs auf der Ebene von Einzeldiagnosen auf die 10 bedeutendsten Ursachen für Männer und Frauen in Deutschland.

Auf der Ebene einzelner psychischer Krankheitsbilder ist die Depression in Deutschland der Hauptverursacher von DALYs. Aufgrund von Depressionen verloren im Jahr 2010 Männer 345.221 und Frauen 593.348 gesunde, qualitativ hochwertige Lebensjahre (Plass et al., 2014).

Innerhalb der psychischen Diagnosen ist die Depression Hauptverursacher des Verlustes an gesunden Lebensjahren

Tabelle 19: Die 10 bedeutendsten Einzeldiagnosen als Ursachen für DALYs

Männer Rang	Diagnose	DALYs
1	Ischämische Herzerkrankung	1.525.039
2	Rückenschmerzen	1.104.620
3	Lungenkrebs	619.232
4	Schlaganfall	435.389
5	Stürze	431.937
6	COPD	389.515
7	Depression	345.221
8	Diabetes	333.408
9	Verkehrsunfälle	303.867
10	Selbstverletzung	297.443

Frauen Rang	Diagnose	DALYs
1	Rückenschmerzen	1.043.240
2	Ischämische Herzerkrankung	975.448
3	Depression	593.348
4	Schlaganfall	486.523
5	andere Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	414.875
6	Brustkrebs	375.146
7	Stürze	373.720
8	Nackenschmerzen	348.080
9	COPD	313.218
10	Diabetes	305.457

Anmerkungen: Angaben für das Jahr 2010 getrennt nach Geschlecht, Anzahl der DALYs. Quelle: Plass et al. (2014).

Depressive Erkrankungen kosten mehr qualitativ hochwertige Lebenszeit als Diabetes bei Männern und als Brustkrebs bei Frauen

Im internationalen Vergleich stehen depressive Erkrankungen im Jahr 2017 an dritter Stelle der Verursacher für Verluste an gesunden Lebensjahren

Die Depression steht dabei bei Männern an siebter und bei Frauen sogar an dritter Stelle aller Verursacher von Verlust an qualitativ hochwertigen Lebensjahren. Somit ist dieser Verlust durch eine Depression höher als bei Diabetes bei Männern und höher als bei Brustkrebs bei Frauen (Plass et al., 2014).

Ergebnisse der internationalen „Global burden of disease-Studie“ führen die Depression als über beide Geschlechter hinweg dritt wichtigste verursachende Erkrankung von beeinträchtigten Lebensjahren nach Rückenschmerz und Kopfschmerzkrankungen auf (James et al., 2018).

Im Jahr 2030 werden in den einkommensstärksten Ländern die Erkrankungen Depression, Alkoholabhängigkeit und Demenz schätzungsweise 75 % derjenigen Erkrankungen mit den stärksten Beeinträchtigungen ausmachen (Mathers & Loncar, 2006).

3.3 Einordnung der Kosten ambulanter Psychotherapie

Die Ausgaben für ambulante Psychotherapie machen 6,7 % der Kosten für die gesamte ambulante ärztliche Behandlung (ohne Arzneimittel etc.) und 1,1 % der GKV-Gesamtausgaben für alle Erkrankungen aus

Die 2019 anfallenden 2,74 Mrd. € Kosten für die ambulante Psychotherapie machen nur 1,1 % aller Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2019 aus (s. Abb. 35). Der Anteil der Kosten für ambulante Psychotherapie an allen Ausgaben der GKV für ambulante ärztliche Behandlungen (ohne Ausgaben für Arzneimittel) macht im Jahr 2019 6,7 % aus.

GKV-Ausgaben für alle Erkrankungen insgesamt 2019

GKV-Gesamtausgaben: 239,5 Mrd. €

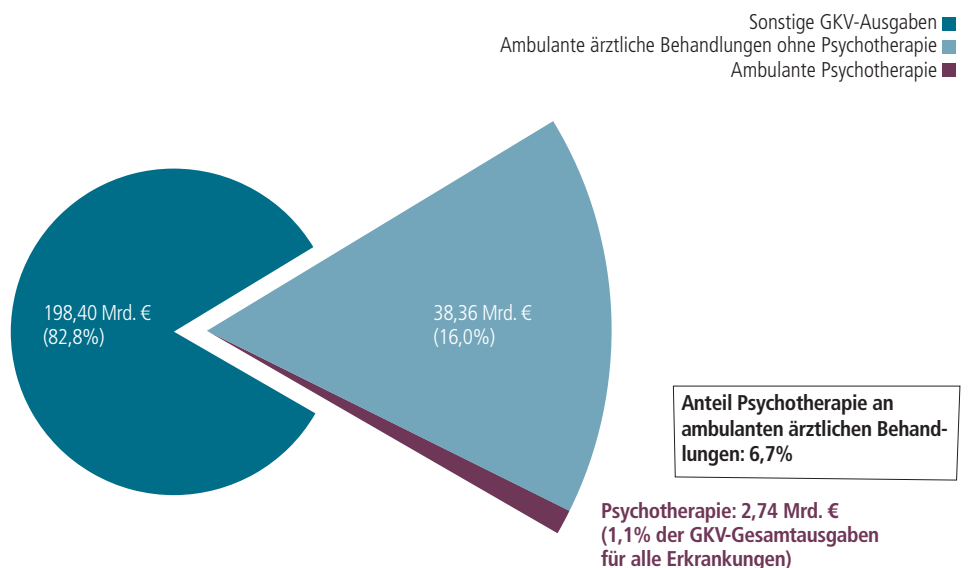


Abbildung 35: Anteil der ambulanten ärztlichen Behandlungen und der ambulanten Psychotherapie an den GKV-Gesamtausgaben für alle Erkrankungen im Jahr 2019, in Euro und in Prozent. Eigene Berechnung. Quellen: BMG (2020a); GKV-Spitzenverband (2021).

Um psychische Erkrankungen zu behandeln, werden in Deutschland in der GKV jährlich 44,4 Mrd. € ausgegeben (s. Kap. 3.1.1). Die Kosten ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen machen davon nur 4,2 % aus (s. Abb. 36)⁴⁸. Zur Erinnerung: Zu den Gesamtkosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen zählen: ambulante und stationäre Behandlung, Psychopharmaka, Krankengeld, präventive und Rehabilitationsmaßnahmen. Die vielfältigen und schwerwiegenden Folgen psychischer Erkrankungen wurden bereits in den vorherigen Kapiteln ausführlich dargestellt. Gemessen am persönlichen Leid der betroffenen Patienten, an den gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Krankheitsausfällen durch psychische Erkrankungen und an den hohen direkten Behandlungskosten sind die Kosten für ambulante Psychotherapie als gering einzuschätzen.

Nur ca. 4 % der direkten Kosten zur Behandlung psychischer Erkrankungen entfallen auf die ambulante Psychotherapie

Stationäre Behandlungen psychischer Erkrankungen kosteten im Jahr 2015 knapp 24,9 Mrd. € und liegen damit beim 13-fachen der Kosten für die ambulante Psychotherapie im gleichen Jahr (s. Abb. 36). Dieser Sachverhalt ist besonders in Anbetracht der Möglichkeiten zu sehen, dass durch rechtzeitige ambulante Psychotherapie stationäre Aufenthalte verringert oder durch Weiterversorgung der Patienten in der ambulanten Psychotherapie Wiedereinweisungen ins Krankenhaus vermieden werden können.

Die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen ist fast 13-mal so teuer wie die ambulante Psychotherapie

GKV-Ausgaben für Behandlungen psychischer Erkrankungen

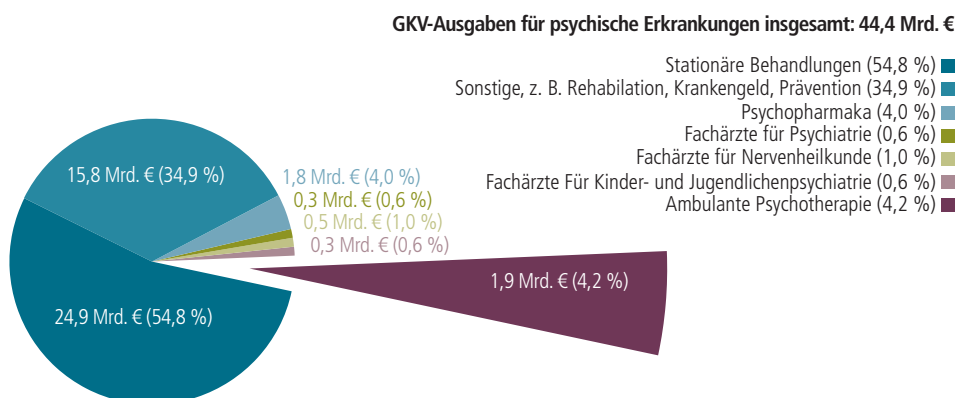


Abbildung 36: Kostenanteile an allen direkten Kosten der GKV zur Behandlung psychischer Erkrankungen im Jahr 2015, in Euro und in Prozent. Quellen: GKV-Spitzenverband (2021); Schwabe & Paffrath (2016); BMG (2020a).

Psychotherapieforschung hat eine lange Tradition. Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie ist über die letzten Jahrzehnte wissenschaftlich gut belegt (Grawe et al., 2001; Margraf, 2009; Wittmann et al., 2011).

Hohe Wirksamkeit von Psychotherapie rechtfertigt Ausgaben auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht

Zahlreiche empirische Studien belegen auch die Wirksamkeit über verschiedene psychotherapeutische Schulen hinweg (Lambert, 2013). In nationalen, aber auch internationalen Leitlinien hat Psychotherapie bei fast allen psychischen Erkrankungen demzufolge eine evidenzbasierte Behandlungsempfehlung der ersten Wahl (AWMF⁴⁹, s. Kap. 4.1). Beim Vergleich von Psychotherapie versus keine Behandlung (z. B. Wartegruppe) ergeben sich Effektstärken⁵⁰ von 0,80 bis 0,85, was als großer Effekt gewertet wird (Wampold et al., 2018). Die Wirkmechanismen in der Psychotherapie sind ein herausragendes Thema der Psychotherapieforschung. Über viele Studien wurde gezeigt, dass die therapeutische Beziehung ein wichtiger Faktor ist, der sogar einen größeren Teil des Effekts erklärt als die therapeutische Methode (Norcross & Lambert, 2018).

Eine Gegenüberstellung von Effektstärken psychotherapeutischer Behandlung mit somatischen Behandlungsformen zeigt, dass diese Effektstärken ähnlich hoch sind (Margraf, 2009).

Eine Stärkung der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen würde zur Verringerung der aufgeführten gesamtgesellschaftlichen Kosten (Reduzierung betrieblicher Fehltagel, geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Verhinderung stationärer Behandlungskosten etc.) beitragen. In Anbetracht der Höhe der indirekten Krankheitskosten (Beachte: 13,3 Mrd. € jährliche Produktionsausfallkosten in Deutschland; s. Tab. 15) wären weitere Investitionen in den Ausbau der psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten lohnenswert.

2,5 Mrd. € an Kosten für ambulante Psychotherapie stehen 12,2 Mrd. € Kosten gegenüber, die durch Produktionsausfälle aufgrund psychischer Erkrankungen jährlich entstehen

⁴⁸ Die aktuellsten vorliegenden Angaben des Statistischen Bundesamtes über Kosten zulasten der GKV aufgrund psychischer Erkrankungen stammen aus 2015. Es wurden daher auch die Kosten für extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen und in Abb. 35 auch für die anderen Leistungsbereiche aus dem Jahr 2015 zum Vergleich angesetzt.

⁴⁹ In der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) sind 179 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen (www.awmf.de).

⁵⁰ Effektstärke (auch: Effektgröße) bezeichnet die Größe eines statistischen Effekts und beschreibt damit die praktische Relevanz von statistisch signifikanten Ergebnissen.

Für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2 bis 4 €

Eine Übersicht von Wirksamkeitsstudien zeigt auf, in welchem Ausmaß Psychotherapie zur Einsparung gesamtgesellschaftlicher Folgekosten führen kann (Margraf, 2009). In 95 % der betrachteten Studien wird eine bedeutsame Kostenreduktion durch Psychotherapie berichtet, in 86 % der Studien zudem eine Netto-Einsparung, d. h. die Einsparungen übertrafen die Ausgaben für Psychotherapie. In 76 % zeigte sich Psychotherapie gegenüber medikamentösen Behandlungen überlegen bzw. erbrachte einen signifikanten Zusatznutzen.

Adäquate und rechtzeitige Behandlungsangebote für psychische Erkrankungen führen nicht nur zu einer besseren Lebensqualität der betroffenen Menschen, sondern sparen mittelfristig auch Kosten. Um diese zu quantifizieren, werden in der Literatur vielfach Schätzungen durch Modellrechnungen vorgenommen. Nach solchen Modellschätzungen ergeben sich Kosten-Nutzen-Relationen bzw. ein Return-on-Investment (ROI) im Verhältnis von 1:2 bis 1:5,5, d. h. für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2 € bis 5,5 € (Nübling et al., 2014). In der Studie der TK erbringt eine Kosten-Nutzen-Analyse unter Verwendung nichtmonetärer Ergebnismaße und des Brogden-Cronbach-Gleser-Modells⁵¹ zur Berechnung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Interventionen (hier: der ambulanten Psychotherapie) ein ROI von 1:2 € bis 1:4 € pro in Psychotherapie investiertem Euro (Wittmann et al., 2011). Das heißt, dass ein in Psychotherapie investierter Euro einen volkswirtschaftlichen „Gewinn“ von 2 € bis 4 € erzielen kann. Auch wenn es dabei um wissenschaftliche Annäherungswerte geht, zeigt sich doch eindrucksvoll der mögliche gesamtgesellschaftliche Nutzen von ambulanter Psychotherapie.

⁵¹ Es handelt sich hierbei um eine Gleichung, bei der der Netto-Nutzen einer Intervention über die Effektstärke abgeschätzt werden kann.

4. Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Psychische Erkrankungen können in der Regel ambulant behandelt werden. In diesem Kapitel finden Sie Informationen dazu, welche Empfehlungen es für Psychotherapie in wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien gibt (Kap. 4.1) und welche psychotherapeutischen Behandlungsverfahren im GKV-System in Deutschland finanziert werden (Kap. 4.2). Es wird ebenso dargestellt, welchen Umfang Psychotherapien haben (Kap. 4.3) und welche Auswirkungen die Reform der Psychotherapie-Richtlinie und die durch sie geschaffenen neuen Leistungen (Kap. 4.4) auf die Wartezeiten in der Psychotherapie (Kap. 4.5) haben. Während der COVID-19-Pandemie haben psychotherapeutische Videositzungen besondere Bedeutung erlangt, weshalb hierzu erste Daten zusammengestellt wurden (Kap. 4.6). Anschließend werden die Fachbehandler in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aufgeführt und verschiedene Kenndaten dieser Gruppe beschrieben (Kap. 4.7).

Psychotherapie wird im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung als Behandlungsleistung bei psychischen Erkrankungen eingesetzt. Voraussetzung für die Finanzierung einer Behandlung durch die GKV ist, dass der Nutzen dieser Behandlung für Patienten in methodisch qualifizierten Studien nachgewiesen wurde. Dieser Nachweis wurde für die Psychotherapie für beinahe alle psychischen Erkrankungen in vielen randomisierten und kontrollierten Einzelstudien und in zahlreichen Meta-Analysen erbracht (s. Kap. 3.3). Auch zur Wirksamkeit von Psychotherapie unter tatsächlichen Versorgungsbedingungen liegen einige Studien vor (Wittmann et al., 2011; Steffanowski et al., 2011; Albani et al., 2011).

Nach § 27 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA sind folgende Erkrankungen Indikation für die Anwendung von Psychotherapie als Leistung der GKV:

- > Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
- > Angststörungen und Zwangsstörungen
- > Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- > Essstörungen
- > Nichtorganische Schlafstörungen
- > Sexuelle Funktionsstörungen
- > Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
- > Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Bei folgenden weiteren Indikationen ist Psychotherapie neben oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung als Leistung der GKV möglich:

- > Bei Abhängigkeitserkrankungen:
 - Psychische und Verhaltensstörungen bei psychotropen Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente): Im Falle einer Abhängigkeit muss für die Anwendung einer ambulanten Psychotherapie Abstinenz vorliegen bzw. innerhalb von 10 Behandlungsstunden erreicht werden können
 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung
- > Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen
- > Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe
- > Schizophrene und affektive psychotische Störungen

4.1 Psychotherapie in wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gibt in regelmäßigen Abständen wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Behandler zur Prävention, Diagnose und Therapie von körperlichen und psychischen Erkrankungen heraus. Daneben werden häufig auch vereinfachte Versionen als Patientenleitlinie erstellt, die die relevanten Informationen in laienverständlicher Form präsentieren.

Die systematisch entwickelten, evidenzbasierten Leitlinien sind ein wichtiges Instrument für die Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Sie liegen häufig auch der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zugrunde. Auch können Leitlinien Patienten in die Lage versetzen zu beurteilen, welche Versorgungsqualität ihnen nach dem „State-of-the-art“ zustehen sollte. Alle Leitlinien haben eine begrenzte Gültigkeitsdauer von einigen Jahren und stehen in konstanter Überarbeitung. Eine Einteilung von Leitlinien erfolgt aufgrund der identifizierten Evidenz und der klinischen Expertise in S1, S2 oder S3-Leitlinien, ggf. werden auch Patientenpräferenzen berücksichtigt. S3 stellt die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik dar.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die gesetzlich Krankenversicherten beanspruchen können. Außerdem beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser.

Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA stellt die Grundlage für die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung dar. Sie regelt, welche psychotherapeutischen Leistungen in welchen Anwendungsbereichen zu Lasten der GKV erbracht werden können (G-BA, 2021a). Außerdem werden in der Psychotherapie-Richtlinie das Antrags- und Gutachterverfahren, die Stundenkontingente und Details zu Umfang und die Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung geregelt. Die Zulassung weiterer psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Bewertung durch den G-BA hinsichtlich des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit des betreffenden Verfahrens/der Methode voraus.

Psychotherapie ist bei den meisten psychischen Erkrankungen ein äußerst wirksames Behandlungsmittel

Wissenschaftliche Behandlungsleitlinien sollen die Qualität der Krankenversorgung und der Prävention unterstützen

Wissenschaftliche Behandlungsleitlinien (im Folgenden auch Leitlinien genannt) sind systematisch entwickelte Feststellungen, in denen für eine spezifische Indikation Diagnostik- und Behandlungsmethoden beschrieben werden, die nach Expertenkonsens oder durch Evidenzbasierung als State of the Art gelten. Die Leitlinien sollen Behandlern und Patienten bei ihren Entscheidungen über die angemessene Gesundheitsversorgung unter spezifischen klinischen Umständen unterstützen.

In den Leitlinien werden Diagnostik-, Präventions- und Therapievorschläge unterschiedlicher Empfehlungsgrade vorgenommen

- S1-Leitlinien werden von einer Expertengruppe in einem informellen Konsens erarbeitet und stellen eine Behandlungsempfehlung dar.
- Bei S2-Leitlinien findet eine formale Konsensfindung (S2k) oder eine formale Evidenz-Recherche (S2e) statt.
- S3-Leitlinien enthalten alle Elemente einer systematischen Entwicklung, zu denen Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analysen gehören.
- Nationale Versorgungsleitlinien haben dieselbe methodische Grundlage wie S3-Leitlinien.

Innerhalb der Leitlinien finden sich verschiedene Empfehlungen für eine leitliniengerechte Versorgung. Diese Empfehlungen werden nach Empfehlungsgraden anhand der bisher vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse eingeordnet, wobei Grad A der stärkste Grad ist, gefolgt von B und der offenen Empfehlung 0 (s. Tab. 20). Neben den evidenzbasierten Empfehlungsgraden gibt es noch konsensbasierte Empfehlungen in den Leitlinien: KKP (Klinischer Konsensuspunkt/synonym GCP - Good Clinical Practice) und EK (Expertenkonsens). Die Empfehlungsstärken KKP und EK geben eine Übereinstimmung innerhalb der Konsensusgruppe wieder, wenn es keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz gibt, das Behandlungsvorgehen aber dennoch empfohlen werden soll.

Tabelle 20: Legende der Empfehlungsgrade nach AWMF

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Syntax
A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht
B	Empfehlung	sollte / sollte nicht
0	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden

Anmerkungen: Entnommen aus: AWMF (2020).

Fast alle bestehenden Leitlinien zu psychischen Erkrankungen beinhalten starke Empfehlungen für die (Mit-) Behandlung durch Psychotherapie.

Fast alle bestehenden Leitlinien zu psychischen Erkrankungen beinhalten starke Empfehlungen für die (Mit-)Behandlung durch Psychotherapie

Nicht zu allen psychischen Erkrankungen existieren entsprechende Leitlinien. In folgenden aktuellen Leitlinien zu psychischen Erkrankungen oder psychischer Belastung bei somatischen Erkrankungen wird Psychotherapie als wirksames Behandlungsmittel explizit empfohlen (s. Tab. 21)⁵². Im KJP-Bereich wird auch häufig der Einbezug und das Training der Eltern oder Bezugspersonen empfohlen.

Tabelle 21: Aktuelle Leitlinien mit Empfehlung von Psychotherapie

Erwachsene	Grad A oder B	Expertenkonsens
	Unipolare Depression (S3)	Funktionelle Körperbeschwerden (S3)
	Bipolare Störung (S3)	Akute Folgen psychischer Traumatisierung (S2k)
	Angststörung (S3)	Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung (S3)
	Posttraumatische Belastungsstörung (S3)	Intelligenzminderung (S2k)
	Essstörungen (S3)	
	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (S3)	
	Schizophrenie (S3)	
	Methamphetamin-bezogene Störung (S3)	
	Alkoholbezogene Störung (S3)	
	schädlicher und abhängiger Tabakkonsum (S3)	
	Chronischer Tinnitus (S3)	
	Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit (S3)	
	Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – Insomnie (S3)	
	Onkologische Erkrankung (S3)	
	Alkoholbezogene Störungen (S3)	
	Zwangsstörungen (S3, z.Zt in Überarbeitung)	
	Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen (S2e)	

⁵² Dargestellt werden hier nur die expliziten Empfehlungen von Psychotherapie. Darüber hinaus werden in einer Vielzahl von Leitlinien u. a. auch psychoedukative Maßnahmen empfohlen.

Kinder/Jugendliche	Depressive Störung (S3, z. Zt. in Überarbeitung)	Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter (S2k)
	Suizidalität (S2k)	Nichtorganische Insomnie (S1)
	Störungen des Sozialverhaltens (S3)	
	Enuresis (S2k)	
	Adipositas (S3)	
	Alkoholbezogene Störungen (S3)	
	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (S3)	

Anmerkungen: Die Auflistung enthält sämtliche, bei der AWMF aufgeführte Leitlinien zu psychischen Erkrankungen oder zu psychischer Belastung bei somatischen Erkrankungen mit Empfehlung von Psychotherapie. Quelle: AWMF (2020).

In allen AWMF-Leitlinien zu genuin psychischen Störungen (F-Diagnose) sind Empfehlungen zu Psychotherapie enthalten. Bei den Leitlinien, die sich nur auf den psychosozialen Versorgungsbereich beziehen (z. B. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen), werden psychotherapeutische Interventionen explizit nicht beschrieben. Als Beispiel für somatische Erkrankungen, infolge derer psychische Belastungen bis hin zu psychischen Störungen auftreten, werden in Tabelle 21 Empfehlungen zu psychotherapeutischen Interventionen nur bei onkologischen Erkrankungen aufgeführt.

Die Empfehlungen aus den S3-Leitlinien sind auf methodisch höchstem Niveau wissenschaftlich begründet und stellen das bestmögliche Vorgehen dar. In der Versorgungspraxis zeigen sich allerdings an verschiedenen Stellen Defizite in der Verfügbarkeit und der tatsächlichen Empfehlung von Behandlungsbausteinen. Studien zeigen, dass Defizite in der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen bestehen, d. h. der Anteil leitliniengerechter Behandlungen bei psychischen Erkrankungen fällt niedriger aus, als es in den Leitlinien empfohlen wird (z. B. bei Angststörungen: Bandelow et al., 2017). Besonders deutlich nachgewiesen ist eine Fehl- und Unterversorgung von depressiven Patienten, die entsprechenden Studien werden daher im Folgenden vorgestellt. Eine leitliniengerechte Behandlung von depressiven Patienten sieht folgende Behandlung vor:

- bei leichter Depression Psychotherapie, wenn niederschwellige Beratungsangebote oder die Basisversorgung sich nach wenigen Wochen als nicht ausreichend erweisen,
- bei mittelgradiger Depression nur Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie (oder beides),
- bei schwerer Depression Psychotherapie und Psychopharmakotherapie (AWMF, 2020).

Im Faktencheck Gesundheit⁵³, einer Analyse von ca. 6 Mio. erwachsenen BKK- und IKK-Versicherten, zeigte sich für Patienten mit Depression über alle Schweregrade hinweg, dass 23 % der Versicherten mit behandlungsrelevanter Depressionsdiagnose überhaupt keine Behandlung erhalten hatten. Bezieht man eine zu kurze Behandlung als Merkmal für Fehlversorgung mit ein, liegt der Anteil nicht leitliniengerechter Behandlung bei Patienten mit Depression sogar bei 50 %⁵⁴. Mit zunehmendem Alter werden Patienten immer häufiger unzureichend oder gar nicht versorgt. Bei schweren depressiven Erkrankungen liegt der Anteil der im dreijährigen Untersuchungszeitraum gar nicht diesbezüglich behandelten Patienten immer noch bei 18 %, bei chronischen Depressionen sogar bei 31 % (Melchior et al., 2014).

Eine weitere Studie auf Basis der Krankenkassendaten von über 23.000 Versicherten zeigte vergleichbare Ergebnisse⁵⁵. Patienten mit einer mittelgradigen Depression erhielten in 34 – 40 % keine Behandlung. Bei Patienten mit schwerer Depression lag dieser Anteil bei 19 – 23 %. Patienten mit schwerer Depression wurden entgegen der Leitlinienempfehlung zu 45-48 % ausschließlich psychopharmakologisch und nur in 11-13 % der Fälle leitliniengerecht mit Psychotherapie und Psychopharmaka behandelt (Engels et al., 2020).

Die Umsetzung der Behandlungsempfehlungen aus den Leitlinien in die Praxis ist oft ausbaufähig

Etwa 1/4 bis 1/3 der depressiv erkrankten Menschen insgesamt erhält gar keine Behandlung der Depression

⁵³ Datengrundlage für die Analysen im Faktencheck Gesundheit stellen die anonymisierten Daten der Versicherten von insgesamt 84 unterschiedlichen Krankenversicherungen der Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK) aus dem Zeitraum vom 1.1.2008 bis 31.12.2012 dar.

⁵⁴ Im Faktencheck Gesundheit wurde die Mindestdosis bzw. Minstdauer einer Behandlung als Kriterium für eine angemessene Behandlung genau definiert: Die Psychotherapie musste in Form einer Richtlinienpsychotherapie (Einzel oder Gruppe) in mindestens zwei Quartalen abgerechnet sein, was bei wöchentlichen Sitzungen annähernd der Dauer einer Kurzzeit-Verhaltenstherapie von 25 Sitzungen entspricht; die Antidepressiva-Verordnung musste mindestens über neun Monate fortgeführt werden (273 definierte Tagesdosen). Alle Analysen des Faktenchecks beziehen sich ausschließlich auf die unipolaren Depressionen.

⁵⁵ In die Studie gingen Daten von 23.245 AOK-versicherten Patienten mit erster Episode einer mittelgradigen oder schweren Depression aus den Jahren 2014-2016 ein.

Über alle Schweregrade hinweg werden nur 17 % aller depressiven Patienten mit Psychotherapie behandelt – nach Leitlinie sollte die Zahl deutlich höher ausfallen

Nur 1/4 der schwer depressiven Patienten erhält eine leitliniengerechte Behandlung mit Psychotherapie und Psychopharmaka

Bei der Untersuchung von Überversorgung mit Psychopharmaka bei leichten Depressionen müssen komorbide psychische Störungen berücksichtigt werden

Der Anteil leitlinienorientierter Behandlungen hängt auch von der regional vorhandenen Versorgungsstruktur ab

Defizite in der leitlinienorientierten Behandlung sind oft multifaktoriell bedingt

Eine epidemiologische Querschnittsstudie ermittelt sogar einen Anteil von 60 % aller Patienten mit Depression, die nicht leitlinienorientiert behandelt wurden. Die Patienten mit leichter Depression erhielten keine Psychotherapie, die mit mittelschwerer Depression weder Antidepressiva noch Psychotherapie und die Patienten mit schwerer Depression keine Kombinationsbehandlung (Trautmann et al., 2017). Über alle Schweregrade hinweg erhalten nur 17,3 % der Patienten mit Depression eine psychotherapeutische Behandlung (Melchior et al., 2014), obwohl Psychotherapie in der Leitlinie für alle depressiven Patienten als Behandlungsmethode empfohlen wird.

Laut des Faktencheck Gesundheit erhalten nur 26 % der Patienten mit einer schweren Depression und nur 12 % der chronisch depressiv Erkrankten eine adäquate, leitliniengerechte Behandlung aus der Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Drei Viertel der schwer depressiv Erkrankten werden nicht nach aktuellem Standard versorgt. Besonders häufig (in über 50 % der Fälle) wird eine Monotherapie mit Antidepressiva in Fällen durchgeführt, wo laut Leitlinie die Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Antidepressiva empfohlen gewesen wäre (Melchior et al., 2014). Aber auch die antidepressive Pharmakotherapie wiesen nach einer Analyse des IGES nur etwa 2/3 der Versicherten mit schwerer Depressionsdiagnose auf (IGES, 2012). Fehlversorgung bei schwer depressiven Patienten besteht somit sowohl in Form von Unterversorgung mit Psychotherapie als auch in geringerem Ausmaß mit Psychopharmaka.

