

Pressekonferenz

Die Forderungen der BPTK zur Weiterentwicklung der ambulanten
psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

13.07.2023

Inhalt der Pressemappe

- Pressemitteilung
- Forderungspapier
- Statements
- Hintergrundpapier

Pressemitteilung

BPTK: Versorgung psychisch kranker Menschen kann nicht warten Forderungen und Lösungsvorschläge für einen bedarfsgerechten und passgenauen Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Berlin, 13. Juli 2023: Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat heute im Rahmen einer Pressekonzferenz in Berlin ein Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorgestellt. Mit dem vorgeschlagenen Maßnahmenbündel sollen gezielt die Wartezeiten auf eine Psychotherapie in ländlichen und strukturschwachen Regionen und in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgebaut werden. Zusätzlich soll für Patient*innen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erleichtert werden. Die BPTK greift damit entsprechende Ziele des Koalitionsvertrags der Bundesregierung auf. Damit die Verbesserungen die Patient*innen noch in dieser Legislaturperiode erreichen, fordert die BPTK, die Vorschläge schnellstmöglich in Gesetzesreformen zu berücksichtigen.

„Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen jetzt Verbesserungen“, mahnt Dr. Andrea Benecke, Präsidentin der BPTK. „Unsere Forderungen – ganz besonders die zur Bedarfsplanung – müssen deshalb noch in das erste Versorgungsgesetz aufgenommen werden. Wir fordern eine Absenkung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung um mindestens 20 Prozent“, so Benecke weiter. „87 Prozent der auf diese Weise geschaffenen zusätzlichen Kassensitze würden außerhalb von Großstädten entstehen. Außerdem würden die zusätzlichen Sitze den historisch schlechter versorgten Städten in Ostdeutschland und im Ruhrgebiet zugutekommen.“

„Unbehandelte oder zu spät behandelte psychische Erkrankungen im Kindesalter können im schlimmsten Fall das gesamte Leben beeinflussen – mit allen negativen Folgen für die soziale, schulische und berufliche Teilhabe“, warnt Cornelia Metge, Beisitzerin im Vorstand der BPTK. „Wir fordern deshalb, dass über die Absenkung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung auch mehr Sitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geschaffen werden und künftig in einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe geplant werden.“ Aufsuchende Angebote und sektorenübergreifende Unterstützung sind für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien ebenso besonders wichtig.

Ein wichtiger Fokus des Konzepts der BPTK liegt auf der Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen, länger andauernder Arbeits- oder Schulunfähigkeit und nach Krankenhausbehandlung. „Die Hürden der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung müssen beseitigt werden, damit mehr Patient*innen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen von diesem Angebot profitieren können“, sagt BPTK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop. „Außerdem sollte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die Bereitstellung einer ambulanten Anschlussbehandlung gesetzlich gefördert werden, damit Patient*innen zeitnah eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung erhalten.“

„Mit unserem Sechs-Punkte-Konzept zeigen wir, dass eine bedarfsgerechte und passgenaue Verbesserung der Versorgung nötig und möglich ist“, resümiert Benecke. „Jetzt ist die Politik am Zug. Eine Fortsetzung der stillen Rationierung durch künstliche Verknappung von Therapieplätzen lehnen wir ab.“

Ihre Ansprechpartnerin:

Ulrike Florian

Pressesprecherin

Telefon: 030. 278 785 - 21

E-Mail: presse@bptk.de

Sechs Forderungen der BPTK für einen bedarfsgerechten und passgenauen Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Aktuelle Versorgungsprobleme und Lösungsansätze

Psychotherapeutische Versorgung sichert Teilhabe und Arbeitsfähigkeit

Die Folgen unzureichend, zu spät oder gar nicht behandelter psychischer Erkrankungen sind gravierend. Psychische Erkrankungen gehen mit erheblichem Leid für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld einher. Sie können chronifizieren und die Schul- und Arbeitsfähigkeit stark einschränken. Sie stehen an zweiter Stelle der Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage, führen zu den längsten Krankschreibungsdauern und sind die Hauptursache für Erwerbsminderungsrenten. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen können zu spät oder nicht behandelte psychische Erkrankungen massive negative Folgen für die soziale und schulische Entwicklung haben und bis ins Erwachsenenalter nachwirken. Um die psychische Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern und die soziale, schulische und berufliche Teilhabe zu erhalten, sind eine zeitnahe psychotherapeutische Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung unerlässlich.

