













BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Umfrage
der Landespsychotherapeutenkammern
und der BPtK

2011

<p>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg http://www.lpk-bw.de</p>	
<p>Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten http://www.ptk-bayern.de</p>	
<p>Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de</p>	
<p>Psychotherapeutenkammer Bremen http://www.lpk-hb.de</p>	
<p>Psychotherapeutenkammer Hamburg http://www.ptk-hamburg.de</p>	
<p>Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de</p>	
<p>Psychotherapeutenkammer Niedersachsen http://www.pk-nds.de</p>	
<p>Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen http://www.ptk-nrw.de</p>	
<p>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer http://www.opk-info.de</p>	
<p>Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz http://www.lpk-rlp.de</p>	
<p>Psychotherapeutenkammer des Saarlandes http://www.ptk-saar.de</p>	
<p>Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein http://www.pksh.de</p>	

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
2	Ergebnisse	6
	Anfragen, Kapazitäten und Wartezeiten.....	6
	Unterschiede zwischen den Bundesländern	8
	Unterschiede zwischen Stadt und Land	13
	Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Kreistypen.....	15
	Wartezeiten nach Kreistypen	16
	Zusammenhänge zwischen Versorgungsdichte, psychischen Erkrankungen und Wartezeiten	18
	Detailanalyse am Beispiel Nordrhein-Westfalen	19
	Sonderfall Ruhrgebiet.....	22
	Konsequenzen langer Wartezeiten für Patienten	24
	Führen von Wartelisten in psychotherapeutischen Praxen	26
	Bestätigung bisheriger Befunde	30
	Regionale Versorgungsunterschiede	32
3	Literatur.....	33
4	Anhang.....	35
	Methodik der BPtK-Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung	35
	Auswertung des Rücklaufs.....	36
	Diskussion der Studienergebnisse	39
	Hintergrund: Entwicklung der systematischen Unterversorgung mit Psychotherapie durch die Bedarfsplanung.....	40
	Detailergebnisse nach Bundesländern.....	42
	Detailergebnisse nach Kreistypen	44

1 Zusammenfassung

Wartezeiten sind eine erhebliche Belastung für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Durch lange Wartezeiten erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern und chronisch werden, dass Patienten auf stationäre Behandlungen zurückgreifen müssen, obwohl eine ambulante Psychotherapie angemessen wäre, oder komplett auf eine erforderliche Behandlung verzichten. Die Wartezeit auf ein erstes Gespräch bei einem Psychotherapeuten sollte daher drei Wochen möglichst nicht überschreiten.

Dies kann die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland nicht annähernd gewährleisten. Durchschnittlich warten Menschen, die aufgrund psychischer Beschwerden einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen, drei Monate (12,5 Wochen) auf ein Erstgespräch. Für 71,9 Prozent der Patienten gelingt es den Psychotherapeuten, aufgrund der Auslastung ihrer Praxen erst nach mindestens drei Wochen ein erstes Gespräch anzubieten. In 31,5 Prozent der Fälle warten die Patienten sogar länger als drei Monate.

Die Dauer der Wartezeit unterscheidet sich erheblich zwischen den Bundesländern, sowie zwischen städtischen und ländlichen Regionen. In Großstädten warten Patienten zwei bis drei Monate auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten, auf dem Land knapp vier Monate. Besonders schlecht ist die psychotherapeutische Versorgung im Ruhrgebiet und in den ostdeutschen Bundesländern: Im Ruhrgebiet warten Patienten 17 Wochen auf ein Erstgespräch, in Brandenburg 19,4 Wochen, in Mecklenburg-Vorpommern 18 Wochen, in Thüringen 17,5 Wochen und in Sachsen-Anhalt 16,6 Wochen.

Die Unterschiede erklären sich durch die psychotherapeutische Versorgungsdichte in den jeweiligen Regionen, die durch die so genannte „Bedarfsplanung“ vorgegeben wird. Diese sieht vor, dass in Großstädten neunmal so viele Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner zugelassen werden wie in ländlichen Regionen. Psychische Erkrankungen treten in ländlichen Regionen jedoch nur zu 23 Prozent seltener auf als in Kernstädten.

Die Umfrage zeigt auch, dass die Wartelisten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch gerade in Regionen mit geringer psychotherapeutischer Versorgungsdichte so lang werden, dass die Patienten entmutigt aufgeben. Die Situation im Ruhrgebiet ist besonders schlecht, weil der Gemeinsame Bundesausschuss in der Bedarfsplanung diese Großstädte wie Kreisstädte eingestuft hat und die psychotherapeutische Versorgungsdichte damit erheblich geringer ist als der Bedarf an Psychotherapie.

Die psychotherapeutischen Praxen sind bundesweit sehr stark überlaufen. Monatlich fragen durchschnittlich 17,7 Patienten nach einer psychotherapeutischen Behandlung. Die ambulanten Psychotherapeuten können im Monat 4,2 Erstgespräche anbieten, das heißt, dass nur für knapp jede vierte Anfrage ein psychotherapeutisches Erstgespräch erfolgen kann. 51,6 Prozent der Patienten, denen ein Erstgespräch angeboten wird, nehmen danach eine Behandlung auf.

Die Umfrage wurde in Kooperation zwischen den Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK durchgeführt. Es beteiligten sich über 9.000 Psychotherapeuten. Damit ist es nach unserem Kenntnisstand die größte Umfrage zu diesem Thema.

2 Ergebnisse

Anfragen, Kapazitäten und Wartezeiten

Monatlich fragen durchschnittlich 17,7 Patienten nach einer psychotherapeutischen Behandlung (siehe Tabelle 1). Demgegenüber bieten die niedergelassenen Psychotherapeuten durchschnittlich 4,2 Erstgespräche im Monat an. In sechs Monaten beginnen pro niedergelassenem Psychotherapeuten durchschnittlich 12,9 Patienten eine Psychotherapie. Hieraus folgt, dass 51,6 Prozent der Patienten, denen ein Erstgespräch angeboten wird, auch eine Behandlung aufnehmen.

Tabelle 1:

Durchschnittliche Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

	Gesamt (N = 8.620)		Warteliste (N = 4.623)		Keine Warteliste (N = 3.997)	
	MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
Patientenanfragen/Monat	17,7	(15,8)	18,9	(16,2)	16,4	(15,3)
Erstgespräche/Monat	4,2	(3,6)	4,3	(3,4)	4,0	(3,8)
Dauer zwischen Anfrage und Erstgespräch/Wochen	8,8	(11,6)	12,5	(13,6)	4,6	(6,6)
Dauer zwischen Anfrage und Therapie/Wochen	17,4	(15,7)	23,4	(16,3)	10,4	(11,6)
Anzahl neue Patienten/sechs Monate	12,9	(11,4)	14,0	(11,6)	11,7	(11,0)

Quelle: BPtK, 2011

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

53,6 Prozent der Psychotherapeuten führen eine Warteliste. Bei Anfragen und Kapazitäten für Erstgespräche unterscheiden sich die Praxen mit Warteliste nur geringfügig von denen ohne Warteliste. Die Wartezeit auf ein Erstgespräch unterscheidet sich allerdings erheblich. Viele Therapeuten, die keine Warteliste führen, vergeben den nächsten freien Behandlungsplatz an einen der nächsten Anrufer und bieten so einem Viertel der Anfragenden relativ kurzfristig Gespräche an. Drei Viertel der Anfragen verweisen sie an andere Kollegen, psychiatrische oder psychosomatische Kliniken und Ambulanzen oder Praxissuchdienste.

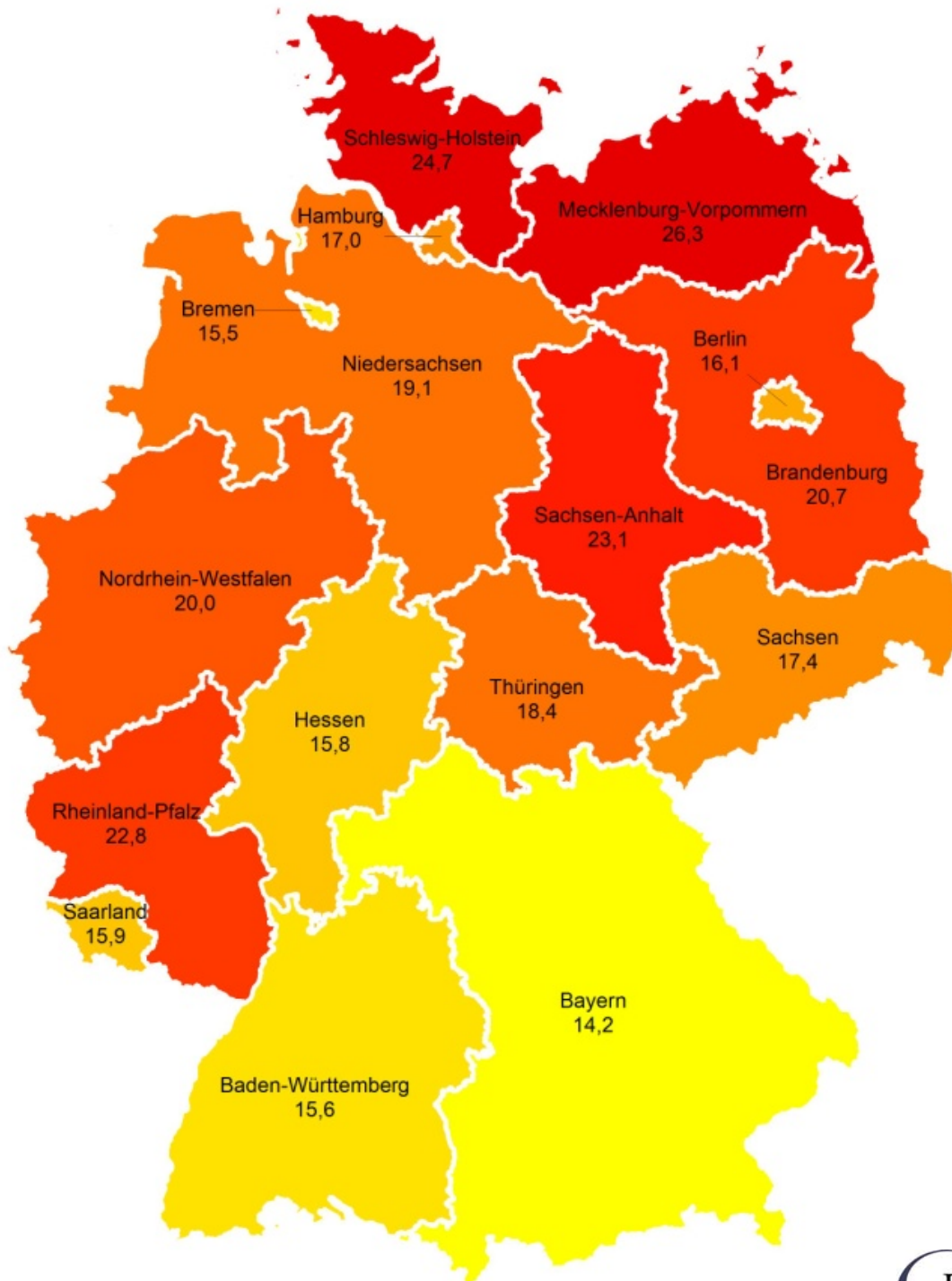
Realistische Angaben zu Wartezeiten lassen sich daher nur bei Psychotherapeuten gewinnen, die Anfragen in eine Warteliste überführen. Bei Psychotherapeuten, die eine Warteliste führen, ergibt sich eine durchschnittliche Wartezeit von knapp drei Monaten (12,5 Wochen) auf ein Erstgespräch. Nach weiteren knapp drei Monaten (in denen weitere so genannte „probatorische“ Gespräche geführt werden können) beginnt die eigentliche Psychotherapie.

Deutschlandweit müssen 71,9 Prozent der Patienten aufgrund der Auslastung der psychotherapeutischen Praxen länger als drei Wochen warten. Knapp ein Drittel (31,5 Prozent) muss sogar Wartezeiten von über drei Monaten hinnehmen.

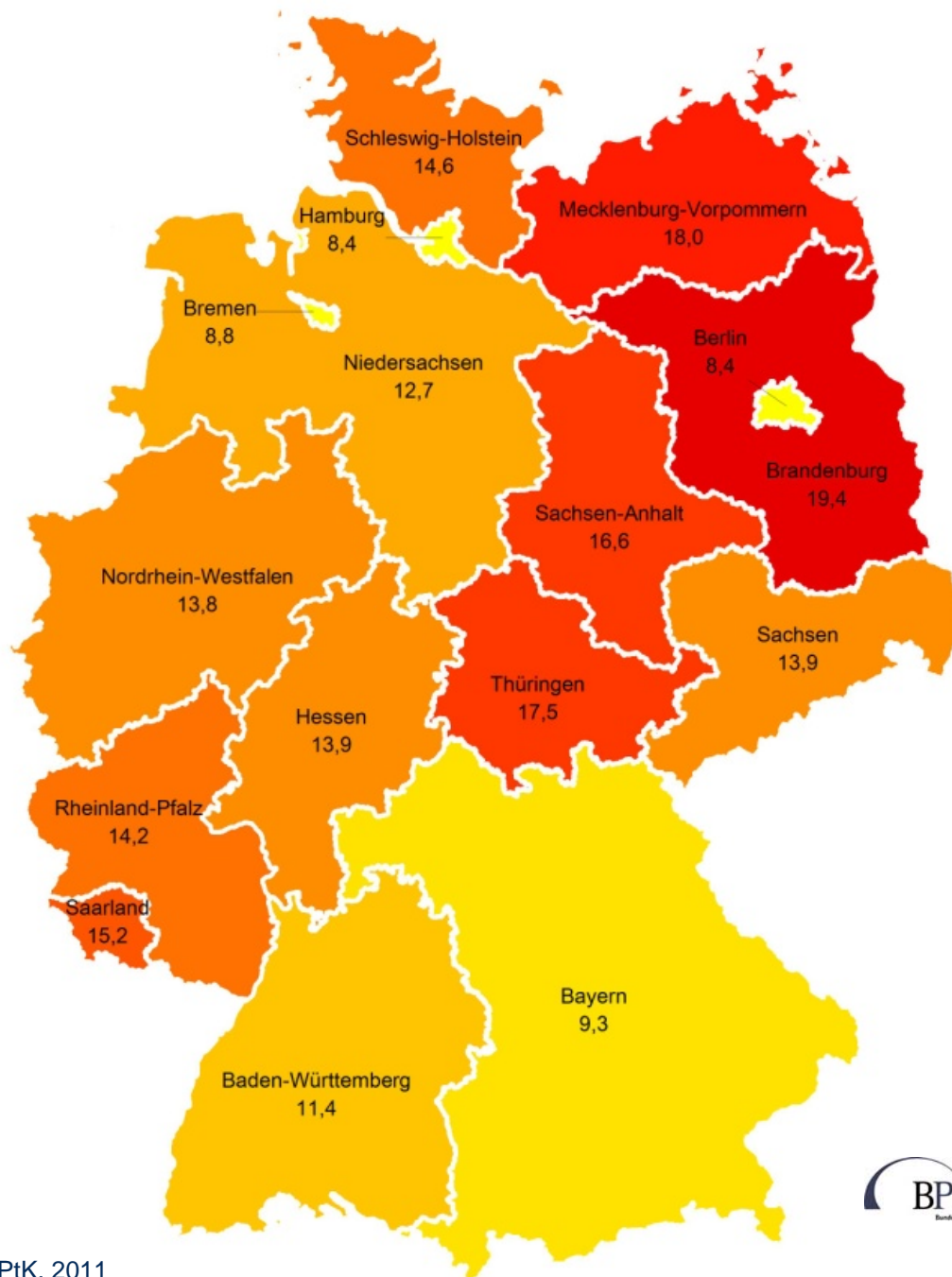
Unterschiede zwischen den Bundesländern

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Verteilung der Anfragen auf eine psychotherapeutische Behandlung und die Wartezeit auf ein Erstgespräch in den Bundesländern.