Es liegen Befunde zu einer Überversorgung von Patienten mit leichter Depression mit Psychopharmaka vor. In einer Untersuchung von GKV-Routinedaten durch das IGES lag der Anteil an Patienten mit leichter Depression, die entgegen der Leitlinienempfehlung überhaupt pharmakotherapeutisch behandelt wurden, bei 45 % (IGES, 2012). Dabei wurden jedoch weitere psychische Erkrankungen, die wiederum Indikation für eine Psychopharmakabehandlung sein könnten, nicht ausgeschlossen. Untersucht man nur Patienten mit leichter Depressionsdiagnose ohne psychische Komorbidität, um nicht fälschlicherweise eine indizierte Antidepressiva-Behandlung bei anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Angsterkrankungen) als Fehlbehandlung einzuschätzen, lässt sich die Hypothese einer Überversorgung mit Antidepressiva bei leichten Depressionen so nicht bestätigen (Melchior et al., 2014).

Die Behandlungsqualität ist immer auch von der verfügbaren Versorgung abhängig. Eine nicht durchgeführte psychotherapeutische Behandlung ist mancherorts auf Mangel an Psychotherapeuten und lange Wartezeiten zurückzuführen. Nachgewiesen ist, dass in Regionen mit höherer Dichte von Fachbehandlern und Psychotherapeuten der Anteil von Antidepressiva-Verordnungen tendenziell niedriger ist als in Gebieten mit geringer fachspezifischer Versorgungsdichte. Gleichzeitig wird in den Regionen mit höherer fachspezifischer Versorgungsdichte erwartungsgemäß häufiger ausreichend lange Psychotherapie durchgeführt (Melchior et al., 2014).

Sowohl die regionale Versorgungsstruktur als auch die fachspezifische Qualifikation haben Einfluss auf die leitlinienorientierte Behandlung. So steigt die Wahrscheinlichkeit für eine leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen durch Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie auf fast das Zweifache im Vergleich zu Hausärzten ohne diese Zusatzbezeichnung (Trautman et al., 2017).

Bei den vorhandenen Daten zur Fehlversorgung müssen allerdings mehrere Faktoren berücksichtigt werden. Grundsätzlich kann hier immer auch eine Ablehnung jeglicher Behandlung durch den Patienten zugrunde liegen. Außerdem ist z. B. die patientenseitige Präferenz zu beachten, die für die Behandlungswahl zwischen Psychopharmaka und Psychotherapie entscheidend sein kann. Auch können Parameter auf Behandlerenebene (z. B. Gründe für Verschreibungs- und Abrechnungspraxis) und auf Systemebene (z. B. Integrierte Versorgungsmodelle) verursachend sein. Hinterfragt werden muss auch, wie stark die Empfehlungen nationaler Versorgungsleitlinien in der Praxis überhaupt wahrgenommen werden und die Behandlung daran orientiert wird (Melchior et al., 2014). Denn eine leitliniengerechte Behandlung fängt mit der Kenntnis dieser Leitlinien und dem grundsätzlichen Vorhalten und Anbieten der zugehörigen Versorgungsstrukturen an und wird nicht immer abschließend durch die tatsächlich durchgeführten Behandlungsinterventionen sichtbar. Weiterführende Analysen der Diskrepanz zwischen den Leitlinienempfehlungen und den Abrechnungsdaten (die in einigen Studien verwendet werden) sind notwendig. Dies ist ein klassisches Thema der Versorgungsforschung.

4.2 Verteilung der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren

Für Patienten in der GKV besteht der grundsätzliche Leistungsanspruch auf Kostenübernahme für vier psychotherapeutische Richtlinienverfahren: Verhaltenstherapie (VT), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und Analytische Psychotherapie (AP) und seit dem 22.11.2019 auch für die Systemische Therapie (ST) bei Erwachsenen. Alle Verfahren können sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden. Je nach Indikation kann eine Kurz- oder Langzeittherapie gegebenenfalls mit einer anschließenden Rezidivprophylaxe beantragt werden.

Die Häufigkeit der angewendeten Richtlinienverfahren lässt sich auf unterschiedliche Weise darstellen: anhand der Anzahl der KV-zugelassenen Behandler mit dem jeweiligen Verfahren innerhalb einer Behandlergruppe (Psychologische Psychotherapeuten PP, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten KJP oder Ärztliche Psychotherapeuten ÄP; s. Abb. 37) oder anhand von Abrechnungsdaten zu tatsächlich erfolgten Leistungen über die drei Behandlergruppen hinweg (s. Abb. 38). Da die Systemische Therapie erst seit dem 1.7.2020 mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann, liegen für dieses Verfahren noch keine relevanten Daten zur Häufigkeit der Anwendung vor.

Eine aktuelle, unveröffentlichte Analyse der KBV zeigt für 2019 bei den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychotherapeutischen Berufsgruppen die in Abbildung 37 dargestellte Verteilung der Richtlinienverfahren.

Sowohl bei den PP als auch bei den KJP stellen die Verhaltenstherapeuten die größte Gruppe dar und die Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis in Analytischer Psychotherapie die kleinste Gruppe. Bei der Verteilung der angewendeten Richtlinienverfahren ist zu beachten, dass Psychotherapeuten zum Teil die Fachkunde für mehrere Verfahren besitzen. 2/3 der PP wenden das Verfahren Verhaltenstherapie an. Demnach überwiegt die Verhaltenstherapie bei der Behandlung erwachsener Patienten mit allerdings zum Teil deutlichen regionalen Abweichungen. Ein weiteres Drittel der PP übt Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie aus. Über die Hälfte der KJP wendet die Verhaltenstherapie an; weitere 45 % die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und etwa 1/5 die Analytische Psychotherapie. Bei den ÄP stellt sich ein anderes Bild dar: 85 % sind in der TP tätig. Je ca. ein Fünftel sind in der VT bzw. der AP tätig (s. Abb. 37).

Verteilung der Richtlinienverfahren

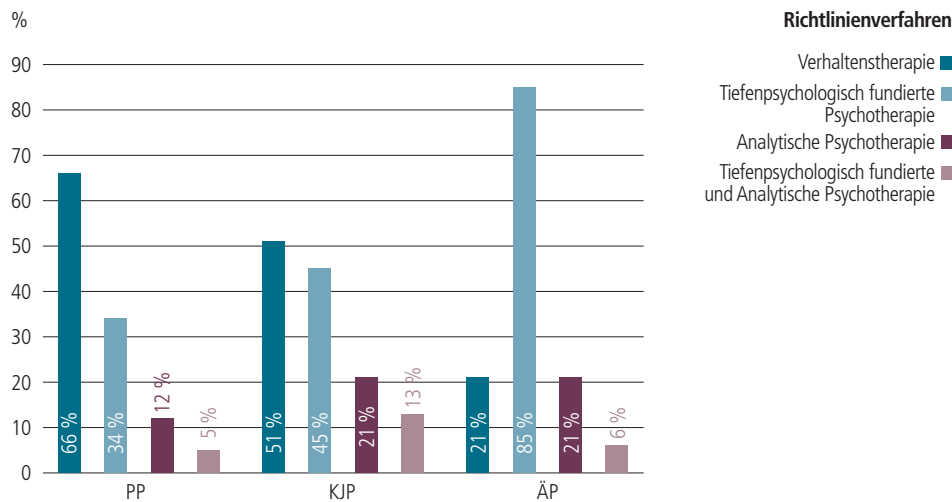


Abbildung 37: Verteilung der Richtlinienverfahren innerhalb der im Jahr 2019 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Behandlergruppen PP, KJP und ÄP, nach Personen. Mehrere Fachkundenachweise pro Psychotherapeut sind möglich. Quelle: KBV (2020, unveröffentlicht).

Die vorherrschende Anwendung von Verhaltenstherapie gefolgt von Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zeigt sich auch in den zugehörigen Abrechnungsdaten. In einer umfassenden Analyse von Abrechnungsdaten aller KVen verteilten sich in einer Stichprobe von 385.885 Patienten die erfolgten Leistungen auf die psychotherapeutischen Verfahren wie in Abbildung 38 dargestellt (Multmeier & Tenckhoff, 2014). Die Hälfte der Patienten wurde rein verhaltenstherapeutisch behandelt, 45 % erhielten ausschließlich Leistungen der TP, nur 2 % eine reine AP. Die Hälfte der Patienten, die mit AP behandelt wurde, hatte vorher eine Kurzzeittherapie in TP durchlaufen.

Die **wissenschaftliche Anerkennung** von Psychotherapieverfahren wird in Deutschland durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geprüft. Ein psychotherapeutisches Verfahren kann aber nur dann ambulante Kassenleistung werden, wenn darüber hinaus vom G-BA überprüft worden ist, ob das neue Verfahren im Vergleich zu bereits zulasten der GKV einsetzbaren Verfahren einen zusätzlichen Nutzen nachweisen kann und das Verfahren medizinisch notwendig und wirtschaftlich nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA ist. Für die Behandlung erwachsener Patienten müssen die indikationsbezogenen Nutznachweise zudem einen breiten Anwendungsbereich der ambulanten Psychotherapie abdecken, mindestens Affektive Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymia), Angststörungen und Zwangsstörungen sowie mindestens einen weiteren Anwendungsbereich.

In der Erwachsenenpsychotherapie und in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie überwiegt die Verhaltenstherapie

Ärztliche Psychotherapeuten wenden überwiegend die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an

Psychotherapeutische Behandlungen nach Verfahren

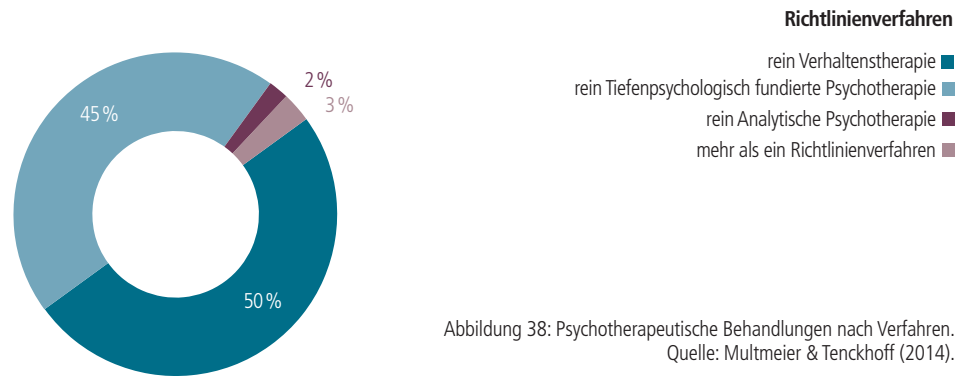


Abbildung 38: Psychotherapeutische Behandlungen nach Verfahren.
Quelle: Multmeier & Tenckhoff (2014).

Die mögliche **Dauer einer Richtlinienpsychotherapie** ist in der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA festgelegt. Kurzzeittherapie ist definiert als Psychotherapie mit einem Stundenkontingent von maximal 24 Behandlungsstunden à 50 Minuten, unterteilt in zwei Abschnitte (KZT 1 und 2). Wenn sich dies als notwendig herausstellt, kann eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt werden oder gleich zu Beginn eine Langzeittherapie beantragt werden. Eine Langzeittherapie ist in der ST auf 48 Stunden, in der VT auf in der Regel 80 Stunden, in der TP auf in der Regel 100 Stunden und in der AP auf 300 Stunden begrenzt. Eine Verlängerung darüber hinaus kann im begründeten Ausnahmefall beantragt werden. Die Stundenkontingente für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einzeltherapie liegen höher. Bei den Höchstkontingenten der LZT werden vorher durchgeführte KZT berücksichtigt. Für eine detailliertere Darstellung aller Kontingente siehe Anhang A.

70 % der Patienten werden im Rahmen einer Kurzzeittherapie behandelt

Die mittlere Behandlungsdauer liegt bei ca. 40 Sitzungen bzw. zwei Jahren

Neuere Ergebnisse der BARMER (Grobe et al., 2020) zeigen ein ähnliches Bild. Hier wurde die Anzahl der bei erwachsenen Patienten abgerechneten Richtlinienverfahren-Einheiten pro 100 Einwohner nach Verfahren für das Jahr 2018 ermittelt⁵⁶. Auch hier liegt die VT an erster Stelle (15,8 Leistungen je 100 Personen), gefolgt von der TP (12,7 Leistungen je 100 Personen) und der AP (5,7 Leistungen je 100 Personen).

4.3 Umfang von Richtlinienpsychotherapien

Studien zur Dauer von Psychotherapien beziehen sich überwiegend auf die eigentliche Richtlinienpsychotherapie, also die Kurzzeit- und Langzeittherapie. Die mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 eingeführten neuen Behandlungselemente Akuttherapie und Psychotherapeutische Sprechstunde (s. hierzu Kap. 4.4) sowie auch die weiteren nicht antragspflichtigen Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie finden keinen Eingang in die folgende Darstellung.

Die antragspflichtigen Leistungen zur Einzeltherapie in der ambulanten Psychotherapie setzen sich zusammen aus: Kurzzeittherapie 1 (KZT 1), Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) und Langzeittherapie (LZT) jeweils in den Verfahren Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie.

Bis zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 wurde die Kurzzeittherapie nicht unterteilt. Aktuelle Daten zur Ausschöpfung der Sitzungskontingente beziehen sich auf den Stand vor der Reform und stammen aus der umfassenden Analyse von Multmeier & Tenckhoff (2014), in denen der Verlauf von Richtlinienpsychotherapien über vier Jahre analysiert wurde. Bezüglich der Dauer der Therapie zeigt sich dabei, dass mehr als 2/3 der Patienten (71 % in der VT, 70 % in der TP) eine reine Kurzzeittherapie durchliefen. Bei ca. 30 % wurde eine Langzeittherapie durchgeführt oder eine Kurzzeit- in eine Langzeitbehandlung überführt. Die Richtlinienverfahren unterscheiden sich in ihrer Therapiedauer. Die Analytische Psychotherapie dauert am längsten und beinhaltet einen hochfrequenten Kontakt mit dem Psychotherapeuten.

Verschiedene Studien befassen sich mit der Ermittlung des Umfangs von Richtlinienpsychotherapien. Manche analysieren die durchschnittliche Dauer von Psychotherapien, andere die Frage, wie viele der genehmigten Stunden wirklich durchgeführt werden.

4.3.1 Dauer der Therapie

In einer randomisierten Langzeitstudie der TK zur Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie wurde über alle Verfahren hinweg eine durchschnittliche Anzahl abgerechneter Therapiestunden zwischen 37 und 41 Sitzungen ermittelt. Die mittlere Behandlungsdauer lag zwischen 24,9 und 26,5 Monaten. Die mittlere Anzahl der bewilligten Sitzungen lag zwischen 35,3 und 50,4 (Wittmann et al., 2011).⁵⁷

Ähnliche Ergebnisse finden sich in einer Reihe von Studien, in denen Patienten oder Psychotherapeuten zur Dauer der Psychotherapie befragt wurden. In diesen wird die durchschnittliche Dauer von ambulanten Psychotherapien zwischen ca. 16 Monaten⁵⁸ (PKV-Patienten; Gallas et al., 2010) und 20,5 Monaten (Walendzik et al., 2011) angegeben. Während dieser Zeiten wird ein Kontingent von 40 Sitzungen (Gallas et

⁵⁶ Die Daten wurden einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Alter und Wohnregion.

⁵⁷ In der Studie wurden für ein Qualitätsmonitoring verschiedene Studienstichproben gezogen. In unsere Darstellung werden alle Gruppen, die Psychotherapie erhalten haben, einbezogen.

⁵⁸ Bei den Ergebnissen von Gallas et al. (2010) handelt es sich um die mediane Dauer und Sitzungsanzahl. Bei Walendzik et al. (2011, 2014) und Albani et al. (2010a) wird das arithmetische Mittel angegeben. Hier gehen sowohl Kurz- als auch Langzeittherapien ein. Es ist zu beachten, dass auch eine geringere Zahl von Langzeittherapien den Mittelwert deutlich erhöhen kann.

al., 2010) beziehungsweise durchschnittlich 46 Sitzungen (Walendzik et al., 2011, 2014) bis 48 Sitzungen (Albani et al., 2010a) bis zum Therapieabschluss benötigt.

Die geschätzten Therapiedauern unterschieden sich entsprechend ihrer unterschiedlichen Kontingente zwischen den verschiedenen Richtlinienverfahren. Verhaltenstherapien dauerten im Mittel etwas über ein Jahr, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien knapp 17 Monate und Analytische Psychotherapien ca. zwei Jahre. Entsprechende Unterschiede fanden sich auch bezüglich der Anzahl der durchgeführten Sitzungen: 25 in der Verhaltenstherapie, 42 in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und 101 in der Analytischen Psychotherapie (Gallas et al., 2010).

In diesen Daten wurde jedoch nicht zwischen Kurzzeittherapie und Langzeittherapie unterschieden. Ein anderer Ansatz zur Operationalisierung der Dauer der Richtlinientherapie ist die Ausschöpfung der Kontingente, wie sie in den folgenden Studien beschrieben wird.

4.3.2 Ausschöpfung der Kontingente

Es liegen eine Reihe wissenschaftlicher Befunde dafür vor, dass sich die durchgeführte Sitzungszahl nach der tatsächlichen psychischen Beeinträchtigung der Patienten richtet und zwar unabhängig vom Ausschöpfungsgrad der bewilligten Kontingente. Dies bestätigt sich in den im folgenden dargestellten Ergebnissen aus der Analyse von Abrechnungsdaten sowie aus Befragungen von Patienten und Psychotherapeuten.

Abrechnungsdaten

In den Studien mit GKV-Abrechnungsdaten wurde der Anteil an Therapien ermittelt, die die jeweiligen Kontingente ausschöpfen, unterhalb des Kontingents bleiben oder mehr Stunden darüber hinaus durchführen. Es erfolgte keine Angabe dazu, wie weit eine Therapie z. B. unterhalb des genehmigten Kontingents bleibt.

Je nach psychotherapeutischem Verfahren werden zwischen 40 % (in der TP KZT und/oder LZT⁵⁹) und 80 % (in der AP bei vorausgegangener KZT TP) der Therapien vor Erreichen der Grenze des ersten Sitzungskontingentes beendet. Nur in höchstens 30 % der Fälle wird das erste Stundenkontingent ausgeschöpft (z. B. in der KTZ TP und VT). Noch seltener wird das zweite Stundenkontingent ausgeschöpft, maximal bei 11 % in der TP und 10 % in der VT (s. Abb. 39). In allen Therapieverfahren gibt es Fälle, in denen auch nach Abschluss des zweiten Kontingentes noch weitere Therapiesitzungen durchgeführt werden. In der AP kommt dies am seltensten vor, in der VT und TP betrifft dies jedoch 10 bzw. 11 % der Patienten. Dies deutet darauf hin, dass v. a. in der VT und TP für manche Patienten auch das zweite Stundenkontingent nicht ausreichend ist. Wenn die Therapie noch innerhalb des zweiten Kontingentes beendet wird, wird auch hier meist die mögliche Sitzungszahl nicht ausgenutzt, dies trifft für alle drei Verfahren zu.

Nutzung der Sitzungskontingente je Therapieverfahren

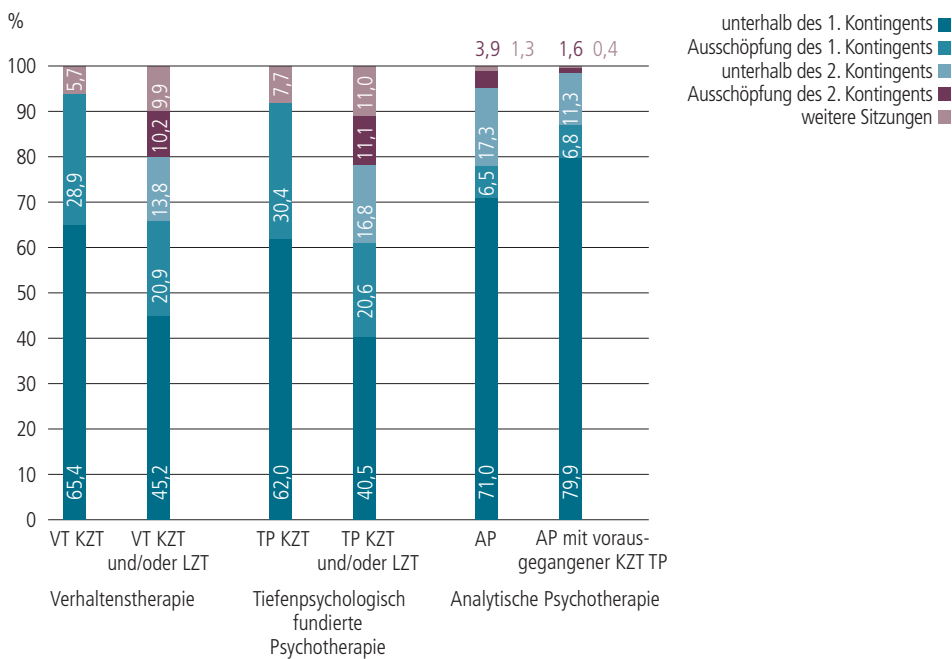


Abbildung 39: Ausschöpfung der Sitzungskontingente je Therapieverfahren. Entnommen aus: Multmeier & Tenckhoff (2014), geringfügig abgeändert.

⁵⁹ „Und/oder LZT“ bezieht sich auf Patienten, bei denen entweder direkt eine Langzeittherapie durchgeführt oder eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt wurde.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist in den verschiedenen Richtlinienverfahren unterschiedlich

Die Dauer der Psychotherapie richtet sich nach der psychischen Beeinträchtigung der Patienten

Die meisten Therapien werden innerhalb des ersten Stundenkontingents beendet

Verlängerungsanträge wurden häufiger bei initial psychisch stärker belasteten Patienten und in psychoanalytischen Behandlungen gestellt

Psychotherapeuten halten in 44 % aller Fälle das Stundenkontingent für nicht ausreichend

Psychotherapeutische Ressourcen richten sich nach der Krankheitslast der Patienten

Befragungsstudien

Befragungen von Patienten und Psychotherapeuten liefern ebenfalls Ergebnisse zum Ausschöpfungsgrad der Kontingente. Nach Patientenangaben liegt der Anteil an Fällen, in denen das bewilligte Stundenkontingent vollständig ausgeschöpft wurde, bei ca. 17 % (Gallas et al., 2010)⁶⁰; in 33 % der Fälle reichte das Kontingent bei Erstantrag nicht aus. Dies ist den Ergebnissen der Analyse der Abrechnungsdaten ähnlich: Über alle Verfahren ergibt sich hier ein Anteil von 19 %, die das erste Kontingent voll ausschöpfen (Multmeier & Tenckhoff, 2014). Zusätzlich wird in Befragungsstudien die tatsächliche Höhe des Anteils der durchgeführten an den bewilligten Therapiesitzungen ermittelt.

Der Anteil der realisierten Therapiestunden liegt in der Verhaltenstherapie und Analytischen Psychotherapie jeweils ca. bei 2/3 und in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei 3/4. Verlängerungsanträge werden häufiger bei initial psychisch stärker belasteten Patienten und in psychoanalytischen Behandlungen gestellt (Gallas et al., 2010).

In einer Umfrage unter Psychotherapeuten von Walendzik et al. (2011)⁶¹ wurden Dauer und Bedarfsgerechtigkeit der Kontingente aus Sicht der Psychotherapeuten detailliert erfasst. Im Mittel wurden über alle Verfahren hinweg pro Patient 49,8 Sitzungen Richtlinienpsychotherapie bewilligt. Davon wurden 46 Sitzungen tatsächlich durchgeführt. Der Anteil durchgeführter an den genehmigten Leistungen betrug durchschnittlich ca. 92 %. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Gallas et al. (2010) unterschieden sich die verschiedenen Richtlinienverfahren hier nur unwesentlich voneinander.

Zieht man die fachliche Einschätzung durch die Psychotherapeuten in die Betrachtung ein, so zeigen sich Grenzen der psychotherapeutischen Behandlung durch unzureichende Kontingente auf.

Die Psychotherapeuten wurden auch nach der Ausschöpfung des Stundenkontingents an genehmigungspflichtigen Sitzungen befragt. Im Ergebnis war bei 66 % aller Patienten das Kontingent der jeweils genehmigten Therapiestunden ausgeschöpft worden. Für 44 % aller Patienten beurteilten die Psychotherapeuten jedoch das Höchstkontingent an genehmigungspflichtigen Sitzungen als nicht ausreichend. 36 % der Patienten wurden nach Ausschöpfung des Kontingents niederfrequent nach EBM weiterbehandelt, 10 % als Privatpatienten (Walendzik et al., 2011).

Bei der Nebeneinanderstellung von Abrechnungsdaten und Daten aus Befragungsdaten muss man berücksichtigen, dass bei beiden Studienarten unterschiedliche Verzerrungen auftreten können. Bei den Abrechnungsdaten sind auch Therapieabbrüche enthalten, welche die Kontingentausschöpfung künstlich verringern. In Befragungsstudien können sich fachliche Einschätzungen der Psychotherapeuten ausdrücken, die in den Abrechnungsdaten nicht sichtbar werden.

In allen beschriebenen Studien trat eine große Streuung der Therapiedauer auf, was u. a. auf die hohe Variabilität in der Therapiedauer in den verschiedenen Richtlinienverfahren zurückzuführen ist. Daneben wird diese Streuung aber auch als Beleg für den „individuellen und flexiblen Einsatz der psychotherapeutischen Ressourcen“ angesehen (Best, 2012). Psychotherapeuten gehen demnach im Sinne einer adaptiven Indikation ziel- und patientenorientiert mit den genehmigten Stundenkontingenten um. Auch ein KBV-Gutachten zur ambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland kommt zu der Schlussfolgerung, dass eine individualisierte (also dem Bedarf angepasste) Inanspruchnahme psychotherapeutischer Ressourcen stattfindet (Kruse & Herzog, 2012). Für die Therapiedauer ist besonders die Krankheitslast der Patienten ausschlaggebend. In einer beträchtlichen Anzahl an Fällen scheint das Therapiekontingent jedoch nicht ausreichend zu sein.

4.4 Neue Leistungen in der Psychotherapie

Durch die Neustrukturierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit Inkrafttreten der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 sind die neuen Elemente Psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe sowie die telefonische Erreichbarkeit der Psychotherapeuten in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen worden. Diese neuen Leistungen sollen zu einer besseren und schnelleren Versorgung der Patienten beitragen. Diese Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie wird auch als „Strukturreform“ bezeichnet.

⁶⁰ Probanden der Studie waren 714 Patienten der Deutschen Krankenversicherung (DKV), die zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten befragt wurden. Nach Schäfer (2010) sind die Ergebnisse als relevant für das GKV-System anzusehen, da das Antragsverfahren und die Bewilligungsschritte bei der DKV denen in der GKV zum Untersuchungszeitpunkt angepasst waren.

⁶¹ Es lagen in dieser Erhebung Daten über die Zahl genehmigter und durchgeführter Sitzungen zu 10.028 bzw. 9.979 Patienten vor.

Derzeit laufen mehrere, vom Innovationsfonds⁶² des G-BA geförderte, umfangreiche Forschungsprojekte zur Analyse der Auswirkungen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Ziel ist zu ermitteln, ob sich für Patienten der Zugang zur Psychotherapie sowie der Behandlungs- und Versorgungsablauf durch die Strukturreform verbessert hat. Ergebnisse sind erst im Laufe der nächsten Jahre zu erwarten. Dennoch lassen sich aufgrund der im folgenden beschriebenen Untersuchungen schon erste Feststellungen treffen.

Die Auswirkungen der Reform der PT-Richtlinie werden in mehreren wissenschaftlichen Projekten im Rahmen des Innovationsfonds untersucht

4.4.1 Neue Behandlungselemente in der Psychotherapie

Erste bundesweite Analysen der häufigsten psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen der KBV geben Aufschluss über die Entwicklung der neuen Leistungen. So werden z. B. in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion zu den „Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinie-Reform und des TSVG auf die psychotherapeutische Versorgung“ (Bundesregierung, 2020) einige relevante Daten dargestellt. Auch im BARMER Arztreport 2020 werden erste Ergebnisse bundesweiter Analysen von Abrechnungsdaten der eigenen Versicherten zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen sowie Einschätzungen zu den neuen Behandlungselementen aus Patientensicht vorgestellt.⁶³

Die neuen psychotherapeutischen Leistungen werden zunehmend in der Versorgung etabliert

Die **Psychotherapeutische Sprechstunde** muss seit dem 1.4.2017 von jedem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten angeboten werden. Das notwendige Zeitkontingent richtet sich nach dem Versorgungsauftrag, bei vollem Versorgungsauftrag sind es 100 Minuten pro Woche. In der Sprechstunde wird eine erste Abklärung der psychischen Symptomatik vorgenommen und geklärt, welches weitere Vorgehen für den Patienten in Frage kommt. Es wird eine erste Diagnostik durchgeführt, und es erfolgt eine Behandlungsempfehlung. Diese kann sich auf eine psychotherapeutische Behandlung beziehen oder auf andere fachspezifische Hilfen. Seit dem 1.4.2018 muss ein Patient in der Regel an mind. 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunden teilgenommen haben, bevor eine Akutbehandlung oder Richtlinienpsychotherapie beginnen kann. Es können bis zu 6 Sprechstunden à 25 Minuten in Anspruch genommen werden, bei Kindern/Jugendlichen und Menschen mit geistiger Behinderung bis zu 10 Sprechstunden.