Psychotherapie benötigt geschützten Raum und Zeit

Eine Psychotherapie bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen einen professionellen Rahmen, in dem sie häufig zum ersten Mal offen über ihre Krankheit sprechen können. Psychotherapie ist eine personen- und zeitgebundene Leistung, unabhängig davon, ob sie im unmittelbaren persönlichen Kontakt oder auch videogestützt durchgeführt wird. Sie ist nicht delegierbar und kann zeitlich nicht komprimiert werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in ist entscheidend für den Erfolg.

Mangelsituation verursacht Wartezeiten

Wie viele Patient*innen psychotherapeutisch versorgt werden können, hängt direkt von der Zahl der Kassen-Psychotherapeut*innen ab. Das Angebot an Therapieplätzen ist deutlich geringer als der Bedarf. Daraus ergeben sich erhebliche Wartezeiten. Von der ersten psychotherapeutischen Sprechstunde bis zum Beginn der eigentlichen Therapie warten Patient*innen durchschnittlich rund 140 Tage. Besonders lange warten Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Aber auch in Städten sind Wartezeiten nicht selten zu lang. Kinder sind in besonderem Maße davon betroffen. Um Wartezeiten zu reduzieren, ist ein gezielter Ausbau der Praxissitze erforderlich. Darüber hinaus sollten bestimmte Patientengruppen, zum Beispiel Menschen nach einer Krankenhausbehandlung oder Menschen, die lange krankgeschrieben sind, besser dabei unterstützt werden, zeitnah die erforderliche ambulante psychotherapeutische Behandlung zu finden. Der Rechtsanspruch von Patient*innen auf Kostenerstattung ist von den Krankenkassen umzusetzen.

Psychotherapeutenschaft übernimmt Verantwortung für die Versorgung

Schon heute gehen Psychotherapeut*innen mit dem Mangel an Therapieplätzen verantwortungsvoll um. Mit einem umfassenden Angebot an psychotherapeutischen Sprechstunden sichern sie Patient*innen eine rasche Diagnostik und Abklärung des Behandlungsbedarfs. Psychotherapeut*innen übernehmen bedarfsorientiert die Steuerung in der Versorgung. Nach der psychotherapeutischen Sprechstunde erfolgt in weniger als der Hälfte der Fälle eine Psychotherapie. Wenn diese nicht notwendig ist, beraten Psychotherapeut*innen zu anderen hilfreichen Unterstützungsangeboten. Insbesondere schwer und mehrfach erkrankte Patient*innen erhalten einen Therapieplatz: Über 80 Prozent der Patient*innen in der ambulanten Psychotherapie haben mehr als eine psychische Diagnose. Dabei werden auch die Therapielängen bedarfsgerecht gestaltet: Über 70 Prozent der Behandlungen sind Kurzzeittherapien. Davon werden rund 30 Prozent erfolgreich beendet, bevor das Therapiekontingent ausgeschöpft ist. Angesichts der Schwere und Chronizität der Erkrankungen benötigen zugleich andere Patient*innen eine Langzeittherapie. Eine weitere Ausweitung der Kurzzeittherapie würde zulasten dieser Menschen gehen.

Leitlinienorientierte Behandlung für alle Patient*innen ermöglichen

Für eine effiziente Versorgung ist entscheidend, dass Patient*innen frühzeitig behandelt werden können und nicht erst, wenn die psychischen Erkrankungen sich verschlechtert haben oder bereits chronifiziert sind. Alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben ein Recht auf eine leitlinienorientierte Behandlung. Zugleich müssen für bestimmte Patientengruppen, zum Beispiel nach stationärem Aufenthalt oder bei starken Funktionsbeeinträchtigungen, Behandlungskapazitäten gezielt ausgebaut werden, damit sie schneller die erforderliche Versorgung erhalten. Einige Patientengruppen benötigen aufsuchende Behandlungsangebote. Dies betrifft pflegebedürftige und mobilitätseingeschränkte Menschen, aber auch viele Kinder und Jugendliche, die die oft weiten Wege nicht selbstständig zurücklegen können.