Abbildung 1: Anfragen nach einem psychotherapeutischen Erstgespräch (pro Monat)



Quelle: BPTK, 2011

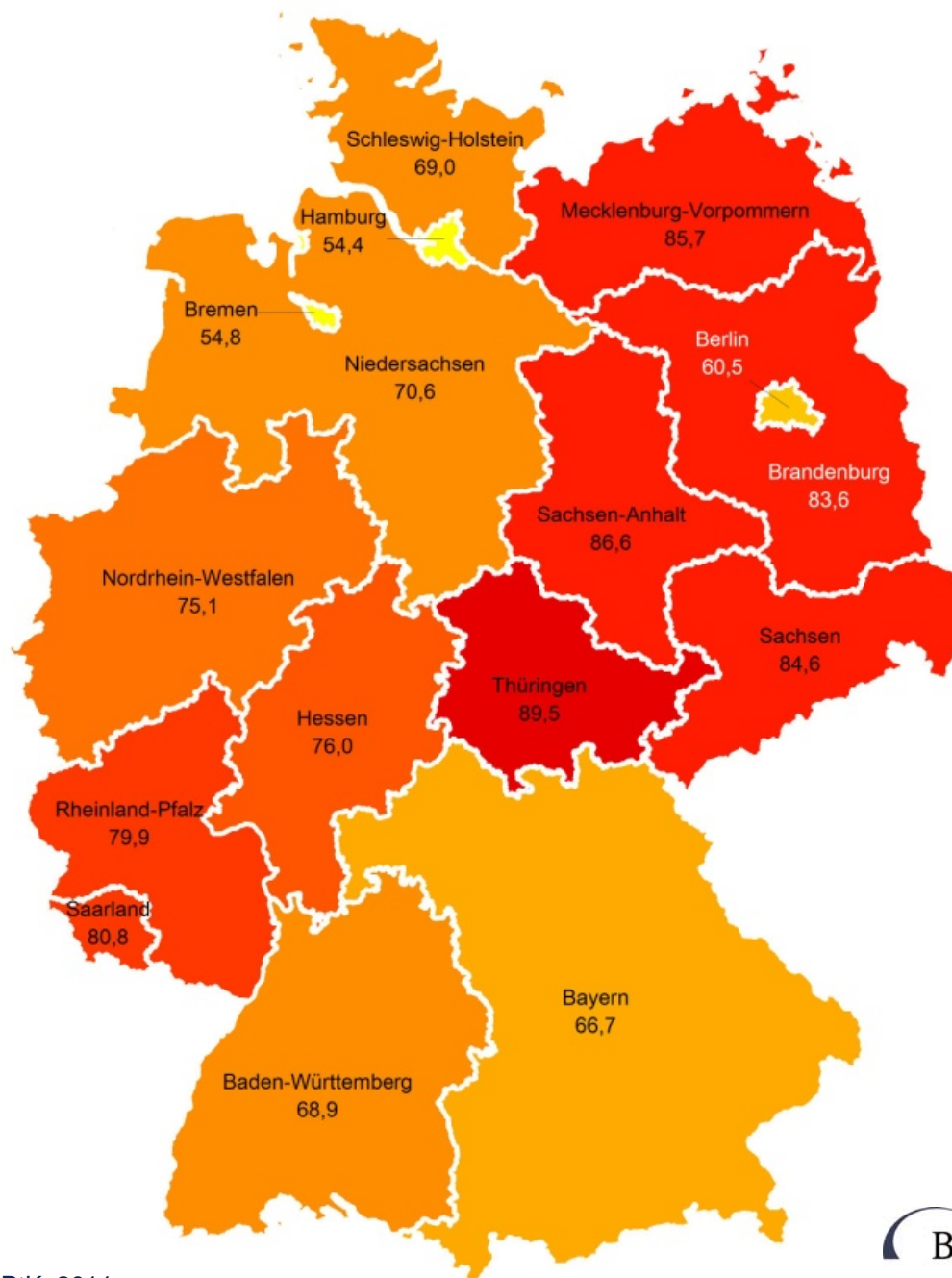
Abbildung 2: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch (Mittelwerte in Wochen)

Quelle: BPtK, 2011

Die Abbildungen zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Psychotherapeutische Praxen in Mecklenburg-Vorpommern und in Schleswig-Holstein haben beispielsweise mehr Anfragen nach einer psychotherapeutischen Behandlung als Praxen in Bremen oder Bayern (Abbildung 1). So gehen in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich zehn Anfragen nach Psychotherapie mehr pro Monat in einer psychotherapeutischen Praxis ein als in Hessen, Berlin oder Baden-Württemberg.

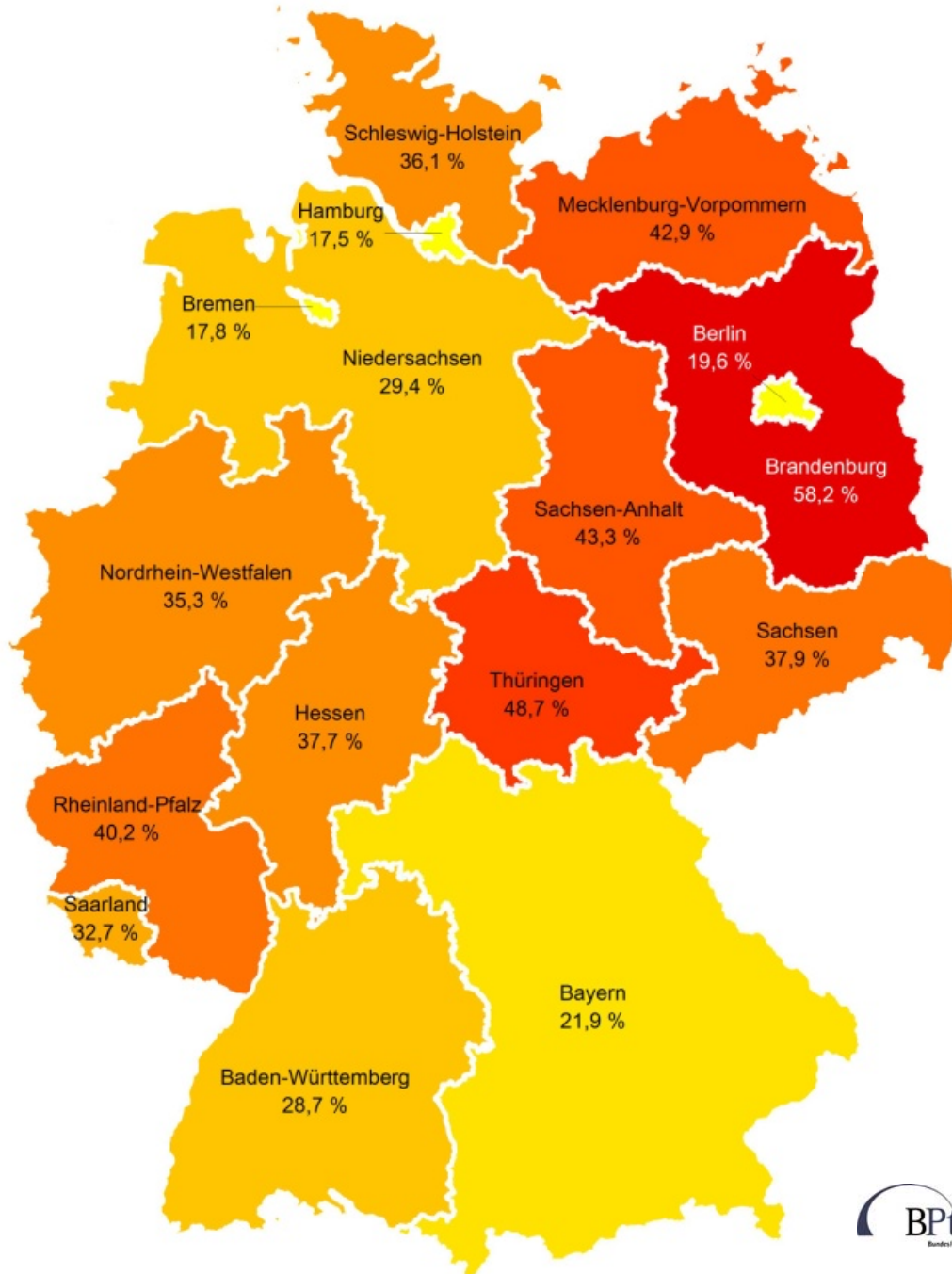
Die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch sind vor allem in den ostdeutschen Flächenstaaten (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) gut zehn Wochen länger als in den Stadtstaaten (Hamburg, Bremen und Berlin; Abbildung 2). Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die Anteile der psychotherapeutischen Praxen, die Wartezeiten von über drei Wochen und über drei Monaten berichten. Auch hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Abbildung 3: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch (Anteil über drei Wochen)



Quelle: BPtK, 2011

Abbildung 4: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch (Anteil über drei Monate)

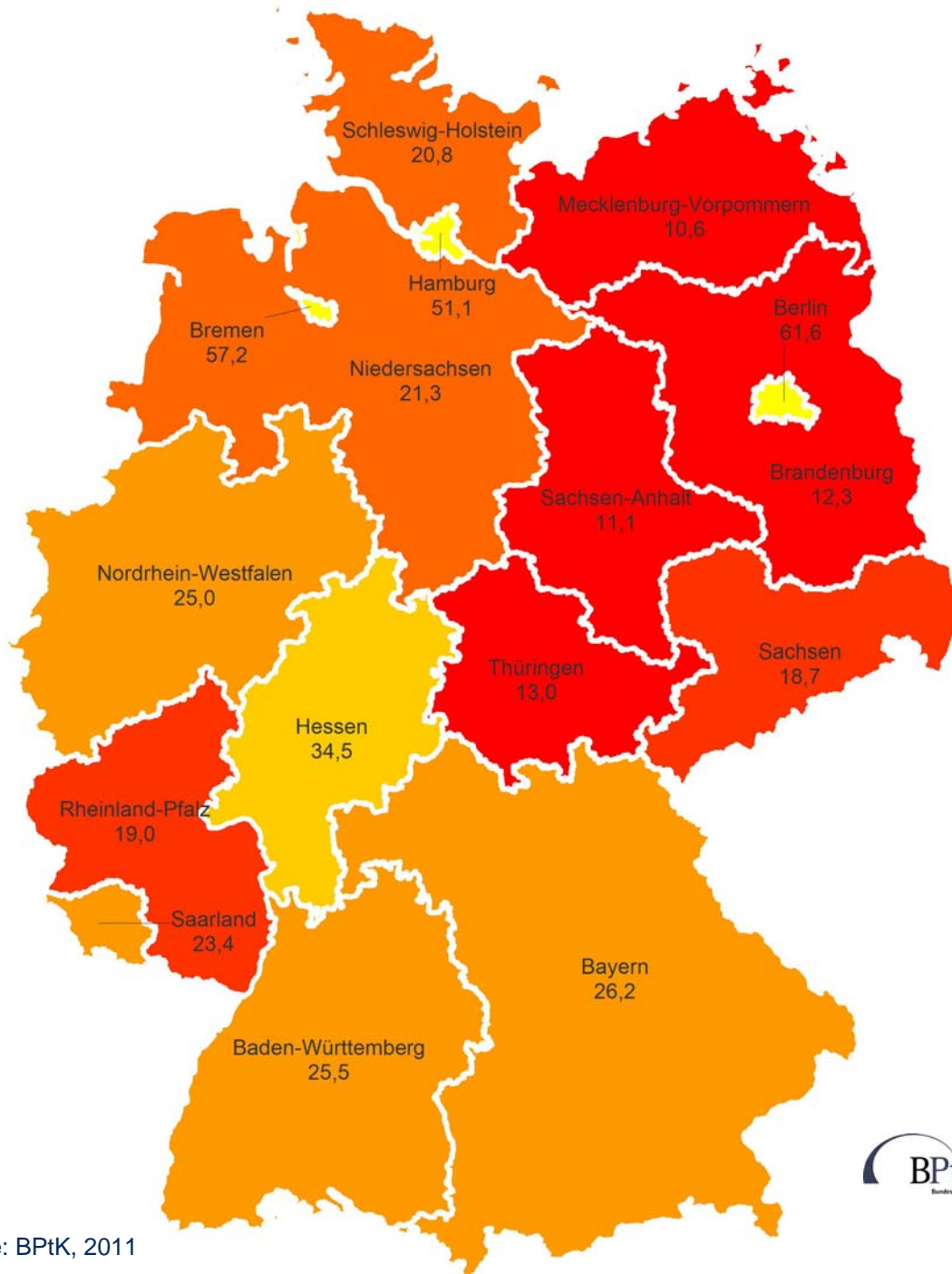


Quelle: BPtK, 2011

Besonders dramatisch ist die Lage in Brandenburg. Bei durchschnittlichen Wartezeiten von fast 20 Wochen berichten fast 60 Prozent der Psychotherapeuten von Wartezeiten von mehr als drei Monaten. In den Stadtstaaten sind es jeweils weniger als 20 Prozent der Praxen, bei denen die Patienten länger als drei Monate auf einen ersten Kontakt warten müssen. Die nordwestdeutschen Flächenländer liegen in etwa im Bundesdurchschnitt, Bayern und Baden-Württemberg etwas darunter.

Abbildung 5:

Dichte der psychotherapeutischen Versorgung (Anzahl Psychotherapeuten/100.000 Einwohner)



Quelle: BPTK, 2011

Viele Unterschiede können durch die unterschiedliche Versorgungsdichte in städtischen und ländlichen Regionen erklärt werden. So sind in den Stadtstaaten durchschnittlich mehr als 50 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner niedergelassen, wobei in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern 10 bis 12 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen.