Seit der Richtlinien-Reform 2017 werden jährlich mehr Psychotherapeutische Sprechstunden durchgeführt (s. Abb. 40). Gezählt werden hierbei die Leistungen, nicht die Patientenzahl. Im Jahr 2019 wurde von Vertragspsychotherapeuten die Sprechstunde mit 7,7 Mio. bereits über 4 Mio. mal häufiger durchgeführt als im Jahr 2017 (Bundesregierung, 2020). Es zeigt sich also seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie eine deutliche Zunahme von Erstkontakten mit Hilfesuchenden im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden.

2019 wurden 7,7 Mio. Psychotherapeutische Sprechstunden durchgeführt

Durchgeführte Leistungen

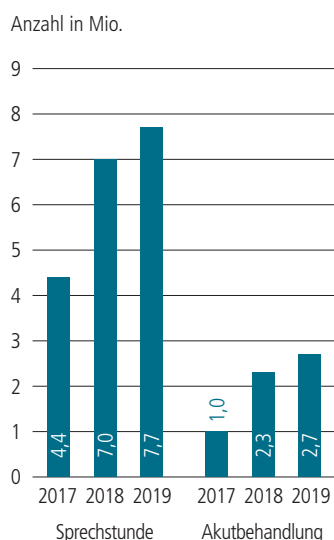


Abbildung 40: Anzahl durchgeführter Psychotherapeutischer Sprechstunden und Akutbehandlungen in den Jahren 2017-2019, Zählung nach Leistungen. Quelle: Bundesregierung (2020).

Die Einschätzungen der Patienten zur Psychotherapeutischen Sprechstunde fallen positiv aus. Besondere Zufriedenheit besteht in Bezug auf die Zuwendung der Psychotherapeuten. 70 % beurteilen diese Zuwendung voll und ganz positiv, weitere 20 % eher positiv. Insgesamt erhielt ca. 75 % der befragten

Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird von den Patienten positiv bewertet

⁶² Die Bundesregierung hat einen Innovationsfonds aufgelegt, um eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV zu gewährleisten (G-BA, 2021b).

⁶³ Grundlage dieser Analysen sind ca. 3-4 % der 8 Millionen Versicherten der BARMER mit Psychotherapieerfahrung in den Jahren 2009 bis 2018 und Behandlungen durch psychotherapeutisch tätige Fachgruppen, v. a. Psychologische Psychotherapeuten. Ergänzt wurden die Analysen durch die Befragung einer Versichertenstichprobe zur Zufriedenheit mit der Psychotherapie (n=2.038).

Nicht alle Patienten können bei ihrem Sprechstundentherapeuten eine Psychotherapie beginnen

Sprechstundenteilnehmer die Empfehlung für eine bestimmte Form der ambulanten Psychotherapie. Die restlichen Empfehlungen bezogen sich u. a. auf psychotherapeutische Reha (11,9 %) oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung (5,6 %; Grobe et al., 2020).

Die KBV schätzt anhand der Abrechnungsdaten, dass im Jahr 2017 ca. 30 % aller Patienten infolge der Sprechstunde beim gleichen Psychotherapeuten eine ambulante Psychotherapie beginnen konnten (Bundesregierung, 2020). Hier ist zu beachten, dass in diesem Ergebnis auch diejenigen Patienten eingeschlossen sind, für die in der Sprechstunde keine Indikation für eine anschließende Psychotherapie gestellt wurde. Der BARMER Arztreport findet für die Patienten, bei denen sich aus der Sprechstunde eine Indikation für Psychotherapie ergab, entsprechend eine deutlich höhere Zahl: Im Jahr 2018 konnten 61 % dieser Patienten beim gleichen Psychotherapeuten eine Therapie beginnen (Grobe et al., 2020).

Die **Psychotherapeutische Akutbehandlung** stellt eine psychotherapeutische Intervention dar, die sich zeitnah an die Psychotherapeutische Sprechstunde anschließen soll. Sie soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten können u. a. dadurch stabilisiert und auf eine Richtlinienpsychotherapie oder auf andere therapeutische Maßnahmen vorbereitet werden. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung kann bis zu 24 Sitzungen à 25 Minuten umfassen (bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bis zu 30 Sitzungen à 25 Minuten zum Einbezug von Bezugspersonen). Die Akutbehandlung ist nicht genehmigungs-, sondern nur anzeigepflichtig, d. h. die Krankenkasse muss darüber informiert werden. Wenn im Anschluss eine Richtlinienpsychotherapie erfolgen soll, sind mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig. Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung sind dann auf die genehmigten Stunden der KZT oder LZT anzurechnen.

2019 wurden 2,7 Mio. Psychotherapeutische Akutbehandlungsleistungen durchgeführt

Auch die Akutbehandlung erweist sich anhand der Abrechnungszahlen als sich entwickelnde Leistung. 2019 wurden nach KBV-Angaben 2,7 Mio. Psychotherapeutische Akutbehandlungsleistungen (Zählung von Behandlungsleistungen, nicht von Personen) durchgeführt und damit fast dreimal so viele wie im Jahr 2017 (s. Abb. 40; Bundesregierung, 2020).

Es hat eine Leistungsverschiebung von der Richtlinienpsychotherapie hin zu den neuen Leistungen Sprechstunde und Akutbehandlung stattgefunden

Die zur Verfügung stehende Zeitkapazität in den psychotherapeutischen Praxen insgesamt hat sich nicht verändert. Die neuen Behandlungsbausteine Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung werden von den Psychotherapeuten zunehmend durchgeführt, gleichzeitig gehen die richtlinientherapeutischen Leistungen etwas zurück. Hierauf deutet der Rückgang der durchschnittlich je Patient ermittelten Tage mit Abrechnung von genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapien (von 16,5 im Jahr 2015 auf 14,4 im Jahr 2017) hin (Grobe et al., 2020). Auch in einer Befragung der BPtK gab ein Drittel der Psychotherapeuten an, dass sie seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Durchschnitt 2,6 Stunden pro Woche weniger für die Durchführung von Richtlinien Therapien aufwenden als vorher, da sie in dieser Zeit Akutbehandlungen und vor allem die Psychotherapeutischen Sprechstunden durchführen (BPtK, 2018).

Regionale Analysen von Abrechnungsdaten aus Rheinland-Pfalz bestätigen anhand der Berechnung der Sitzungsanzahl, dass die neuen Behandlungsangebote zulasten der Richtlinienpsychotherapie gehen. Der Zeitaufwand für die Vertragspsychotherapeuten bleibt vor und nach der Reform weitgehend konstant; die Behandlungskapazitäten für probatorische Sitzungen und Richtlinienpsychotherapie sind im gleichen Verhältnis gesunken, wie die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung Eingang in die Versorgung gefunden haben (KV RLP, 2018, unveröffentlicht).

Eine **Rezidivprophylaxe** kann zur Vermeidung von Rückfällen am Ende einer LZT erfolgen; es werden dann Stunden aus dem Kontingent der LZT dafür genutzt (max. 8 Stunden bei einer Behandlungsdauer von mind. 40 Stunden und max. 16 Stunden bei einer Behandlungsdauer von mind. 60 Stunden; für Kinder, Jugendliche und Menschen mit geistiger Behinderung können geringfügig mehr Stunden für die Rezidivprophylaxe zum Einbezug der Bezugspersonen verwendet werden). Die Rezidivprophylaxe ist nur durchführbar, wenn sie bereits bei der Antragstellung auf Langzeittherapie geplant wird bzw. der Therapeut diese Möglichkeit offenhält.

Es liegen bislang keine Abrechnungsdaten zur Rezidivprophylaxe vor.

In einer Umfrage der DPtV (2018, unveröffentlicht) unter Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu deren Erfahrungen mit den Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie ein Jahr nach dem Inkrafttreten wird die Einführung der Rezidivprophylaxe von über 50 % der Teilnehmer als sinnvoll für die Patienten, für die psychotherapeutische Versorgung allgemein und für die Patienten eingeschätzt. Für die eigene Praxis wird die Rezidivprophylaxe von 43 % der Befragten als sinnvoll eingeschätzt. Allerdings bleibt weiterhin problematisch, dass bei der Behandlung von chronisch erkrankten Menschen für die Rezidivprophylaxe keine zusätzlichen Behandlungskontingente zur Verfügung gestellt werden.

4.4.2 Vermittlung von Psychotherapie durch Terminservicestellen

Patienten mit berechtigtem Vermittlungswunsch erhalten nun durch die **Terminservicestellen (TSS)** Unterstützung, einen Termin beim Psychotherapeuten für die Psychotherapeutische Sprechstunde oder die Psychotherapeutische Akutbehandlung zu erhalten. Seit dem 1.7.2019 gelten folgende Vermittlungsfristen: für die Psychotherapeutische Sprechstunde und für die Probatorik vier Wochen, für die Psychotherapeutische Akutbehandlung zwei Wochen. Sollte es der TSS nicht gelingen, die vorgegeben Wartezeiten einzuhalten, hat sie eine Behandlung im Krankenhaus anzubieten. Die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen durch die Terminservicestellen wird von der Bundesregierung anhand der jährlich nach §75 SGB V vorzulegenden Evaluationsberichte beobachtet.

Im Rahmen der Umsetzung des Versorgungsstärkungsgesetzes bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen seit Beginn 2016 den Service der Terminservicestellen (TSS) an. Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 gilt dieses Vermittlungsangebot auch für die Inanspruchnahme von Psychotherapeutischen Sprechstunden und Akutbehandlungen. Zum 4. Quartal 2018 wurde zusätzlich die Vermittlung von Terminen für die psychotherapeutische Probatorik als Leistung der TSS aufgenommen. Dies soll für schnellere Termine und für eine bessere Versorgung sorgen.

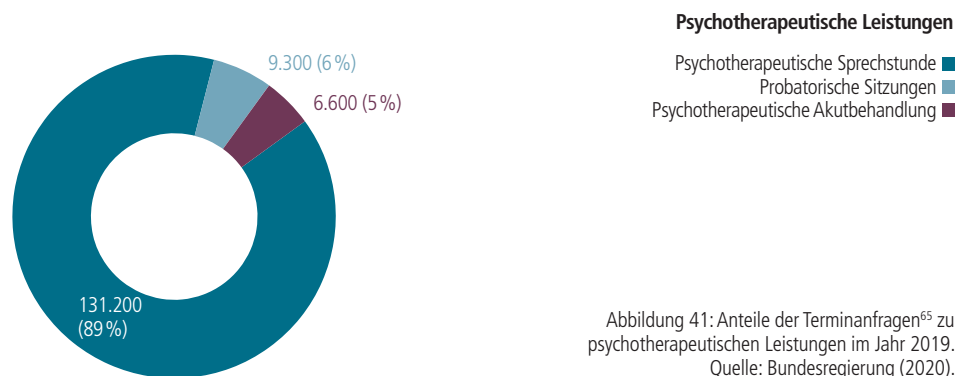
Die TSS haben im Jahr 2018 bundesweit etwa 255.000 „berechtigte“⁶⁴ Terminanfragen bearbeitet. Die Psychotherapeuten wurden dabei am häufigsten nachgefragt. Anfragen zu psychotherapeutischen Leistungen machten 41 % aller Anfragen aus (KBV, 2020d).

2019 bezogen sich 89 % der psychotherapiebezogenen Anfragen auf die Psychotherapeutische Sprechstunde. Die aktuellsten Zahlen für 2019 zeigen die Aufgliederung der Vermittlungswünsche auf die einzelnen Leistungen (s. Abb. 41). 10 % der Anrufer haben das Anliegen, Termine für die Probatorik oder die Psychotherapeutische Akutbehandlung zu bekommen.

Die Psychotherapeuten sind die am stärksten nachgefragte Gruppe bei den Terminservicestellen

Die meisten psychotherapiebezogenen Anfragen an die Terminservicestellen richten sich auf die Psychotherapeutische Sprechstunde

Terminanfragen nach psychotherapeutischen Leistungen



2019 wurden mit 131.200 Vermittlungswünschen von erwachsenen Patienten nach einer Psychotherapeutischen Sprechstunde bereits mehr als doppelt so viele Anfragen verzeichnet wie zwei Jahre zuvor. Auch die Anfragen von erwachsenen Patienten nach Vermittlung einer Akutbehandlung stiegen seit 2017 um mehr als das Doppelte auf 8.300 an. Vermittlungswünsche nach Probatorischen Sitzungen wurden im ersten vollständigen Jahr nach Einführung dieser Vermittlungsmöglichkeit 9.300-mal gestellt (s. Abb. 42). Termine zur Psychotherapeutischen Sprechstunde bei KJP wurden 2019 mit 6.000 Fällen ebenfalls mehr als doppelt so häufig angefragt wie im Jahr 2017 (2.600 Anfragen; Bundesregierung, 2020).

Die Vermittlungswünsche nach den neuen psychotherapeutischen Leistungen sind stark gestiegen

Von dem eingehenden Vermittlungsbedarf nach Psychotherapeutischen Sprechstunden konnten die TSS im Jahr 2019 ca. 80 % erfüllen, bei dem Bedarf nach Akutbehandlungen waren es 89 % und bei dem Bedarf nach Probatorik ca. 85 %. Der Anteil der erfüllten Vermittlungen ist seit 2017 stabil (s. Abb. 42; Bundesregierung, 2020).

Mindestens 80 % der Vermittlungsanfragen werden von den Terminservicestellen erfüllt

⁶⁴ Ein Teil der Anrufer bei der TSS hat keinen Anspruch auf Vermittlung oder nur allgemeine Fragen, diese Anfragen zählen somit als „unberechtigt“.

⁶⁵ Die TSS vermittelt Termine zur Psychotherapeutischen Sprechstunde ohne Überweisung; Termine zur Akutbehandlung oder probatorischen Sitzung nur, wenn ein Psychotherapeut in der Sprechstunde auf dem Formular PTV11 angegeben hat, dass der Patient eine entsprechende Behandlung benötigt.

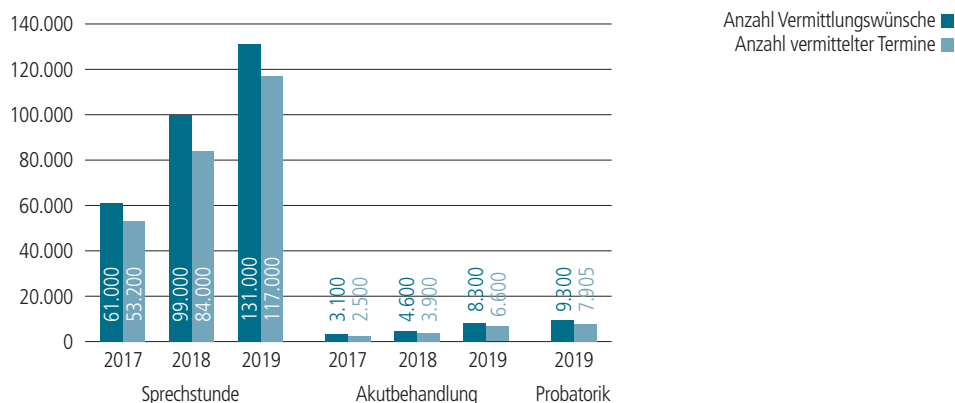


Abbildung 42: Anzahl von TSS-Anfragen und vermittelteten Terminen in den Jahren 2017-2019⁶⁶.
Quelle: Bundesregierung (2020).

Insgesamt werden nur 8 % der Erstgesprächs-Termine über die Terminservicestellen vermittelt

Nur etwa die Hälfte der Patienten ist mit der Terminservicestelle zufrieden

Psychotherapeuten können bei psychischen Erkrankungen Krankenhausbehandlungen, Soziotherapie, Krankentransporte und medizinische Rehabilitation verordnen

Neu hinzugekommen sind für 2021 Verordnungsmöglichkeiten für Ergotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege

Laut der BARMER-Versichertenbefragung erfolgte bei 89 % der Patienten, die eine Psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen hatten, die erste Terminvereinbarung direkt mit der psychotherapeutischen Praxis. Nur knapp 8 % aller stattfindenden Erstgesprächs-Termine wurden über die Terminservicestellen vereinbart (Grobe et al., 2020).

Die Bewertung der TSS durch die Patienten fällt sehr heterogen aus. Die größte Zufriedenheit wurde bezüglich der Erreichbarkeit der TSS geäußert: 56 % der Teilnehmer zeigten sich zufrieden mit der Erreichbarkeit der TSS. 52 % zeigten sich zufrieden mit der Entfernung des vermittelten Psychotherapeuten, 46 % mit den vermittelten Terminen und 43 % auch mit der Beratung. Die höchste Unzufriedenheit wurde von 35 % der Teilnehmer in Bezug auf die vermittelten Termine geäußert, wobei aus den Daten nicht ersichtlich ist, worauf sich diese Beurteilung der Termine konkret bezieht (Grobe et al., 2020). Eine große Hürde stellt vermutlich auch die nicht selbst gewählte Behandlerzuordnung dar, die sonst in der direkten Anfrage in den Praxen selbst gewählt wird.

4.4.3 Sozialrechtliche Befugnisse der Psychotherapeuten

Mit dem Beschluss des G-BA zur Richtlinienänderung im Juni 2017 wurden die sozialrechtlichen Befugnisse von Psychotherapeuten erweitert. Die Psychotherapeuten können die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nun umfassender koordinieren. Sie können seit Juni 2017 Patienten wegen ihrer psychischen Erkrankung zur stationären Behandlung ins Krankenhaus einweisen, Soziotherapie, medizinische Rehabilitation sowie Krankenfahrten und Krankentransport verordnen. Diese Verordnungen unterliegen dem grundsätzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V, d. h. die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Rechtliche Grundlagen sind die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie, die Krankenhaus-Richtlinie, die Rehabilitationsrichtlinie und die Soziotherapierichtlinie.

Zur Nutzung dieser Befugnisse liegen noch keine Auswertungen vor (Bundesregierung, 2019).

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen brauchen oft eine spezielle Betreuung in Form der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Diese soll helfen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Aufenthaltszeiten zu verkürzen. Die Patienten sollen möglichst in ihrer häuslichen Umgebung leben können. Die Befugnis zur Verordnung dieser speziellen häuslichen Krankenpflege war bis 2020 auf bestimmte Facharztgruppen (und für einen begrenzten Zeitraum auch Hausärzte) beschränkt. Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurden zum 1.9.2020 die Befugnisse der PP und KJP in Bezug auf die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert. Der G-BA hat diese Erweiterung am 17.9.2020 in der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege umgesetzt.

Am 15.10.2020 wurde zudem vom G-BA beschlossen, dass Psychotherapeuten ab dem 1.1.2021 bei psychischen Erkrankungen Ergotherapie verordnen dürfen. Nach Anpassung des EBM können PP und KJP diese Leistungen dann verordnen.

⁶⁶ Zahlen zu Vermittlungswünschen nach Probatorik liegen nur für 2019 vor, da die Vermittlung dieser Leistungsart durch die TSS erst zum 4. Quartal 2018 eingeführt wurde.

4.5 Wartezeiten in der Psychotherapie

Ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der Versorgungssituation in der Psychotherapie ist die Wartezeit zum Zugang zur psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung. Die Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 haben die Versorgungssituation im Leistungsspektrum verändert. Datenerhebungen der DPTV zu Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung vor der Einführung der neuen Richtlinie im Jahr 2017 und im Jahr 2018 nach der Einführung weisen strukturelle Veränderungen nach (Rabe-Menssen et al, 2019).⁶⁷

Die Wartezeiten sind weiterhin regional unterschiedlich. Allerdings fallen diese regionalen Unterschiede nach der Richtlinienreform deutlich geringer aus. Bei nur leicht steigender Patientennachfrage hat sich die Wartezeit auf ein Erstgespräch von 9,8 auf 6,5 Wochen (bundesweiter Durchschnitt) verkürzt. Die Anzahl der monatlich durchgeführten Erstgespräche/Sprechstunden ist um 44 % gestiegen (s. Tab. 22). Erstgespräche werden damit seit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde etwas schneller und häufiger durchgeführt.

Patienten warten im Durchschnitt 6,5 Wochen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch

Tabelle 22: Wartezeiten vor und nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie

	Vertrags- psychotherapeuten 2017	Vertrags- psychotherapeuten 2018
	Mittelwert	Mittelwert
Patientenanfragen / Monat	13,6	14,1
Erstgespräche / Monat	4,3	6,2
Dauer zwischen Anfrage und Erstgespräch (in Wochen)	9,8	6,5
Dauer zwischen Anfrage und Beginn Richtlinienpsychotherapie (in Wochen)	15,3	19,6
Dauer zwischen Anfrage und Beginn Akuttherapie (in Wochen)		10,5
Anzahl neue Patienten / 6 Monate	12,3	
Anzahl neue Patienten in Akuttherapie / 6 Monate		3,2
Anzahl neue Patienten in Richtlinienpsychotherapie / 6 Monate		11,7

Anmerkungen: Quelle: Rabe-Menssen et al. (2019).

Die durchschnittliche Zeit von der Patientenanfrage bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Akutbehandlung liegt mit 10,5 Wochen deutlich unter der 2017 ermittelten durchschnittlichen Wartezeit für die Richtlinienpsychotherapie (15,3 Wochen). Wenn das Erstgespräch durchgeführt wurde, beginnt die psychotherapeutische Akutbehandlung durchschnittlich 4 Wochen nach dem Erstgespräch. Auch aktuelle Zahlen aus dem BARMER Arztreport bestätigen eine Dauer von durchschnittlich 10 Wochen (Tag 73 der Behandlungsperiode) vom Erstkontakt bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Akutbehandlung (Grobe et al., 2020).

Psychotherapeutische Akutbehandlung kann im Durchschnitt 4 Wochen nach dem Erstgespräch beginnen

Die Wartezeit vom Erstkontakt bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie hat sich durch die in Kap. 4.4.1 beschriebenen Leistungsverschiebungen verlängert. Nach Befragungsangaben begann die ambulante Richtlinienpsychotherapie bei 66 % der Patienten innerhalb von 4 Wochen nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde. Bei 9,2 % vergingen mehr als 3 Monate zwischen Sprechstunde und Therapiebeginn. Bei der Betrachtung der Zeit zwischen einem Erstkontakt mit dem Psychotherapeuten und dem Beginn der Richtlinienpsychotherapie liegt diese durchschnittlich bei ca. 16 Wochen (Grobe et al., 2020).

Durch Leistungsverschiebungen hat sich die Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie auf ca. 16 bis 19 Wochen verlängert

Auch die Daten der DPTV-Umfrage zeigen, dass Patienten seit der Richtlinienreform zwar schneller und in größerer Zahl in ein Erstgespräch gelangen, sich jedoch gleichzeitig die Wartezeit von der ersten Terminanfrage eines Patienten bis zum Beginn einer antragspflichtigen und von der Krankenkasse zu genehmigenden Richtlinienpsychotherapie von 15,3 Wochen (2017) um über 4 Wochen auf über 19,6 Wochen (2018) verlängert hat (s. Tab. 22; Rabe-Menssen et al., 2019). Die Sprechstunde schafft also einen niedrigschwelligeren Zugang zum Psychotherapeuten (PT) und zur diagnostischen Abklärung, jedoch schafft sie keine neuen Behandlungskapazitäten.

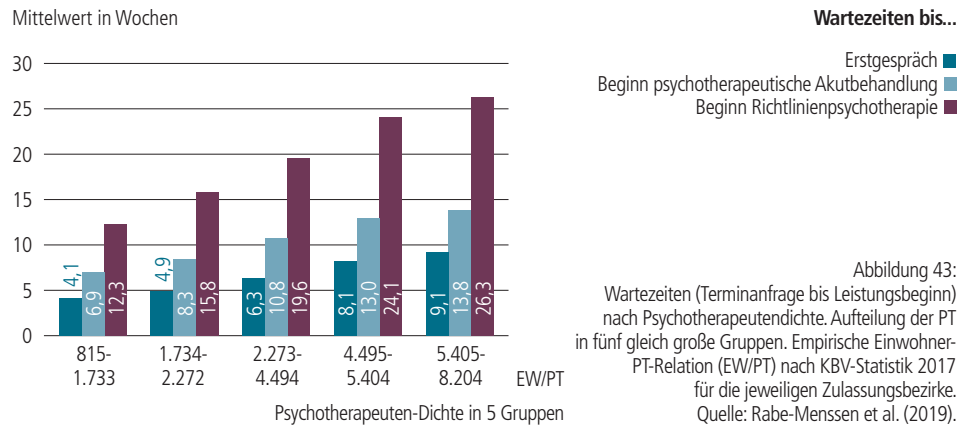
Der Zusammenhang zwischen der Versorgungsdichte (Anzahl der Psychotherapeuten im Verhältnis zur Einwohnerzahl) und der Wartezeit auf das Erstgespräch und den Therapiebeginn bildet in den Daten der DPTV-Umfrage den Versorgungsmangel in bestimmten Regionen zum Untersuchungszeitpunkt 2018 ab. Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch, eine Akutbehandlung oder auf eine Richtlinienpsychotherapie steigen mit Abnahme der Versorgungsdichte⁶⁸ an (s. Abb. 43).

Psychisch kranke Menschen warten umso länger auf eine Behandlung, je geringer die Versorgungsdichte ist

⁶⁷ 2017: n=3.728 Vertragspsychotherapeuten; 2018: n=2.759 Vertragspsychotherapeuten.

⁶⁸ Die Versorgungsdichte wurde hierbei über die Anzahl der Einwohner pro niedergelassenem Psychotherapeuten auf Grundlage der KBV-Daten zur Einwohner-Arzt-Relation nach Planungsregion (2017) operationalisiert.

Wartezeiten nach Psychotherapeuten-Dichte gruppiert



Zunahme der neu in psychotherapeutische Behandlung genommenen Patienten um 21 %

Seit April 2019 können Psychotherapeuten **Videosprechstunden** über einen zertifizierten Videodienstanbieter durchführen und diese Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnen. Die technischen Anforderungen für Praxis und Videodienst sind im Bundesmantelvertrag-Ärzte (KBV, 2020c) geregelt. Grundsätzlich gilt, dass die Eingangsdagnostik, Aufklärung und Indikationsstellung einen unmittelbaren persönlichen Kontakt erfordern und die Behandlungsqualität auch im Rahmen der psychotherapeutischen Videositzungen sichergestellt werden kann. Die Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere die Sorgfaltspflicht, müssen dabei beachtet werden.

Es gibt Hinweise darauf, dass einige verhaltenstherapeutische Interventionen über Videotelefonie einen ähnlich positiven Effekt erzielen wie Präsenzsitzungen

Während der COVID-19-Pandemie wurden die Bedingungen für Videositzungen zeitlich begrenzt flexibilisiert

2020 ist die Bedeutung von psychotherapeutischen Videositzungen pandemiebedingt rasant gewachsen

Innerhalb von 6 Monaten werden durchschnittlich knapp 12 Patienten neu in eine Richtlinienpsychotherapie aufgenommen, dies sind knapp 5 % weniger als vor der Reform. Gleichzeitig werden aber zusätzlich etwa 3 Patienten im halben Jahr neu in eine Akuttherapie aufgenommen. Die Gesamtzahl der Patienten, die in einer Praxis innerhalb von 6 Monaten in psychotherapeutische Behandlung (Akutbehandlung oder Richtlinientherapie) aufgenommen werden, hat sich damit von etwa 12 auf 15 Patienten um 21 % deutlich erhöht (s. Tab. 22). Diese Zunahme an Neupatienten steht der verlängerten Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie gegenüber.

4.6 Psychotherapeutische Videositzungen

Zur Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Interventionen per Videotelefonie liegen einige aktuelle Studien vor. In den meisten dieser Studien ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Videositzungs- und Kontrollgruppen hinsichtlich der Wirksamkeit (zur Übersicht s. Haun et al., 2020⁶⁹; Wright & Caudill, 2020). Es wurde eine leichte Unterlegenheit der Videobehandlung gegenüber dem klassischen face-to-face-Setting bezüglich der Etablierung einer therapeutischen Beziehung (Norwood et al., 2018) und der Reduktion der Symptomlast (Haun et al., 2020) festgestellt. Eine aktuelle Meta-Analyse zeigt ebenfalls, dass Psychotherapie via Videotelefonie die Symptome vergleichbar gut reduziert wie eine face-to-face-Behandlung (Batastini et al., 2021). In einer weiteren Übersichtsarbeit wird beschrieben, dass Patienten unabhängig von ihrer Diagnose ihr Gefühl von Bindung und Präsenz in psychotherapeutischen Videositzungen als ebenso hoch beschrieben wie im face-to-face-Setting (Simpson & Reid, 2014).

Zu Beginn der Pandemie in Deutschland schätzten die meisten Psychotherapeuten (73 %) Psychotherapie via Videotelefonie noch als weniger wirksam ein (DPtV, 2020a). In einer großen Machbarkeitsstudie (Projekt PROVIDE) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung ergaben sich positive Einschätzungen der Studientherapeuten bezüglich der Durchführbarkeit und der Praxistauglichkeit von Videositzungen. Auf der anderen Seite wurden die Videobehandlungen als anstrengender erlebt und die fehlende persönliche Interaktion als deutlicher Nachteil benannt (Haun et al., 2019).

Normalerweise dürfen weder die Psychotherapeutische Sprechstunde noch die Probatorischen Sitzungen als Videositzung durchgeführt werden. Diese Regelungen wurden während der COVID-19-Pandemie im März 2020 durch die KBV und den GKV-Spitzenverband außer Kraft gesetzt, ebenso wie die Begrenzung der Abrechenbarkeit von Videositzungen auf 20 % der im jeweiligen Quartal berechneten Gebührenordnungspositionen und auf max. 20 % aller Behandlungsfälle. Während der Pandemie konnte eine Psychotherapie in Einzelfällen auch ohne persönlichen Präsenzkontakt begonnen werden.