Prävention psychischer Erkrankungen stärken

Es ist wichtig, verlässliche und nachhaltig finanzierte Strukturen aufzubauen, um die Entstehung psychischer Erkrankungen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, zu verhindern. Vor allem Präventions- und Früherkennungsangebote sowie psychosoziale Unterstützungsangebote, die nicht an den Grenzen der Sozialgesetzbücher haltmachen, müssen in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zugänglich sein. Ziel muss es sein, psychische Gesundheit zu fördern und Wissen zu vermitteln, wie Menschen sich psychisch gesund halten können.

Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer:

1. Wartezeiten über eine Absenkung der Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung gezielt abbauen

Die Wartezeiten sind dort besonders lang, wo erheblich weniger Psychotherapeutensitze im Verhältnis zu den Einwohner*innen vorgesehen sind. Zur Reduktion von Wartezeiten müssen deshalb insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen mehr Psychotherapeutensitze sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene geschaffen werden. Eine schnelle und zielgerichtete Verbesserung der Versorgung sollte über eine Absenkung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten um mindestens 20 Prozent erreicht werden. Auf diese Weise würden rund 1.600 neue Psychotherapeutensitze entstehen. 87 Prozent der zusätzlichen Sitze lägen außerhalb von Großstädten. Bei den Großstädten würden vor allem die historisch schlechter versorgten Städte in Ostdeutschland und im Ruhrgebiet profitieren.

2. Wartezeiten für Kinder und Jugendliche über eigene Bedarfsplanung reduzieren

Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen benötigen einen wohnortnahen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Sie können lange Anfahrtswege zur Psychotherapie oft nicht allein bewältigen. Für den Behandlungserfolg ist die enge Anbindung an die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen wichtig. Zusätzlich zur Absenkung der Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung sollten deshalb die psychotherapeutischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche kleinräumiger und gezielter geplant werden. Dies gelingt über eine verpflichtende Bildung einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe für Leistungserbringer*innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Außerdem sollten aufsuchende psychotherapeutische Hilfen in den Lebenswelten der Kinder ermöglicht werden. So können zum Beispiel psychotherapeutische Sprechstunden an Schulen helfen, einen frühzeitigen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu erleichtern.

3. Transparenz über Therapieplätze und Gruppenangebote stärken

Patient*innen können über die Arztsuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen Psychotherapiepraxen und deren Versorgungsangebote einsehen. Die Arztsuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollten weiterentwickelt werden und auch Informationen zu freien Therapieplätzen sowie zu Angeboten der Gruppenpsychotherapie integrieren. Insbesondere zu Plätzen in Therapiegruppen könnten so weitere entscheidende Angaben wie Uhrzeit, Alter oder Erkrankungsspektrum die Suche deutlich erleichtern. Die Vermittlungstätigkeit der Terminservicestellen kann diese Anforderungen nicht erfüllen. Um das Angebot von Gruppen für Kinder und Jugendliche, insbesondere in ländlichen Regionen und für seltenere Erkrankungen, zu stärken, sollte darüber hinaus die Mindestgruppengröße auf zwei Teilnehmer*innen abgesenkt werden.

4. Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Primärversorgungszentren verankern

Die Stärkung von Gesundheitskompetenz und -versorgung in den Kommunen, insbesondere in strukturschwachen Regionen, kann nur gelingen, wenn auch gezielt Angebote für Menschen

mit psychischen Erkrankungen jeden Alters geschaffen werden. Damit Primärversorgungszentren (PVZ) auch die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen verbessern, muss dort systematisch psychotherapeutische Expertise integriert werden. So können PVZ eine Anlaufstelle insbesondere für Menschen werden, die eine wohnortnahe Versorgung benötigen – allen voran Kinder, ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen. Hierfür müssen zusätzliche Kassensitze vorgesehen oder Möglichkeiten zur gezielten Erweiterung des Praxisumfangs geschaffen werden. PVZ sollten auch genutzt werden, um Präventionsangebote zur psychischen Gesundheit und Angebote der Frühen Hilfen zu etablieren.