Unterschiede zwischen Stadt und Land

Die Dichte der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland variiert zwischen Stadt und Land. Die Anzahl der Psychotherapeuten, die in einer Region für die Versorgung verfügbar sind, wird durch die so genannte „Bedarfsplanung“ festgelegt. Dabei werden die Regionen in 395 „Planungsbereiche“ eingeteilt, die zu unterschiedlichen „Kreistypen“ zusammengefasst werden.

Planungsbereiche sind in der Regel kreisfreie Städte, Landkreise oder Kreisregionen, die vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung für siedlungsstrukturelle Zwecke gebildet werden. Die Zuordnung erfolgt im Wesentlichen nach Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte eines Kreises. Es wird unterschieden zwischen Kernstädten, hoch-, normalverdichteten und ländlichen Kreisen in unterschiedlich „verdichteten“ Regionen, wobei diese zu neun Kreistypen zusammengefasst sind. Zusätzlich wurde das Ruhrgebiet als gesonderte zehnte Kreistypgruppe in der Bedarfsplanung geschaffen. Für jeden Kreistyp wird festgelegt, wie viele Ärzte oder Psychotherapeuten für die Versorgung der Einwohner (hochgerechnet auf 100.000 Einwohner) erforderlich sind.

Bei der Bestimmung dieser Versorgungskennwerte wurde jedoch nicht anhand wissenschaftlicher Befunde errechnet, wie hoch der Versorgungsbedarf aufgrund der Häufigkeit einer körperlichen oder psychischen Erkrankung in einer bestimmten Region ist, sondern es wurde darauf zurückgegriffen, wie viele Ärzte 1990 in den einzelnen Regionen tätig waren. Für Psychotherapeuten wurde die Anzahl der Versorgungskapazitäten danach bestimmt, wie viele Psychotherapeuten nach dem am 01.01.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz bis zum Stichtag 31.08.1999 eine Zulassung erhielten. Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten basiert deshalb bis heute – anders als bei den anderen Facharztgruppen – nicht auf einer Versorgungsstruktur, die über Jahrzehnte gewachsen war, sondern auf einer Zahl von Psychotherapeuten, die es geschafft hatte, innerhalb von nur acht Monaten eine Zulassung zu erhalten. Ihre Zahl spiegelt damit die massive Unterversorgung in ambulanter Psychotherapie wider, die es bis 1999 in Deutschland gab und die ein wesentlicher Grund für das Psychotherapeutengesetz war.

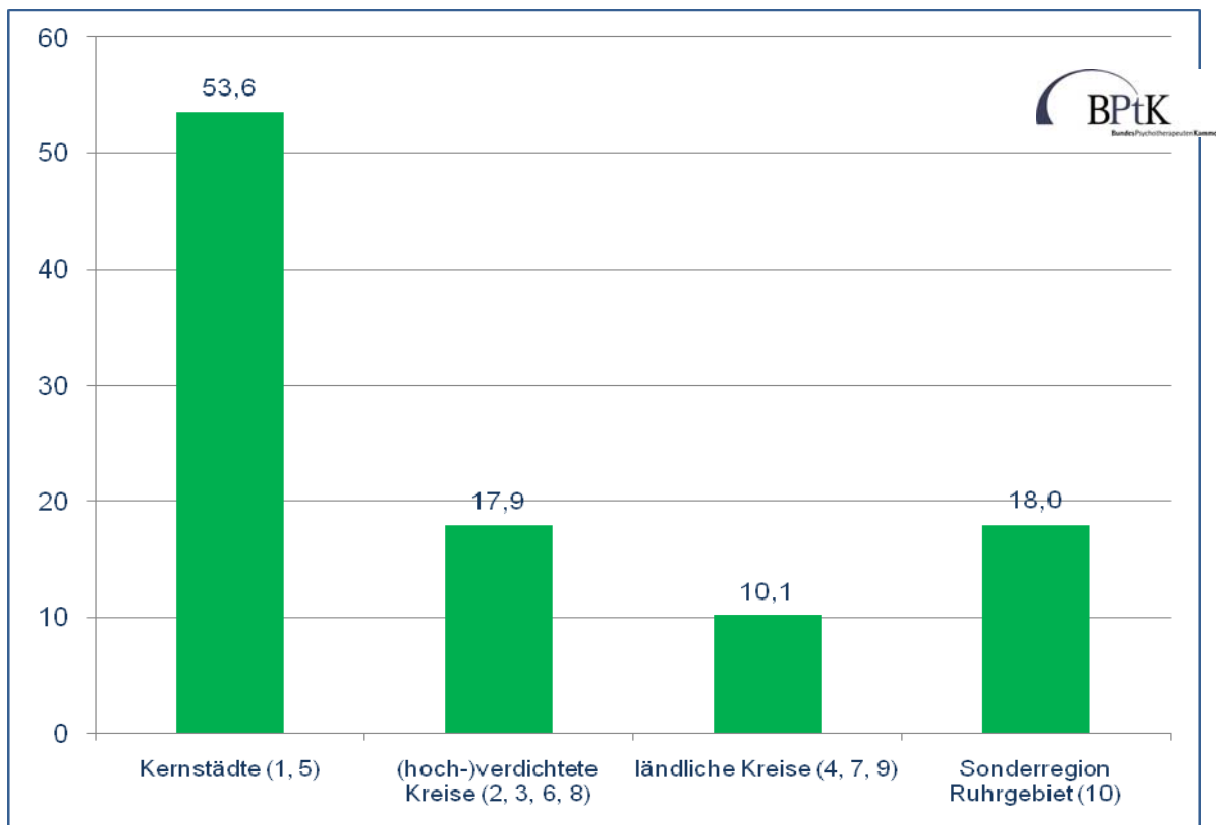
Der gewählte Stichtag führte sogar zu einer Verschärfung der Unterversorgung, weil damals in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen Anträge von Psychotherapeuten auf Zulassung noch gar nicht bearbeitet waren. Details hierzu finden sich im Anhang.

Zur Veranschaulichung werden die neun Kreistypen der Bedarfsplanung im Folgenden zu vier Gruppen mit vergleichbaren Versorgungskennzahlen zusammengefasst: Kernstädte (Kreistypen 1 und 5), hoch- und normalverdichtete Kreise (Kreistypen 2, 3, 6, 8) ländliche Kreise (Kreistypen 4, 7, 9) und den „Sonderfall“ Ruhrgebiet (Kreistyp 10).

Nach der Systematik der Bedarfsplanung sollten in Kernstädten (Kreistypen 1 und 5) zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen 37 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen werden, in ländlichen Kreisen dagegen nur sechs (Abbildung 6, Details siehe Anhang).

Abbildung 6:

Versorgungsdichte in Kreistypen (Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten/100.000 Einwohner)

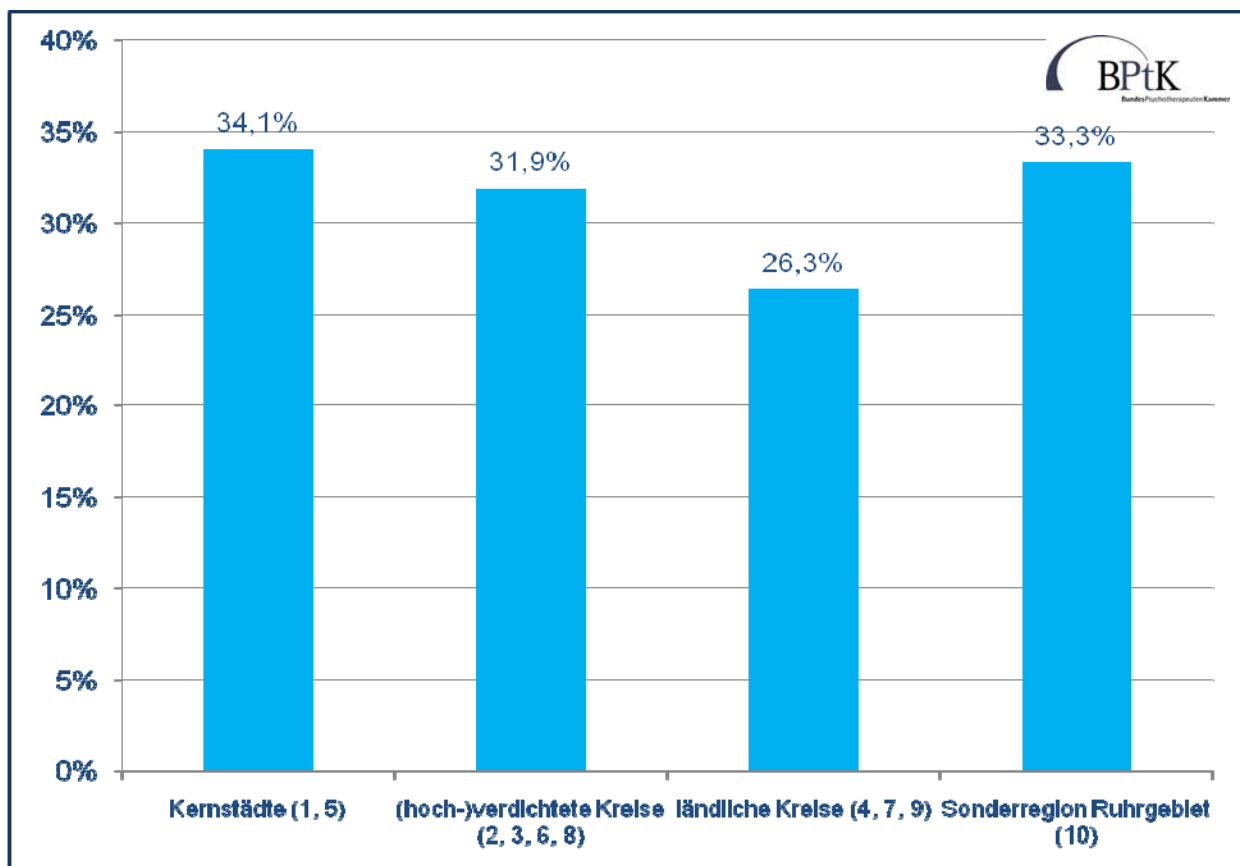


Quelle: BPTK, 2011

Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Kreistypen

Der Bundesgesundheitsurvey (BGS) erhob Ende der 1990er Jahre repräsentativ die Prävalenzen psychischer Erkrankungen in Deutschland (Wittchen & Jacobi, 2001). Es liegen also etwa für den Zeitraum regionale Daten zur Morbidität der Bevölkerung vor, in dem für die Bedarfsplanung die regionalen Vorgaben zur Psychotherapeuten-dichte ermittelt wurden. Eine Re-Analyse des BGS durch die BPtK (Jacobi & Harfst, 2011) ergab, dass die Verbreitung psychischer Erkrankungen in ländlichen Kreisen nur um rund ein Viertel geringer ist als in Kernstädten (Abbildung 7). Demgegenüber liegen die für diese ländlichen Kreise vorgegebenen Verhältniszahlen (Einwohner pro Psychotherapeut) gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie um bis zu 89 Prozent niedriger als in den Kernstädten.

Abbildung 7: Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen in den Kreistypen (in Prozent)



Quelle: BPtK, 2011

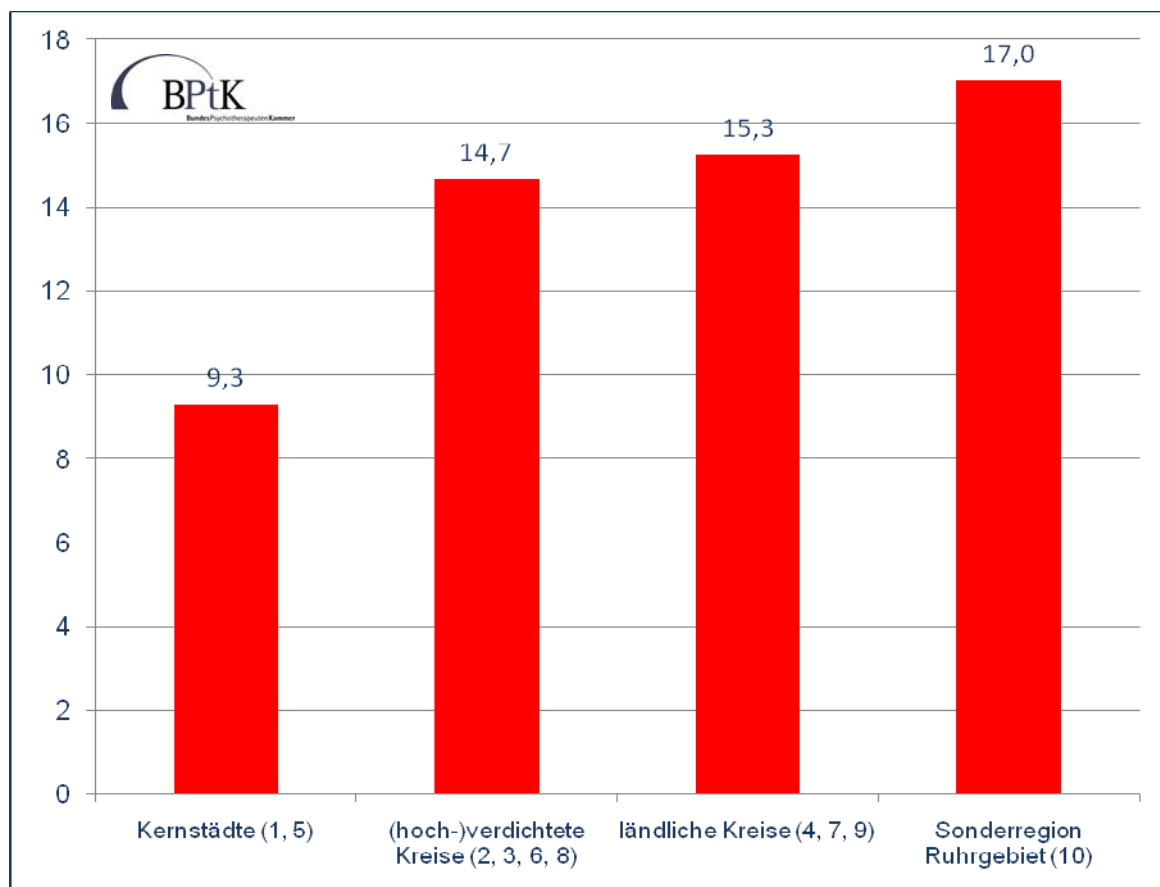
Es zeigt sich deutlich, dass die regionalen Verhältniszahlen von Psychotherapeuten von der tatsächlichen Verbreitung psychischer Erkrankungen massiv abweichen.

Dabei kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass die Landbevölkerung durch die Leistungserbringer in Kernstädten mitversorgt werden. Insbesondere in großflächigen ländlichen Regionen fern einer Großstadt kann eine psychotherapeutische Behandlung, die in der Regel mindestens einmal wöchentlich erfolgt, von vielen psychisch kranken Menschen nicht in Anspruch genommen werden. In weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns bspw. ist die nächste Kernstadt über 100 km entfernt.