Die Akzeptanz der Videositzung ist durch die Pandemie sowohl bei Behandlern wie auch bei Patienten deutlich gestiegen, wie die nachfolgend beschriebenen Studienergebnisse zeigen. Neben den Videosprechstunden in der somatischen Medizin ist gerade auch für die Psychotherapie, die maßgeblich auf der Kommunikation zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten aufbaut, die Videositzung als hilfreiche Option angenommen worden. Für viele Patienten stellte diese Behandlungsform während des Lockdowns und der Kontaktbeschränkungen oder aufgrund ihres persönlichen Risikostatus mit Vorerkrankungen die einzige Möglichkeit dar, eine psychotherapeutische Behandlung fortzuführen oder zu beginnen. Vor der Pandemie wurden Videobehandlungen eher in Ausnahmefällen mit mobilitätseingeschränkten Patienten oder Patienten in ländlichen und entlegenen Gebieten bzw. aus Gründen beruflicher Verhinderung o.ä. durchgeführt.

⁶⁹ Einschränkung ist zu sagen, dass die meisten Studien relativ kleine Stichprobenzahlen und kurze Beobachtungszeiträume gewählt haben.

Abrechnungsdaten zeigen eine Zunahme der per Videotelefonie erbrachten Einzeltherapien der Antragspsychotherapie vom 4. Quartal 2019 auf das 1. Quartal 2020 auf das 914-fache (von 117 auf 106.916 Leistungen; Deutscher Bundestag 2020). Vom 1. auf das 2. Quartal 2020 stieg die Anzahl der bei TK-Versicherten per Videotelefonie durchgeführten Psychotherapiesitzungen um das 8-fache von 29.000 auf 228.000 (TK, 2021).

In mehreren Studien wurden während des Lockdowns in Deutschland auch Befragungsdaten von Behandlern zur Nutzung von Videoanwendungen vor und während der COVID-19-Pandemie erhoben, ausgewählt zur Darstellung wurden hier eine repräsentative Befragung⁷⁰ durch die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem health innovation hub (Obermann et al., 2020), eine Umfrage⁷¹ der DPtV unter ihren Mitgliedern im April 2020 (DPtV, 2020a) und eine Umfrage der BPtK im Sommer 2020 (BPtK, 2020).

Von den antwortenden Psychotherapeuten gaben 77 % (DPtV) bzw. 81 % (Obermann) an, dass sie während der Pandemie die Möglichkeit der Videositzung nutzen. Nur ein sehr geringer Anteil dieser Therapeuten hatten bereits vor der Pandemie Videositzungen durchgeführt (DPtV: 5 %, Obermann: 12 %, BPtK: 8,2 %).

Etwa die Hälfte der per Videotelefonie behandelnden Psychotherapeuten führte in den ersten Monaten der Pandemie mit maximal 20 % ihrer Patienten Videositzungen durch, je ein Viertel zwischen 30 und 60 % und zwischen 70 und 100 % (s. Abb. 44). In der Studie der Stiftung Gesundheit finden sich für Mai 2020 sehr ähnliche Ergebnisse für die Gruppe der psychotherapeutisch Tätigen.

Etwa 4/5 der Psychotherapeuten setzten während der COVID-19-Pandemie psychotherapeutische Videositzungen ein

Anteil von Videositzungen

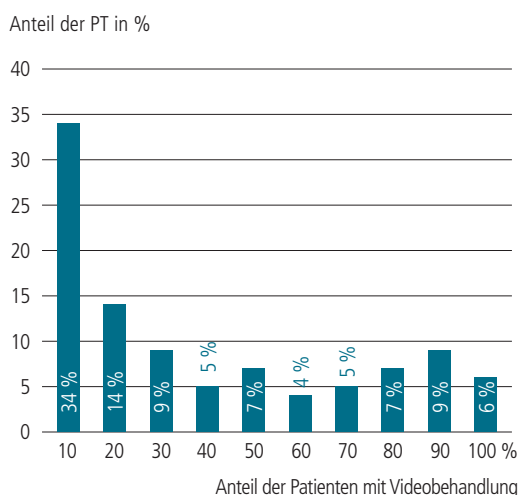


Abbildung 44: Anteil der Psychotherapeuten nach dem Anteil der mit Videositzungen behandelten Patienten im April 2020. Grundgesamtheit sind hier alle Psychotherapeuten, die während der Pandemie Videositzungen anbieten. Quelle: DPtV (2020a).

Der Anteil der Nutzer von Videobehandlungen unter den Psychotherapeuten liegt deutlich höher als bei allen anderen Arztgruppen. Von den Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten gaben nur 34 % an, dass sie aktuell Videosprechstunden nutzen. Je jünger die Psychotherapeuten/Ärzte waren, desto höher war der Anteil an Nutzern von Videosprechstunden unter ihnen (Obermann).

65 % der Befragten sehen die psychotherapeutische Behandlung per Video aus therapeutischen Gründen grundsätzlich kritisch. Gut 2/3 schätzen die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Videositzungen im Vergleich zum persönlichen Kontakt als schlechter ein, 1/4 geht von gleicher Wirksamkeit aus. Dennoch berücksichtigen die Psychotherapeuten die besondere Situation der Patienten in der pandemischen Situation und bieten zu einem hohen Anteil Videositzungen an. Empfundene Nachteile bzw. erschwerende Faktoren der Videositzungen werden von den Psychotherapeuten differenziert beschrieben. Sie lassen sich auf Seiten der Psychotherapeuten wie auf Seiten der Patienten lokalisieren (s. Tab. 23).

Die Psychotherapeuten empfinden die Videositzungen in einigen Punkten als nachteilig

⁷⁰ An dieser Befragung nahmen 2.240 Ärzte und Psychotherapeuten teil, darunter 925 Behandler aus dem Bereich psychotherapeutischer Tätigkeiten. Neben den PP und KJP zählen dazu die Fachärzte aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin.

⁷¹ n=4.466 PP und KJP.

Tabelle 23: Von den Psychotherapeuten genannte Gründe, die gegen Videositzungen sprechen

Auf Therapeutenseite	Auf Patientenseite
Behandlung von Kindern per Video schwierig	Persönliche Ablehnung des Mediums
Videobehandlung in psychodynamischen Psychotherapien nicht adäquat	Fehlende technische Ausstattung
Nonverbale Interaktion und Sinneseindrücke erschwert	Schlechte Internetverbindung
Diagnostik und Beziehungsarbeit per Video schwierig	Mangelnde Computerkenntnisse
Bestimmte Methoden nicht durchführbar	Fehlender Schutzraum während der Videositzung
Fehlende Möglichkeit der Akutbehandlung	Eindringen in Privatsphäre des Patienten
Technische Hürden/schlechte Internetverbindung	Beschaffung des Konsiliarberichts schwierig
Mangelnde Computerkenntnisse	
Gruppentherapie nicht möglich	
Videobehandlung ist anstrengender	

Anmerkungen: Quelle: DPtV (2020a).

Psychotherapeutische Videositzungen werden sich zunehmend als Behandlungsalternative etablieren

Aufgrund der beschriebenen Probleme sind nicht alle Patientengruppen durch Videositzungen gleichermaßen erreichbar. Als am besten erreichbar erweisen sich Menschen, die alleine in einem Haushalt leben. Am schlechtesten erreichbar sind folgende Gruppen: kleine Kinder bis 6 Jahre, Flüchtlinge, ältere Menschen und sozial benachteiligte Menschen und Mitglieder großer Haushalte (BPtK).

Die COVID-19-Pandemie könnte nachhaltige Effekte auf die Nutzung von Videositzungen haben. 57 % (DPtV) bzw. sogar 79 % (Obermann) der Befragten würden auch nach der Pandemie Videositzungen durchführen; 19 % lehnten dies im April 2020 ab (DPtV). Nach mehreren Monaten Erfahrung mit der Durchführung von Videositzungen zeigten sogar 88,5 % der Psychotherapeuten die Bereitschaft, auch nach der Pandemie Videositzungen anzubieten, allerdings die Hälfte nicht mehr so häufig wie bisher (BPtK). Auf der anderen Seite äußern über die Hälfte der Befragten, dass sie auch in Zukunft einen dauerhaft hohen bis sehr hohen Anteil von Videositzungen aus ihrer Perspektive für möglich halten (Obermann).

Während der Pandemie kombinierten ca. 57 % der Videobehandler Präsenz- und Videositzungen in der Therapie (BPtK), 41 % führten zeitweise nur Videositzungen durch. Ein vollständiger Ersatz der face-to-face-Kommunikation in Präsenzsitzungen durch Videositzungen ist nach den vorliegenden Daten für die Berufsgruppe keine Option. Zusammenfassend ist aber davon auszugehen, dass sich die psychotherapeutischen Videositzungen dauerhaft als mögliches Behandlungselement entwickeln werden.

4.7 Ambulante psychotherapeutische Behandler

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in Deutschland im ambulanten Bereich überwiegend durch Vertragspsychotherapeuten und -ärzte behandelt. In diesem Kapitel wird die Versorgung durch diese KV-zugelassenen Behandler in Psychotherapiepraxen beschrieben. Darüber hinaus gibt es auch in anderen ambulanten Einrichtungen und im stationären Bereich tätige Psychotherapeuten. Auch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), Hochschulambulanzen, Ausbildungsambulanzen und Spezialambulanzen (u.a nach § 116b) sind an der ambulanten Versorgung beteiligt, die aber hier auch aufgrund mangelnder Datenlage nicht Gegenstand sind.

4.7.1 Anzahl der Leistungserbringer in der Behandlung psychisch Erkrankter

An der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im ambulanten (vertragspsychotherapeutischen und vertragsärztlichen) Versorgungsbereich 41.398 Fachbehandler aus verschiedenen Berufsgruppen beteiligt, davon sind 34.335 Psychotherapeuten. Diese Zählung erfolgt nach Personen ohne Berücksichtigung der Bedarfsplanungsgewichte, real ergeben sich niedrigere Zahlen (s. Kap. 4.7.2).

Im Jahr 2019 waren diese Fachbehandler in folgender Zahl tätig⁷² (s. Abb. 45):

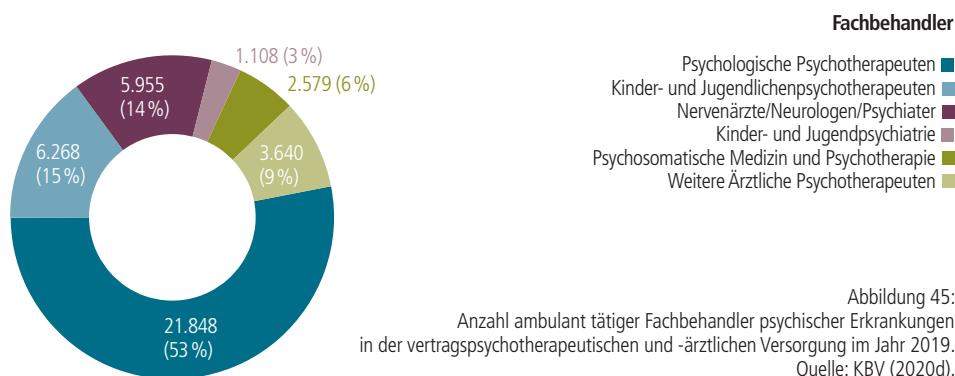
- > 21.848 Psychologische Psychotherapeuten
- > 6.268 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- > 6.219 Ärztliche Psychotherapeuten davon:
 - 2.579 Fachärzte mit Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - 3.640 Weitere Ärztliche Psychotherapeuten

In der ambulanten vertragspsychotherapeutischen und vertragsärztlichen Versorgung psychisch kranker Menschen sind ca. 41.000 Fachbehandler tätig, davon ca. 34.000 Psychotherapeuten (PP, KJP, ÄP)

⁷² Hier sind nur berufstätige Ärzte und Psychotherapeuten aufgeführt (Stand: 31.12.2019).

- > 5.955 Fachärzte mit Gebietsbezeichnung Nervenheilkunde, Fachärzte mit Gebietsbezeichnung Neurologie und Fachärzte mit Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie
- > 1.108 Fachärzte mit Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ambulante Behandler psychischer Erkrankungen im Vertragsarztsystem



Betrachtet man alle 48.265 aktuell in Deutschland tätigen PP und KJP, so stellt sich folgende Verteilung dar: Im Jahr 2019 waren 28.116 PP und KJP (s. Abb. 45) in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ambulant tätig (58,3 %). Weitere 9.785 (20,3 %) waren in psychotherapeutischen Privatpraxen außerhalb des KV-Systems oder in anderen ambulanten Einrichtungen tätig, 8.472 (17,6 %) im stationären/teilstationären Bereich (s. Kap. 5), 1.643 (3,4 %) in sonstigen Einrichtungen, 39 (0,08 %) im Gesundheitsschutz und 210 (0,4 %) im Verwaltungsbereich (GBE, 2020).

Ca. 58 % aller in Deutschland tätigen PP und KJP sind im KV-System tätig

Die aufgeführten Fachgruppen sind in unterschiedlichem Ausmaß an der Erbringung von Richtlinienpsychotherapien beteiligt (s. Tab. 24). Ambulante Psychotherapie wird in Deutschland zu 92 % von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt. 2018 machten PP einen Anteil von 61 %, KJP einen Anteil von 16 % und ÄP einen Anteil von 16 % an allen Behandlern aus, die Richtlinienpsychotherapien durchführen. Die anderen Fachgruppen liegen deutlich niedriger. Innerhalb der eigenen Fachgruppe führen ca. 94-96 % der PP, KJP und ÄP Richtlinienpsychotherapie durch. Auch hier liegen die anderen Fachgruppen niedriger. Die folgenden Abschnitte in Kapitel 4 widmen sich aufgrund der zahlenmäßigen Bedeutung den Behandlergruppen der PP, KJP und ÄP.

Tabelle 24: Fachbehandler mit Abrechnung von Richtlinienpsychotherapien

Fachgruppe	Therapeuten mit Abrechnung von Richtlinienpsychotherapien	
	Anteil innerhalb der eigenen Fachgruppe (%)	Anteil Fachgruppe an Gesamtzahl (%)
Psychologische Psychotherapeuten (PP)	96,4	60,9
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP)	94,2	15,5
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (ÄP)	94,7	6,8
Weitere Ärztliche Psychotherapeuten (ÄP)	95,8	8,8
Psychiatrie und Psychotherapie	38,5	2,4
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	26,8	0,9
Nervenheilkunde	13,5	0,9
Übrige Fachgruppen	0,9	3,8

Anmerkungen: Anzahl der anhand von Pseudonymen differenzierbaren Psychologen und Ärzte mit Abrechnung von Richtlinienpsychotherapien im Jahr 2018 (nur Leistungen aus EBM Abschnitt 35.2). Quelle: Grobe et al. (2020).

Zwischen den Fachbehandlergruppen gibt es deutliche Unterschiede im Leistungsprofil (Kruse & Herzog, 2012): Bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und den Nervenärzten wird über unterschiedlichste Diagnosen hinweg ein Großteil der Patienten primär über die Grundpauschale bzw. über Ziffern aus dem Bereich der psychiatrischen Basisversorgung behandelt. Diese umfasst in der Regel einen wesentlich geringeren zeitlichen Umfang als die Richtlinienpsychotherapie. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte behandeln nach

Je höher die Zuwendungszeit in der Behandlung, desto weniger Patienten können vom einzelnen Behandler versorgt werden

dieser Analyse v. a. über psychotherapeutische Leistungen des EBM-Kapitels 35 (Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie). Hier erhalten Patienten eine zeitintensivere psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung. Diese beiden Berufsgruppen leisten damit den überwiegenden Teil der ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Kapitel 35.

Im Folgenden werden die Psychologischen Psychotherapeuten, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Ärztlichen Psychotherapeuten als Erbringer der Richtlinienpsychotherapie in der vertragspsychotherapeutischen und vertragsärztlichen Versorgung näher beschrieben.

4.7.2 Art der Tätigkeit und Versorgungsaufträge

Abbildung 46 gibt Auskunft über die Art der Tätigkeit („Teilnahmestatus“⁷³) aller an der vertragspsychotherapeutischen/vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden PP, KJP und ÄP. Die große Mehrheit ist als selbständiger Vertragspsychotherapeut tätig (PP: 88,5 %, KJP: 91,0 % und ÄP: 93,7 %; KBV, 2020d).

Etwa 90 % der ambulant tätigen PP, KJP und ÄP sind als Vertragspsychotherapeuten selbständig in eigener Niederlassung tätig

Teilnehmende Psychotherapeuten nach Status (Zählung nach Personen)

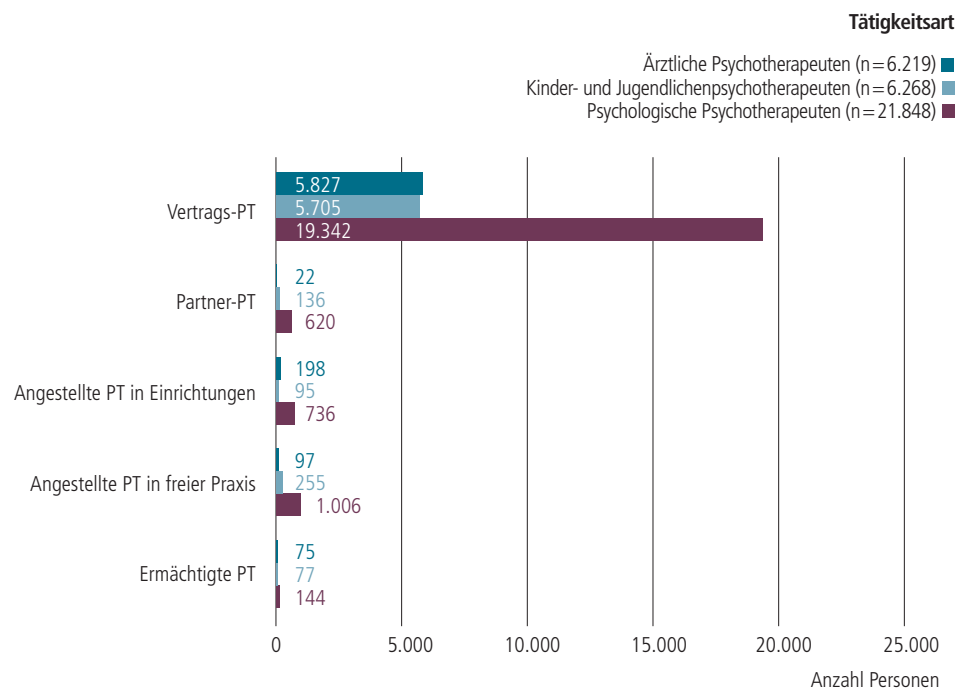


Abbildung 46: Im Jahr 2019 an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmende PP, KJP und ÄP nach ihrem Teilnahmestatus. Zählung nach Personen. Quelle: KBV (2020d).

Für eine sachliche Betrachtung der Behandlungskapazitäten ist die Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsaufträge unverzichtbar

Es ist zu beachten, dass die Zählung der Psychotherapeuten nach Personen insofern nicht aussagekräftig für die Anzahl an Versorgungsaufträgen ist, als nicht alle Psychotherapeuten einen vollen Versorgungsauftrag haben. Bei Berücksichtigung von Zulassungen mit hälftigem Versorgungsauftrag bzw. Vierteltags-, Halbtags-, Dreivierteltags- und Ganztagsanstellung, also einer Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht, ergibt sich eine deutlich geringere Anzahl an Versorgungsaufträgen (s. Abb. 47)⁷⁴. Diese Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht gibt eine realistischere Darstellung der tatsächlich zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Versorgungskapazität.

⁷³ In den statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung wird die Form der Tätigkeit der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten als „Teilnahmestatus“ bezeichnet.

⁷⁴ Gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie werden die Psychotherapeuten/Ärzte ohne Leistungsbeschränkung anteilig mit folgenden Faktoren gewichtet: Vollzulassung = 1, Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag = 0,5, Ganztagsanstellung = 1, Dreiviertelanstellung = 0,75, Halbtagsanstellung = 0,5, Vierteltagsanstellung = 0,25. Nicht in der Bedarfsplanung eingerechnet und damit in dieser Darstellung nicht berücksichtigt werden: Partner-Psychotherapeuten/Ärzte (Jobsharing-Juniorpartner), Angestellte Psychotherapeuten/Ärzte mit Leistungsbeschränkung und Ermächtigte Psychotherapeuten/Ärzte. Ermächtigte Psychotherapeuten/Ärzte werden zwar angerechnet, haben aber keine faktische Relevanz für die Bedarfsplanung, da die Ermächtigten zur Prüfung einer Über- oder Unterversorgung nicht mehr berücksichtigt werden.

Teilnehmende Psychotherapeuten nach Status (Zählung nach Bedarfsgewichtung)

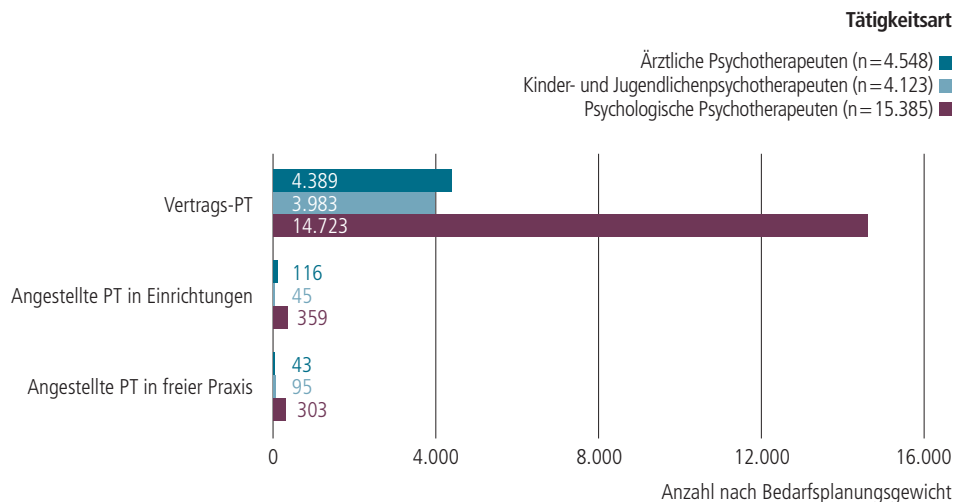


Abbildung 47: Im Jahr 2019 an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmende PP, KJP und ÄP nach ihrem Teilnahmestatus. Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht. Quelle: KBV (2020d).

Aufgrund der anteilmäßig hohen Bedeutung der Vertragspsychotherapeuten für die Versorgung (s. Abb. 47) wird die Teilung der Versorgungsaufträge in dieser Gruppe näher beschrieben. Der Umfang der Tätigkeit lässt sich bei den Psychotherapeuten grob über die Verteilung der Versorgungsaufträge in volle und häftige Aufträge bemessen. Ende 2019 hatten 47,2 % der PP, 50,6 % der KJP und 55,4 % der ÄP volle Versorgungsaufträge (s. Abb. 48).

Etwa die Hälfte der Psychotherapeuten verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag – Häftige Zulassungen nehmen deutlich zu

Versorgungsaufträge

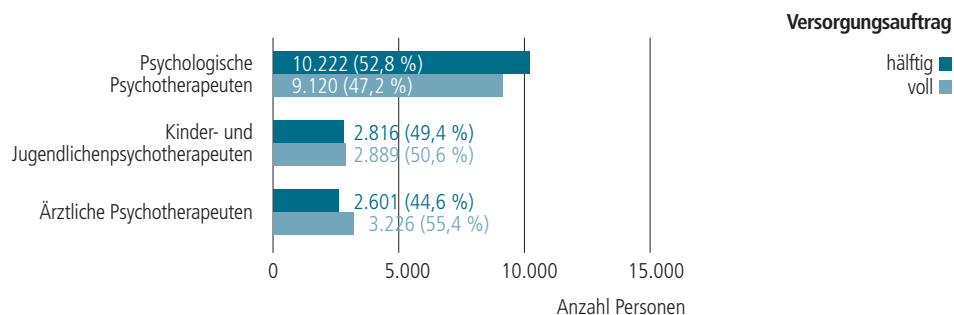


Abbildung 48: Anteil der häftigen und vollen Versorgungsaufträge der Psychotherapeuten in der vertragspsychotherapeutischen bzw. vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2019. Quelle: KBV (2020d).

Die Anzahl der niedergelassenen PP und KJP (nach Personen gezählt) hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 5 bzw. 6 % erhöht, die der ÄP um ca. 1 % verringert. Gleichzeitig haben häftige Versorgungsaufträge in allen drei Gruppen zahlenmäßig stark zugenommen und volle Versorgungsaufträge abgenommen. Insgesamt hat die für die psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung stehende rechnerische Kapazität von 2018 auf 2019 kaum zugenommen (Veränderung um + 0,6 %; KBV, 2020d). Bei der Betrachtung der Zahlen nach Bedarfsplanungsgewichten zeigt sich, dass der größte Zuwachs an Kapazität bei den KJP liegt (s. Tab. 25).

Bei starker Zunahme häftiger Versorgungsaufträge und leichtem Zuwachs an Therapeutenzahlen stagniert die rechnerische Versorgungskapazität insgesamt

Tabelle 25: Veränderung in der Zahl der häftigen und vollen Versorgungssitze von 2018 auf 2019

	Veränderung der Personenanzahl (%)	Veränderung der Anzahl nach Bedarfsplanungsgewichten (%)	Häftige Versorgungsaufträge (%)	Volle Versorgungsaufträge (%)
Psychologische Psychotherapeuten	+5	+ 1,1	+13,8	-5,4
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	+ 6,4	+ 4,4	+19,1	-4,9
Ärztliche Psychotherapeuten	-1,3	-3,7	+10,7	-9,9

Anmerkungen: Quelle: KBV (2020d).

4.7.3 Alter und Geschlecht der Psychotherapeuten

Alter

Das niedrigste Durchschnittsalter weisen die KJP mit 52,4 Jahren auf, gefolgt von den PP mit 54,7 Jahren. Am ältesten sind die ÄP mit durchschnittlich 59,6 Jahren (s. Abb. 49; KBV, 2020d)⁷⁵.

Psychotherapeuten im kassenärztlichen Versorgungssystem sind im Durchschnitt zwischen 52 und 60 Jahre alt

Durchschnittsalter der Psychotherapeuten

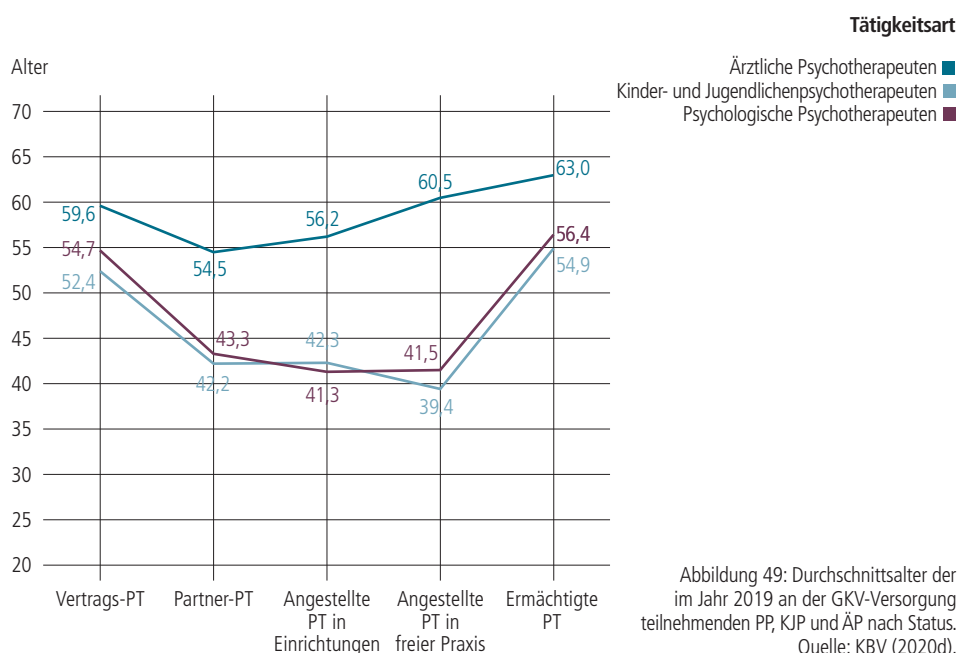


Abbildung 49: Durchschnittsalter der im Jahr 2019 an der GKV-Versorgung teilnehmenden PP, KJP und ÄP nach Status. Quelle: KBV (2020d).

Angestellt tätige PP und KJP sind im Durchschnitt deutlich jünger als die niedergelassenen Kollegen

Die einzelnen Untergruppen der Psychotherapeuten im KV-System unterscheiden sich deutlich in ihrem durchschnittlichen Alter (s. Abb. 49). Die Verteilung für die PP und KJP ist relativ ähnlich, während die ÄP ein höheres Durchschnittsalter aufweisen. Für beide Gruppen gilt, dass angestellte Psychotherapeuten sowie Partner-Psychotherapeuten im Mittel etwa 10 Jahre jünger sind als die Vertrags-Psychotherapeuten und die ermächtigten Psychotherapeuten (KBV, 2020d). Ein Grund hierfür könnte sein, dass Psychotherapeuten nach ihrer Approbation nicht gleich eine eigene KV-Zulassung erlangen und häufig erst in einem Angestelltenverhältnis tätig werden. ÄP haben in allen Gruppen ein höheres Durchschnittsalter als PP und KJP. In dieser Behandlergruppe sind die angestellt Tätigen nicht wesentlich jünger als ihre niedergelassenen Kollegen.

In allen drei Gruppen von Psychotherapeuten finden sich höhere Anteile in den hohen Altersgruppen

Bezüglich der Altersverteilung zeigt sich für alle drei Gruppen von Psychotherapeuten, dass die höheren Altersgruppen stärker vertreten sind. Die Gruppe der 50-59-Jährigen ist in allen Gruppen am häufigsten besetzt. 49,8 % der ÄP sind über 60 Jahre alt; bei den PP sind dies 33,5 % und bei den KJP 29,1 %. Gleichzeitig gibt es bei den ÄP die geringste Zahl in den jungen Altersgruppen, was sich auf den Mittelwert auswirkt. (s. Abb. 50; KBV, 2020d).