5. Versorgungsangebot für schwer psychisch kranke Patient*innen gezielt ausbauen

Der Gesetzgeber wollte mit der Einführung der ambulanten Komplexversorgung (§ 92 Absatz 6b SGB V) gezielt die Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf verbessern. Diese Leistung kommt noch viel zu wenig bei den Betroffenen an. Fehler in der Richtlinie behindern den Aufbau der Netzverbände. Patient*innen werden durch Doppeluntersuchungen belastet und gleichzeitig ist der Großteil der Psychotherapeut*innen, die einen halben Kassensitz innehaben, von der Koordination ausgeschlossen. Diese Hürden müssen beseitigt werden. Bei der aktuellen Entwicklung der Richtlinie für Kinder und Jugendliche dürfen die Fehler nicht wiederholt werden. Darüber hinaus sollten aufsuchende Behandlungen gefördert und ergänzende psychosoziale und SGB-übergreifende Hilfen integriert werden. Psychotherapeut*innen sollten die Befugnis bekommen, im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche ergänzende Leistungen wie psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen verordnen zu können. Um gezielt mehr Behandlungskapazitäten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu schaffen, sollten Praxen, die sich an der ambulanten Komplexversorgung beteiligen, ihren Praxisumfang auf 175 Prozent des Fachgruppenschchnitts erhöhen können.

6. Erleichterten Zugang zur Versorgung nach Krankenhausbehandlung und bei langer Arbeitsunfähigkeit ermöglichen

In vielen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern erhalten Patient*innen immer noch keine leitlinienorientierte psychotherapeutische Behandlung. Nach ihrer Entlassung benötigen sie in der Regel eine direkte ambulante Weiterbehandlung, anderenfalls drohen Verschlechterungen, Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmen. Obwohl die Kliniken im Rahmen des Entlassmanagements die Anschlussversorgung organisieren sollen, scheitert dies häufig unter anderem an den fehlenden ambulanten Behandlungskapazitäten. Zur Erleichterung des Übergangs sollten Patient*innen bereits während der Krankenhausbehandlung psychotherapeutische Sprechstunden in den Praxen in Anspruch nehmen können. Darüber hinaus sollte eine Förderung der Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt gesetzlich vorgesehen werden. Auch die zeitnahe Versorgung von Patient*innen mit länger andauernder Arbeits- oder Schulunfähigkeit sollte analog gefördert werden, um durch einen frühzeitigeren Zugang zur Versorgung die berufliche und schulische Teilhabe zu sichern.

Statement – Dr. Andrea Benecke

Es gilt das gesprochene Wort.

- Psychische Erkrankungen sind eine Volkskrankheit. Rund 20 Millionen Menschen erkranken jährlich an einer psychischen Erkrankung.
- Die Behandlungsleitlinien empfehlen Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen als Behandlungsmethode der ersten Wahl. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalten jedoch noch immer nicht die Versorgung, die sie benötigen.
- Seit vielen Jahren ist bekannt, dass Patient*innen mit langen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz konfrontiert sind. Unsere Auswertungen zeigen eine durchschnittliche Wartezeit von 142 Tagen zwischen der ersten Sprechstunde und dem Beginn der eigentlichen Psychotherapie. Andere Untersuchungen mit der gleichen Systematik kommen zu dem fast gleichen Ergebnis. Mehr Informationen dazu finden sich auch in unserem Hintergrundpapier. Fakt ist: Die Wartezeiten sind zu lang!
- Die letzten Änderungen an der Bedarfsplanung waren unzureichend. Sie konnten die Versorgungssituation für Menschen mit psychischen Erkrankungen in vielen Regionen nicht ausreichend verbessern.
- Die langen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz sind **kein konstruiertes Problem**. Sie sind bittere Realität für viele Patient*innen mit psychischen Erkrankungen.
- Die langen Wartezeiten sind auch **kein Effizienz-Problem**. Die bestehenden Behandlungskapazitäten sind schlicht begrenzt und ausgeschöpft! Was nicht vorhanden ist, kann auch nicht vergeben oder vermittelt werden.
- Wir haben ein Problem des hohen Bedarfs und der hohen Nachfrage, weil **Psychotherapie so gut wirkt, dass immer mehr Menschen psychotherapeutische Hilfe aufsuchen!**
- Wir Psychotherapeut*innen **behandeln effektiv und effizient**. Das zeigen auch Studien und Abrechnungsdaten.
- Es ist ein Erfolg der fortschreitenden Entstigmatisierung, dass Patient*innen sich heute öfter und früher trauen, über ihre psychischen Probleme zu sprechen und sich Hilfe zu holen. Dies ist eine wirklich gute Entwicklung.