Wartezeiten nach Kreistypen

Die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch variieren ebenfalls erheblich zwischen den Kreistypen bzw. der durch die Bedarfsplanung ermöglichten Versorgungsdichte. So warten Menschen in Kernstädten im Durchschnitt 9,3 Wochen, in (hoch-)verdichteten Kreisen 14,7 Wochen, in ländlichen Regionen 15,3 Wochen und im Ruhrgebiet sogar 17 Wochen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in den Kreistypen (in Wochen)

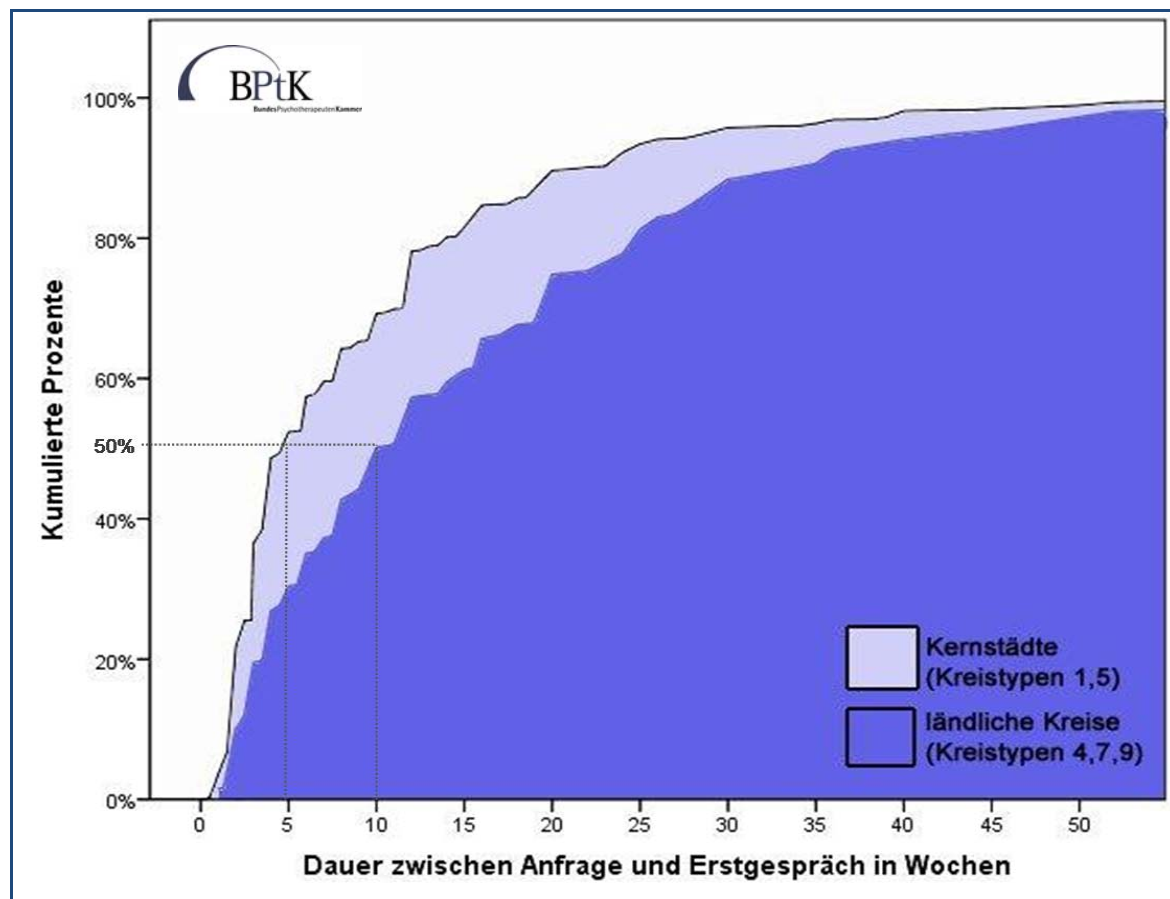


Quelle: BPtK, 2011

Der Anteil der Patienten, die länger als drei Monate warten müssen, liegt in den Kernstädten bei 21,2 Prozent und in (hoch-)verdichteten Kreisen bei 38,3 Prozent. In ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet liegen diese Anteile bei völlig inakzeptablen 42,5 bzw. 44,5 Prozent (Details siehe Anhang).

Abbildung 9 zeigt Details der Verteilung der Wartezeiten in den Kernstädten gegenüber ländlichen Kreisen. Hier wird deutlich, dass in Kernstädten ein größerer Anteil der psychotherapeutischen Praxen frühe Erstgespräche anbieten können.

Abbildung 9: Kumulierte Anteile der Wartezeiten in Kernstädten und in ländlichen Kreisen



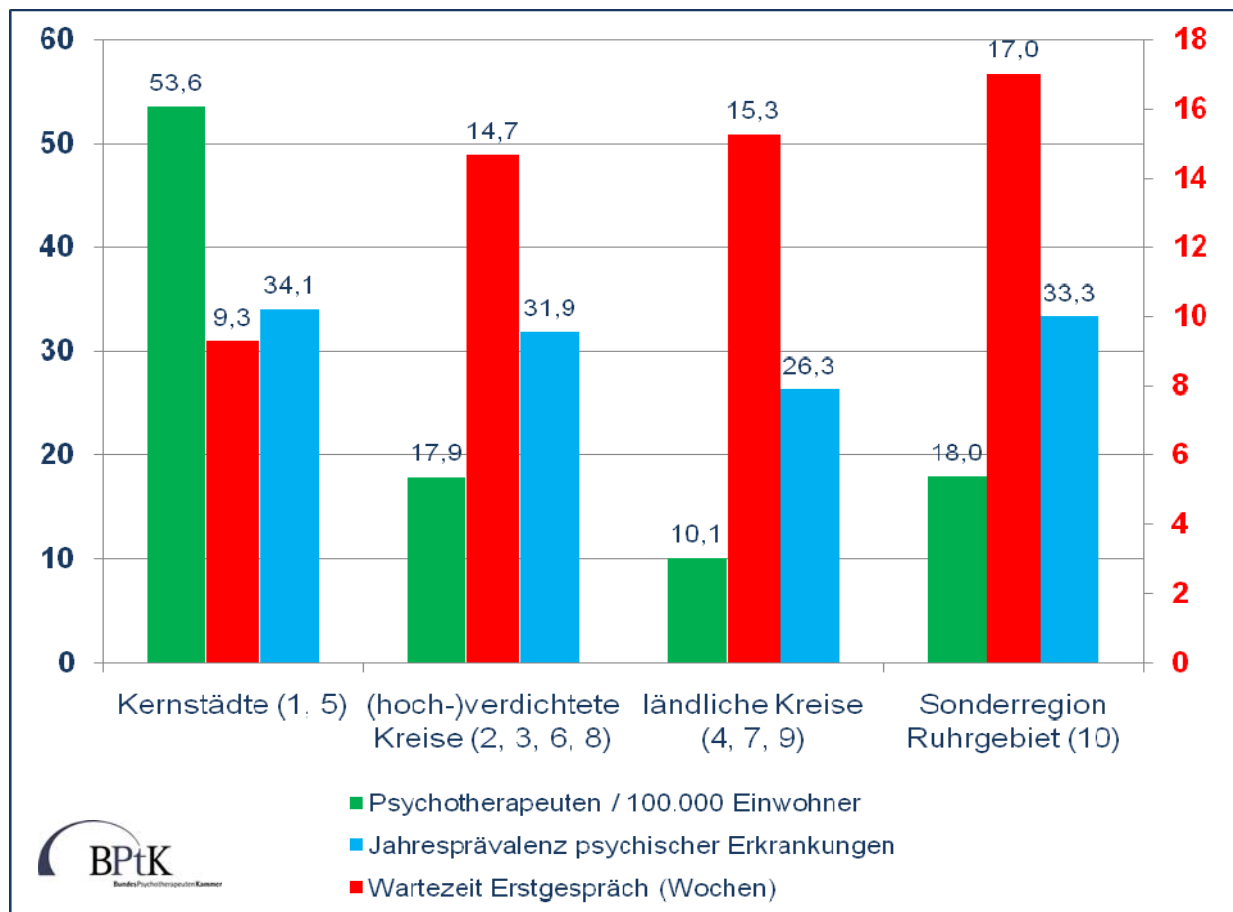
Quelle: BPtK, 2011

In Kernstädten können 50 Prozent der psychotherapeutischen Praxen innerhalb von fünf Wochen ein Erstgespräch anbieten. In ländlichen Kreisen können dies jedoch nur 30 Prozent der Praxen gewährleisten. 50 Prozent der Psychotherapeuten in ländlichen Kreisen können aufgrund der Auslastung ihrer Praxis innerhalb von zehn Wochen ein Erstgespräch anbieten (Details siehe Anhang).

Zusammenhänge zwischen Versorgungsdichte, psychischen Erkrankungen und Wartezeiten

Abbildung 10 zeigt die Zusammenstellung der Befunde zur Prävalenz psychischer Erkrankungen, der Dichte der psychotherapeutischen Versorgung und der Wartezeiten auf ein Erstgespräch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Abbildung 10: Psychische Erkrankungen, Versorgungsdichte und Wartezeiten auf ein Erstgespräch



Quelle: BPtK, 2011

Die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch sind in Kreistypen mit hoher psychotherapeutischer Versorgungsdichte deutlich geringer als in schlecht versorgten Kreistypen. Die vergleichsweise höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen könnte die Erklärung dafür sein, dass im Vergleich zu den ländlichen Kreisen trotz einer leicht besseren Dichte der psychotherapeutischen Versorgung die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch höher ausfallen.

Details zur Auswertung und Interpretation der Zusammenhänge zwischen Versorgungsdichte und Wartezeiten finden sich im Anhang.

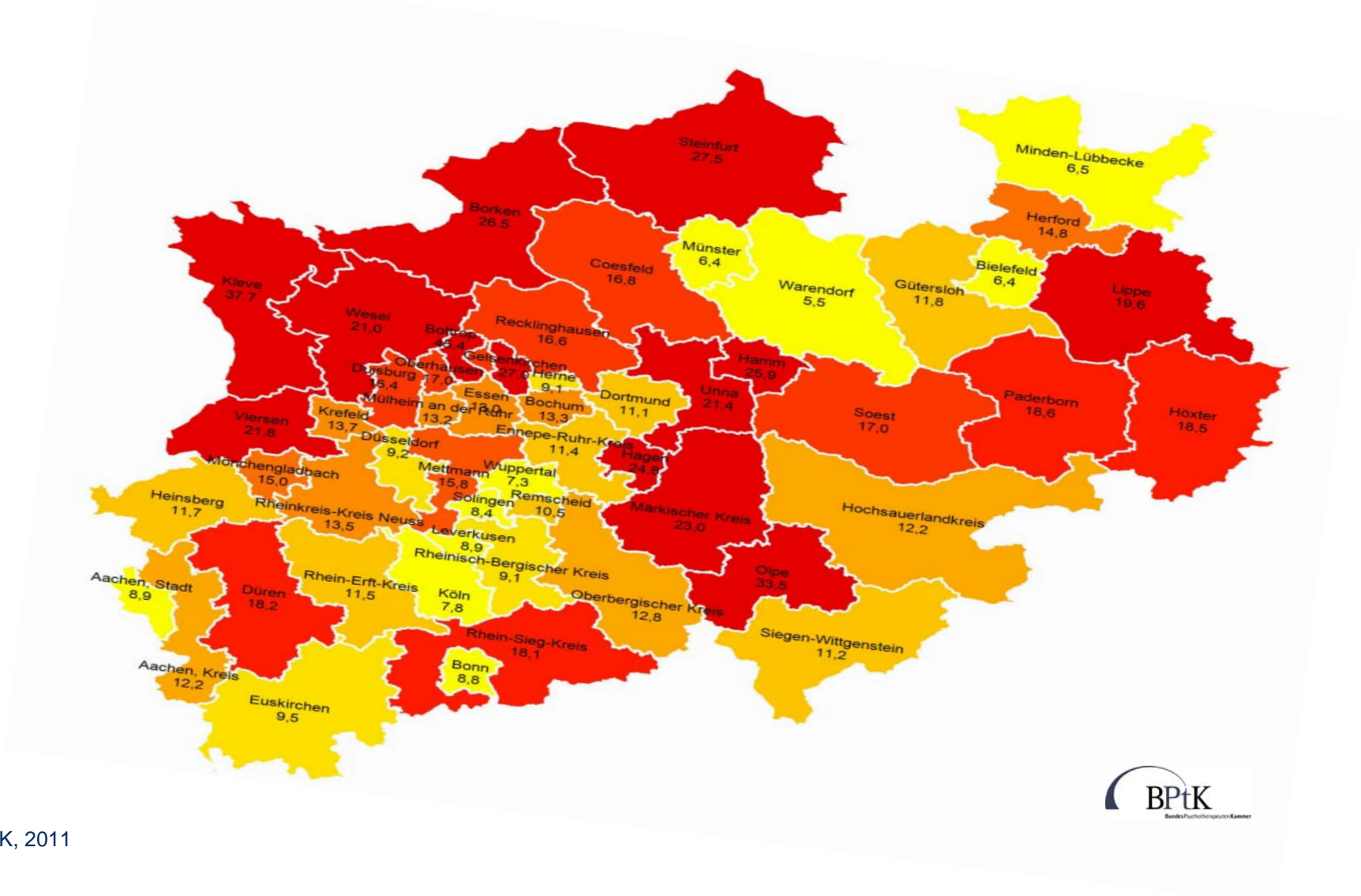
Detailanalyse am Beispiel Nordrhein-Westfalen

Die Bedarfsplanung führt zwischen den Planungsbereichen zu erheblichen Unterschieden in der psychotherapeutischen Versorgungsdichte und bei den Wartezeiten. Die Analyse des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen zeigt exemplarisch diese Unterschiede.

So bestehen in Planungsbereichen wie Bielefeld oder Münster (jeweils durchschnittlich 6,4 Wochen) erheblich geringere Wartezeiten als im Bundesdurchschnitt. In anderen Kreisen wie Olpe (33,5 Wochen) oder Kleve (37,7 Wochen) warten Menschen mit psychischen Erkrankungen um ein Vielfaches länger auf ein Erstgespräch. Auch dies erklärt sich im Hinblick auf die Anzahl der Psychotherapeuten, die in diesen Kreisen die psychotherapeutische Versorgung gewährleisten sollen. Dies sind in Bielefeld 54,8 Psychotherapeuten für 100.000 Einwohner, in Münster 72,9, in Olpe hingegen 16,4 und in Kleve sogar nur 11.