⁷⁵ Aufgrund der Überzahl der Vertragspsychotherapeuten an allen an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten weichen die Gesamtmittelwerte aller Psychotherapeuten nur unwesentlich von denen der Vertragspsychotherapeuten ab.

Altersstruktur der Psychotherapeuten

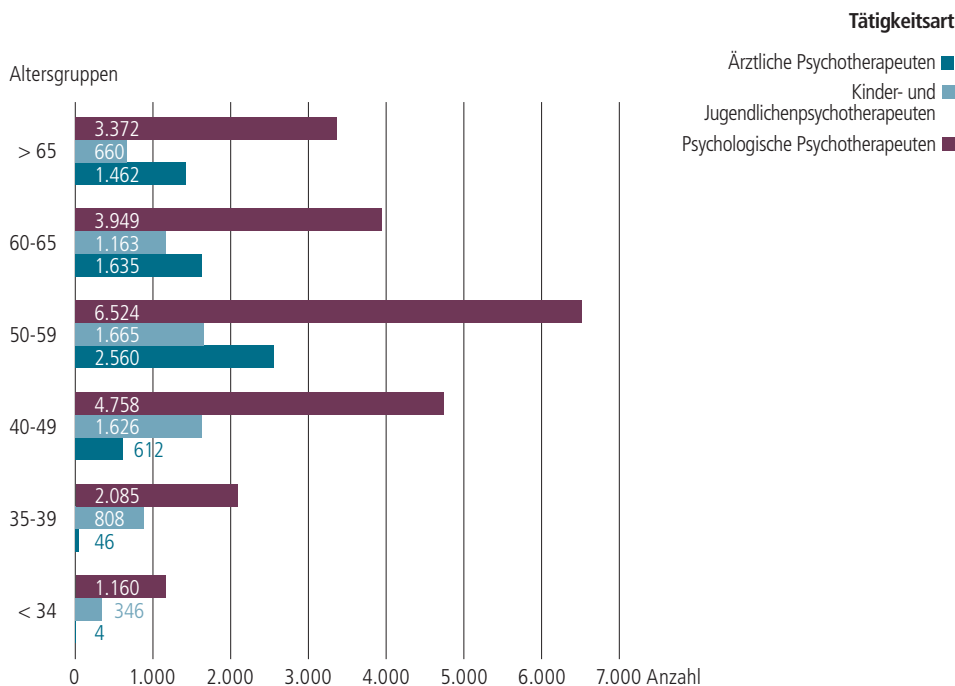


Abbildung 50: Altersstruktur der im Jahr 2019 an der GKV-Versorgung teilnehmenden PP, KJP und ÄP.
Quelle: KBV (2020d).

Geschlechterverhältnis⁷⁶

Bei allen zur Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Psychotherapeuten liegt der Anteil der weiblichen Therapeuten insgesamt bei 73,5 %. Bei den ÄP ist der Frauenanteil in allen Untergruppen niedriger als bei den PP und den KJP (s. Tab. 26). Der höchste Frauenanteil findet sich über alle Arten von Tätigkeit hinweg für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Etwa 3/4 der an der GKV-Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten sind Frauen

Tabelle 26: Anteil weiblicher Psychotherapeuten in der GKV-Versorgung

	PT insgesamt (%)	Vertrags-PT (%)	Partner-PT (%)	Angestellte PT in Einrichtungen (%)	Angestellte PT in freier Praxis (%)	Ermächtigte PT (%)
Psychologische Psychotherapeuten	73,9	72,6	83,1	85,1	86,8	65,3
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	79,7	79,1	80,9	90,5	87,8	83,1
Ärztliche Psychotherapeuten	65,9	66,2	54,5	60,1	63,9	64,0
Gesamt	73,5	72,6	81,9	80,8	85,3	69,6

Anmerkungen: Anteil weiblicher Therapeuten an allen 2019 an der GKV-Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten.
Quelle: KBV (2020d).

Entsprechend der Verteilung bei den Psychotherapeuten insgesamt ist auch in der Hauptgruppe der Vertragspsychotherapeuten (PP/KJP) die Mehrheit weiblich. Am stärksten ist der Frauenanteil mit 79,1 % bei den KJP, gefolgt von den PP (72,6 %) und von den ÄP (66,2 %). Bei den sehr kleinen Gruppen der angestellten Psychotherapeuten stellen die weiblichen Kolleginnen sogar etwa mindestens 80 % der Gesamtgruppe.

⁷⁶ Die Autoren sind sich der Kategorie „Geschlecht“ bewusst. Da aber bislang sämtliche Statistiken die Kategorie „divers“ (noch) nicht abbilden, wird in diesem Report nur die Dualität „Mann – Frau“ verwendet.

Sehr ähnliche Ergebnisse präsentiert die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2018“ der Stiftung Gesundheit. Hier werden alle „ambulant tätigen“ PP und KJP analysiert (Obermann et al., 2018). In der genannten Studie wird zudem eine Zukunftsprojektion in Bezug auf die weitere Entwicklung der Geschlechtsverteilung bei Praxisinhabern und angestellten Psychotherapeuten vorgenommen, die bis 2028 einen weiteren Anstieg des Frauenanteils unter den Psychotherapeuten in eigener Praxis und den angestellten Psychotherapeuten vorhersagt. Es wird daraus im Sinne einer ausgewogenen Versorgungssituation auf die Notwendigkeit einer aktiven Förderung von Männern in diesem Berufsfeld geschlossen.

4.7.4 Nachwuchs der PP und KJP

Die Zahl der Absolventen der Psychotherapieausbildung nimmt kontinuierlich zu

Im Jahr 2019 haben 2.174 Psychotherapeuten in (Approbations-)Ausbildung (PiA) die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfolgreich abgeschlossen und 757 PiA die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten⁷⁷. Die Zahl der PP-Absolventen entwickelt sich damit kontinuierlich nach oben, der Zuwachs von 2018 auf 2019 liegt bei +3,3 % (von 1.949 auf 2.174). Die Zahl der KJP-Absolventen ist in den letzten 10 Jahren deutlich angestiegen (s. Abb. 51). Für 2020 liegen bereits die Absolventenzahlen für die Frühjahrsprüfung des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) vor. Hier deutet sich für beide Gruppen im Vergleich zur Frühjahrsprüfung im Vorjahr ein weiterer Anstieg an (IMPP, 2021)⁷⁸.

Entwicklung der Absolventen

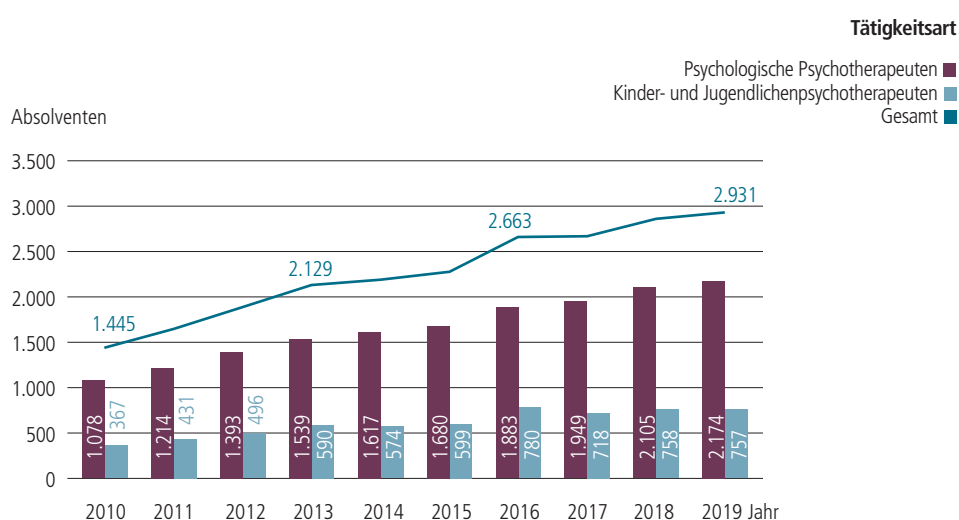


Abbildung 51: Entwicklung der Absolventenzahl von PP und KJP. Quelle: IMPP (2021).

Über 4/5 des Psychotherapeutennachwuchses sind Frauen

2019 waren 83 % der Prüfungsteilnehmer in der Psychotherapeutenausbildung weiblich (83,2 % bei PP, 82,9 % bei KJP). Auch in diesen Daten zeigt sich, dass weiterhin Frauen die große Mehrheit der Psychotherapeuten darstellen werden.

Verhaltenstherapie bleibt die beliebteste Vertiefungsrichtung in der postakademischen Ausbildung

Im Jahr 2019 wählten 79 % der PP- und 72 % der KJP-Ausbildungsteilnehmer die Verhaltenstherapie als Vertiefungsrichtung in der Ausbildung (s. Abb. 52). Damit bleibt die Verhaltenstherapie die häufigste Vertiefungsrichtung. Jedoch hat in den letzten Jahren der Anteil der TP/AP sowohl bei PP als auch bei KJP leicht zugenommen (relative Zunahme +1 % bzw. +2,4 %) und der Anteil der VT bei den PP leicht abgenommen (relative Abnahme -1,2 %) und bei den KJP leicht zugenommen (relative Zunahme +1,7 %).

⁷⁷ Aufgrund der unterschiedlichen Möglichkeiten für Ärzte, eine psychotherapeutische Qualifikation zu erwerben, gibt es keine statistische Erfassung aller Abschlüsse. Daher werden hier nur die IMPP-Daten für PP und KJP dargestellt.

⁷⁸ Hier wird sich auf die Zahl der erfolgreichen Absolventen der Approbationsprüfung bezogen. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der erteilten Approbationen über die Landesprüfungsämter mit den Prüfungszahlen fast exakt übereinstimmen. Für die Zahl der Approbationen liegen keine Daten vor.

Vertiefungsrichtung der PiA

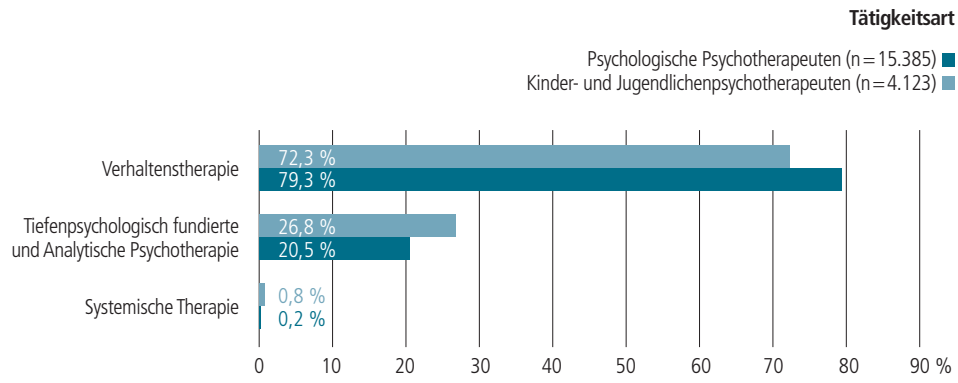


Abbildung 52: Vertiefungsrichtung der PP- und KJP-Absolventen 2019. Die Prozepte innerhalb der Behandlergruppen summieren sich auf 100. Quelle: IMPP (2021).

5. Stationäre Behandlung psychisch Erkrankter

Einen wichtigen Part in der Versorgung von akut psychisch kranken Menschen in Krisensituationen und Erkrankten mit schwerer Symptomatik nehmen in Deutschland psychiatrische Krankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern wahr. Meistens wird versucht, stationäre psychiatrische Aufenthalte möglichst wohnortnah zu organisieren, da die Aufrechterhaltung sozialer Bezüge für die Patienten von großer Bedeutung ist. Bei einer stationären Behandlung werden die Patienten multiprofessionell betreut und können in akuten Krisen schnell Hilfe bekommen. In der Klinik werden meist verschiedene Behandlungsmethoden kombiniert. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die stationäre Behandlung kommt dann in Betracht, wenn die Erkrankung nur mit den Mitteln einer stationären Einrichtung ausreichend versorgt werden kann. Die Krankenhäuser sind im Rahmen des Entlassmanagements gefordert, eine Überleitung in den ambulanten Sektor zu unterstützen.

Im Folgenden werden Behandlungskapazitäten (Kap. 5.1), Fachbehandler (Kap. 5.2) und Probleme in der stationären und sektorenübergreifenden Versorgung (Kap. 5.3) beschrieben.

5.1 Behandlungsaufkommen und Behandlungskapazitäten

Zur Versorgung psychisch kranker Menschen stehen stationäre (Krankenhäuser⁷⁹, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) und teilstationäre Kapazitäten (tages- und nachtklinische Einrichtungen) zur Verfügung.

5.1.1 Stationärer Bereich - Krankenhäuser

Die akutstationäre Versorgung in Krankenhäusern stellt den wichtigsten Bereich in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen dar. Es werden hier Krankenhaustage und Krankenhausfälle - jeweils absolut oder normiert auf 1.000 Versichertenjahre (VJ), Bettenanzahl und stationäre Verweildauer (aktuell und z.T. als Versorgungsgeschehen über die Zeit) dargestellt.

Bei der differenzierten Beschreibung der Versorgung besteht die Schwierigkeit, dass patientenbezogene Verweildauern mit der Wiederaufnahmerate konfundiert sind und deshalb die Fallzahlen auch nicht der Zahl der Patienten gleichzusetzen sind. Eine Interpretation der Datenlage muss diese Punkte berücksichtigen.

Krankenhaustage

Der BARMER Krankenhausreport 2020⁸⁰ liefert aktuelle Daten zum akutstationären Versorgungsgeschehen. In Bezug auf die verursachten Krankenhaustage und Krankenhausfälle werden darin eine Reihe von ICD-10-Diagnosekapiteln verglichen. Krankenhausfälle werden ebenso wie die Krankenhaustage je 1.000 VJ⁸¹ dargestellt. Gerade bei psychischen Erkrankungen mit ihrer längeren Verweildauer werden bei der Darstellung von Krankenhaustagen im Vergleich zu Krankenhausfällen Unterschiede deutlicher sichtbar. Beide Indikatoren werden im Folgenden dargestellt.

Psychische Erkrankungen stehen beim Vergleich von allen Störungsgruppen seit 2009 an erster Stelle bezüglich der Krankenhaustage (je 1.000 VJ; s. Tab. 27). Im Jahr 2019 entfallen 359,1 Krankenhaustage je 1.000 VJ auf das ICD-10-Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen. An zweiter Stelle liegen ebenfalls seit 10 Jahren Krankheiten des Kreislaufsystems. Die vier nach Anzahl der Krankenhaustage nachfolgenden ICD-Kapitel verursachen zwischen 120 und 150 Krankenhaustage (je 1.000 VJ). Alle aufgeführten ICD-10-Kapitel bis auf die psychischen Erkrankungen verzeichneten seit 2009 einen leichten Rückgang an Krankenhaustagen; die Krankenhaustage aufgrund psychischer Erkrankungen nahmen hingegen innerhalb dieser 10 Jahre um 13,6 % zu (s. Abb. 53; Augurzky et al., 2020).

Krankenhaustage: Summe der Belegungstage, die im Auswertungsjahr anfielen.

Krankenhausfälle: Zahl der Entlassungen von Patienten, die mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben.

Verweildauer: Anzahl der Tage, die ein Patient mit einer bestimmten Diagnose oder in einer bestimmten Abteilung im Durchschnitt in einem Krankenhaus stationär behandelt wird. Für die Bestimmung des Bettenbedarfs ist neben der Zahl der Krankenhausfälle auch die Verweildauer von entscheidender Bedeutung.

Psychische Erkrankungen verursachen bundesweit die höchste Anzahl an Krankenhaustagen

⁷⁹ Die Erhebung des GBE (2020) erstreckt sich auf alle Krankenhäuser ausgenommen Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug sowie Polizeikrankenhäuser.

⁸⁰ Die Datengrundlage für den BARMER Krankenhausreport bilden die pseudonymisierten Routinedaten der ca. 9,2 Mio. BARMER-Versicherten. Für die Analysen wurden ausschließlich vollstationäre Fälle herangezogen. Teil- und vorstationäre Aufenthalte wurden nicht berücksichtigt. Die Werte im Krankenhausreport sind auf die Bevölkerung Deutschlands im jeweiligen Jahr hochgerechnet. Somit ist ein Vergleich mit den bundesweiten Daten der Krankenhausstatistiken aus der GBE zulässig.

⁸¹ Die Darstellung von Krankenhausfällen und -tagen je 1.000 Versichertenjahre stellt eine Normierung dar. Da aufgrund möglicher Krankenkassenwechsel nicht jeder Versicherte durchgehend im Jahr bei derselben Krankenversicherung versichert sein muss, wird diese Normierung vorgenommen. Sie ermöglicht eine Interpretation der Kennzahlen je 1.000 Personen, die im Durchschnitt ein Jahr durchgängig in einer Krankenversicherung versichert waren. Die Normierung erlaubt auch einen Vergleich zwischen verschiedenen Merkmalen wie Altersgruppen, Geschlecht oder Bundesländern (Augurzky et al., 2020).

Tabelle 27: Krankenhaustage nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Krankenhaustage (je 1.000 VJ)
1. Psychische und Verhaltensstörungen	359,1
2. Krankheiten des Kreislaufsystems	231,4
3. Neubildungen	150,0
4. Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle	148,0
5. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	142,9
6. Krankheiten des Verdauungssystems	120,0

Anmerkungen: Krankenhaustage im Jahr 2019. Quelle: Augurzky et al. (2020).

Krankenhaustage nach Diagnosegruppen

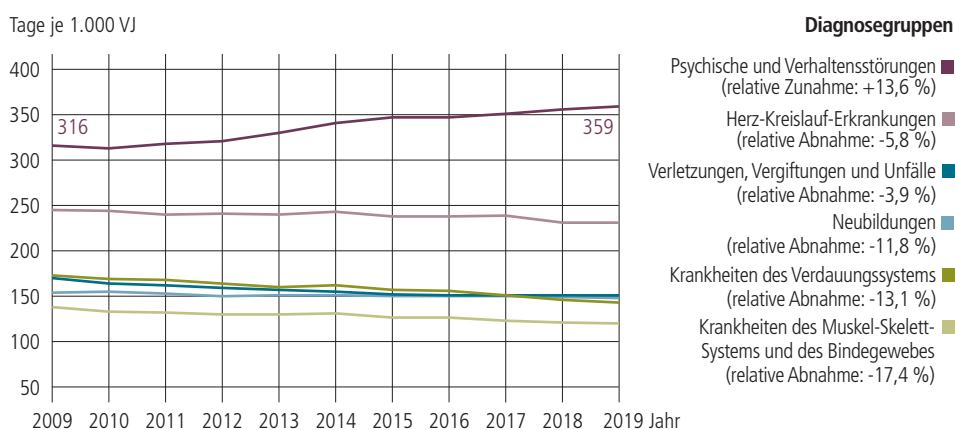


Abbildung 53: Krankenhaustage je 1.000 VJ nach den 6 häufigsten Diagnosegruppen von 2009 bis 2019. Quelle: Augurzky et al. (2020).

Innerhalb der 20 häufigsten ICD-10-Codes nach Krankenhaustagen 2019 finden sich fünf Diagnosen aus dem F-Kapitel der Psychischen und Verhaltensstörungen (s. Tab. 28). Die rezidivierende depressive Störung verursacht die höchste Zahl an Krankenhaustagen (851,7 Tage je 10.000 VJ) sowie an Tagen je Fall (40,2 Tage je Fall) und begründet 5,4 % aller Krankenhaustage in Deutschland im Jahr 2019. An zweiter Stelle liegt die Kategorie depressive Episode, die fast 3 % aller Krankenhaustage und damit genauso viel wie die Herzinsuffizienz verursacht. Die Schizophrenie folgt an vierter Stelle mit 2,6 % aller Krankenhaustage. An fünfter Stelle liegen die alkoholbezogenen psychischen Störungen mit 2 %, an 16. Stelle die schizoaffektiven Störungen mit 1 % Anteil an allen Krankenhaustagen und an 20. Stelle mit 0,9 % die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Bei der Betrachtung der 20 häufigsten Diagnosen verursachen psychische Erkrankungen insgesamt 14,7 % aller Krankenhaustage im Jahr 2019 (Augurzky et al., 2020).

Unter den 20 häufigsten Diagnosen verursachen psychische Erkrankungen jährlich knapp 15 % aller Krankenhaustage

Tabelle 28: Krankenhaustage nach Einzeldiagnosen

ICD-10-Code	Bezeichnung	Tage je 10.000 VJ	Tage je Fall	Anteil an allen KH-Fällen (%)
F33	Rezidivierende depressive Störung	851,7	40,2	5,4
F32	Depressive Episode	452,4	33,9	2,8
I50	Herzinsuffizienz	449,6	9,8	2,8
F20	Schizophrenie	418,7	39,1	2,6
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	322,5	9,4	2,0
I63	Herzinfarkt	321,4	11,8	2,0
S72	Fraktur des Femurs	310,6	14,8	2,0
M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	208,2	9,4	1,3
I70	Atherosklerose	200,0	9,1	1,3
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	198,5	8,2	1,2
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	196,0	9,0	1,2
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	186,1	8,8	1,2
I21	Akuter Myokardinfarkt	171,6	7,5	1,1

I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	171,2	4,2	1,1
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	165,8	10,6	1,0
F25	Schizoaffektive Störungen	160,3	41,1	1,0
M54	Rückenschmerzen	149,6	6,5	0,9
K80	Cholethiasis	147,3	5,5	0,9
A41	Sonstige Sepsis	145,5	11,7	0,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	137,1	19,8	0,9
	kumulativ	5.364,1		33,7

Anmerkungen: Krankenhaustage im Jahr 2019. Darstellung sortiert nach Anteil Krankenhaustagen absteigend. Quelle: Augurzky et al. (2020).

Die meisten Krankenhaustage bei psychischen Erkrankungen finden sich für Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren

Abbildung 54 zeigt Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen verschiedenen Altersgruppen in der Anzahl vollstationärer Krankenhaustage (je 1.000 VJ). Besonders hervorstechend sind hier Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren, die mit 537 die höchste Zahl an vollstationären Krankenhaustagen (je 1.000 VJ) verzeichnen. Mädchen in dieser Altersgruppe weisen mehr als doppelt so viele Krankenhaustage auf wie Jungen⁸². Über fast alle Altersgruppen haben Frauen mehr Krankenhaustage (je 1.000 VJ) durch psychische Erkrankungen als Männer. Im Trend nehmen die Krankenhaustage mit dem Alter ab.

Krankenhaustage nach Alter und Geschlecht

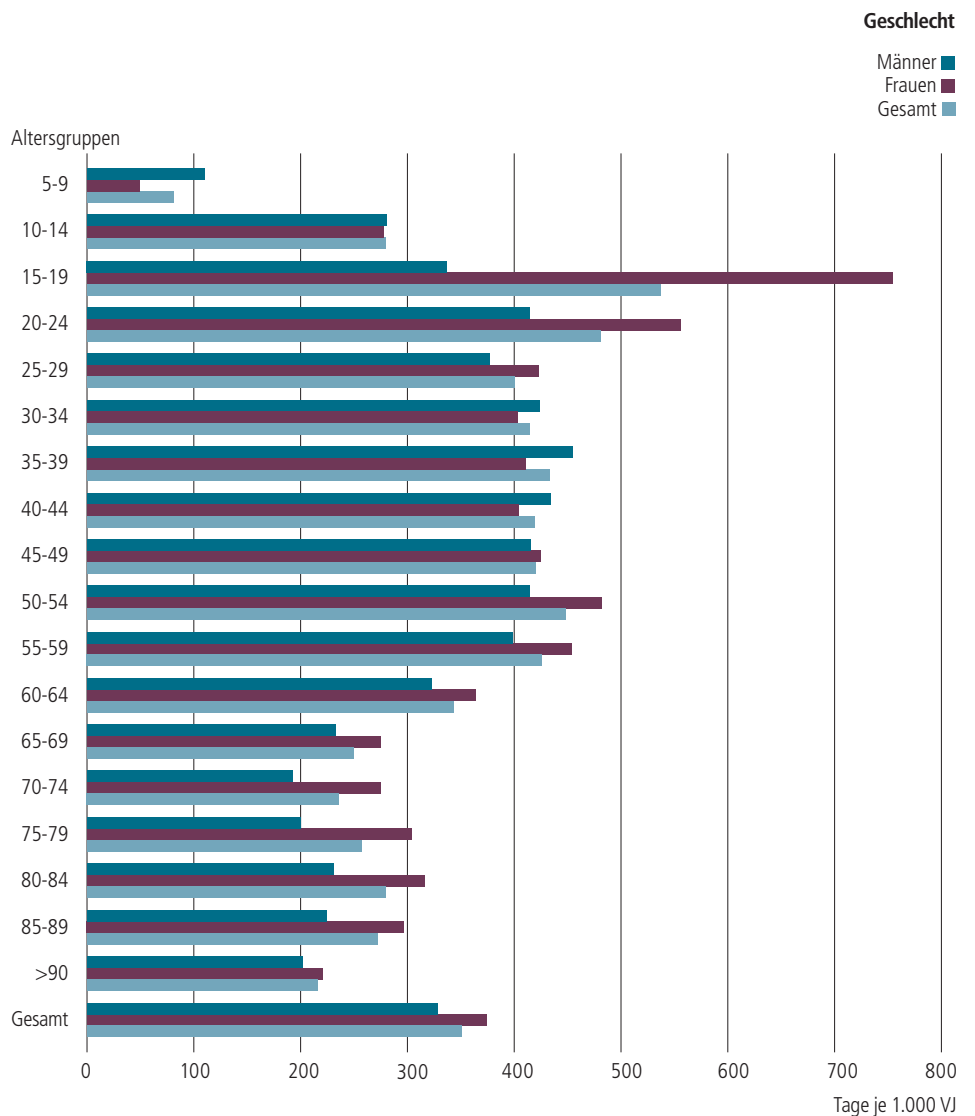


Abbildung 54: Anzahl der Krankenhaustage je 1.000 VJ nach Alter und Geschlecht bei psychischen Störungen im Jahr 2019. Quelle: Augurzky et al. (2020).

⁸² Eine Analyse europäischer Daten zeigt, dass ca. 40 % aller Anorexie-Neuerkrankungen bei Mädchen zwischen dem 15. und dem 19. Lebensjahr auftreten. Da die Anorexie häufig auch eine stationäre Behandlung erfordert, könnte dies eine Erklärung für die hohe Zahl an Krankenhaustagen bei Mädchen im Jugendalter sein.

Krankenhausfälle

2018 lag die absolute Zahl der Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen insgesamt mit fast 1,2 Mio. um 4,2 % höher als 10 Jahre zuvor (2018: 1.172.015, 2008: 1.123.863). Dieser Anstieg erfolgte jedoch nicht linear, sondern die Fallzahl ist nach einem stärkeren Anstieg seit 2015 wieder leicht gesunken⁸³ (Indikator 3.83; GBE, 2020). 2018 lag der Anteil der Frauen unter diesen Krankenhausfällen bei 46,5 % (Männer 53,5 %). Die standardisierten Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner zeigen einen Anstieg bis 2014 und einen anschließenden Rückgang der Fallzahlen (s. Abb. 55). In diesen Statistiken der GBE werden – ebenso wie im BARMER Krankenhausreport 2020 - Krankenhausfälle aus allen Fachabteilungen (inkl. neurologische und allgemeine geriatrische Stationen) berücksichtigt, bei denen F-Diagnosen als Behandlungsdiagnose auftauchen.⁸⁴

Die Zahl der Krankenhausfälle aufgrund psychischer Erkrankungen ist in den letzten 10 Jahren um 4 % gestiegen

Krankenhausfälle aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen

Fälle je 100.000 Einwohner

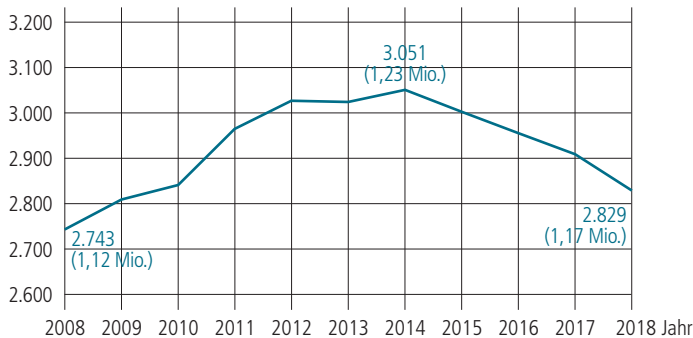


Abbildung 55: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen 2008 bis 2018. In Klammern die jeweiligen absoluten Fälle. Quelle: GBE (2020).

Auch in den Daten des BARMER Krankenhausreports 2020 zeigt sich von 2008 (14,0 Fälle je 1.000 VJ) bis 2014 (15,2 Fälle je 1.000 VJ) ein Anstieg der Krankenhausfälle, danach ein Rückgang bis 2019 (14,4 Fälle je 1.000 VJ; Augurzky et al., 2020). Im Jahr 2019 ist die normierte Zahl der Krankenhausfälle nur noch um 2,8 % höher als 10 Jahre zuvor. In diesen Daten findet sich ein ähnlicher Trend über die Jahre wie bei der Betrachtung der absoluten und standardisierten bundesweiten Fallzahlen aus der GBE. Auch 2019 weisen Männer bei den psychischen Erkrankungen mehr Fälle auf als Frauen (15 vs. 13 Krankenhausfälle je 1.000 VJ; Augurzky et al., 2020).