- Es hilft aber keiner Patient*in, wenn sie zu spät Behandlung erhält. Denn während der Wartezeit wird die Erkrankung oft schwerer oder chronifiziert sich. Das führt dann zu großem individuellen Leid und noch höheren volkswirtschaftlichen Kosten. Psychische Erkrankungen führen zu langen Krankschreibungen und Ausfällen am Arbeitsplatz und sind die Hauptursache für Erwerbsminderungsrenten. Dies lässt sich in jedem einschlägigen Krankenkassenreport bzw. im Gesundheitsbericht des Bundes nachlesen.
- Es hilft auch keiner Patient*in, wenn sie weniger Behandlung erhält, als sie benötigt. Denn dann kann der Behandlungserfolg womöglich gar nicht aufrechterhalten werden. Kurzzeittherapien und Langzeittherapien haben beide ihre Berechtigung, denn Patient*innen haben unterschiedliche Versorgungsbedarfe!
- Es hilft auch keiner Patient*in, wenn sie sich fragen muss, ob es ihr denn schon schlecht genug geht, damit sie eine Psychotherapie beanspruchen darf. Psychische Erkrankungen müssen endlich ernstgenommen werden.
- **Ich lehne daher Vorschläge entschieden ab, die das Recht der Patient*innen mit psychischen Erkrankungen auf eine leitlinienorientierte Behandlung einschränken. Die stille Rationierung durch künstliche Verknappung der Therapieplätze lehnen wir ab!**
- Die Ampel-Koalition hat erkannt, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung **dringend** gestärkt werden muss. Das freut uns. Im Koalitionsvertrag sind das Problem und die Zielvorgabe explizit enthalten: Die Wartezeiten sind zu lang. Sie müssen reduziert werden. Und zwar durch eine Reform der Bedarfsplanung. Besonders schwer erkrankte Patient*innen sollten dabei zusätzliche Unterstützung erhalten, damit sie zeitnah die erforderliche Behandlung bekommen. Und Kinder und Jugendliche sollen schneller behandelt werden.
- Um dieses Ziel der Bundesregierung zu unterstützen, wollen wir mit unserem Forderungspapier konkrete und praktikable Lösungen vorstellen, wie die ambulante psychotherapeutische Versorgung für Patient*innen mit psychischen Erkrankungen **gezielt gestärkt** werden sollte.
- Klar ist: Ohne mehr Behandlungskapazität kann auch nicht mehr behandelt werden. **Ganz ohne zusätzliche Kassensitze kann es nicht gehen!**
- **Deshalb fordern wir eine schnelle Reform der Bedarfsplanung.** Deshalb ist unsere Forderung so formuliert, dass es keiner langen Debatten im G-BA bedarf. **Wir fordern, dass der Gesetzgeber den G-BA ganz konkret beauftragt, die Verhältniszahlen in der**

psychotherapeutischen Bedarfsplanung um mindestens 20 Prozent abzusenken und hierfür eine enge Frist vorgibt. Daraus würden etwa 1.600 neue Kassensitze entstehen.