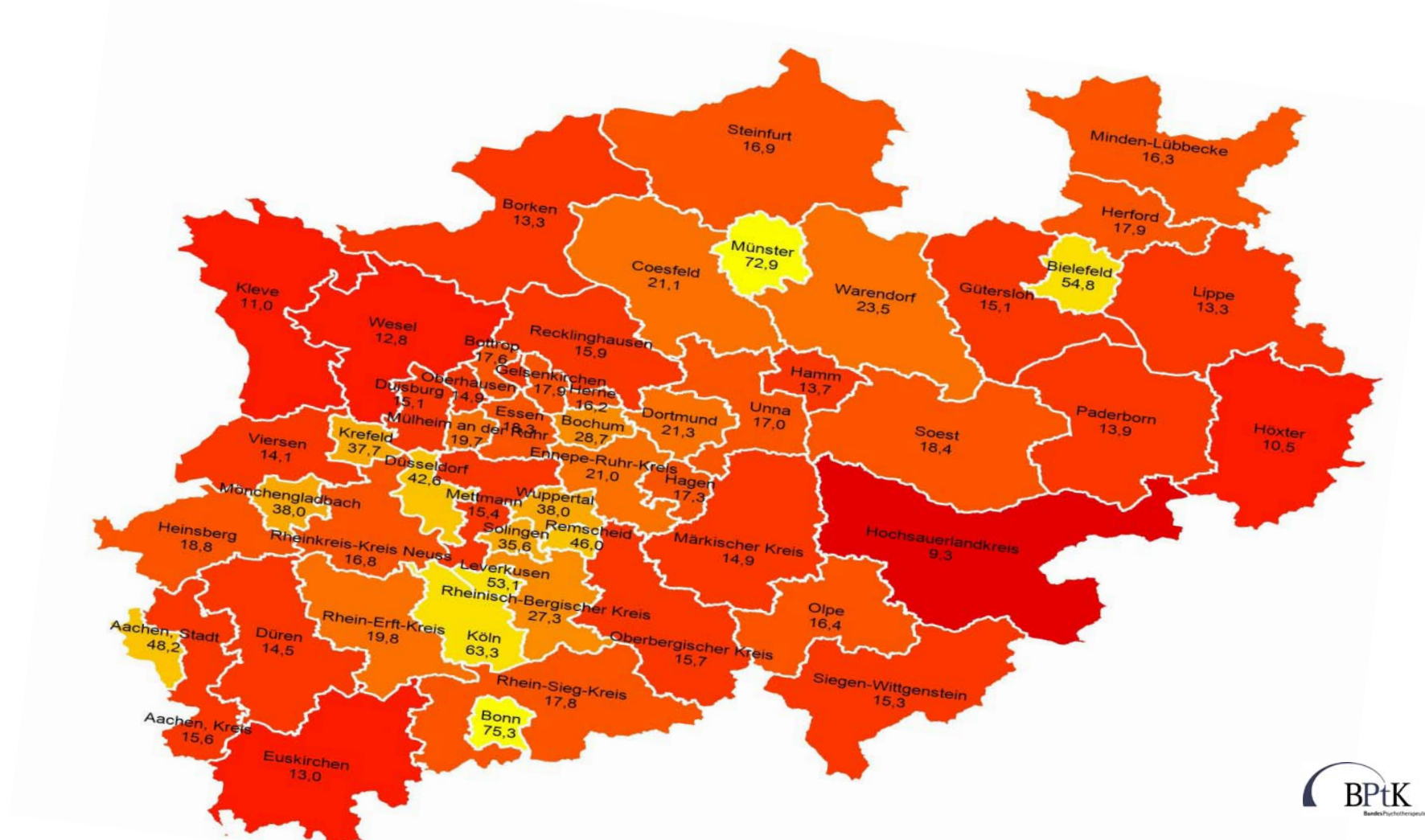
Die Gegenüberstellung der Unterschiede in der Psychotherapeutendichte und der Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch für Nordrhein-Westfalen findet sich in den Abbildungen 11 und 12.

Abbildung 11: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Nordrhein-Westfalen (Mittelwerte in Wochen)



Quelle: BPtK, 2011

Abbildung 12: Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen



Quelle: BPtK, 2011

Sonderfall Ruhrgebiet

Im Ruhrgebiet fallen das psychotherapeutische Versorgungsangebot und der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung besonders weit auseinander. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist ähnlich hoch wie in Kernstädten, die Dichte der Versorgung ist jedoch erheblich geringer.

Die Region ist geprägt von städtischem Charakter: elf der 15 Planungsbereiche des Ruhrgebietes sind nach der ursprünglichen Planung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung dem Kreistyp 1 (Kernstädte) zugewiesen. Die vier weiteren Planungsbereiche sind ursprünglich dem Kreistyp 2 zugeordnet. Der „Sonderfall Ruhrgebiet“ wurde in der Bedarfsplanung entwickelt, um die Anzahl der niedergelassenen Ärzte und später auch der Psychotherapeuten zu begrenzen.

So kommt es, dass in Regionen, in denen eigentlich zumindest 38,8 Psychotherapeuten notwendig sein sollten, um 100.000 Einwohner ausreichend psychotherapeutisch zu versorgen, davon ausgegangen wird, dass 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ausreichen müssen. Die damit realisierte Versorgungsdichte ist sogar geringer als in „hochverdichteten Kreisen“, in denen zumindest 12,3 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner erforderlich sind.

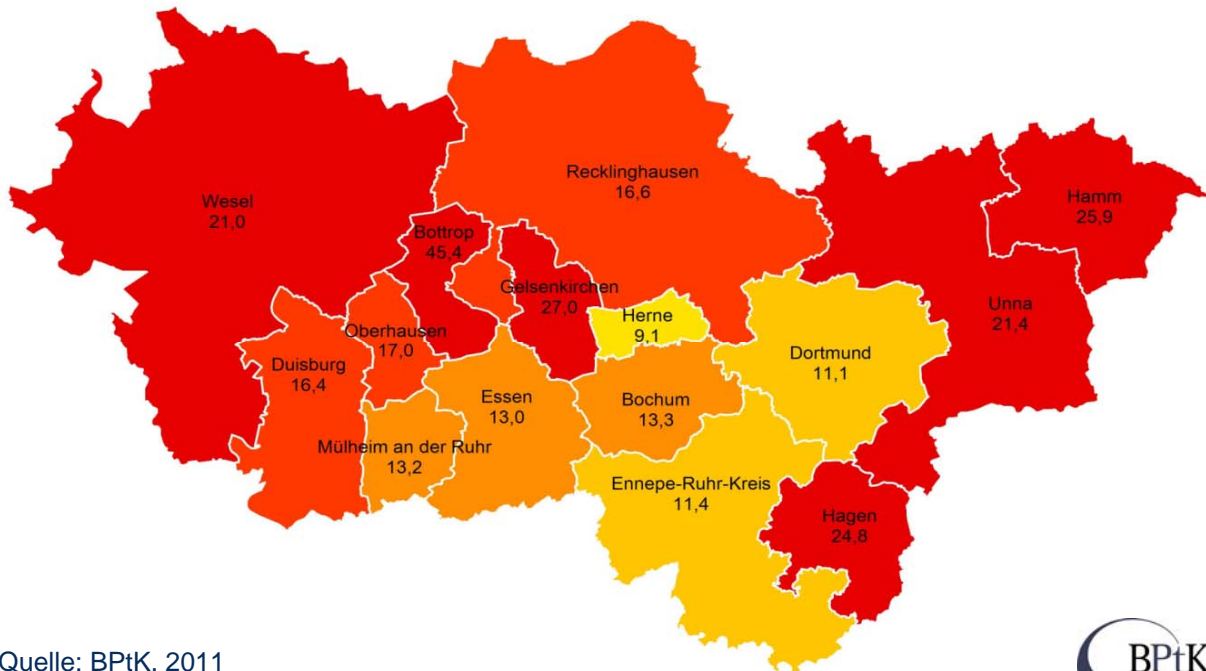
Real ist die Versorgungslage im Ruhrgebiet etwas besser als durch die Bedarfsplanung vorgegeben. Es arbeiten durchschnittlich zwischen 13 und 29 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Deshalb gilt das Ruhrgebiet in der amtlichen Statistik mit Versorgungsgraden von 150 bis 200 Prozent als „überversorgt“. Die überdurchschnittlich langen Wartezeiten in den Großstädten des Ruhrgebietes belegen demgegenüber, wie massiv die für die psychotherapeutische Versorgung tatsächlich notwendigen Angebote unterschätzt werden.

Die Anfragen nach psychotherapeutischen Erstgesprächen liegen in fast allen Planungsbereichen des Ruhrgebietes über dem Bundesdurchschnitt von 17 Anfragen pro psychotherapeutische Praxis pro Monat. So fragten bspw. in Bottrop oder Duisburg durchschnittlich 28 Patienten im Monat nach einer ambulanten Psychotherapie.

Dementsprechend sind die Wartezeiten in 12 der 15 Planungsbereiche des Ruhrgebietes überdurchschnittlich hoch. Details hierzu finden sich in den Abbildungen 13 und 14.

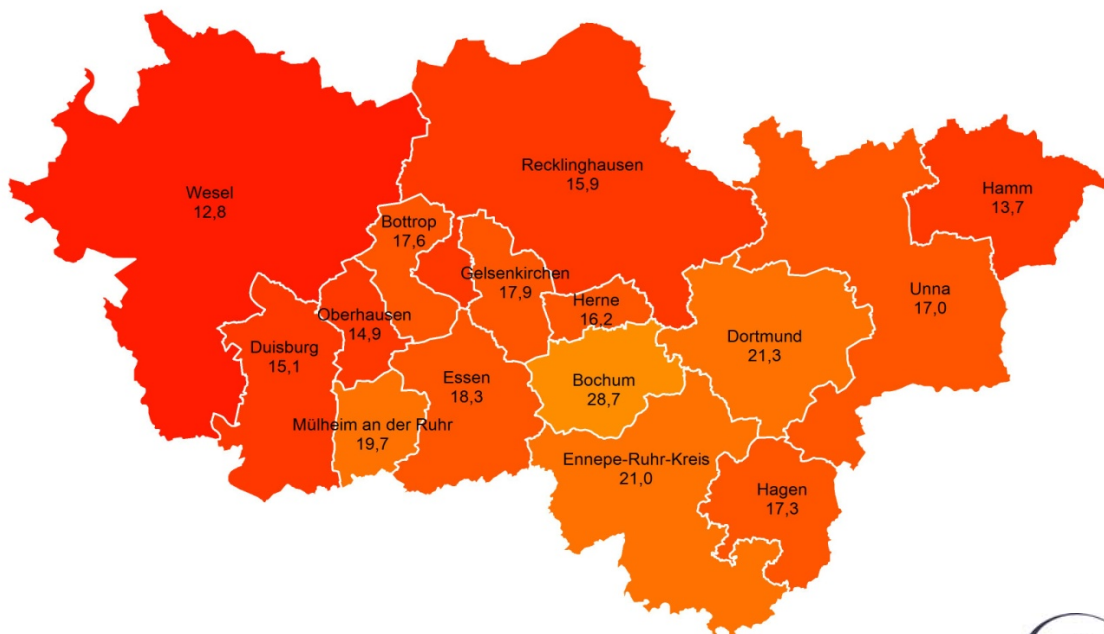
Abbildung 13:

Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch im Ruhrgebiet (Mittelwerte in Wochen)



Quelle: BPtK, 2011

Abbildung 14: Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner im Ruhrgebiet



Quelle: BPtK, 2011

Konsequenzen langer Wartezeiten für Patienten

Je länger die Wartezeit auf eine Behandlung dauert, desto mehr wird dies für die Patienten zu einer erheblichen Belastung (McGarry et al. 2008; McCarthy, McGee & O'Boyle, 2000; Siponen et al. 2003; May, 1991; zusammenfassend Helbig, 2009). Nach einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Forschungsgruppe Wahlen, 2010) beschwerten sich 40 Prozent der Patienten, wenn sie länger als drei Wochen auf einen Termin warten müssen. Bei psychisch kranken Menschen wird dies zur besonderen Belastung. Eine Umfrage der Kommune Rhein-Kreis-Neuss zeigte, dass zwei Drittel der Patienten mit Depressionen oder Schizophrenie die Wartezeit auf eine Behandlung als zusätzliche Belastung erlebten (Püschner et al. 2010).

Mit zunehmender Dauer der Wartezeit steigt der Anteil der Menschen, die eine Behandlung gar nicht erst beginnen. Hierzu gibt es Studien aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung (Foreman & Hanna, 2000; Westin et al. 2011; McGarry et al. 2008), aus der ambulanten Suchtbehandlung (Kaplan & Johri, 2000) und der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Menschen mit Schizophrenien, schweren Depressionen und Suchterkrankungen (Williams et al. 2008). In einer Studie von Issakidis et al. (2004) führten bereits zweimonatige Wartezeiten dazu, dass 30 Prozent der Patienten mit Angststörungen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nicht mehr aufnahmen.

Die äußerst langen Wartezeiten erhöhen das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern und dass sie vor allem wiederkehren. Unbehandelt verlaufen viele psychische Erkrankungen chronisch mit zunehmenden Komplikationen:

- Mehr als die Hälfte aller Menschen mit einer **Depression** erkranken im Verlauf des Lebens nach einer ersten Erkrankung erneut an einer Depression. Nach einer zweiten Erkrankung erhöht sich das Risiko wieder zu erkranken auf 70 Prozent und nach einer dritten Erkrankung sogar auf 90 Prozent (NVL Depression, 2010). Mit jeder erneuten Depression wird das Zeitintervall kürzer, innerhalb dessen die nächste Episode auftritt (Greden, 2001). Die durchschnittliche Dauer von unbehandelten depressiven Episoden ist ungefähr doppelt so lang wie bei behandelten (NVL Depression, 2010).

Behandelte Depressionen dauern ca. 16 Wochen, wobei schwere Depressionen im Durchschnitt sogar 23 Wochen andauern (Kessler et al. 2003).

- Besonders bei den psychischen Erkrankungen, die chronisch verlaufen, besteht das Risiko, dass das seelische Leid jahrelang andauert. **Angst- oder Zwangserkrankungen** verlaufen ohne Behandlung in der Regel chronisch. Bei weniger als 20 Prozent der Patienten mit unbehandelten Agoraphobien und Panikstörungen konnte eine vollständige Remission der Symptomatik über viele Jahre hinweg festgestellt werden (Wittchen, 1991). Bei Patienten mit Zwangsstörungen werden typischerweise auch nach 40 Jahren nur Remissionsraten unter 20 Prozent gefunden (Eisen et al. 2010). Soziale Phobien verlaufen ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle chronisch, Remissionen der Symptomatik wurden nur bei 11 bis 48 Prozent der Patienten festgestellt (Wittchen & Fehm, 2003). Bei Angst- und Zwangsstörungen kann durch eine Psychotherapie in vielen Fällen eine Remission der Symptomatik erreicht werden. Je frühzeitiger die Behandlung erfolgt, desto geringer ist das Risiko einer Chronifizierung.
- Auch bei unbehandelten **Posttraumatischen Belastungsstörungen** (PTBS) bleibt die Krankheit oft über viele Jahre, teilweise sogar Jahrzehnte bestehen oder verschlechtert sich (Steil & Ehlers, 2009). Perkonig et al. (2005) fanden bei knapp der Hälfte aller Patienten mit einer PTBS nach drei bis vier Jahren keine Remission der Beschwerden. Kessler et al. (1995) fanden, dass die durchschnittliche Dauer einer PTBS bei Behandlung drei und ohne Behandlung fünf Jahre betrug.
- Besonders gravierend ist der Verlauf für Patienten mit unbehandelten **Essstörungen**. Bei Patienten mit Magersucht konnte in einer 20jährigen Katamnesestudie beobachtet werden, dass weniger als ein Drittel der betroffenen Menschen von der Erkrankung genesen waren. Bei der Bulimie erholt sich ca. die Hälfte der betroffenen Menschen von der Erkrankung, wobei knapp ein Drittel chronisch verläuft. (Laessle, 2009).