Männer weisen mehr Krankenhausfälle wegen psychischer Erkrankungen auf als Frauen

Im Vergleich der ICD-10-Diagnosekapitel stehen 2019 Psychische und Verhaltensstörungen mit 14,3 Fällen an sechster Stelle bezüglich der Krankenhausfälle (je 1.000 VJ; s. Tab. 29). Die meisten Krankenhausfälle werden durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursacht (Augurzky et al., 2020). Bei der Interpretation von stationären Fällen bei psychischen Störungen sind jedoch immer die deutlich längeren Verweildauern in dieser Störungsgruppe zu berücksichtigen (s. Abschnitte Krankenhaustage und Verweildauer).

Psychische Erkrankungen stehen an sechster Stelle aller Krankenhausfälle

Tabelle 29: Krankenhausfälle nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Krankenhausfälle (je 1.000 VJ)
1. Krankheiten des Kreislaufsystems	32,3
2. Krankheiten des Verdauungssystems	22,6
3. Neubildungen	21,3
4. Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle	20,8
5. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	20,1
6. Psychische und Verhaltensstörungen	14,3

Anmerkungen: Krankenhausfälle im Jahr 2019. Quelle: Augurzky et al. (2020).

⁸³ Diesen Daten liegt die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes zugrunde.

⁸⁴ Aufgrund der Differenz, die sich bei Betrachtung der Fallzahlen aufgrund psychischer Erkrankungen über alle Abteilungen hinweg (s. Abb. 56) und nach Fachabteilungen (s. Tab. 31) ergibt, kann von einer Zahl von 237.734 Patienten mit F-Diagnose in nicht-psychiatrischen Fachabteilungen (u. a. Neurologie) im Jahr 2017 ausgegangen werden.

Alkoholbezogene psychische Störungen verursachen die drittmeisten Krankenhausfälle

Bei den 20 häufigsten ICD-10-Codes nach Krankenhausfällen im Jahr 2019 finden sich zwei Diagnosen aus dem Kapitel F (s. Tab. 30). Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol stellen den dritthöchsten Anteil an Krankenhausfällen (je 10.000 VJ) im Jahr 2019 dar: Sie verursachen 34,4 Fälle (je 10.000 VJ), 9,4 Tage je Fall und einen Anteil an 1,6 % aller Krankenhausfälle insgesamt. Nur die Diagnosen Herzinsuffizienz (45,8 Fälle je 10.000 VJ) und Vorhofflattern und Vorhofflimmern (40,8 Fälle je 10.000 VJ) verursachen noch mehr Krankenhausfälle. Rezidivierende depressive Störungen verursachen 21,2 Fälle (je 10.000 VJ), 40,2 Tage je Fall und einen Anteil an 1 % aller Krankenhausfälle insgesamt. Von den 20 häufigsten Diagnosen verursachen rezidivierende depressive Störungen damit mit Abstand die höchste Zahl an Tagen je Fall. Insgesamt gehen innerhalb der 20 häufigsten Diagnosen 2,6 % auf psychische Erkrankungen zurück.

Tabelle 30: Krankenhausfälle nach Einzeldiagnosen

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fälle je 10.000 VJ	Tage je Fall	Anteil an allen KH-Fällen (%)
I50	Herzinsuffizienz	45,8	9,8	2,1
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	40,8	4,2	1,9
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	34,4	9,4	1,6
S06	Intrakranielle Verletzung	28,0	4,1	1,3
I63	Herzinfarkt	27,2	11,8	1,3
K80	Cholelithiasis	26,8	5,5	1,3
I20	Angina pectoris	26,2	3,8	1,2
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	24,1	8,2	1,1
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	23,9	4,0	1,1
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	23,9	4,4	1,1
M54	Rückenschmerzen	23,0	6,5	1,1
I21	Akuter Myokardinfarkt	22,9	7,5	1,1
M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	22,2	9,4	1,0
I70	Atherosklerose	22,0	9,1	1,0
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	21,8	9,0	1,0
F33	Rezidivierende depressive Störung	21,2	40,2	1,0
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	21,1	8,8	1,0
S72	Fraktur des Femurs	21,0	14,8	1,0
K40	Hernia inguinalis	20,3	2,2	1,0
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	19,2	7,0	0,9
	kumulativ	515,9		24,2

Anmerkungen: Krankenhausfälle im Jahr 2019. Darstellung sortiert nach Krankenhausfällen absteigend.
Quelle: Augurzky et al. (2020).

Die Zahl der Krankenhausfälle in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen ist seit 2008 um 10 % gestiegen

Für die weitere Betrachtung von Fallzahlen, Bettenzahlen und Verweildauer innerhalb des Kap. 5.1.1 werden nur Daten aus den psychiatrischen Fachabteilungen zugrunde gelegt⁸⁵. Zu den psychiatrischen Fachabteilungen zählen in der Krankenhausstatistik die Abteilungen für Kinder- /Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie und die Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik. Über diese Fachabteilungen hinweg zeigt sich für die absolute Zahl⁸⁶ der Krankenhausfälle von 2008 bis 2015 ein Anstieg um 11,8 % und danach bis 2017 ein leichter Rückgang um 1,4 % (s. Abb. 56).

Dieser stärkere Anstieg der Fallzahlen bei ausschließlicher Betrachtung der benannten Fachabteilungen (im Vergleich zu allen Fachabteilungen) könnte darauf hinweisen, dass die steigende Zahl der behandelten psychisch Erkrankten zunehmend in den spezifischen psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen behandelt wird. In Tabelle 31 findet sich eine differenzierte Darstellung der Fälle in den einzelnen Untergruppen dieser Fachabteilungen.

⁸⁵ Ausgenommen sind hier z. B. die Fachabteilungen für Geriatrie und für Neurologie. In der Neurologie stellen nur 22 % der Fälle psychisch erkrankte Patienten dar. Ein Einbezug aller Patienten der Neurologie würde demnach die Ergebnisse stark verzerren.

⁸⁶ Zu den Krankenhausfällen liegen in der GBE keine normierten Daten vor.

Krankenhausfälle in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen

absolute Fallzahl

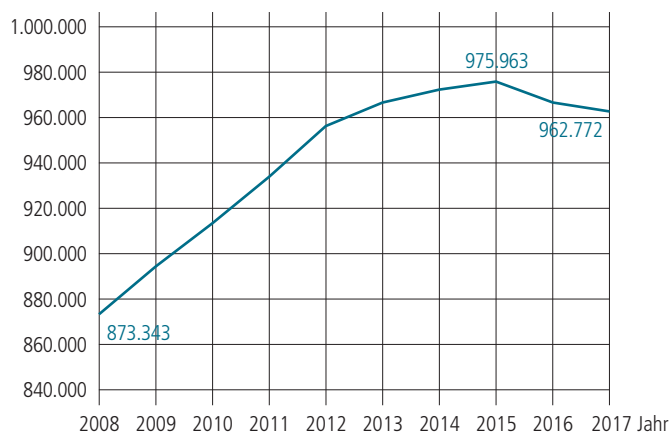


Abbildung 56: Absolute Krankenhausfälle in psychiatrischen Fachabteilungen von 2008 bis 2017. Quelle: GBE (2020).

Bettenzahl

Zur stationären Behandlung der psychisch erkrankten Menschen in Deutschland standen in den Krankenhäusern im Jahr 2017 die in Tabelle 31 dargestellten Kapazitäten in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen zur Verfügung (GBE, 2020). Ca. 3/4 der Betten fanden sich in den Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie („Erwachsenenpsychiatrie“), 15,4 % in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin und 8,5 % in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

In psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen stehen in Deutschland knapp 74.000 Betten zur Verfügung

Tabelle 31: Stationäre Behandlungskapazitäten für psychisch Erkrankte in Krankenhäusern

Fachabteilungen	Anzahl der Abteilungen	Bettenzahl absolut	Betten je 100.000 Einwohner	Anzahl Krankenhausfälle	durchschnittliche Verweildauer (Tage)
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	147	6.311	7,6	61.400	34,4
Psychiatrie und Psychotherapie	407	56.223	68,0	813.738	23,8
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	262	11.410	13,8	87.634	42,9
Summe	816	73.944	89,5	962.772	Mittelwert 33,7

Anmerkungen: Um einen Vergleich zu ermöglichen, wurden jeweils die Werte für 2017 verwendet, auch wenn für einzelne Spalten schon Daten für 2018 vorliegen. Quelle: GBE (2020).

Der Anteil von Betten in psychiatrischen Fachabteilungen an der Gesamtbettenzahl in Krankenhäusern in Deutschland liegt im Jahr 2017 bei 14,9 % und ist damit seit 2010 um insgesamt 1,6 Prozentpunkte gestiegen (Bundesregierung, 2019).

Die Bettenzahl pro 100.000 Einwohner⁸⁷ in allen psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen zusammen ist innerhalb von 10 Jahren relativ um 14 % gestiegen (s. Abb. 57; GBE, 2020). Die unterschiedliche Entwicklung der Bettenzahl in den verschiedenen psychiatrischen Fachabteilungen wird weiter unten beschrieben.

Knapp 15 % aller Krankenhausbetten in Deutschland finden sich in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen

Die (bevölkerungsstandardisierte) Bettenzahl in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen ist seit 2008 um 14 % gestiegen

⁸⁷ Die Bettenzahl wird standardisiert (je 100.000 Einwohner) angegeben, da dies für eine Interpretation der Zahl wichtig ist. Die Bettenzahl ist immer in Abhängigkeit von der jeweiligen Bevölkerungszahl zu betrachten. Für die Krankenhausfallzahlen begrenzt auf die psychiatrischen Fachabteilungen liegen keine standardisierten Zahlen vor.

Bettenzahl in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen

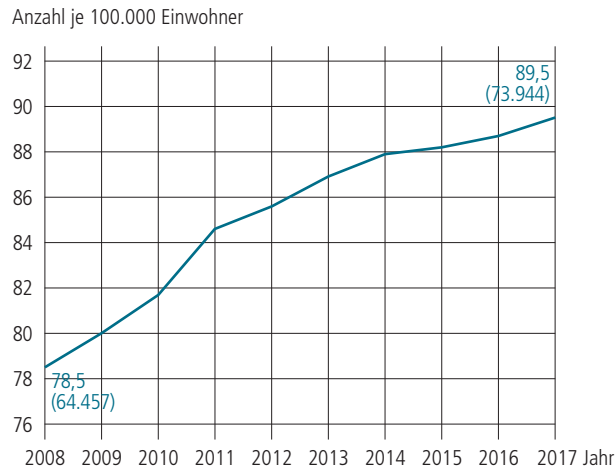


Abbildung 57: Bettenzahl je 100.000 Einwohner in psychiatrischen Fachabteilungen von 2008 bis 2017. In Klammern die jeweilige absolute Bettenzahl. Quelle: GBE (2020).

Die stationäre Verweildauer liegt in der Erwachsenenpsychiatrie bei ca. 3 ½ Wochen; die höchste Verweildauer findet sich mit ca. 6 Wochen in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik

Verweildauer

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (GBE, 2020) liegt die durchschnittliche Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen im Jahr 2017 bei 34,4 Tagen in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, bei 23,8 Tagen in der Psychiatrie und Psychotherapie und bei 42,9 Tagen in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik (s. Abb. 58). Insgesamt liegt die Verweildauer über die drei Abteilungsarten hinweg im Jahr 2017 bei 33,7 Tagen und ist damit innerhalb von 9 Jahren um 3,5 % leicht gefallen. In den einzelnen Fachabteilungen hat sich die Verweildauer unterschiedlich entwickelt.

Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen

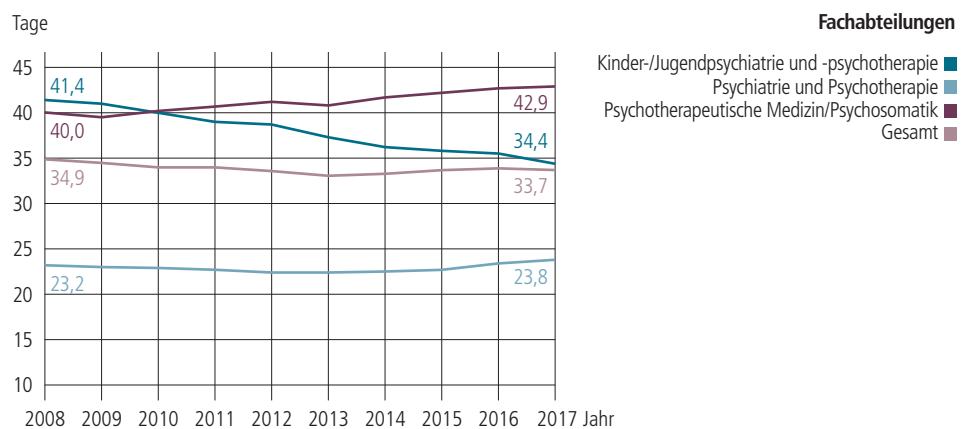


Abbildung 58: Durchschnittliche Verweildauer insgesamt und in den einzelnen psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen von 2008 bis 2017 in Tagen. Quelle: GBE (2020).

Vergleich der stationären Kennzahlen innerhalb der psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen

Die drei Fachabteilungsarten haben sich von 2008 bis 2017 unterschiedlich entwickelt

In den Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sind die Fallzahlen seit 2008 um 4,4 % gestiegen (von 779.717 auf 813.738). Dabei gab es bis zum Jahre 2015 eine stärkere Steigerung bis auf 835.298 Fälle, dann aber wieder einen leichten Rückgang. Die Bettenzahl (je 100.000 Einwohner) ist in den beschriebenen 10 Jahren um 5,3 % gestiegen (s. Abb. 60); die stationäre Verweildauer hat um nur 2,6 % zugenommen (GBE, 2020). Die stationäre Versorgung in diesem Bereich erscheint damit über die letzten Jahre relativ stabil.

Die Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik hat ihre Bettenkapazität innerhalb von 10 Jahren um 4/5 erhöht

Die Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik weisen seit 2008 eine beträchtliche Veränderung auf. Die Fallzahlen sind in diesem Zeitraum um 70,4 % gestiegen (von 51.441 auf 87.634), die Zahl der Betten (je 100.000 Einwohner) sogar um 81,6 % (s. Abb. 59 und 60). Die Verweildauer hat nur minimal um 0,6 Tage zugenommen (7,3 %). Die Bedeutung dieser Fachabteilungen für die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen hat demnach in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Die Fallzahl der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen ist seit 2008 um 45 % gestiegen (von 42.185 auf 61.400). Die Bettenzahl je 100.000 Einwohner ist im gleichen Zeitraum um 20 % gestiegen, die Verweildauer in den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie um 7 Tage (17 %) gesunken (GBE, 2020). Aus der Abnahme der Verweildauer der Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Abteilungen erwächst besonders die Notwendigkeit, Kooperationspartnerschaften zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität im Sinne einer ambulanten Weiterbehandlung zu schaffen (Fegert et al., 2017).

Die stationären Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen haben sich in den letzten Jahren um 1 Woche verkürzt; wobei die behandelten Fälle um 45 % gestiegen sind

Fallzahlen nach Fachabteilungen

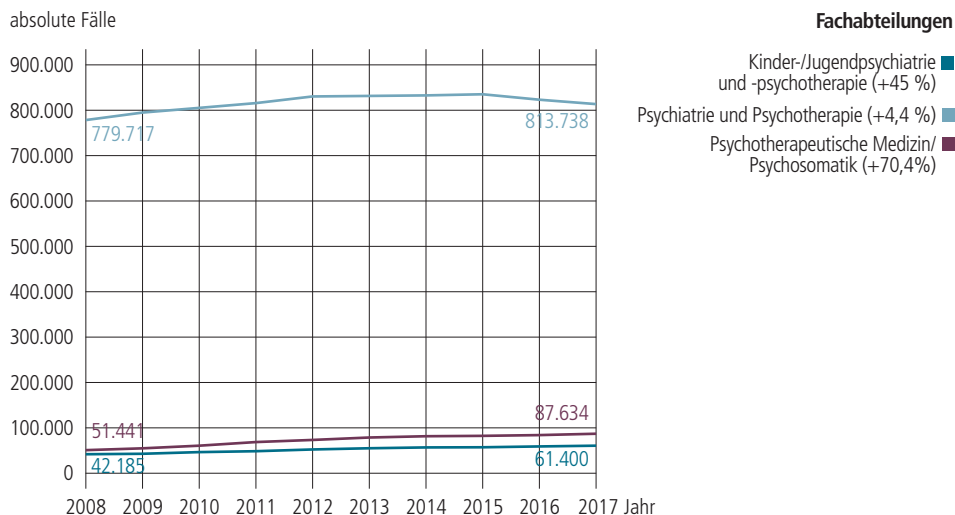


Abbildung 59: Absolute Krankenhausfälle in den jeweiligen psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen von 2008 bis 2017. Quelle: GBE (2020).

Bettenzahl nach Fachabteilungen

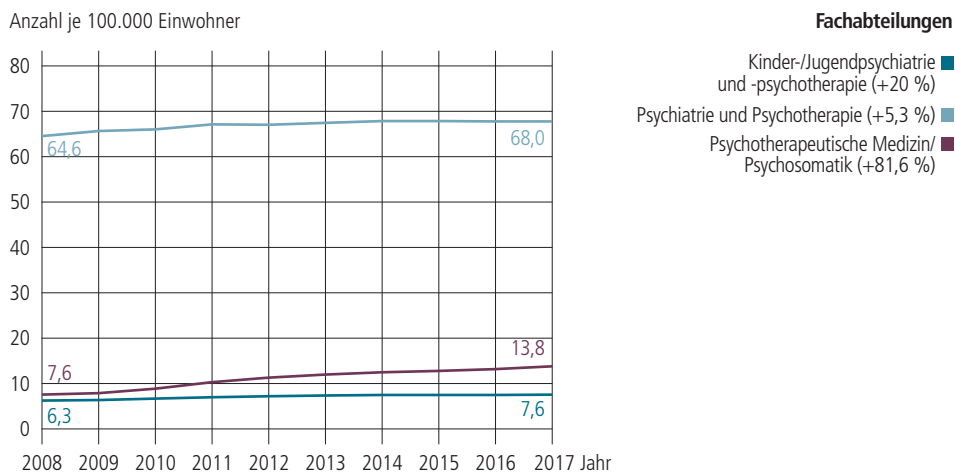


Abbildung 60: Bettenzahl je 100.000 Einwohner in den jeweiligen psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen von 2008 bis 2017. Quelle: GBE (2020).

Erweitert man an dieser Stelle den Blick noch einmal kurz auf alle Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen in allen Fachabteilungen der deutschen Krankenhäuser (inkl. u. a. Neurologie), so ergibt sich für 2019 eine deutlich kürzere durchschnittliche fallbezogene Verweildauer psychisch Kranker von 24,9 Tagen als bei Patienten, die in einer psychiatrischen Fachabteilung behandelt werden. Diese ist viermal so lang wie bei somatischen Erkrankungen (6,2 Tage im Jahr 2019). Die Verweildauer bei Frauen liegt hier bei psychischen und Verhaltensstörungen höher als die von Männern (28,2 vs. 22 Tage).

Die stationäre Verweildauer bei psychisch erkrankten Menschen ist 2019 viermal so lang wie bei somatisch Erkrankten

5.1.2 Stationärer Bereich - Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Psychosomatische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen zielt darauf ab, eine körperliche Gesundheit und psychische Stabilität bei den Patienten zu erreichen, um Folgestörungen oder Rückfälle zu verhindern und zu lindern. Die Behandlung soll die Lebensqualität erhöhen und psychische Determinanten positiv beeinflussen, so dass auch eine Prävention für die Zukunft erfolgt. Die Rehabilitation bei Suchterkrankungen hat v. a. das Ziel der dauerhaften Abstinenz der Patienten.

Stationäre Vorsorgeleistungen sollen schweren Gesundheitsstörungen vorbeugen. Die Anwendung von Heilmitteln, Maßnahmen zur Verbesserung des Allgemeinzustandes und der Gesundheitsberatung stehen dabei im Vordergrund. Diese stationären Leistungen kommen infrage, wenn ambulante Vorsorgemaßnahmen nicht ausreichend sind oder wenn der strukturgebende Rahmen einer stationären Einrichtung notwendig erscheint. Bei Kindern und Jugendlichen kommen stationäre Vorsorgeleistungen dann in Betracht, wenn eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung erkennbar ist. Sie sind außerdem indiziert bei Verhaltensabweichungen, Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen und zur Verhinderung einer Verschlimmerung chronischer Erkrankungen. Hierfür stehen spezielle Vorsorgeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche zur Verfügung.

Von allen Fachabteilungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen entfallen 22 % auf Suchtabteilungen (277 Abteilungen) und 15 % auf den Bereich Psychosomatik/Psychotherapie (187 Abteilungen). Damit liegt der Suchtbereich auf dem zweiten und Psychosomatik/Psychotherapie auf dem dritten Platz. Nur der Bereich Orthopädie verfügt über mehr Fachabteilungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (28 %, 367 Abteilungen; DRV, 2019).

Fallzahl

Im Jahr 2019 entfielen mit 181.094 Leistungen 21,2 % der stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen in Deutschland auf psychische Erkrankungen. Die psychischen Erkrankungen stehen damit an zweiter Stelle bei der Verteilung stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen (s. Tab. 32). Nur Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (also orthopädische Erkrankungen) sind Anlass für mehr stationäre Rehaleistungen (35,6 %; DRV 2020a). Zum Vergleich: Bei den ambulanten Rehaleistungen entfallen nur 10,7 % der abgeschlossenen Leistungen auf psychische Erkrankungen. Die absoluten Fallzahlen für die verschiedenen Fachabteilungen der stationären Rehabilitation psychischer Erkrankungen finden sich umfassend bisher nur für 2017 (s. Tab. 33).

Tabelle 32: Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Anteil Rehabilitationsleistungen (%)
1. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	35,6
2. Psychische und Verhaltensstörungen	21,2
3. Neubildungen	18,2
4. Krankheiten des Kreislaufsystems	10,6
5. Sonstige Erkrankungen	8,3
6. Krankheiten des Verdauungssystems/Stoffwechselkrankheiten	3,5
7. Krankheiten des Nervensystems	2,8

Anmerkungen: Leistungen im Jahr 2019. Eigene Berechnungen. Quelle: DRV (2020a).

Über 1/3 aller stationären Rehabilitationsabteilungen haben eine Spezialisierung für psychische Erkrankungen

1/5 aller stationären Rehabilitationsleistungen finden aufgrund psychischer Erkrankungen statt

1/4 aller stationären Rehamaßnahmen bei Kindern finden wegen psychischer Erkrankungen statt

Aufgrund von psychischen Erkrankungen werden Männer häufiger akutstationär behandelt, Frauen häufiger in stationärer Rehabilitation

Für Kinder und Jugendliche wurden 2019 9.336 stationäre Rehabilitationsleistungen wegen psychischer und Verhaltensstörungen aufgeführt. Insgesamt wurden über alle Indikationen hinweg 33.421 stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder durchgeführt (DRV, 2020a).

Auch Mutter-Kind-Kuren finden zu einem hohen Anteil aufgrund psychischer Probleme statt. Ca. 80 % der Mütter bzw. Väter weisen psychische Störungen als eine von mehreren Aufnahmeindikationen auf. 39 % der Kinder in Mutter-Kind-Kuren haben psychische Störungen (Müttergenesungswerk, 2020).

Frauen verzeichneten 2019 bei stationären Rehabilitationsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen den höheren Anteil an allen stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen als Männer (23,8 vs. 18,6 %). Die Zahl der abgeschlossenen Leistungen für stationäre medizinische Rehabilitation insgesamt lag für Frauen bei 104.058 und für Männer bei 77.036 (DRV, 2020a).

Bettenzahl

Bei der Betrachtung der stationären Behandlungskapazitäten muss neben dem Akutbereich auch der Bereich der Prävention und Rehabilitation berücksichtigt werden. 2017 standen 32.232 Betten in diesem Bereich zur Verfügung, davon 14.356 in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie 17.876 in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik⁸⁸. Seit 2010 hat sich die absolute Bettenzahl in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Psychiatrie und Psychotherapie um 5,5 % verringert und in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik um 24 % erhöht (GBE, 2020). Analog zum Akutbereich zeigt sich hier anhand der absoluten Zahlen ein deutlich stärkeres Wachstum der Behandlungskapazitäten in den Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik im Vergleich zu den Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie.

Für psychisch erkrankte Menschen stehen ca. 32.000 Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung

Tabelle 33: Stationäre Behandlungskapazitäten für psychisch Erkrankte in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Fachabteilungen	Anzahl der Abteilungen	Bettenzahl	Betten je 100.000 Einwohner	Fallzahl
Psychiatrie und Psychotherapie	210	14.356	17,4	64.564
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	179	17.876	21,6	157.248
Summe	389	32.232	39	221.812

Anmerkungen: Um einen Vergleich zu ermöglichen, wurden jeweils die Werte für 2017 verwendet, auch wenn für einzelne Spalten schon Daten für 2018 vorliegen. Quelle: GBE (2020).

Verweildauer

Psychisch erkrankte Patienten haben bei stationären Rehamaßnahmen der DRV eine weit überdurchschnittliche Behandlungsdauer über alle Fachabteilungen hinweg (s. Abb. 61; DRV, 2019). Bei psychischen Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen) liegt die Verweildauer im Jahr 2018 bei 37,3 Tagen (Frauen: 36,9 Tage; Männer: 37,7 Tage). Suchterkrankungen werden hier gesondert betrachtet: Im Suchtbereich verbleiben die Patienten im Durchschnitt mit 86 Tagen (Frauen: 86,5 Tage; Männer: 85,4 Tage) deutlich länger.

Psychisch erkrankte Menschen bleiben deutlich länger in stationärer Rehabilitation als somatisch Erkrankte

Durchschnittliche Verweildauer in stationärer Rehabilitation

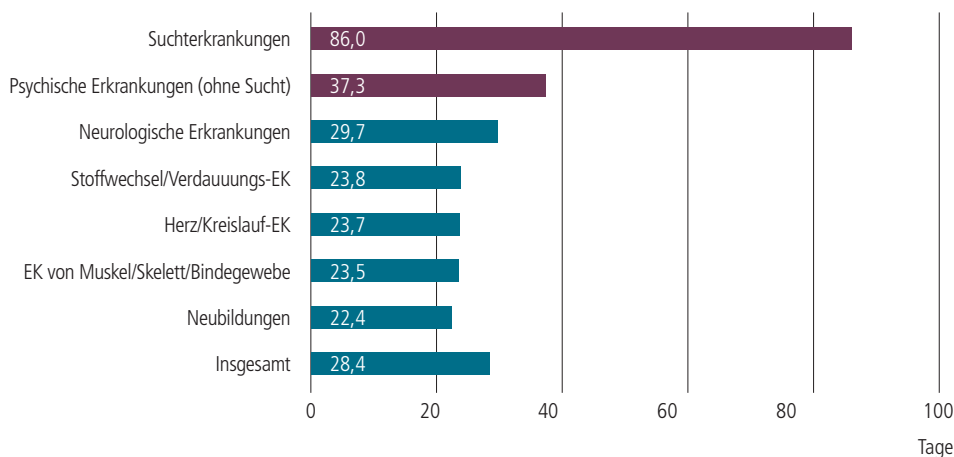


Abbildung 61: Durchschnittliche Behandlungsdauer stationärer Rehamaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung nach Störungsgruppe im Jahr 2018. Quelle: DRV (2019).

5.1.3 Teilstationärer Bereich

Die teilstationäre Psychotherapie ist ein Versorgungsbereich, der sich in zunehmendem Maße in der Krankenhausbehandlung von psychisch erkrankten Menschen etabliert. Tageskliniken befinden sich meist in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken oder Abteilungen. Das therapeutische Angebot ist ähnlich wie bei der vollstationären Behandlung und steht den Patienten fünf Tage pro Woche tagsüber zur Verfügung. Die Abende und die Wochenenden verbringen die Patienten in ihrem häuslichen Umfeld.

⁸⁸ Aktuelle Daten im GBE liegen hier bis zum Jahr 2017 vor.

Psychotherapeutische Nachtkliniken bieten Patienten eine Möglichkeit, vorübergehend therapeutisch behandelt zu werden und eine Übernachtungsmöglichkeit zu erhalten. Patienten können tagsüber einer beruflichen oder privaten Beschäftigung nachgehen und abends in die Klinik zurückkehren. Indikationen können eine Abklärung, Veränderung oder Stabilisierung der Lebenssituation oder Integration nach akuter Erkrankungsphase sein (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; AWMF, 2020).

Zur teilstationären Versorgung stehen ca. 20.000 Behandlungsplätze zur Verfügung

Ergänzend zur vollstationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung stehen 20.297 tages- und nachtklinische Behandlungsplätze in den psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilungen zur Verfügung, davon 14.693 in der Psychiatrie und Psychotherapie, 3.375 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und 2.229 in der Psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik (s. Tab. 34). Die Zahl der tages- und nachtklinischen Behandlungsplätze hat sich innerhalb von 8 Jahren um 35,8 % erhöht (15.496 Plätze im Jahr 2010; Bundesregierung, 2019).

Tabelle 34: Anzahl der Krankenhäuser und Fallzahlen in den psychiatrischen Fachabteilungen

Fachabteilungen	Vorstationäre Behandlungen		Nachstationäre Behandlungen		Tages- und Nachtklinikplätze		Teilstationäre Behandlungen	
	Krankenhäuser	Fallzahl	Krankenhäuser	Fallzahl	Krankenhäuser	Plätze	Krankenhäuser	Plätze
Psychiatrie und Psychotherapie	293	45.927	162	7.747	411	14.693	438	164.670
Kinder- und Jugendpsychiatrie	54	1.087	24	367	132	3.375	146	26.442
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	131	27.257	64	1.434	139	2.229	158	20.057
Summe		74.271		9.548		20.297		211.169

Anmerkungen: Daten beziehen sich auf vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen. Quelle: GBE (2020).