- Und wo? Neue Sitze würden bei unserem Vorschlag ganz gezielt vor allem in den ländlichen und strukturschwachen Regionen und dem Ruhrgebiet entstehen.
- 87 Prozent der zusätzlichen Kassensitze lägen außerhalb von Großstädten. Von den wenigen zusätzlichen Sitzen in den Großstädten würden vor allem die historisch schlechter versorgten Städte in Ostdeutschland und im Ruhrgebiet profitieren. Damit werden gezielt diejenigen Regionen gestärkt, die seit Jahrzehnten strukturell schlechter versorgt sind.
- Damit aber nicht genug. Die Forderungen, die meine Kolleg*innen aus dem Vorstand gleich vorstellen werden, verfolgen zwei große Ziele. Erstens: Wie können wir jenen Patientengruppen, die besondere Unterstützung brauchen, helfen, schneller einen Therapieplatz zu erhalten? Und zweitens: Wie können wir es generell für Menschen mit psychischen Erkrankungen erleichtern, den Weg in die psychotherapeutische Versorgung zu finden?
- Lösungen auf diese Fragen **können nicht warten.** Wir können es uns nicht leisten, Menschen weiter unversorgt zu lassen.
- Trotzdem hat Herr Lauterbach in der vergangenen Woche angekündigt, entsprechende Gesetzesverfahren erst für das zweite Halbjahr 2024 vorzusehen. Was das bedeutet, kann sich jede*r an drei Fingern abzählen. Wenn überhaupt, dann kommen Verbesserungen bei den Patient*innen frühestens ab 2026 an.
- Lassen Sie mich hier und heute in aller Deutlichkeit sagen: **Das dauert viel zu lange!**
- Deshalb sagen wir klipp und klar: **Unsere Forderungen – ganz besonders die zur Bedarfsplanung – müssen in das erste Versorgungsgesetz! Die Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen jetzt Verbesserungen!**
- Wie diese aussehen sollten, erläutern nun meine Kolleginnen und Kollegen aus dem Vorstand der BPTK.

Statement – Cornelia Metge

Es gilt das gesprochene Wort.

- Kinder und Jugendliche warten monatelang auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz. Sie warten in vielen Fällen sogar länger als Erwachsene.
- Jeder Tag, den Kinder und Jugendliche auf eine Behandlung warten müssen, ist einer zu viel. Das können wir den psychisch kranken Kindern nicht zumuten und uns als Gesellschaft auch nicht leisten!
- Unbehandelte oder zu spät behandelte psychische Erkrankungen im Kindesalter können im schlimmsten Fall das gesamte Leben beeinflussen – mit allen negativen Folgen für die soziale, schulische und berufliche Teilhabe. Das Risiko, im Erwachsenenalter psychisch krank zu werden, steigt deutlich, wenn bereits im Kindesalter eine psychische Erkrankung vorlag.
- Wir müssen also psychisch kranke Kinder rechtzeitig versorgen, damit sie zu gesunden Erwachsenen heranwachsen können! Das ist die beste Prävention.
- Ausgerechnet im Bereich Kinder und Jugendliche fehlen aber dramatisch viele psychotherapeutische Behandlungsplätze. Die Versorgungssituation ist maximal angespannt und die Praxen überlaufen.
- Diese Unterversorgung muss unbedingt abgebaut werden! An der Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen dürfen wir nicht sparen!
- Wir brauchen **dringend** die nötigen Strukturen, damit Kinder und Jugendliche, die psychisch erkrankt sind, schnell eine **angemessene Versorgung** erhalten.
- Und „angemessen“ – das heißt insbesondere im Kindes- und Jugendalter so gut wie immer eine psychotherapeutische Versorgung – ambulant und eingebettet in die Lebenswelten der Kinder.
- Eine psychotherapeutische Versorgung ohne lange Wartezeiten, ohne lange Fahrwege und ohne unnötige Hürden ist aber bisher reines Wunschdenken.
- Kinder und Jugendliche brauchen kurze Wege zur Psychotherapie. Sie müssen die Praxis wohnortnah, da, wo sie leben und zur Schule gehen, aufsuchen können. Das gelingt nur, indem mehr Kassensitze zugelassen und diese kleinräumiger geplant werden.