Durch lange Wartezeiten im ambulanten Sektor erhöht sich zudem die Anzahl psychisch erkrankter Menschen, die sich in eine stationäre Behandlung begeben.

Die Kliniken sind verpflichtet, die Patienten im Rahmen der Notfallversorgung zu untersuchen und damit „unverzüglich“ ein erstes Gespräch anzubieten. Oft folgt bei psychisch erkrankten Menschen hierauf eine stationäre Aufnahme. Damit entstehen stationäre Behandlungen, die bei geringeren Wartezeiten vermieden werden könnten.

Die Wartezeiten auf ein erstes psychotherapeutisches Gespräch sollten daher möglichst nicht länger als drei Wochen dauern. Der National Health Service (NHS) in England hatte sich im Jahr 2000 bei einer grundlegenden Reform das Ziel gesetzt, dass die maximale Wartezeit im ambulanten Bereich drei Monate nicht übersteigen darf (NHS/Department of Health, 2000). Eine Studie zur psychotherapeutischen Versorgung hatte die Erreichung dieses Ziels überprüft und bestätigt (Garry & Paley, 2006).

Führen von Wartelisten in psychotherapeutischen Praxen

53,6 Prozent der Psychotherapeuten führen eine Warteliste. Dieser Wert ist gut vergleichbar mit der Untersuchung von Walendzik et al. (2011), in der 52 Prozent der Psychotherapeuten angaben, eine Warteliste zu führen. Hieraus lässt sich ableiten, dass zwei Varianten existieren, eine psychotherapeutische Praxis zu führen.

Aus den Freitextangaben, die einige Psychotherapeuten in der BPtK-Studie gemacht haben, geht hervor, dass Psychotherapeuten ihre Warteliste oft vorübergehend schließen müssen, da die Patienten ansonsten „utopisch lange“ warten müssten. Eine erste Analyse dieser Freitextangaben ergab, dass 148 Psychotherapeuten darüber berichteten, dass Wartelisten problematisch seien oder sich nicht bewährt hätten. 65 Psychotherapeuten berichteten (ungefragt) davon, dass sie zwar eine Warteliste führen, diese aber zumindest temporär schließen würden. Dies erfolgt beispielsweise nach einer bestimmten Anzahl von Patienten oder nach einer bestimmten Zeitdauer bis zum nächsten potenziell freien Erstgesprächstermin. 23 Psychotherapeuten nannten Zeitbegrenzungen, ab denen eine Warteliste keinen Sinn ergebe. Diese ergaben einen Mittelwert von 6,98 Monaten (SD = 5,5). Die Spanne der angegebenen Zeitintervalle betrug zwischen zwei Monaten und zwei Jahren.

Wenn viele Wartelisten temporär geschlossen werden, lässt sich folgern, dass die hohen Wartedauern auf ein Erstgespräch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sogar noch eine Unterschätzung der tatsächlichen Wartezeiten darstellen.

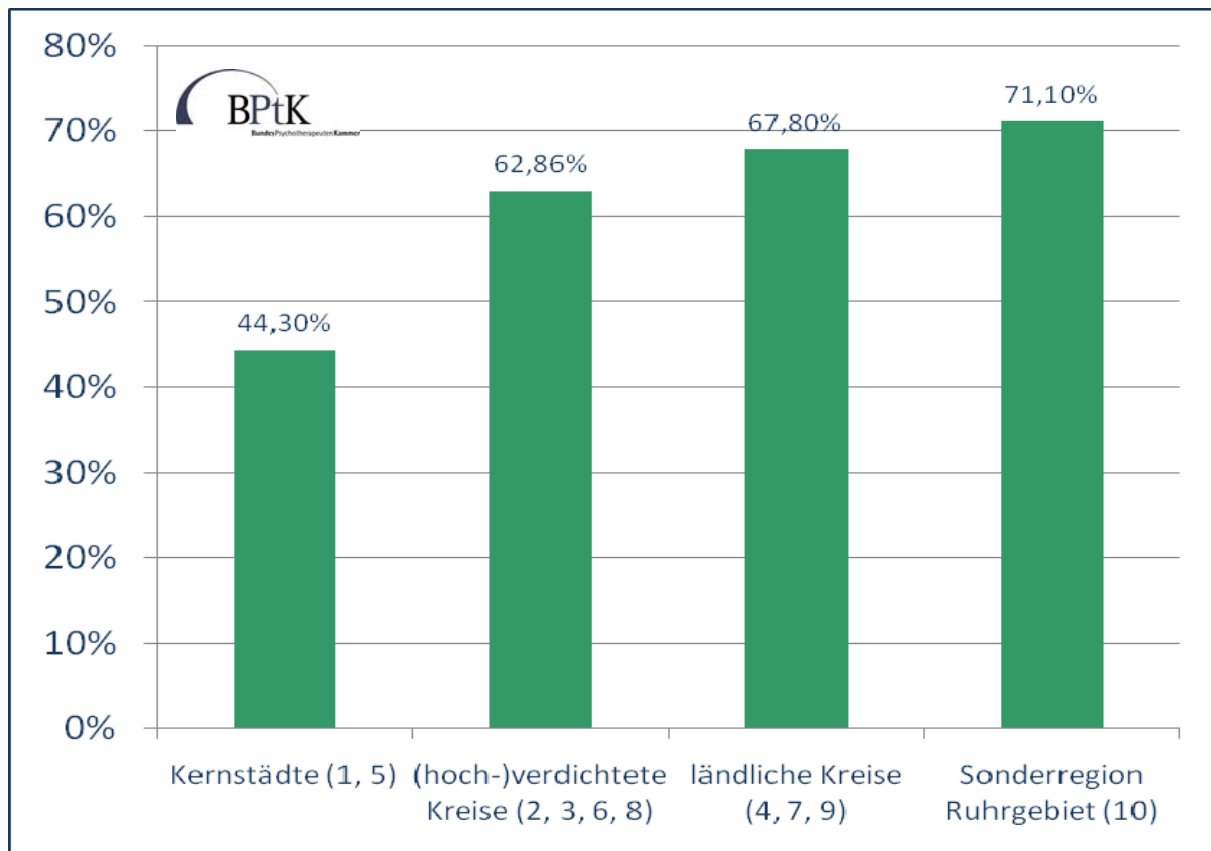
Knapp die Hälfte der Psychotherapeuten führt keine Warteliste, sondern bietet den Anrufern nur dann einen Termin für ein Erstgespräch an, wenn freie Behandlungsplätze in absehbarer Zeit vorhanden sind. Die Analyse der Freitextangaben unserer Erhebung zeigt, dass viele dieser Psychotherapeuten lange Wartelisten für nicht zumutbar bzw. nicht praktikabel halten. Die Anfragen werden ggf. an andere Psychotherapeuten, Nervenärzte, stationäre Behandlungseinrichtungen oder eine Therapieplatzauskunft weiterverwiesen. Dies bestätigt auch die Erhebung von Walendzik et al. (2011). Die Analyse der Freitextangaben unserer Erhebung zeigt, dass viele Psychotherapeuten in Telefonaten die Dringlichkeit der Anfrage einschätzen und die Terminvergabe hiervon abhängig machen. Dies zeigt die Bereitschaft der Psychotherapeuten, die psychotherapeutische Versorgung auch unter ungünstigen Bedingungen zu optimieren. Ein (in aller Regel kurzes) Telefonat stellt jedoch keinen Ersatz für ein Erstgespräch dar.

Beide Varianten der psychotherapeutischen Versorgung sind nachvollziehbar. Hinsichtlich der Frage, wovon das Führen einer Warteliste abhängt, sind uns keine Vorstudien bekannt. Die Abbildungen 15 und 16 zeigen, dass es sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen den Kreistypen Unterschiede gibt hinsichtlich des Anteils der Psychotherapeuten, die eine Warteliste führen.

Abbildung 15: Führen von Wartelisten nach Bundesland (Anteil der Praxen mit Warteliste)



Quelle: BPtK, 2011

Abbildung 16: Führen von Wartelisten nach Kreistyp (Anteil der Praxen mit Warteliste)

Quelle: BPtK, 2011

Demnach ist das Führen einer Warteliste in schlecht versorgten Regionen häufiger. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass es in diesen Regionen kaum Möglichkeiten gibt, den Patienten an einen Kollegen weiter zu verweisen. Vermutlich ergeben Wartelisten in städtischen Regionen auch deswegen weniger Sinn, weil viele Patienten sich bei mehreren Psychotherapeuten auf einer Warteliste eintragen lassen und dann nicht mehr zu einem Erstgespräch erscheinen, wenn ein Kollege ihnen bereits ein solches Gespräch angeboten hat.

In ländlichen Regionen bleibt den Psychotherapeuten nichts Anderes übrig, als die vielen Anfragen auf einer Warteliste zu notieren. Diese muss nach vielen Monaten entweder geschlossen werden oder sie wird so absurd lang, dass ein Großteil der Patienten entmutigt aufgibt bzw. sich in stationäre Behandlung begibt – auch wenn dies nicht erforderlich gewesen wäre.

Bestätigung bisheriger Befunde

Die bisherigen Umfragen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bestätigen, dass Wartezeiten auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung unter drei Wochen im deutschen Gesundheitssystem flächendeckend nicht Standard sind. Die Umfragen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (Peikert et al. 2011), der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV – Walendzik et al. 2011) und von Zepf et al. (2003) zeigen dabei Wartezeiten auf ein Erstgespräch von durchschnittlich ca. zehn bis elf Wochen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Vorbefunde zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Studie	N	Regionen	Rücklauf	Wartezeit auf psychotherapeutisches Erstgespräch MW (SD) in Wochen	Wartezeit auf Beginn der Psychotherapie MW (SD) in Wochen
Löcherbach et al. 2000	1.742	Köln, Koblenz, einige Regionen in Bayern	k. A.	4 (k. A.)	k. A.*
Zepf et al. 2003	598	Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen	20,6 %	9,6 (0,87)	20,9 (0,87)
Walendzik et al. 2011*	2.497	Deutschland	33,3 %	11,3 (12,6)	k. A.
PK Bremen, 2008	258	Bremen, Bremerhaven	53,2 %	5,3 (9,1)	15,2 (12,3)
Peikert et al. 2011	1.139	Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	67,0 %	9,9 (12,5)	14,2 (13,1)

* differenzierte Darstellung nach Kurzzeit-/Langzeittherapie

Quelle: BPtK, 2011

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

Mit Ausnahme der DPtV-Studie (Walendzik et al. 2011) werden die Durchschnittswerte zu Wartezeiten unabhängig davon berichtet, ob die Psychotherapeuten Wartelisten führen. Dies führt bei den Erhebungen von Zepf et al. (2003), Peikert et al. (2011) und der Psychotherapeutenkammer Bremen (2008) dazu, dass die durchschnittlichen Wartezeiten etwas geringer ausfallen als in unserer Untersuchung.

So ergibt sich nach unseren Berechnungen bspw. für das Bundesland Bremen eine durchschnittliche Wartezeit von 8,8 Wochen (siehe Anhang). Wenn man die Psychotherapeuten ohne Warteliste mitzählt, ergäbe sich nach unseren Daten ein Durchschnittswert von 5,8 Wochen, welcher mit der Umfrage der Psychotherapeutenkammer Bremen vergleichbar ist. Für die Psychotherapeuten in Ostdeutschland (ohne Berlin) ergäbe sich eine durchschnittliche Wartezeit von 12,5 Wochen ohne Berücksichtigung des Führens einer Warteliste. Dies ist 2,5 Wochen länger als in der Untersuchung von Peikert et al. (2011). Die Wartezeit bei den Psychotherapeuten in Ostdeutschland, die eine diesbezüglich präzisere Einschätzung abgeben können, beträgt nach unseren Angaben 16,1 Wochen.

In der Studie von Zepf et al. (2003) berichten die Autoren darüber, dass pro psychotherapeutischem Erstgespräch ungefähr doppelt so viele Anfragen von Patienten eingingen. Dies bedeutet, dass ca. die Hälfte der Anfragenden kein Gespräch erhält. In unserer Umfrage konnte nur ein Viertel der Anfragen durch entsprechende Gesprächsangebote abgedeckt werden. Dies kann ein Ausdruck der gestiegenen Nachfrage nach Psychotherapie sein. Die Untersuchung von Zepf et al. liegt mittlerweile zehn Jahre zurück.

Von den Patienten, die ein Erstgespräch erhielten, wurden 61 Prozent in Behandlung genommen, in unserer Untersuchung waren es 51,6 Prozent. Gegebenenfalls führt die gestiegene Nachfrage nach Psychotherapie dazu, dass im Rahmen der probatorischen Sitzungen noch sorgfältiger überprüft wird, bei welchen Patienten ein erheblicher Behandlungsbedarf besteht. Dieses Ergebnis ist ein Indiz gegen die von Krankenkassen oder Nervenärzten geäußerte Vermutung, dass im Rahmen der ambulanten Psychotherapie zu wenig Vorselektion erfolge.

Regionale Versorgungsunterschiede

Längere Wartezeiten in ländlichen Regionen im Vergleich zu Großstädten werden von mehreren Vorstudien berichtet. Peikert et al. (2011) berichten über Wartezeitenunterschiede von knapp vier Wochen zwischen Großstädten und anderen Regionen. Auch die Umfrage der Psychotherapeutenkammer Bremen (2008) ergab Hinweise auf regional unterschiedliche Wartezeiten. So warteten die Patienten in Bremerhaven im Durchschnitt 1,5 Wochen länger als in Bremen. Nach unseren Berechnungen beträgt der Unterschied nur eine halbe Woche. Allerdings ist der Anteil der Praxen mit über dreimonatigen Wartezeiten in Bremerhaven mit 27,3 Prozent deutlich höher als in Bremen (16,1 Prozent).

Nach Ergebnissen der DPtV-Umfrage (Walenzik et al. 2011) warten Patienten in Großstädten 8,9 Wochen, in Kleinstädten 14,9 Wochen und in Mittelstädten 13,7 Wochen auf ein Erstgespräch. Dies deckt sich in etwa mit unseren Berechnungen. Konträr zu unserer Erhebung sind die berichteten Wartezeiten in ländlichen Regionen, die in der DPtV-Umfrage durchschnittlich „nur“ 9,8 Wochen betragen.