5.2 Stationäre Fachbehandler

In der stationären Versorgung sind 14.700 Fachbehandler tätig, darunter etwas mehr Psychotherapeuten als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Insgesamt waren im Jahr 2019 15.497 Fachbehandler in der stationären Versorgung psychisch erkrankter Menschen in deutschen Krankenhäusern tätig. Die Versorgung wurde dabei zu über 80 % von Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie geleistet (s. Abb. 62). Von den im Jahr 2019 in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen in Deutschland tätigen Fachbehandletern waren 6.752 Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), 6.065 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 1.145 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 510 Fachärzte für Nervenheilkunde und 1.025 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stationär tätig (G-BE, 2020).

Stationär tätige Fachbehandler

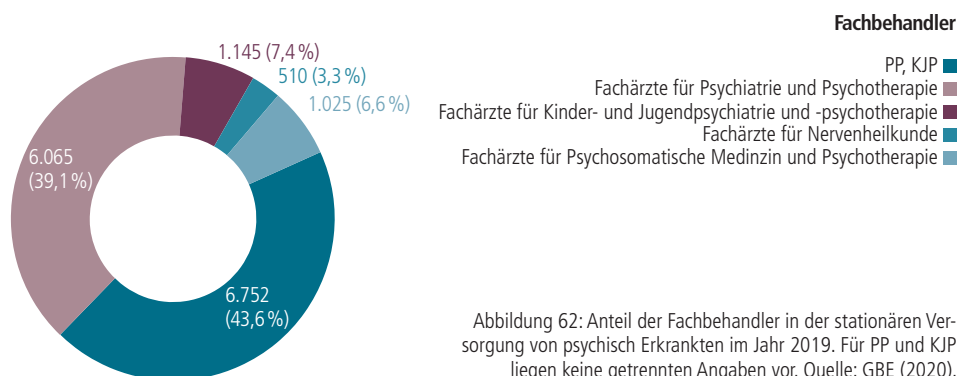


Abbildung 62: Anteil der Fachbehandler in der stationären Versorgung von psychisch Erkrankten im Jahr 2019. Für PP und KJP liegen keine getrennten Angaben vor. Quelle: GBE (2020).

Ca. 14 % aller in Deutschland tätigen PP und KJP sind im stationären oder teilstationären Bereich beschäftigt.

Nach den ambulanten Einrichtungen ist der stationäre und teilstationäre Bereich der wichtigste Tätigkeitsbereich der PP und KJP in Deutschland. Von den 48.265 aktuell in Deutschland tätigen PP und KJP waren im Jahr 2019 insgesamt 8.472 (17,6 %) stationär oder teilstationär tätig. Mit 6.752 waren 4/5 dieser Gruppe stationär tätig (13,9 % aller PP und KJP); 1.720 (3,6 % aller PP und KJP) waren in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätig (GBE, 2020).

Zu angestellten PP und KJP liegen nur wenige belastbare Daten vor. Laut einer bundesweiten Umfrage der BPTK aus dem Jahr 2013 ist die große Mehrheit der stationär tätigen Psychotherapeuten in psychiatrischen, kinderpsychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen tätig. Allein in den psychiatrischen und kinderpsychiatrischen Stationen sind es 53 %. Tabelle 35 zeigt die Tätigkeitsbereiche der PP und KJP in Krankenhäusern im Detail (Vogel, 2016).

Im stationären Bereich sind über 50 % der PP und KJP in der Psychiatrie tätig

Tabelle 35: Tätigkeitsbereiche stationär tätiger PP und KJP

Tätigkeitsfeld	Anteil (%)
Erwachsenenpsychiatrie (Allgemeinpsychiatrie)	35
Kinder- und Jugendpsychiatrie	18
Psychosomatik	13
Forensik, Maßregelvollzug	5
Funktionsdienst (neurologisch/psychologisch o.ä.)	5
Suchtmedizin	4
Gerontopsychiatrie	3
Neurologie	2
Anderes	16

Anmerkungen: Ergebnisse aus dem Jahr 2013. Quelle: Vogel (2016).

In einer Mitgliederumfrage der DPtV im Jahr 2020 gaben von allen bundesweit befragten angestellt tätigen PP und KJP 445 eine Tätigkeit im stationären Bereich an, davon 50,1 % in Psychiatrischen Kliniken, 25,2 % in Psychosomatischen Kliniken, 12,1 % in Psychiatrischen Institutsambulanzen, 8,9 % in somatischen Klinikabteilungen und 3,1 % in Forensischen Kliniken (Landgraf & Rabe-Menssen, 2021).

Neben den approbierten Psychotherapeuten sind im Jahr 2017 auch 7.721 Psychologen in deutschen Krankenhäusern tätig gewesen (Statistisches Bundesamt, 2019).

5.3 Probleme in der stationären und sektorenübergreifenden Versorgung

5.3.1 Personalstandards in der Psychiatrie

Eine gute Patientenversorgung ist nur möglich, wenn genügend Fachbehandler sie leisten. Die bisherigen Personalvorgaben wurden in der 1991 in Kraft getretenen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) festgeschrieben. Berufs-, Fach- und Patientenverbände wiesen jahrelang auf personalkapazitätsbedingte Missstände in der psychotherapeutischen stationären Versorgung hin. Der Gesetzgeber sah hier schließlich Handlungsbedarf und formulierte einen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Personalvorgaben so festzulegen, dass die Umsetzung einer leitliniengerechten Versorgung ermöglicht wird. Es muss also für die Umsetzung stationärer Psychotherapie ausreichend Personal in allen Behandlungsbereichen für alle Patientengruppen zur Verfügung stehen.

Psych-PV: Bei der Psychiatrie-Personalverordnung handelte es sich um eine Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. Die Verordnung regelte die personelle Ausstattung psychiatrischer Krankenhäuser, bildete einen wesentlichen Rahmen für die Finanzierung der Behandlung in der Psychiatrie und setzte Mindeststandards für die Patientenversorgung.

In der Realität wird die personelle Gesamtsituation in der Psychiatrie von vielen Beschäftigten als alarmierend und die psychische Belastung als sehr hoch eingeschätzt. 77 % der Beschäftigten bewerten die Besetzung auf ihrer Station als „knapp“ oder „viel zu gering“. Dies zeigen Ergebnisse einer Umfrage der Gewerkschaft ver.di mit 2.329 teilnehmenden Psychiatrie-Beschäftigten im Jahr 2019⁸⁹. Demnach ist in vielen psychiatrischen Kliniken Psychotherapie nur eingeschränkt oder gar nicht möglich. Aus der Umfrage ergeben sich auch Hinweise darauf, dass die personelle Unterbesetzung oft durch noch nicht approbierte Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) ausgeglichen wird und dass teilweise gar keine Psychotherapie oder pro Patient nur 25 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche durchgeführt wird. Aus der Umfrage ergibt sich auch, dass es aufgrund dieser mangelhaften Personalausstattung zu eigentlich unnötigen Zwangsmaßnahmen sowie zur Zunahme von Aggressionen und Eskalationen auf psychiatrischen Stationen kommt (ver.di, 2019).

Die Personalsituation in vielen psychiatrischen Kliniken ist nach Einschätzung der Mitarbeiter angespannt

Bis Ende 2019 galt die o. g. Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), in den Vorgaben zu personellen Mindeststandards für die Patientenversorgung festgesetzt waren. In dieser Verordnung wurden die Versorgungsleistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht beschrieben, da diese Berufsgruppe erst mit dem Psychotherapeutengesetz 1999 entstanden ist. Eine Anpassung an diesen Fortschritt im Gesundheitssystem erfolgte nicht.

Erst seit 2020 sind PP und KJP explizit in der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt

⁸⁹ Die Umfrageteilnehmer (Pflegekräfte und medizinisch-therapeutische Berufsgruppen) waren an 168 Krankenhäusern in allen 16 Bundesländern tätig.

Zum 1.1.2020 trat die **Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)** in Kraft. Diese legt Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest, darunter verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Nach § 11 der PPP-RL sollen die Krankenhäuser ab 2021 die Einhaltung der Mindestvorgaben regelmäßig quartalsweise getrennt für die verschiedenen Berufsgruppen nachweisen. Für das Jahr 2020 besteht eine Sanktionsfreiheit bei Nicht-Einhaltung, danach erfolgen stufenweise Sanktionen. Den Behandlungsbereichen aus der Psych-PV wurde ein eigener Bereich Psychosomatik hinzugefügt. PP und KJP wurden in die Berufsgruppen aufgenommen, jedoch wurde für sie kein Tätigkeitsprofil definiert.

PiA können gemäß § 8 Abs. 2 PPP-RL personell angerechnet werden, wenn sie vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufs (zumeist: des Psychologen) erhalten. Nach der Erhöhung der Minutenwerte zur Ermittlung des Personalbedarfs kann jeder Patient nun rechnerisch 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten. Der G-BA hat sich in der PPP-RL verpflichtet, bis zum 1.1.2022 Anpassungen vorzunehmen, darunter auch die Definition von Tätigkeitsprofilen für PP und KJP.

Auch die neu beschlossene Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik ermöglicht dort keine adäquate Versorgung

Nach der neuen PPP-RL gelten für die psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Versorgung nun verbindliche personelle Mindestvorgaben. Der G-BA selbst stellt klar, dass diese Mindestvorgaben keine Anhaltswerte zur Personalbemessung sind (G-BA, 2020). Für die neue Richtlinie wurden die Regelungen der Psych-PV mit nur geringfügigen Änderungen übernommen (s. Kasten). Entsprechend wurden die mit der PPP-RL eingeführten Änderungen von psychotherapeutischen Berufsverbänden und der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Bundesärztekammer als unzureichend bewertet. Kritisiert wurde, dass die Versorgungsleistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin nicht berücksichtigt würden und dass die Vorgaben für psychotherapeutische Behandlungen viel zu niedrig beurteilt würden. Der vorgesehene Personalstandard ermögliche weiterhin keine gute psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Behandlung im stationären Setting (BPTK, 2019). Eine leitliniengerechte Behandlung sei mit der nun vorgeschriebenen Personalausstattung weiterhin nicht möglich. Auch in der Politik wurde Nachbesserungsbedarf gesehen und der G-BA mit einer Ergänzung der Richtlinie bis zum 30.9.2020 beauftragt. Zudem wurde vom Gesetzgeber in einem Änderungsantrag zum Reformgesetz der Medizinischen Dienste der Krankenkassen klargestellt, dass die Mindestanforderungen in der Richtlinie keine angemessene Personalausstattung darstellen. Eine angemessene höhere Personalausstattung sei in den Budgetverhandlungen vor Ort zu berücksichtigen (BPTK, 2019).

Im Rahmen des am 18.9.2020 verabschiedeten Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) wurde der gesetzliche Auftrag an den G-BA, die PPP-RL um Mindestvorgaben für Psychotherapeuten zu ergänzen, erneut bestätigt⁹⁰. Diese Mindestvorgaben müssen sich nicht mehr an der Zahl der Krankenhausbetten orientieren, sondern sollen für Einzelbehandlungen über Minutenwerte für die beteiligten Berufsgruppen definiert werden. Berufsverbände kritisieren die vorgesehenen Regelungen als unzureichend für eine angestrebte adäquate Versorgung mit qualifizierten Fachbehandlern. Konkret gefordert werden eine Erhöhung der Zeitwerte pro Patient für die verschiedenen Berufsgruppen, eine Anpassung der Minutenregelungen explizit für Einzel- und Gruppentherapien, die Berücksichtigung von PiA und zukünftigen Psychotherapeuten in Weiterbildungen in den Stellenplänen sowie deren angemessene Vergütung und die Einbeziehung von PP und KJP in Leitungspositionen in psychiatrischen Fachabteilungen (DPtV, 2020b).

5.3.2 Versorgung über Sektorengrenzen

Eine funktionierende Vernetzung und Koordinierung der verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsangebote ist für alle kranken Menschen wichtig; gerade bei der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen machen sich die Sektorengrenzen jedoch besonders negativ bemerkbar. Laut einem Gutachten des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führen Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz psychisch erkrankte Menschen unnötigerweise in stationäre Einrichtungen. Gleichzeitig gelingt es Betroffenen oft nicht, nach einem stationären Aufenthalt zeitnah in eine ambulante Weiterbehandlung zu gelangen (SVR, 2018).

Nach stationären Aufenthalten gelingt der direkte Übergang in eine ambulante Psychotherapie sehr selten

Versicherte haben zwar nach § 39 Absatz 1a SGB V gegenüber dem Krankenhaus einen Anspruch auf Durchführung eines Entlassmanagements beim Übergang in die ambulante Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung. Dies wird jedoch in der Praxis eher in Bezug auf indizierte somatisch-medizinische und pflegerische Maßnahmen umgesetzt und gestaltet sich oftmals bei der psychotherapeutischen Weiterbehandlung nach psychiatrischen Krankenhausaufenthalten schwierig. Konkrete Daten zur Frage der Anzahl von Versorgungsabbrüchen durch fehlende angemessene ambulante Maßnahmen und speziell auch der psychotherapeutischen Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt liegen nicht vor (Bundesregierung, 2019). Eine zügige, nahtlose Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt ist aber selten (SVR, 2018). Dies wird neben den Wartezeiten wegen fehlender ambulanter Therapieplätze (s. Kap. 4.5) auch auf die Tatsache zu-

⁹⁰ Der G-BA muss bis zum 30.9.2021 entsprechende Ergänzungen in der PPP-RL vornehmen.

rückgeführt, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen, die im SGB V geregelt sind, auch Leistungen anderer Sozialrechtsgebiete, z. B. Eingliederungshilfe (nach SGB XII) und berufliche Rehabilitation (nach SGB IX) etc. benötigen (SVR, 2018).

Die Anzahl der voll- bzw. teilstationären Wiederaufnahmen ins Krankenhaus nach einem vorherigen vollstationären Basisaufenthalt im Entgeltbereich der Psychiatrie lag für GKV-Patienten im Jahr 2016 bundesweit innerhalb von einer Woche bei 7,3 % und innerhalb von 30 Tagen bei 14,7 %. Innerhalb von 120 Tagen wurden sogar 41,5 % der Patienten wieder aufgenommen (Bundesregierung, 2019).

Die ambulante Versorgung schwer psychisch Kranker im Krankenhaus ist eine wesentliche Veränderung infolge der Psychiatrie-Enquete 1975. Der Gesetzgeber verpflichtete in diesem Rahmen bereits die KVen nach §118 SGB V zur Ermächtigung psychiatrischer Fachkrankenhäuser. Die so geschaffenen Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) schaffen ein krankenhaushnahes ambulantes Versorgungsangebot (s. Kap. 5.3.3). Im Rahmen der Gesetzgebung sind in den letzten Jahren einige weitere Verbesserungen in der sektorenübergreifenden Versorgung von psychisch erkrankten Menschen erreicht worden. Dazu zählen die Verträge zur Besonderen Versorgung nach §140a SGB V zur Leistungssektoren übergreifenden oder interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung („Integrierte Versorgung“) ebenso wie Modellvorhaben nach §64 b SGB V zur sektorenübergreifenden Versorgung psychisch Kranker. Es erfolgt keine zentrale Erfassung dieser Versorgungsmodelle, so dass keine bundesweiten Daten hierzu vorliegen. Im Januar 2019 gab es nach Angaben der Bundesregierung (2019) 21 Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64 b SGB V. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ist für stationäre Einrichtungen die Möglichkeit geschaffen worden, Patienten im häuslichen Umfeld im Rahmen einer stationsäquivalent-psychiatrischen Versorgung bei Hinzuziehung ambulanter Leistungserbringer zu behandeln (s. Kap. 5.3.3). Alle genannten Maßnahmen dienen auch dem Vorsatz „ambulant vor stationär“. Mit dem Psychotherapeutenbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) im November 2019 wurden Regelungsaufträge an den G-BA für eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung erteilt. U. a. hat der G-BA Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen (Bundesregierung, 2019).

Im Folgenden werden Ansätze zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen über die Versorgungsgrenzen hinweg dargestellt.

5.3.3 Ambulante Leistungen im Umfeld von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen

Ambulante psychiatrische und psychosomatische Krankenhausleistungen an Institutsambulanzen sollen ergänzend an Stellen wirken, wo Versorgungslücken bestehen und sollen die Koordination der Versorgungsebenen unterstützen. Grundsätzlich sollen Doppelstrukturen vermieden werden. Der Versorgungsauftrag der Institutsambulanzen ist daher auf spezifische Patientengruppen mit besonderem Bedarf eingeschränkt.

Nach §118 SGB V dienen **Psychiatrische Institutsambulanzen** der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung psychisch Erkrankter an psychiatrischen Krankenhäusern. Die Behandlung ist auf einen speziellen Kreis an Patienten ausgerichtet, die nach Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in Gefahr stehen, regelmäßig stationär aufgenommen zu werden, oder die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.

Gemäß der Vereinbarung zu PIA zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV sind spezifische Einschlusskriterien für die Behandlung Erwachsener und für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen festgelegt. In Frage kommende Patienten müssen eine Diagnose aus der Diagnosen-Positivliste haben und gewisse Kriterien der Schwere oder der Dauer der Erkrankung erfüllen. Wenn bezüglich der Schwere und der Dauer der Erkrankung gegebene Kriterien erfüllt sind, können auch Patienten mit einer anderen F-Diagnose des ICD-10 in PIA behandelt werden. Bei Kindern und Jugendlichen müssen ebenfalls bestimmte Kriterien zur Art der Erkrankung in Verbindung mit der Schwere oder der Dauer der Erkrankung erfüllt sein (KBV, 2019b).

Seit der flächendeckenden Einrichtung 2001 etablierten sich die PIA als ambulantes Versorgungsmodell der psychiatrischen Kliniken. Es handelt sich bei dieser Behandlungsform um ein multiprofessionelles Behandlungsangebot, das in einer Institutsambulanz an psychiatrischen Fachkrankenhäusern, psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Universitätskliniken als ambulante Krankenhausleistung erbracht werden kann. Die Ausgaben für die Behandlung in PIA werden seit 1999 statistisch erfasst und sind seitdem bundesweit kontinuierlich gestiegen (s. Kap. 3.1.3). Weitere Kennzahlen zu PIA werden nicht regelhaft erhoben.

Innerhalb von 4 Monaten nach Entlassung werden über 40 % der Patienten wieder stationär aufgenommen („Drehtüreffekt“)

In den letzten Jahren sind gesetzliche Änderungen mit dem Ziel der besseren sektorenübergreifenden Versorgung von psychisch Erkrankten erfolgt

Psychiatrische Institutsambulanzen sind deutschlandweit an vielen Standorten etabliert

Seit 2019 sind zusätzlich Psychosomatische Institutsambulanzen nach §118 SGB V möglich

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung: neue Form der psychiatrischen „Krankenhausbehandlung“ im häuslichen Umfeld der Patienten

Ambulante Versorgung hat Nachholbedarf – mit der „Komplexversorgung“ entsteht eine neue ambulante Behandlungsform für schwer psychisch Kranke

Im Jahr 2013 wurde die Möglichkeit der Einrichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen durch eine Ergänzung im § 118 SGB V auf den Bereich der Psychosomatik erweitert. Grundsätzlich können psychosomatische Krankenhäuser sowie psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen eine sogenannte **Psychosomatische Institutsambulanz (PSIA)** einrichten. Für die einzubeziehende Patientengruppe sind auch hier klare Kriterien definiert. Es muss eine Diagnose aus der betreffenden Diagnosenliste vorliegen und eine begleitende, damit pathogenetisch verbundene somatische Diagnose bestehen (KBV, 2019b).

Auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen sollen einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke erfüllen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen ambulanten, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen.⁹¹ Dies soll wie bei den PIA einer Fehlbehandlung entgegenwirken, stationäre Aufenthalte vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten verkürzen und bei den Patienten die notwendige Motivation für eine weiterführende Psychotherapie stärken. Das Behandlungsangebot umfasst das gesamte Behandlungsspektrum psychosomatischer Diagnostik und Therapie.

Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber in § 115d SGB V die sogenannte **Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)** als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit definiert. Diese Behandlung kann seit dem 1.1.2018 erbracht werden.

Bei der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten, die durch mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams erbracht werden soll. In diese Behandlungsteams können ambulant tätige Fachgruppen einbezogen werden, dabei müssen immer mindestens 51 % der Leistungen durch die stationäre Einrichtung erbracht werden. Nach medizinischer Indikation soll diese Behandlungsform anstelle einer vollstationären Behandlung erfolgen, da sie dieser hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität entspricht. Während dieser Behandlung müssen mindestens einmal pro Tag ein direkter Patientenkontakt mit einem Teammitglied, eine wöchentliche ärztliche Visite im häuslichen Umfeld und wöchentliche Fallbesprechungen stattfinden. Im Krisenfall muss – wie beim stationären Aufenthalt – sehr schnell Versorgung verfügbar sein, weswegen das Behandlungsteam an Werktagen durchgehend zu den Tagesdienstzeiten der jeweiligen Klinik erreichbar sein muss.

Laut dem Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen haben im Jahr 2018, also im ersten Jahr der Abrechnungsmöglichkeit der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, 13 Krankenhäuser entsprechende Leistungen abgerechnet (GKV-Spitzenverband, 2021). 2019 wurden 7,87 Mio. € für Stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen ausgegeben; im ersten Halbjahr 2020 waren es laut der vorläufigen Rechnungsergebnisse bereits 6,17 Mio. €, so dass hochgerechnet auf das ganze Jahr 2020 von einer Steigerung um über 50 % im Vergleich zum Vorjahr ausgegangen werden kann.

Neben den Möglichkeiten für Krankenhäuser, ihre ambulante Versorgung zu erweitern, hat der Gesetzgeber im Jahre 2019 den G-BA damit beauftragt, ein spezielles Versorgungsangebot im ambulanten Bereich insbesondere für schwer psychisch kranke Patienten mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf zu schaffen. Bis zum 31.12.2020 soll der G-BA hierzu eine Richtlinie entwerfen. Diese neue Versorgungsform soll eine koordinierte interdisziplinäre Behandlung ermöglichen und die Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen mit einbeziehen. Die Integration von bspw. häuslicher psychiatrischer Krankenpflege, Ergotherapie oder Soziotherapie soll das Angebot begleiten und ergänzen. Ebenso sollen zukünftig probatorische Sitzungen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie bereits im Krankenhaus während des stationären Aufenthalts der Patienten durchgeführt werden können, damit keine Lücke zwischen der psychiatrischen oder psychosomatisch-psychotherapeutischen stationären Versorgung und einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung entsteht, sondern eine solche frühzeitig eingeleitet werden kann.

⁹¹ Als Beispiele für einzuschließende Patientengruppen, die selten anderswo ein passendes Behandlungsangebot finden, werden in der Literatur aufgeführt: Patienten vor und nach chirurgischen Eingriffen aufgrund massiver Adipositas, posttraumatisch erkrankte Patienten mit Typ-2-Trauma oder Patienten mit progredienten körperlichen Erkrankungen (Jäger & de Zwaan, 2014).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Psychisch erkrankte Menschen in Deutschland.....	12
Abbildung 2-3:	12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen nach Alter und sozioökonomischem Status	13
Abbildung 4:	Risikofaktoren für psychische Störungen	14
Abbildung 5:	Betroffene schwerer psychischer Erkrankungen	16
Abbildung 6:	Entwicklung der epidemiologischen 12-Monats-Prävalenz.....	19
Abbildung 7:	Entwicklung der Diagnoseprävalenz.....	19
Abbildung 8:	12-Monats-Prävalenz: Anzahl der Diagnosen	25
Abbildung 9:	Lebenszeitverlust nach Altersgruppen.....	27
Abbildung 10:	Sterbefälle durch Suizid	28
Abbildung 11:	Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung.....	31
Abbildung 12:	Kontakt ins Gesundheitssystem innerhalb eines Jahres	32
Abbildung 13:	12-Monats-Behandlungsprävalenz in Deutschland.....	33
Abbildung 14:	Ambulante Behandlung nach Behandlergruppen und Diagnosen.....	34
Abbildung 15:	Anteil Behandlungsfälle nach Behandlergruppe	40
Abbildung 16:	Krankheitskosten im europäischen Vergleich	42
Abbildung 17:	Krankheitskosten im weltweiten Vergleich	42
Abbildung 18:	Ausgaben der GKV 2019.....	43
Abbildung 19:	Direkte Krankheitskosten insgesamt.....	44
Abbildung 20:	Direkte Krankheitskosten in stationären Einrichtungen	46
Abbildung 21:	Direkte Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen	47
Abbildung 22:	Direkte Krankheitskosten in Arztpraxen.....	47
Abbildung 23:	Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – teilstationär und stationär	48
Abbildung 24:	Kostenanteil nach Krankheitsgruppen – ambulant	48
Abbildung 25:	Kostenanteil nach Behandlergruppen	49
Abbildung 26:	Direkte Krankheitskosten in Apotheken	51
Abbildung 27:	Direkte Krankheitskosten und Einnahme von Psychopharmaka.....	52
Abbildung 28:	Entwicklung der AU-Fälle nach Diagnosegruppen.....	54
Abbildung 29:	AU-Fälle nach Einzeldiagnosen	55
Abbildung 30:	AU-Tage nach Einzeldiagnosen	55
Abbildung 31:	AU-Tage je Fall.....	55
Abbildung 32:	Frühzeitige Berentungen.....	56
Abbildung 33:	Verlust gesunder Lebenszeit – Männer	57
Abbildung 34:	Verlust gesunder Lebenszeit – Frauen	57
Abbildung 35:	GKV-Ausgaben für alle Erkrankungen insgesamt 2019	58

Abbildung 36:	GKV-Ausgaben für Behandlungen psychischer Erkrankungen	59
Abbildung 37:	Verteilung der Richtlinienverfahren	65
Abbildung 38:	Psychotherapeutische Behandlungen nach Verfahren.....	66
Abbildung 39:	Nutzung der Sitzungskontingente je Therapieverfahren.....	67
Abbildung 40:	Durchgeführte Leistungen.....	69
Abbildung 41:	Terminanfragen nach psychotherapeutischen Leistungen.....	71
Abbildung 42:	TSS-Vermittlung	72
Abbildung 43:	Wartezeiten nach Psychotherapeuten-Dichte gruppiert	74
Abbildung 44:	Anteil von Videositzungen	75
Abbildung 45:	Ambulante Behandler psychischer Erkrankungen im Vertragsarztsystem.....	77
Abbildung 46:	Teilnehmende Psychotherapeuten nach Status (Zählung nach Personen)	78
Abbildung 47:	Teilnehmende Psychotherapeuten nach Status (Zählung nach Bedarfsgewichtung) ..	79
Abbildung 48:	Versorgungsaufträge	79
Abbildung 49:	Durchschnittsalter der Psychotherapeuten.....	80
Abbildung 50:	Altersstruktur der Psychotherapeuten.....	81
Abbildung 51:	Entwicklung der Absolventen.....	82
Abbildung 52:	Vertiefungsrichtung der PiA	83
Abbildung 53:	Krankenhaustage nach Störungsgruppen	85
Abbildung 54:	Krankenhaustage nach Alter und Geschlecht.....	86
Abbildung 55:	Krankenhausfälle aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen	87
Abbildung 56:	Krankenhausfälle in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.....	89
Abbildung 57:	Bettenzahl in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen	90
Abbildung 58:	Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen	90
Abbildung 59:	Fallzahlen nach Fachabteilungen	91
Abbildung 60:	Bettenzahl nach Fachabteilungen	91
Abbildung 61:	Durchschnittliche Verweildauer in stationärer Rehabilitation.....	93
Abbildung 62:	Stationär tätige Fachbehandler	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Erkrankungen	11
Tabelle 2: Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	17
Tabelle 3: Diagnosedaten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.....	17
Tabelle 4: Psychische Komorbidität bei schweren psychischen Störungen.....	25
Tabelle 5: Sterberisiken für Menschen mit schweren psychischen Störungen	27
Tabelle 6: Top 20 Behandlungsanlässe bei Psychologischen Psychotherapeuten	35
Tabelle 7: Anteil der erkrankten Menschen, die von Psychologischen Psychotherapeuten behandelt werden	35
Tabelle 8: Gründe für mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie	36
Tabelle 9: Top 20 Behandlungsanlässe bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	39
Tabelle 10: Anteil der behandelten, erkrankten Kinder und Jugendlichen, die von KJP behandelt werden	39
Tabelle 11: Direkte Krankheitskosten für Psychische und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht.....	44
Tabelle 12: Direkte Krankheitskosten für Psychische und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen.....	45
Tabelle 13: Anzahl der Leistungen der DRV aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen	50
Tabelle 14: Brutto-Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen.....	50
Tabelle 15: Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen....	52
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage für die 3 wichtigsten Diagnosegruppen	53
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Alter.....	53
Tabelle 18: Anzahl der Rentenzugänge wegen psychischer und Verhaltensstörungen	56
Tabelle 19: Die 10 bedeutendsten Einzeldiagnosen als Ursachen für DALYs.....	57-58
Tabelle 20: Legende der Empfehlungsgrade nach AWMF	62
Tabelle 21: Aktuelle Leitlinien mit Empfehlung von Psychotherapie.....	62-63
Tabelle 22: Wartezeiten vor und nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie	73
Tabelle 23: Von den Psychotherapeuten genannte Gründe, die gegen Videositzungen sprechen	76
Tabelle 24: Fachbehandler mit Abrechnung von Richtlinien Therapien	77
Tabelle 25: Veränderung in der Zahl der häftigen und vollen Versorgungssitze von 2018 auf 2019	80
Tabelle 26: Anteil weiblicher Psychotherapeuten in der GKV-Versorgung	81
Tabelle 27: Krankenhaustage nach Diagnosegruppen	85
Tabelle 28: Krankenhaustage nach Einzeldiagnosen	85-86
Tabelle 29: Krankenhausfälle nach Diagnosegruppen	87
Tabelle 30: Krankenhausfälle nach Einzeldiagnosen.....	88
Tabelle 31: Stationäre Behandlungskapazitäten für psychisch Erkrankte in Krankenhäusern.....	89
Tabelle 32: Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach Störungsgruppe	92