- **Wir fordern deshalb, dass über die Absenkung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung auch deutlich mehr Sitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entstehen.**
- Außerdem sollten die Kassensitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zukünftig in einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe gesondert geplant werden.
- Zu diesem Thema gibt es auch einen Vorschlag der Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dieser ist aber nicht ausreichend.
- Zum einen könnte der G-BA nach diesem Vorschlag frei entscheiden, ob er eine solche eigene Planung für die Kinder- und Jugendlichenversorgung einrichten möchte. Wir wünschen uns, dass der Gesetzgeber hier klare Vorgaben macht, dass hier eine eigene Planungsgruppe eingerichtet werden **muss**.
- Zum anderen würden allein durch eine eigene Beplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen nur wenige neue Sitze entstehen. Nach unseren Berechnungen rund 70 – bundesweit!
- Um eine wirklich spürbare Verbesserung der Versorgung zu erreichen, müssen deshalb auch über die von uns vorgeschlagene Absenkung der Verhältniszahl neue Behandlungskapazitäten entstehen.
- Behandlungskapazitäten kann man auch dadurch schaffen, dass mehr Gruppenpsychotherapie angeboten wird. Gruppenpsychotherapie ist auch für Kinder und Jugendliche geeignet.
- Aber es ist insbesondere in ländlichen Regionen oder bei selteneren Erkrankungen schwierig, ausreichend Kinder zu finden, die in dieselbe Behandlungsgruppe passen.
- Außerdem sagen Kinder häufiger Termine ab, entweder weil sie krank sind oder weil ihre Eltern sie nicht zur Therapie bringen können.
- **Die Mindestgruppengröße sollte daher bei Kindern von drei auf zwei Teilnehmer*innen abgesenkt werden**, damit Behandlungstermine nicht ausfallen müssen und es Therapeut*innen generell leichter gemacht wird, Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche anzubieten.

- Ein weiteres Anliegen betrifft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit sogenanntem komplexen Behandlungsbedarf. Oft handelt es sich hier um Kinder mit hohen Funktionseinschränkungen, die deshalb Unterstützung von unterschiedlichen Professionen brauchen. **Für Kinder und Jugendliche fehlt immer noch das Angebot der ambulanten Komplexversorgung!** Die Frist, die der Gesetzgeber für die Erarbeitung der entsprechenden Richtlinie gesetzt hatte, ist schon 2,5 Jahre verstrichen!
- Allerdings muss man sagen, dass auch die Richtlinie für Erwachsenen alles andere als perfekt ist. Herr Melcop wird in seinen Ausführungen noch näher darauf eingehen.
- Die Fehler der Erwachsenenrichtlinie dürfen bei den Kindern nicht wiederholt werden! **Außerdem müssen Psychotherapeut*innen auch ergänzende psychologische, heilpädagogische und sozialarbeiterische Leistungen im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung verschreiben können.**
- Abschließend möchte ich noch einen Punkt aufführen, der mir ganz wichtig ist. Es muss ein stärkerer Fokus auf die **Prävention psychischer Erkrankungen im Kindesalter** gelegt werden. Kinder sollen gar nicht erst psychisch erkranken.
- **Prävention muss in den Lebenswelten der Kinder stattfinden, vor allem in Kitas und Schulen.** Es ist selbstverständlich, dass Kitas und Schulen vermitteln, dass Bewegung und gute Ernährung wichtig sind, um körperlich gesund zu bleiben. Das wünsche ich mir auch für die psychische Gesundheit. Es sollte dazugehören, dass Kita- und Schulkinder lernen, was sie tun können, um psychisch gesund zu bleiben.
- Was wir noch zur Stärkung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorschlagen, wird gleich Herr Schreck vorstellen. Mir ist aber ganz wichtig, noch einmal zu betonen, dass es zur notwendigen Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ein ganzes Paket an Maßnahmen und Ansätzen braucht. Wir müssen alle an diesem Thema dranbleiben!

Statement – Wolfgang Schreck

Es gilt das gesprochene Wort.