Zusammenfassend weisen die zitierten Vorstudien zur psychotherapeutischen Versorgung genau wie die BPtK-Erhebung darauf hin, dass die Nachfrage nach Psychotherapie größer als die verfügbaren Kapazitäten und die Inanspruchnahme von Psychotherapie in Deutschland mit unangemessen langen Wartezeiten verbunden ist.

3 Literatur

- Department of Health (2000). The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform. London: Department of Health.
- Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME & Rasmussen SA. (2010). A 2-year prospective follow-up-study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 71(8):1033-9.
- Foreman DM & Hanna M (2000). How long can a waiting list be?: The impact of waiting time on Intention to attend child and adolescent psychiatric clinics. *Psychiatric Bulletin* 2000 24: 211-213.
- Forschungsgruppe Wahlen (2010). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mannheim: FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH.
- Garry G & Paley G (2006). An audit of waiting times at a specialist psychotherapy service. *The Psychiatrist*, 30: 182 – 184.
- Greden JF (2001). The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 22:5-9.
- Helbig S (2009). Veränderungsrelevante Prozesse jenseits psychotherapeutischer Sitzungen: Konzeption, Beschreibung und Ansätze für ein optimiertes therapeutisches Vorgehen. Dissertationsschrift, Universität Dresden.
- Issakidis C & Andrews G (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 109: 426-433.
- Kaplan EH & Mira M (2000). Treatment on demand: an operational model. *Health Care Management Science* 3: 171–183.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M & Nelson CB (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048-60.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE & Wang PS (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama* 289: 3095-105.
- Psychotherapeutenkammer Bremen (2008). Wartezeiten auf Psychotherapie. Befragung der Psychotherapeutenkammer Bremen. <http://www.pk-hb.de/show/3426880.html>
- Laessle RG (2009). Essstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi F & Harfst T (2011). Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. *Report Psychologie* 36, 111-114.
- Löcherbach P (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Band 125. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

- May R (1991). Effects of Waiting for Clinical Services on Attrition, Problem Resolution, Satisfaction, Attitudes Toward Psychotherapy and Treatment Outcome: A Review of the Literature. *Professional Psychology: Research and Practice* 22: 209-214.
- McCarthy K, McGee HM & O'Boyle CA (2000). Outpatient clinic waiting times and nonattendance as indicators of quality, *Psychology, Health & Medicine* 5: 287-293.
- McGarry J, McNicholas F, Buckley H, Kelly BD, Atkin L & Ross N (2008). The Clinical Effectiveness of a Brief Consultation and Advisory Approach Compared to Treatment as Usual in Child and Adolescent Mental Health Services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 13: 365–376.
- NVL-Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“, Langfassung, Version 1.1 (2009).
www.depression.versorgungsleitlinien.de.
- Siponen U & Välmäki M (2003). Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10: 129-135.
- Püschner F, Fleischmann J & Diewald V (2010). Wartezeiten in der regionalen psychiatrischen Versorgung aus Patienten- und Leistungserbringersicht – am Beispiel des Rhein-Kreis Neuss. Vortrag auf dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 02.10.2010, Bonn.
- Peikert G, Hoyer J, Mrazek A, Rosendahl W, Hannich HJ & Jacobi F (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal* 1/2011, 43-50.
- Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Hofler M, Lieb R, Maercker A & Wittchen HU (2005). Longitudinal Course of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *Am J Psychiatry* 162:1320-1327.
- Steil R & Ehlers A (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J & Jahn R (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Forschungsbericht, www.dptv.de.
- Westin AML, Barksdale CL, Metrick J & Stephan SH (2011). Understanding the Effect of Waiting Time on Children's Mental Health Service Use and Discharge Outcomes. Paer at Children's Mental Health Research & Policy Conference, 22.3.2011, Tampa/FL.
- Williams ME, Latta J & Conversano P (2008). Eliminating the Wait for Mental Health Services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 107-114.
- Wittchen HU (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen. Wie häufig sind Spontanremissionen. *Verhaltenstherapie* 1: 273-282.
- Wittchen HU & Fehm L (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 108 (Suppl. 417): 4-18.
- Wittchen HU & Jacobi F (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*: 993–1000.
- Zepf S, Mengele U & Hartmann S (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland – Psychotherapie, Psychosomatik, *Medizinische-Psychologie* 53: 152-162.

4 Anhang

Methodik der BPtK-Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Die Umfrage wurde in Kooperation zwischen den Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK durchgeführt. Alle niedergelassenen Psychotherapeuten wurden zwischen dem 19.01. und 21.01.2011 von ihrer Landespsychotherapeutenkammer angeschrieben. Die Psychotherapeuten wurden in einem Anschreiben darum gebeten, sich ausschließlich auf GKV-Patienten und den Zeitraum des letzten halben Jahres zu beziehen. Es wurde versichert, dass die Angaben anonym sind und keine Informationen erfragt werden, die Rückschlüsse auf eine Person zulassen.

Dem Fragebogen lag ein Rückumschlag („Gebühr zahlt Empfänger“) bei. Alternativ bestand die Möglichkeit, die Daten passwortgeschützt online einzugeben. In der Online-Erhebung wurde den Teilnehmern die Möglichkeit eines Freitextes angeboten. Auch bei der postalischen Versendung machten viele Psychotherapeuten zusätzliche Notizen, die ebenfalls ausgewiesen wurden.

Durch die Landespsychotherapeutenkammern wurden Anfang Februar 2011 entweder postalisch oder per E-Mail Erinnerungsschreiben versendet. Rückmeldeschluss war der 25.02.2011.

Die Eingabe, Aufbereitung und Auswertung der Daten wurde von dem Institut für Karriere und Gesundheit (IKG, www.karriereundgesundheit.de) durchgeführt. Das IKG übernahm in Absprache mit der BPtK die Programmierung der Dateneingabemaske für den Online-Rücklauf.

Bei der Konzeption der Umfrage wurde großer Wert darauf gelegt, eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen. Daher wurde ein Fragebogen entwickelt, der nur wenige Angaben zur ambulanten Versorgung erfasst und daher in wenigen Minuten zu beantworten war. Besonders wichtig war die Gewährleistung der Anonymität der Angaben.

Um dies auch in kleinen Planungsbereichen zu gewährleisten, wurde auch auf Informationen verzichtet, die weiteren Aufschluss über die Versorgungslage gegeben hätten, wie beispielsweise Verfahrensabhängigkeit, KJP-Zulassung, hälftige Zulassung oder Ähnliches.

Die Psychotherapeuten wurden gebeten, sich ausschließlich auf GKV-Patienten und den Zeitraum des letzten halben Jahres zu beziehen. Die Fragen lauteten im Detail:

- Wie viele Patientenanfragen für ein Erstgespräch hatten Sie durchschnittlich im Monat?
- Wie viele Erstgespräche führten Sie durchschnittlich pro Monat durch?
- Führen Sie eine Warteliste?
- Wie lange betrug die durchschnittliche Dauer zwischen der Anfrage eines Patienten und einem Erstgespräch in Wochen?
- Wie lange betrug die durchschnittliche Dauer zwischen der Anfrage eines Patienten und dem Beginn der Therapie in Wochen?
- Wie viele Patienten haben Sie im letzten halben Jahr neu in Therapie aufgenommen?

Vor allem wurde der Planungsbereich, in dem die Psychotherapeuten arbeiten, erfasst. In Stadtstaaten wurde darüber hinaus der Stadtbezirk erfasst, um noch feingliedrigere Informationen über die psychotherapeutische Versorgungslage zu erhalten.

Auswertung des Rücklaufs

Insgesamt wurden 18.149 Fragebögen von den Landespsychotherapeutenkammern versendet. Davon wurden 9.272 zurückgesendet, was einem Rücklauf von 51,1 Prozent entspricht. 8.620 davon konnten für die Auswertung verwendet werden. Fehlende Daten aufgrund von: Dauer EG > Dauer TG (176); keine GKV-Zulassung (30), keine Angabe des Planungsbereichs (72), fehlende Angabe zur Dauer bis EG (169), fehlende Angabe zur WL (138), mehrere der genannten Gründe (67).

Der Rücklauf verteilte sich sehr ausgewogen über die Kreistypen (Tabelle A1b).

Der landesspezifische Rücklauf (Tabelle A1a) war vor allem von der Spezifität der Verteiler der Landespsychotherapeutenkammern abhängig.

Tabelle A1a: Landesspezifischer Rücklauf

Landespsychotherapeutenkammer	versendet	erhalten	in Prozent
Baden-Württemberg	2.237	1.045	46,7
Bayern	2.776	1.236	44,5
Berlin	2.268	1.041	45,9
Brandenburg	250	129	51,6
Bremen	298	178	59,7
Hamburg	757	448	59,2
Hessen	1.779	969	54,5
Mecklenburg-Vorpommern	140	67	47,9
Niedersachsen	1.418	825	58,2
NRW	3.678	2.002	54,4
Rheinland-Pfalz	746	360	48,3
Saarland	193	103	53,4
Sachsen	657	352	53,6
Sachsen-Anhalt	229	103	45,0
Schleswig-Holstein	462	262	56,7
Thüringen	261	132	50,6

Quelle: BPtK, 2011

Tabelle A1b: Rücklauf nach Kreistyp

(im Vergleich zu der Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeuten nach Kreistyp*)

Kreistyp		Einwohner	Psychotherapeuten*	Anteil der Psychotherapeuten*	Studien-Rücklauf (N; auswertbar)	Studien-Rücklauf (in Prozent)
Große Verdichtungsräume						
1	Kernstädte	16.545.463	9.163,25	43,4 %	3.725	43,2
2	Hochverdichtete Kreise	11.280.308	1.988,55	9,4 %	785	9,1
3	Normalverdichtete Kreise	7.102.120	1.198,7	5,7 %	581	6,7
4	Ländliche Kreise	3.172.769	351,65	1,7 %	140	1,6
Verdichtungsansätze						
5	Kernstädte	4.729.328	2.232,9	10,6 %	901	10,5
6	Normalverdichtete Kreise	15.513.729	3.033,8	14,4 %	1.227	14,2
Ländliche Kreise						
7	Ländliche Regionen	7.976.004	825,85	88,5 %	327	3,8
8	Verdichtete Kreise	6.517.999	1.013,68	4,8 %	396	4,6
9	Ländliche Kreise	3.914.210	347,45	1,6 %	130	1,5
Sonderregion						
10	Ruhrgebiet	5.198.249	933,55	4,4 %	408	4,7
	<i>Deutschland</i>	<i>81.950.179</i>	<i>21.089,38</i>	<i>100 %</i>	<i>8.620</i>	<i>100</i>

*nach Angaben der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der SPD (BT-Drs. 17/4470)

Quelle: BPtK, 2011

Rücklauf online vs. postalisch

Von den 8.620 auswertbaren Rückmeldungen erfolgten 7.491 schriftlich und 1.129 online. Der Online-Rücklauf betrug damit nur 13,1 Prozent aller Rückmeldungen. Dies ist vermutlich vor allem dadurch zu erklären, dass die Psychotherapeuten postalisch angeschrieben wurden und dem Anschreiben bereits ein Rückumschlag („Gebühr zahlt Empfänger“) beilag.

Diskussion der Studienergebnisse

Die Umfrage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zeigt, wie stark die psychotherapeutischen Praxen in Deutschland überlaufen sind. Nur für jede vierte Anfrage kann ein psychotherapeutisches Erstgespräch angeboten werden. Gerade in Regionen mit geringer psychotherapeutischer Versorgungsdichte werden die Wartelisten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch so lang, dass die Patienten entmutigt aufgeben.

Die Dichte der psychotherapeutischen Versorgung erklärt Unterschiede in den Wartezeiten. Die Korrelationen zwischen Wartezeit und Versorgungsdichte betragen laut BPtK-Untersuchung .25 (Erstgespräch) und .27 (Therapiebeginn). Dies deutet auf einen moderaten Zusammenhang hin, der jedoch in Anbetracht der Größe der Studienpopulation durchaus bedeutsam ist.

Hierzu muss angemerkt sein, dass die Studie primär konzipiert wurde, um Detailinformationen zur Wartezeit für ein psychotherapeutisches Erstgespräch auf der Ebene der Planungsbereiche abzubilden. Dafür wurde auf die Erhebung vieler erklärender Variablen verzichtet. Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit höheren Wartezeiten verbunden ist. Ebenso gibt es Unterschiede zwischen den Richtlinienverfahren. Regionale Unterschiede im Anteil dieser Verfahren können damit einen Teil der Unterschiede erklären. Besonders relevant für den Zusammenhang zwischen Versorgungsdichte und Wartezeit ist die Angabe, ob die Praxis mit vollem oder halben Versorgungsauftrag arbeitet, die (zur Optimierung des Rücklaufs) ebenfalls nicht erfragt wurde. Aktuell liegen uns keine Angaben zu abgerechneten Stundenkontingenten der Praxen in den unterschiedlichen Bundesländern, Kreistypen oder Planungsbereichen vor. Die Analyse dieser Daten würde zusätzliche Erkenntnisse zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen.

Eine Miteinbeziehung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in die Zusammenhangsanalysen war nicht möglich, da die Daten hierfür auf einem nicht hinreichend auflösenden Niveau vorlagen.

Hintergrund: Entwicklung der systematischen Unterversorgung mit Psychotherapie durch die Bedarfsplanung

Die Obergrenzen für die Zahl der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen wurden geschaffen, um in den 1980er Jahren die gesetzliche Krankenversicherung vor einer „Ärztenschwemme“ zu schützen. Wo viele Ärzte waren, sollten sich nicht noch mehr Ärzte niederlassen dürfen. Ziel der Bedarfsplanung war deshalb von Anfang an die Einführung einer Kappungsgrenze, mit der die Zahl der Praxen in einer Stadt oder einem Landkreis beschränkt wurde.

Der Gesetzgeber legte fest, dass es nicht mehr ärztliche Praxen geben soll als im Jahr 1990, und der Gemeinsame Bundesausschuss erklärte diese Zahl zum „Versorgungsbedarf“. Mit der Morbidität der Bevölkerung hatte diese Obergrenze unmittelbar nichts zu tun, sondern der so genannte „Bedarf“ war vor allem eine politische Festlegung der maximalen ärztlichen Behandlungskapazität. Da sich im Jahr 1990 mehr Praxen in den Städten als auf dem Land befanden, setzte der Gemeinsame Bundesausschuss auch regional unterschiedliche Obergrenzen für die Niederlassung fest. Dabei wurde auf die siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung zurückgegriffen, die wesentlich auf die Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte eines Kreises abstellen. Die Obergrenze für die meisten Arztgruppen entspricht deshalb dem durchschnittlichen Verhältnis von Einwohnern und Ärzten je Kreistyp im Jahr 1990.