Tabelle 33: Stationäre Behandlungskapazitäten für psychisch Erkrankte in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.....	93
Tabelle 34: Anzahl der Krankenhäuser und Fallzahlen in den psychiatrischen Fachabteilungen.....	94
Tabelle 35: Tätigkeitsbereiche stationär tätiger PP und KJP	95

Literaturverzeichnis

- Aderhold, V. (2014). *Neuroleptika minimal – Warum und wie*. <http://www.zoph.ch/Neuroleptika%20minimal%20Aderholden%202014.pdf> (Stand: 23.2.2021).
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten: Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55(6), 503–514.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten: Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*, 56(1), 51–60.
- Augurzky, B., Decker, S., Mensen, A. & Reif, S. (2020). *BARMER Krankenhausreport 2020*, (BARMER, Hrsg.) <https://www.barmer.de/blob/260366/d009a0b47ce8eb11cb8211411989e344/data/dl-report-komplett.pdf> (Stand: 22.12.2020).
- AWMF (2020). *Aktuelle Leitlinien*. <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html> (Stand: 23.2.2021).
- AXA (Hrsg.). (2020). *Mental Health Report: Die unsichtbare dritte Welle trifft die Psyche*. https://www.axa.de/site/axa-de/get/documents_E-1865754135/axade/medien/medien/studien-und-forschung/mental%20health%20report/axa-studie-mental-health-report-high.pdf (Stand: 23.2.2021).
- Badura, et al. (2020). *Fehlzeiten-Report 2020 – Gerechtigkeit und Gesundheit*. <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/fehlzeiten-report/2020/> (Stand: 23.2.2021).
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., ... Skoda, E.-M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672–678.
- Bandelow, B., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107.
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T. & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83, 101944.
- BAuA (Hrsg.). (2020). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2018*. https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Stand: 23.2.2021).
- Becker, M. & Correll, C.U. (2020). Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(15), 261–269.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., ... Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(2), 83–93.
- Best, D. (2012). Mythen und Fakten zur Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell*, 1, 6–10.
- Bignardi, G., Dalmaijer, E. S., Anwyll-Irvine, A. L., Smith, T. A., Siugzdaitė, R., Uh, S. & Astle, D. E. (2020). Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood*, 0, 1–7. <https://adc.bmj.com/content/early/2020/11/26/archdischild-2020-320372> (Stand: 23.2.2021).
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. A report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health*. http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (Stand: 23.2.2021)

- BMG (2020a). *Finanzergebnisse der GKV: Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> (Stand: 21.01.2021).
- BMG (2020b). *Geschäftsergebnisse: Angaben zu den Geschäftsergebnissen der GKV bezüglich der Leistungsfälle und Tage*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftsergebnisse.html> (Stand: 21.01.2021).
- Bo, H.-X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q. Cheung, T. Wu, X. & Xiang, Y.-T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*: 1-7. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/posttraumatic-stress-symptoms-and-attitude-toward-crisis-mental-health-services-among-clinically-stable-patients-with-covid19-in-china/32D66826C54EB1A96C-008089C0DE500E>. (Stand: 16.2.2021).
- Bode, K., Vogel, R., Walker, J. & Kröger, C. (2017). Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder: A comparative study based on anonymized claims data. *The European Journal of Health Economics*, 18(9), 1125–1135.
- Bostwick, J.M. & Pankratz, V. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12): 1925-1932.
- BPtK (2013). *10 Tatsachen zur Psychotherapie: BPtK-Standpunkt*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20130412_BPtK-Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf (Stand: 21.01.2021).
- BPtK (2014). *BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen: Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20140626_BPtK-Studie_stationaeren_Versorgung_psychisch_kranker_Menschen.pdf (Stand: 21.01.2021).
- BPtK (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018*. http://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf. (Stand: 21.01.2021).
- BPtK (2019). *Mindestvorgaben für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik*. <https://www.bptk.de/mindestvorgaben-fuer-die-personalausstattung-in-psychiatrie-und-psychosomatik/>. (Stand: 21.01.2021).
- BPtK (2020). *Videobehandlung: Eine Umfrage zu den Erfahrungen von Psychotherapeut*innen*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/20201105_BPtK-Studie_Videobehandlung.pdf. (Stand: 21.01.2021).
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U. & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49, 1-31.
- Bundesregierung (2019). *Antwort: Drucksache 19/11473. Sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/114/1911473.pdf>. (Stand: 04.02.2021).
- Bundesregierung (2020). *Antwort: Drucksache 19/22034: Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinie-Reform und des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) auf die psychotherapeutische Versorgung*. <https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/220/1922034.pdf> (Stand 21.01.2021).
- DAK (Hrsg.). (2021). *Psychoreport 2021*. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2010-2020. https://www.dak.de/dak/bundesthemen/psychreport-2429400.html#. (Stand: 23.2.2021).

- Debeka (2019). *Psyche ist immer häufiger Hauptgrund für Berufsunfähigkeit*. <https://www.debeka.de/unternehmen/presse/aktuelle-meldungen/2019/psyche-bu.html> (Stand: 21.01.2021).
- Deutscher Bundestag (2020). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzten Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung und über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien*. Drucksache 19/25185. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/251/1925185.pdf>. (Stand: 16.2.2021).
- DPTV (Hrsg.). (2020a). *Umfrage Psychotherapeutische Videobehandlungen*. <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=11152&token=8efba22d7afdbd29ab5f0a824eb29c7d2aa94b9c>. (Stand: 21.01.2021).
- DPTV (2020b). *Stellungnahme der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz –KHZG)*. <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=11433&token=a950f9be7927b9d0314acaa0c9cc6846bbfb737>. (Stand: 21.01.2021).
- DRV (2019). *Reha-Bericht 2019: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.html (Stand: 26.02.2021).
- DRV (2020a). Rentenversicherung in Zeitreihen: Oktober 2020. *DRV-Schriften, Band 22*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.html (Stand: 26.02.2021).
- DRV (2020b). *Statistik der DRV – Endgültige Jahresrechnungsergebnisse 2019*. (Persönliche Mitteilung, 23.11.2020).
- DRV (2020c). *Reha-Atlas 2020: Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2020/rehaatlas_2020_download.html (Stand: 26.02.2021).
- DRV (2020d). Rente 2019. *Statistik der DRV, Band 218*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/statistikband_rente_2019.html (Stand: 26.02.2021).
- DRV (2020e). Rehabilitation 2019. *Statistik der DRV, Band 219*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/statistikband_rehabilitation_2019.html (Stand: 2.3.2021).
- Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: Prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry, 29(5)*, 409–416.
- Engels, A., König, H.-H., Maggaard, J. L., Härter, M., Hawighorst-Knapstein, S., Chaudhuri, A. & Bretschneider, C. (2020). Depression treatment in Germany – using claims data to compare a collaborative mental health care program to the general practitioner program and usual care in terms of guideline adherence and need-oriented access to psychotherapy. *BMC Psychiatry, 20(1)*, 591.
- Etgeton, S. (2017). *Psychotherapeuten Bedarf, Nachfrage, Angebot – Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Verteilung* (Nr. 4; Spotlight Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung). https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf (Stand: 23.2.2021).
- Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T. & Freyberger, H. J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie: Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 45(1)*, 80–85.
- Fond, G., Pauly, V., Leone, M., Llorca, P.-M., Orleans, V., Loundou, A., ... Boyer, L. (2020). Disparities in Intensive Care Unit Admission and Mortality Among Patients With Schizophrenia and COVID-19: A National Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin, sbaa158*.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Use of Health Care Services by People With Mental Illness. *Deutsches Ärzteblatt International, 110(47)*, 799–808.
- Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A. & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikation für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 60*, 5–13.

- G-BA (2020). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2329/PPP-RL_2020-10-15_iK_2021-01-01.pdf (Stand: 09.03.2021)
- G-BA (2021a). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf (Stand: 09.03.2021).
- G-BA (2021b). *Innovationsfonds*. <https://innovationsfonds.g-ba.de> (Stand: 09.03.2021).
- G-BA (2021c). *Psychotherapie*. <https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/> (Stand: 09.03.2021).
- GBE (2020). *Gesundheitsberichterstattung der Länder: AOLG-Indikatorensetz*. https://www.gbe-bund.de/gbe/trecherche.prc_themenbaum?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&thema_id=30000 (Stand: 21.01.2021).
- GDV (2019). *Psychische Krankheiten häufigste Ursache für Erwerbsausfall*. <https://www.gdv.de/de/themen/news/psychische-krankheiten-haeufigste-ursache-fuer-erwerbsausfall-48426> (Stand: 21.01.2021).
- Gerdau-Heitmann, C., Mümken, S., Eberhard, S. & Koppelin, F. (2017). Psychische Störungen im Erwerbsalter: Ermittlung der administrativen Inzidenz und Prävalenz sowie regionaler Unterschiede in Niedersachsen anhand von Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(12), 1346–1355.
- GKV-Spitzenverband (2021). *GKV-Kennzahlen*. https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp (Stand: 21.01.2021).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession (5. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2018). *Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse - Band 7*. <https://www.barmer.de/presse/infotehke/studien-und-reports/arztreporte/barmer-arztreport-2018-144304> (Stand: 03.03.2021).
- Grobe, T., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2020). *BARMER Arztreport 2020: Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse - Band 21*. <https://www.barmer.de/blob/227512/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/data/barmer-arztreport-2020.pdf> (Stand: 03.03.2021).
- Grobe, T. & Szecsenyi, J. (2021). *BARMER Arztreport 2021: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 27*. <https://www.barmer.de/blob/282916/043d9a7b-f773a8810548d18dec661895/data/dl-barmer-arztreport-2021.pdf> (Stand: 03.03.2021).
- Groschwitz, R. C., Fegert, J. M. & Plener, P. L. (2017). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut*, 62(1), 12–17.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.). (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Berlin: Springer.
- Hampshire, A., Trender, W., Chamberlain, S. R., Jolle, A., Grant, J. E., Patrick, F., ... Mehta, M. A. (2020). Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 relative to controls: An N=84.285 online study. *medRxiv*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.20.20215863v1> (Stand: 23.2.2021).
- Hapke, U., Cohrdes, C. & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich - Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4), 62–70.
- Haun, M., Hoffmann, M., Tönnies, J., Dinger, U., Hartmann, M. & Friederich, H.-C. (2020). Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Psychotherapeut*, 65(4), 291–296.
- Haun, M., Tönnies, J., Oeljeklaus, L., Hoffmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., ... Hartmann, M. (2019). Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 69(11), 471–474.
- Hewer, W. & Schneider, F. (2016). Somatische Morbidität bei psychisch Kranken. *Der Nervenarzt*, 87(7), 787–801.

- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., ... The BELLA study group (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 229–238.
- ifo Institut & forsa (Hrsg.). (2021). *Erste Ergebnisse des Befragungsteils der BMG-„Corona-BUND-Studie“*. <https://www.ifo.de/publikationen/2020/erste-ergebnisse-des-befragungsteils-der-bmg-corona-bund-studie> (Stand: 22.01.2021)
- IGES (Hrsg.). (2012). *Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen: Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/9_Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf (Stand: 22.01.2021).
- IGES (Hrsg.). (2016). *Bedarfsplanung Psychotherapeuten: Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze*. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15656/e15657/e15659/attr_obj15660/IGES_Publikation_Psychotherapeutensitze_WEB_ger.pdf (Stand: 22.01.2021).
- IMPP (2021). *Ergebnisberichte: Psychotherapie*. <https://www.impp.de/informationen/berichte/ergebnisberichte/psychotherapie.html> (Stand: 22.01.2021).
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597–611.
- Jäger, B. & de Zwaan, M. (2014). Endlich. Psychosomatische Institutsambulanzen! *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 64(03/04), 91-91.
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.
- KBV (Hrsg.). (2019a). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2019: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf (Stand: 22.12.2020).
- KBV (2019b). *Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß §118 Abs. 2 SGB V*. https://www.kbv.de/media/sp/2019_10_01_Psych_IA_gesamt.pdf (Stand: 22.12.2020).
- KBV (2020a). *KBV Honorarbericht. Berichte über die Ergebnisse der Honorarverteilung*. <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php> (Stand: 22.12.2020).
- KBV (2020b). *Daten zur Verteilung der Richtlinienverfahren 2019*. (Unveröffentlichte Daten).
- KBV (2020c). *Bundesmantelvertrag - Ärzte vom 01. Oktober 2020*. <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf> (Stand: 22.12.2020).
- KBV (2020d). *Gesundheitsdaten: Ambulante Versorgung*. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16417.php> (Stand: 22.12.2020).
- KBV (2021). *Psychotherapie für Erwachsene: Kontingente und Bewilligungsschritte*. https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Erwachsene.pdf. *Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Kontingente und Bewilligungsschritte*. https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Kinder_Jugendliche.pdf (Stand: 16.2.2021)
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23–33 .

- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402–407.
- Klein, F. (2020). Psychische Gesundheit während des Lockdowns. *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 22(7-8), 59-60.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität: Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53(1), 49–62.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Mental Health Monitoring*, 3(3), 37–45.
- Klosterkötter, J. & Maier, W. (2003). Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Störungen: Ansätze zur Prävention und zur Vermeidung von Chronifizierungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 100(34-35), 2236-2240.
- Koch, U., Mehnert, A. & Härter, M. (2011). Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54(1), 1–3.
- Kramer, V., Papazova, I., Thoma, A., Kunz, M., Falkai, P., Schneider-Axmann, T., ... Hasan, A. (2020). *Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. https://www.researchgate.net/publication/343754197_Subjective_burden_and_perspectives_of_German_healthcare_workers_during_the_COVID-19_pandemic (Stand: 23.2.2021).
- Kruse, J. & Herzog, W. (2012). *Zwischenbericht zum Gutachten: Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz*. https://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf (Stand: 22.01.2021).
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., ... Karow, A. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 81(11), 614–627.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 169-218). New York: Wiley.
- Landgraf, S. & Rabe-Menssen, C. (2021). Psychotherapie in Anstellung. *Psychotherapie Aktuell* 1, 24-29.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., ... Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH): Utilization of Mental Health Services in Germany. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303.
- Mangiapane, S., Zhu, L., Czihal, T. & von Stillfried, D. (2021). Veränderung der vertragsärztlichen Leistungs-inanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1.-3. Quartal 2020, (Zi, Hrsg.). https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_3_Leistungsanspruchnahme_COVID_final.pdf. (Stand: 15.3.2021).
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Marschall, J., Hildebrandt, S., Kleinlercher, K.-M. & Nolting, H.-D. (2020). *DAK Gesundheitsreport 2020 Stress in der modernen Arbeitswelt. Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise*. Heidelberg: medhochzwei.
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2006). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: Data sources, methods and results*. https://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_projections2030_paper.pdf (Stand: 22.01.2021).
- Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen [Themenheft]. *Faktencheck Gesundheit*. Bertelsman Stiftung.
- Mittag, O., Kampling, H. & Baumeister, H. (2016). Epidemiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlich Kranken. *Psychotherapie im Dialog*, 17(01), 34–37.
- Müttergenesungswerk (2020). *Datenreport 2020*. https://www.muettergenesungswerk.de/fileadmin/user_upload/MGW_Datenreport_2020.pdf (Stand: 29.01.2021).

- Multmeier, J. & Tenckhoff, B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 12(3), 110-112.
- NAKO Gesundheitsstudie (2019). *Depression als Volkskrankheit in der NAKO Gesundheitsstudie. Pressemitteilung vom 19.2.2019*. https://nako.de/wp-content/uploads/2019/02/Pressemitteilung-Depression_final.pdf (Stand: 29.01.2021).
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Norwood, C., Moghaddam, N., Malins, S. & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(6), 797-808.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 389–397.
- Nübling, R. & Jeschke, K. (2018). *Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie: Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein*. https://www.researchgate.net/publication/328333699_Kostenerstattung_in_der_in_der_ambulanten_Psychotherapie (Stand: 29.01.2021).
- Obermann, K., Brendt, I., Hagen, J., Müller, P. & Stachwitz, P. (2020). *Ärzte im Gesundheitsmarkt 2020: Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der COVID-19-Pandemie*, (Stiftung Gesundheit, Hrsg.) https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunfts-markt-gesundheit_2020.pdf (Stand: 29.01.2021).
- Obermann, K., Müller, P. & Woerns, S. (2018). *Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2018: Gender in der ambulanten Medizin: Die Wahrnehmung der Leistungen von Ärztinnen und die demographische Entwicklung*, (Stiftung Gesundheit, Hrsg.) https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2018.pdf (Stand: 16.2.2021)
- OECD/European Union (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, (OECD, Hrsg.). https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. (Stand: 29.01.2021).
- Peters, A., Rospleszcz, S., Greiser, K. H., Dallavalle, M. & Berger, K. (2020). Covid-19-Pandemie verändert die subjektive Gesundheit. Erste Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(50), 861–867.
- PFH (2020). *Gesundheitsfachkräfte psychisch überdurchschnittlich belastet durch COVID-19-Pandemie*. Pressemitteilung vom 10.11.2020. <https://presse.pfh.de/pressemitteilungen/1116-gesundheitsfachkraefte-psychisch-ueberdurchschnittlich-belastet-durch-covid-19-pandemie.html> (Stand: 29.01.2021).
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A. (2014). Trends in Disease Burden in Germany: Results, Implications and Limitations of the Global Burden of Disease Study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(38), 629–638.
- Rabe-Menssen, C., Ruh, M. & Dazer, A. (2019). Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. *Psychotherapie Aktuell*, 1, 24-34.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7728/Ravens-Sieberer2021_Article_ImpactOfTheCOVID-19PandemicOnQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Stand: 23.2.2021).
- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., ... The BELLA study group (2015). The longitudinal BELLA study: Design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 651–663.
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A. & Riedel-Heller, S. (2020). Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: Ein Rapid Review. *Psychiatrische Praxis*, 47(04), 179-189.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 68(08), 31–31.

- SVR (Hrsg.). (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- SVR (Hrsg.). (2016). *Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten: Sondergutachten 2015*. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, S. (2010). Wie lange dauert eine Psychotherapie? *Psychotherapie Aktuell*, 4, 17-20.
- Schmidt, M. H. (2004). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(38), 2536-2541.
- Schneider, F., Erhart, M., Hewer, W., Loeffler, L. A. & Jacobi, F. (2019). Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill: A German registry study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(23-24), 405-411.
- Schulz, K.-H. & Gold, S. (2006). Psychische Belastung, Immundefunktionen und Krankheitsentwicklungen. Die psychoneuroimmunologische Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(8), 759-772.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). (2016). *Arzneiverordnungs-Report 2016: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer.
- Schwabe, U. & Ludwig, W.-D. (Hrsg.). (2020). *Arzneiverordnungs-Report 2020: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer.
- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., ... Kessler, R. C. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150-158.
- Shinn, A. K. & Viron, M. (2020). Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals With Serious Mental Illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), 13412.
- Simpson, S. & Reid, C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299.
- Statista (2020). *Pharma & Gesundheit: Marktdaten zu Pharma & Gesundheit*. <https://de.statista.com/statistik/kategorien/kategorie/9/branche/pharma-gesundheit/> (Stand: 05.02.2021).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019). *Statistisches Jahrbuch: Deutschland und Internationales 2019*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/statistisches-jahrbuch-2019-dl.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 05.02.2021).
- Statistisches Bundesamt (2020). *Gesellschaft und Umwelt – Gesundheit*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_inhalt.html (Stand: 05.02.2021).
- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., Glahn, E. M., Bruckmeyer, E., von Heymann, F., ... Wittmann, W. W. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern: Erste Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 267-282.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie*. Bern: Huber.
- Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J. & Bätzing, J. (2019). *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017*, (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Hrsg.) https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf (Stand: 05.02.2021).
- Steffen, A., Holstiege, J., Akmatov, M. K. & Bätzing, J. (2019). *Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017*, (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Hrsg.) https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/102/VA_19-05_Bericht_Depressionen_2_2019-06-27.pdf (Stand: 05.02.2021).
- Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J. & Holstiege, J. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*, 20(1), 142.
- Swiss Life (2019). *Report Berufsunfähigkeit von Swiss Life*. Pressemitteilung vom 24.4.2019. <https://www.swiss-life.de/content/dam/de/documents/9d/18010.pdf> (Stand: 11.02.2021).

- Takayanagi, Y., Spira, A. P., Roth, K. B., Gallo, J. J., Eaton, W. W. & Mojtabai, R. (2014). Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: Results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area study. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 273–280.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R. & Harrison, P. J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62.354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140.
- TK (2021). *Corona: Drastischer Anstieg bei Video-Psychotherapien*. Pressemitteilung vom 23.3.2021. <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/telemedizin/video-psychotherapien-2101500> (Stand: 2.3.2021).
- TK (Hrsg.). (2020). *Gesundheitsreport 2020: Zeitarbeit: Chance oder Risiko? Arbeitssituation und Gesundheit von Zeitarbeitern*. <https://www.tk.de/resource/blob/2080570/7b2be29d67fd4836da2e-48f6362a022e/gesundheitsreport-2020-data.pdf> (Stand: 11.02.2021).
- Trautman, S., Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F., Knothe, L., Wieder, G. & Bergmann, A. (2017). Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung: Eine epidemiologische Querschnittstudie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 721-728.
- Universität Mainz (2021). *Psychische Belastung während der ersten Corona-Infektionswelle erhöht. Ergebnisse einer Studie zu Angst und Depressivität während der ersten Infektionswelle von COVID-19*. Pressemitteilung vom 20.1.2021. https://www.uni-mainz.de/presse/aktuell/12946_DEU_HTML.php (Stand: 16.2.2021).
- UKE (2021). *COPSY-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie*. Pressemitteilung vom 10.2.2021. <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html> (Stand: 23.2.2021).
- ver.di (2019). *Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019*. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5d70be88e999fb38604e0976/download/2019-09_Auswertung%20Versorgungsbarometer%20Psychiatrie_end.pdf (Stand: 11.02.2021).
- Vindegard, N. & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542.
- Walenzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. & Jahn, R. (2014). Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung. *Gesundheitswesen*, 76(03), 135-146.
- Walenzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. & Jahn, R. (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. *Psychotherapie Aktuell*, 1, 10-17.
- Walker, E. R., McGee, R. E. & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
- Wang, Q., Rong, X. & Volkow, N. (2021). Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*, 20, 124-130.
- WidO (2020). *Fehlzeiten in der Pandemie. Weniger Krankmeldungen, aber längere Krankheitsdauer wegen psychischer Erkrankungen*. Pressemitteilung vom 15.10.2020. <https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2020/fehlzeiten-in-der-pandemie/> (Stand: 12.11.2020).
- Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hrsg.). (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44(10), 993–1000.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51: Depressive Erkrankungen*, (Robert Koch-Institut, Hrsg.). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 11.02.2021).

- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Glahn, E. M., Völkle, M. C., Böhnke, J. R. ... Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wolfersdorf, M. (2008a). Suizidalität: Begriffsbestimmungen, Formen und Diagnostik. In M. Wolfersdorf, T. Bronisch & H. Wedler (Hrsg.), *Suizidalität: Verstehen - Vorbeugen - Behandeln* (S. 11-43). Regensburg: Roderer.
- Wolfersdorf, M. (2008b). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51(4), 443–450.
- WHO (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Hogrefe.
- WHO (Hrsg.). (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf> (Stand: 12.02.2021).
- Wright, J. H. & Caudill, R. (2020). Remote Treatment Delivery in Response to the COVID-19 Pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(3), 130-132.
- Yao, H., Chen, J.-H. & Hu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21.
- Zhang, J., Huipeng, L., Haiping, Z., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T. & Du, B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity* 98, 49-50.
- Zhou, J., Liu, L, Xue, P., Yang, X & Tang, X. (2020). Mental health response to the COVID-19 outbreak in China. *American Journal of Psychiatry*, 177(7), 574-575.

Anhang A: Kontingente und Bewilligungsschritte in der Psychotherapie

Tabelle 1: Kontingente und Bewilligungsschritte in der Erwachsenenpsychotherapie

PSYCHOTHERAPIE FÜR ERWACHSENE: KONTINGENTE UND BEWILLIGUNGSSCHRITTE

VERSORGUNGSANGEBOT		BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE BEI ERWACHSENEN IN THERAPIEEINHEITEN*		ERLÄUTERUNGEN
		SCHRITT 1	SCHRITT 2	
Sprechstunde > bis zu 6 x à 25 Min. > Einheiten von 25 oder 50 Min. > 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psychotherapeutische Behandlung	Akutbehandlung > bis zu 24 x à 25 Min. > Einheiten von 25 oder 50 Min. > Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich	bis zu 12 anzeigespflichtig	-	Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.
	Probatorik > verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie > 2 bis 4 x à 50 Min. > Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich	Kurzzeittherapie (AP, ST, TP, VT) > analytische Psychotherapie (AP) > Systemische Therapie (ST) > Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) > Verhaltenstherapie (VT)	bis zu 12 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig
		bis zu 160 / 80 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 300 / 150 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	Rezidivprophylaxe Ein begrenzter Anteil bewilligter Sitzungen aus dem Langzeitkontingent kann 2 Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Übermittlung des Therapieendes durch Therapeutin/Therapeut über Zusatzziffer erforderlich).
		bis zu 36 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 48 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
		bis zu 60 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
		bis zu 60 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Präventionskurse, Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatungsstelle)				

www.kbv.de/psychotherapie

*1. Therapieeinheit = 50 Min. in der Einzeltherapie oder 100 Min. in der Gruppentherapie

Quelle: Entnommen aus: KBV (2021). Inhalt und Struktur vollständig übernommen.

Tabelle 2: Kontingente und Bewilligungsschritte in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

PSYCHOTHERAPIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE: KONTINGENTE UND BEWILLIGUNGSSCHRITTE

VERSORGUNGSANGEBOT		BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE BEI KINDERN (K) UND JUGENDLICHEN (J) IN THERAPIEEINHEITEN*		ERLÄUTERUNGEN
		SCHRITT 1	SCHRITT 2	
Sprechstunde > bis zu 10 x à 25 Min. > Einheiten von 25 und 50 Min. > 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psychotherapeutische Behandlung	Akutbehandlung > bis zu 24 x à 25 Min. oder bis zu 30 x à 25 Min. bei Einbeziehung von Bezugspersonen > Einheiten von 25 oder 50 Min.	bis zu 12 anzeigepflichtig	-	Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.
	Probatorik > verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie > 2 bis 6 x 50 Min.	Kurzzeittherapie (AP, TP, VT) Analytische Psychotherapie (AP) Langzeittherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) Verhaltenstherapie (VT)	bis zu 12 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig K: bis zu 70 / 60 J: bis zu 90 / 60 antrags- und gutachtenpflichtig K: bis zu 70 / 60 J: bis zu 90 / 60 antrags- und gutachtenpflichtig K: bis zu 150 / 90 J: bis zu 180 / 90 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen K: bis zu 150 / 90 J: bis zu 180 / 90 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen bis zu 60 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig K: bis zu 150 / 90 J: bis zu 180 / 90 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen K: bis zu 150 / 90 J: bis zu 180 / 90 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen bis zu 80 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen
Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. schulpsychologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)		Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in der AP, TP oder VT stehen zusätzliche Therapieeinheiten zur Verfügung. Das Verhältnis der Therapieeinheiten für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche beträgt in der Regel 1:4.		

www.kbv.de/psychotherapie

*1 Therapieeinheit = 50 Min. in der Einzeltherapie oder 100 Min. in der Gruppentherapie

Quelle: Entnommen aus: KBV (2021). Inhalt und Struktur vollständig übernommen.

Anhang B:

Verfahren der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung

In der ambulanten Versorgung besteht für Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden. Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.

Analytische Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie umfasst jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrundeliegende neurotische Struktur der Patientin oder des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge.

Verhaltenstherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt.

Systemische Therapie

Die Systemische Therapie ist ein Psychotherapieverfahren, das den sozialen Beziehungen innerhalb einer Familie oder Gruppe eine besondere Relevanz für die Entstehung einer psychischen Erkrankung beimisst. Die Therapie fokussiert entsprechend nicht auf die einzelne Person, sondern auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie und der weiteren sozialen Umwelt.

Quelle: Entnommen aus: G-BA (2021c). Inhalt und Struktur vollständig übernommen.



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)

Mit rund 16.000 Psychotherapeut*innen ist die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) der größte Berufsverband für Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen in Ausbildung in Deutschland. Sie wurde 2006 gegründet und basiert auf einem Zusammenschluss der 1984 gegründeten Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und dem 1992 gegründeten Deutschen Psychotherapeutenverband.

Die DPTV engagiert sich für die Anliegen ihrer Mitglieder und vertritt deren Interessen gegenüber Politik, Institutionen, Behörden, Krankenkassen und in den Gremien der Selbstverwaltung des psychotherapeutischen Heilberufs. Die Entwicklung und weitere Anerkennung des Berufsstandes der Psychotherapeut*innen und des Fachgebietes Psychotherapie ist eine wichtige Aufgabe des Verbands. Weiterhin setzt sich die DPTV für die Verbesserung der Patient*innen-Versorgung ein.

Die DPTV fördert den Nachwuchs und unterstützt eine hochwertige, praxisnahe Ausbildung. Die Fortbildungsakademie „DPTV CAMPUS“ bietet zudem jährlich über 100 Veranstaltungen im Bereich der Psychotherapie an. In Pressemeldungen und Informationsmaterialien, einem jährlichen Symposium und dem „DPTV-LunchTalk“ trägt der Verband aktuelle Themen in die Öffentlichkeit.

Weitere Informationen unter www.dptv.de

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15

10785 Berlin

bgst@dptv.de

www.dptv.de