Für Psychotherapeuten war Stichtag der 31.08.1999. Der Gesetzgeber hatte erst mit dem am 01.01.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz die Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen. Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten basierte – anders als bei den anderen Facharztgruppen – deshalb nicht auf einer Versorgungsstruktur, die über Jahrzehnte gewachsen war. Die Zahl der psychotherapeutischen Praxen spiegelt damit die massive Unterversorgung in ambulanter Psychotherapie wider, die es bis 1999 in Deutschland gab und die ein wesentlicher Grund für das Psychotherapeutengesetz war. Der gewählte Stichtag führte sogar zu einer Verschärfung der Unterversorgung, weil damals in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen Anträge von Psychotherapeuten auf Zulassung noch gar nicht bearbeitet waren.

Außerdem lagen und liegen die Obergrenzen der Kreistypen für psychotherapeutische Praxen besonders weit auseinander: In Großstädten dürfen sich 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen, auf dem Land sind es nur 4,3 (Tabelle A2). Eine solche Spreizung findet sich in keiner anderen Arztgruppe. Bei Psychotherapeuten beträgt sie 9:1, bei Nervenärzten nur 4:1. Ein dünn besiedelter Flächenkreis wie Bitburg-Prüm in der Eifel gilt deshalb mit 317 Prozent als „überversorgt“, obwohl dort nur elf Psychotherapeuten arbeiten und damit weniger als halb so viele Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner wie im Bundesdurchschnitt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzte die siedlungsstrukturelle Einteilung der deutschen Kreise noch um die „Sonderregion Ruhrgebiet“, in der er die Großstädte an Rhein und Ruhr zu Kreisstädten herabstufte. Die Höchstgrenze für psychotherapeutische Praxen sank dadurch dort von 38,8 Praxen je 100.000 Einwohner auf 11,4 Praxen.

Die Tabelle A2 zeigt die einzelnen Kreistypen sowie die Anzahl der Psychotherapeuten, die diesen Kreistypen theoretisch zugeordnet sind.

Tabelle A2: „Allgemeine Verhältniszahl“ je Planungsbereich
(Versorgungsdichte in Psychotherapeuten/100.000 Einwohner)

Kreistyp	Raumgliederung	Allgemeine Verhältniszahl: Einwohner/Psychotherapeuten	Umrechnung in Psychotherapeuten/ 100.000 Einwohner
Große Verdichtungsräume			
1	Kernstädte	2.577	38,8
2	Hochverdichtete Kreise	8.129	12,3
3	Normalverdichtete Kreise	10.139	9,9
4	Ländliche Kreise	15.692	6,4
Verdichtungsansätze			
5	Kernstädte	3.203	31,2
6	Normalverdichtete Kreise	8.389	11,9
7	Ländliche Kreise	16.615	6,0
Ländliche Regionen			
8	Verdichtete Kreise	10.338	9,7
9	Ländliche Kreise	23.106	4,3
Sonderregion			
10	Ruhrgebiet	8.743	11,4

Quelle: BPtK, 2011

Detailergebnisse nach Bundesländern

Tabelle A3: Kapazitäten/Anfragen nach Bundesland

	N	Anfragen/Monat			Erstgespräche/Monat			Neue Pat./6 Monate		
		MW	SD	MD	MW	SD	MD	MW	SD	MD
Baden-Württemberg	973	15,6	13,0	12,0	3,9	3,3	3,0	12,4	9,9	10,0
Bayern	1.134	14,2	13,2	10,0	3,9	3,6	3,0	11,5	10,0	8,0
Berlin	955	16,1	17,4	10,0	3,8	3,6	3,0	10,0	10,7	7,0
Bremen	167	15,5	14,0	12,0	4,1	3,7	3,0	9,4	7,0	8,0
Hamburg	424	17,0	15,8	14,0	4,3	3,7	3,0	10,4	7,4	9,0
Hessen	902	15,8	13,9	12,0	3,6	2,8	3,0	11,3	9,0	9,0
Niedersachsen	766	19,1	15,3	15,0	4,3	3,9	4,0	12,8	10,0	10,0
Nordrhein-Westfalen	1.874	20,0	17,3	15,0	4,2	3,4	3,0	14,1	12,6	11,0
<i>Nordrhein</i>	1.114	19,7	16,9	15,0	4,1	3,5	3,0	12,9	13,1	10,0
<i>Westfalen-Lippe</i>	761	20,4	18,0	15,0	4,3	3,2	3,0	15,9	11,8	13,0
OPK	730	19,6	16,2	15,0	5,3	4,2	4,0	18,4	14,2	15,0
<i>Brandenburg</i>	118	20,7	13,0	16,0	5,0	3,5	4,0	16,6	11,0	15,0
<i>Mecklenburg-Vorpommern</i>	61	26,3	33,3	18,0	5,8	6,8	4,0	19,6	12,5	15,0
<i>Sachsen</i>	329	17,4	13,5	15,0	5,1	3,6	4,0	18,2	13,2	15,0
<i>Sachsen-Anhalt</i>	98	23,1	16,6	20,0	6,5	4,9	5,0	19,7	20,3	15,0
<i>Thüringen</i>	124	18,4	10,5	15,5	5,2	3,7	4,8	18,9	14,3	15,0
Rheinland-Pfalz	335	22,8	17,1	20,0	4,8	3,4	4,0	17,7	14,1	15,0
Saarland	89	15,9	13,0	12,0	4,7	3,6	4,0	16,3	11,5	15,0
Schleswig-Holstein	244	24,7	17,9	20,0	5,0	3,8	4,0	13,5	12,1	11,0
Deutschland	8.593	17,7	15,8	14,0	4,2	3,6	3,0	12,9	11,4	10,0

Quelle: BPtK 2011

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

MD = Median

Tabelle A4: Wartezeiten nach Bundesland

	Warteliste			Wartezeit bis Erstgespräch					Wartezeit bis Therapiebeginn (Wochen)		
	N	%	N	(Wochen)			(Anteile)		MW	SD	MD
				MW	SD	MD	>3 Wo.	> 13 Wo.			
Baden-Württemberg	973	51,2	499	11,4	12,3	6,0	68,9%	28,7 %	20,8	13,5	16,0
Bayern	1.134	49,3	561	9,3	9,8	5,0	66,7 %	21,9 %	20,0	13,3	16,0
Berlin	955	37,8	362	8,4	9,4	4,0	60,5 %	19,6 %	16,0	11,5	12,0
Bremen	167	43,7	73	8,8	15,1	3,5	54,8 %	17,8 %	21,9	18,9	16,0
Hamburg	424	40,1	171	8,4	12,4	4,0	54,4 %	17,5 %	20,5	14,6	16,0
Hessen	902	50,8	462	13,9	14,0	10,0	76,0 %	37,7 %	21,9	14,7	18,0
Niedersachsen	766	61,9	476	12,7	14,7	6,3	70,6 %	29,4 %	27,2	17,5	24,0
Nordrhein-Westfalen	1.874	62,5	1173	13,8	14,6	8,0	75,1 %	35,3 %	26,4	18,5	22,0
<i>Nordrhein</i>	1.114	58,3	651	12,2	13,0	7,0	71,3 %	30,3 %	25,2	17,5	20,0
<i>Westfalen-Lippe</i>	761	68,4	522	15,9	16,3	12,0	79,9 %	41,6 %	27,8	19,7	24,0
OPK	730	60,1	440	16,1	13,9	12,0	85,7 %	44,1 %	25,0	16,3	20,0
<i>Brandenburg</i>	118	56,8	67	19,4	15,7	16,0	83,6 %	58,2 %	27,7	15,4	25,0
<i>Mecklenburg-Vorpommern</i>	61	57,4	35	18,0	20,0	12,0	85,7 %	42,9 %	26,5	22,2	20,0
<i>Sachsen</i>	329	59,1	195	13,9	11,6	12,0	84,6 %	37,9 %	22,0	14,4	20,0
<i>Sachsen-Anhalt</i>	98	68,4	67	16,6	13,3	12,0	86,6 %	43,3%	27,1	14,9	25,0
<i>Thüringen</i>	124	60,8	76	17,5	14,0	13,0	89,5 %	48,7 %	28,0	18,4	24,0
Rheinland-Pfalz	335	59,2	199	14,2	14,4	10,0	79,9 %	40,2%	24,0	14,8	20,0
Saarland	89	57,8	52	15,2	17,7	8,0	80,8 %	32,7 %	24,7	18,4	20,0
Schleswig-Holstein	244	63,5	155	14,6	16,9	8,0	69,0 %	36,1 %	28,8	16,7	27,0
Deutschland	8.593	53,6	4623	12,5	13,6	8,0	71,9 %	31,5 %	23,4	16,3	20,0

Quelle: BPtK, 2011

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

MD = Median

Detailergebnisse nach Kreistypen

Tabelle A5: Gruppierte Kreistypen

	Kernstädte (1, 5)	(hoch- verdichtete Kreise (2, 3, 6, 8)	ländliche Kreise (4, 7, 9)	Sonder- region Ruhrge- biet (10)
Angaben zur Population und Versorgungsdichte:				
Einwohner	21.274.791	40.414.156	15.062.983	5.198.249
Rechnerisch: Psychotherapeuten/100.000 Einwohner	37,1	11,3	5,7	11,4
Anzahl Psychotherapeuten	11.396	7.235	1.525	934
Psychotherapeuten/100.000 Einwohner	53,6	17,9	10,1	18,0
12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen				
	34,1	31,9	26,3	33,3
Anfragen und Kapazitäten				
N	4.626	2.989	597	408
Anfragen/Monat: MW	16,4	18,6	18,6	24,3
Anfragen/Monat: SD	15,0	16,2	14,3	20,9
Anfragen/Monat: MD	12,0	15,0	15,0	20,0
Erstgespräche/Monate: MW	3,9	4,3	5,2	4,3
Erstgespräche/Monate: SD	3,5	3,6	4,0	3,3
Erstgespräche/Monate: Md	3,0	3,5	4,0	4,0
Neue Patienten/6 Monate: MW	11,5	14,3	16,1	14,8
Neue Patienten/6 Monate: SD	10,6	11,8	12,8	11,9
Neue Patienten/6 Monate: MD	9,0	11,0	12,0	12,0
Wartezeiten				
Anteil mit WL	44,3 %	62,9 %	67,8 %	71,1 %
Wartezeit Erstgespräch in Wochen: MW	9,3	14,7	15,3	17,0
Wartezeit Erstgespräch in Wochen: SD	10,6	15,1	14,1	17,0
Wartezeit Erstgespräch in Wochen: MD	5,0	10,0	10,0	12,0
Wartezeit Erstgespräch > 3 Wo	63,5 %	77,5 %	80,5 %	82,1 %
Wartezeit Erstgespräch > 13 Wo.	21,2 %	38,3 %	42,5 %	44,5 %
Wartezeit Therapiebeginn: MW	19,4	25,7	27,1	30,8
Wartezeit Therapiebeginn SD	14,2	16,8	16,6	18,7
Wartezeit Therapiebeginn: MD	16,0	22,0	24,0	26,0

Quelle: BPtK, 2011

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

MD = Median

Tabelle A6: Ergebnisse nach Kreistypen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Einwohner	16.545.463	11.280.308	7.102.120	3.172.769	4.729.328	15.513.729	7.976.004	6.517.999	3.914.210	5.198.249
Allgemeine Verhältniszahl	2.577	8.129	1.0139	15.692	3.203	8.389	16.615	10.338	23.106	8.743
Rechnerisch: Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner	38,8	12,3	9,9	6,4	31,2	11,9	6,0	9,7	4,3	11,4
Anzahl Psychotherapeuten	9.163,25	1.988,55	1.198,7	351,65	2.232,9	3.033,8	825,85	1.013,68	347,45	933,55
Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner	55,4	17,6	16,9	11,1	47,2	19,6	10,4	15,6	8,9	18
12-Monatsprävalenz psychischer Störungen	35,7	31,5	32,9	22,5	28,3	32,1	28,1	30,9	25,9	33,3
Anfragen und Kapazitäten										
Rücklauf, N	3.725	785	581	140	901	1227	327	396	130	408
Anfragen/Monat: MW	15,9	18,8	19,0	18,7	18,6	17,7	19,3	20,3	16,7	24,3
Anfragen/Monat: SD	14,9	16,9	15,1	13,0	15,5	14,9	15,0	19,5	13,7	20,9
Anfragen/Monat: MD	12,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	16,0	13,3	20,0
Erstgespräche/Monate: MW	3,9	4,0	4,4	5,1	4,2	4,4	5,3	4,9	4,9	4,3
Erstgespräche/Monate: SD	3,4	3,5	3,8	3,7	4,0	3,3	4,1	4,0	4,0	3,3
Erstgespräche/Monate: MD	3,0	3,0	3,5	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Neue Patienten/6 Monate: MW	11,0	13,4	13,6	15,9	13,4	14,7	16,1	15,9	16,1	14,8
Neue Patienten/6 Monate: SD	10,3	10,6	12,1	12,0	11,6	12,0	13,8	12,6	11,0	11,9
Neue Patienten/6 Monate: MD	8,0	10,0	10,0	12,0	10,0	12,0	12,0	12,0	14,5	12,0

Quelle: BPtK, 2011

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

MD = Median

Tabelle A7: Ergebnisse nach Kreistypen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wartezeiten										
Anteil mit Warteliste	42,5 %	64,8 %	62,3 %	67,1 %	51,7 %	62,1 %	67,0 %	62,1 %	70,8 %	71,1 %
Dauer Anfrage Erstgespräch: N	1.583	509	362	94	466	762	219	246	92	290
Dauer Anfrage Erstgespräch: MW	8,8	15,1	15,7	15,2	11,0	14,3	14,9	13,2	16,1	17,0
Dauer Anfrage Erstgespräch: SD	10,0	15,0	17,0	13,1	12,1	15,0	13,0	12,1	17,5	17,0
Dauer Anfrage Erstgespräch: MD	4,0	10,0	10,0	12,0	6,0	8,8	10,0	10,0	9,0	12,0
Anteil Dauer Anfrage EG > 3 Wo.	62,3 %	79,8 %	72,9 %	77,7 %	67,8 %	77,4 %	81,7 %	80,1 %	80,4 %	82,1 %
Anteil Dauer Anfrage EG > 13 Wo.	19,8 %	39,7 %	38,1 %	47,9 %	25,8 %	37,5 %	41,6 %	38,2 %	39,1 %	44,5 %
Dauer Anfrage T-Beginn MW	18,6	24,4	29,2	25,0	21,8	25,7	27,3	23,7	28,6	30,8
Dauer Anfrage T-Beginn SD	14,0	15,2	18,7	14,6	14,7	17,2	16,0	14,7	20,0	18,7
Dauer Anfrage T-Beginn: MD	15,0	20,0	25,0	23,3	19,5	22,0	24,0	20,0	25,0	26,0

Quelle: BPtK, 2011

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

MD = Median