- Ich möchte noch einmal spezifisch den Blick auf die Versorgung von Kindern und ihren Familien lenken, die in Armut aufwachsen und sozial benachteiligt sind.
- Auf die Menschen, die in sogenannten „sozialen Brennpunkten“ leben und viel stärker als andere gefährdet sind, eine psychische Erkrankung zu entwickeln.
- Denn Armut macht psychisch krank. Darunter leiden insbesondere die Kinder.
- Ich selbst arbeite in Gelsenkirchen. Das ist die Stadt Deutschlands, in der anteilig die meisten Kinder und Jugendlichen in Armut oder Armutsgefährdung leben. Konkret betrifft das 42 % der in Gelsenkirchen lebenden Kinder. Über viele Jahre meines Berufslebens habe ich erlebt, was das genau für die Kinder und ihre Familien bedeutet.
- Die Eltern verfügen oft über wenig Bildung und nicht selten auch geringe deutsche Sprachkenntnisse. Viele sind arbeitslos oder in prekären Beschäftigungssituationen. Sie wissen nicht, wie das komplizierte deutsche Gesundheitswesen funktioniert und welche weiteren Hilfesysteme es gibt.
- Für sie sind die „Hol-Strukturen“ unseres Gesundheitssystems eine nicht zu überwindende Hürde. Viele von ihnen bleiben deshalb unversorgt.
- Insbesondere für sie benötigen wir „Bring-Strukturen“ – **aufsuchende Hilfen. Ganz besonders auf diese Menschen zielt unsere Forderung, dass psychotherapeutische Sprechstunden und Behandlungen dort angeboten werden können, wo sie leben und sich aufhalten.** In den Schulen oder indem eine Beratungsstelle des Jugendamtes mit einem Bus in die Wohngebiete fährt und dort die Menschen direkt anspricht und Hilfsmöglichkeiten erklärt. Am besten noch in der Muttersprache, die die Menschen sprechen.
- Ein riesiges Problem insbesondere für Menschen in sozialen Problemlagen, die multiple Hilfebedarfe haben, ist das Denken unseres Sozialsystems in Säulen.
- Die Leistungen der verschiedenen Sozialgesetzbücher sind nicht aufeinander abgestimmt, es gibt keine ausreichenden Vorgaben für eine Koordination der Hilfen. Dadurch können die Hilfen nicht gut wirken.
- **Wir benötigen mehr sektorenübergreifende Angebote.** Gesundheitsversorgung, Bildung und Jugend- und Familienhilfe müssen Hand in Hand gehen.

- Das bedeutet vor allem, dass Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit Vernetzung zwischen den Akteur*innen ermöglicht wird. Denn die Vernetzung und Kooperation lebt von Menschen, die beraten und in Angebote vermitteln.
 - Es braucht nicht unbedingt neue Institutionen, es gibt schon viele gute Angebote. Diese müssen besser ausfinanziert und oft auch verstetigt werden. Es braucht Zeit, Personal und letztendlich Geld, um gemeinsam herauszufinden, was ein Kind oder die Familie benötigt und wie in die Angebote vermittelt werden kann.
 - Und dort, wo Lücken bestehen, können und müssen Angebote geschaffen werden, auch neue Konzepte erprobt werden.
 - Auch Primärversorgungszentren können für diese Menschen Angebote bündeln und leichter zugänglich machen, gerade mit Blick auf Prävention psychischer Erkrankungen, deren Behandlung, aber besonders die Verknüpfung mit kommunalen Unterstützungsangeboten.
 - Wir können und dürfen nicht wegschauen. **Menschen in sozialen Brennpunkten, ganz besonders die Familien mit ihren Kindern, brauchen mehr Unterstützung! Das müssen wir als Gesellschaft leisten!**
-
- Lassen Sie mich noch eine letzte Bemerkung machen: Bei allem Nachdruck, den wir heute in unsere Forderungen legen, wissen wir auch, dass eine bessere psychotherapeutische Versorgung nicht mehr erreichen kann, als die Symptome zu kurieren.
 - Armutsbekämpfung ist die beste Prävention für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Der Nationale Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“ des Bundesfamilienministeriums geht hier in die richtige Richtung, greift aber in der Summe natürlich zu kurz. Armutsbekämpfung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen gehört auf die Top-Agenda der Regierung!
 - Wir als Psychotherapeutenschaft wollen unseren Beitrag zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen leisten und fordern nun den Gesetzgeber auf, die Rahmenbedingungen dafür zu verbessern.

Statement – Dr. Nikolaus Melcop

Es gilt das gesprochene Wort.

- Das Angebot an Therapieplätzen ist geringer als der Bedarf; deshalb gibt es Wartezeiten.
- Alle vorliegenden, objektiven Daten belegen, dass die Psychotherapeutenschaft so verantwortungsvoll wie möglich mit dieser Mangelsituation umgeht. Ein hoher Anteil der Patient*innen in ambulanter Psychotherapie hat beispielsweise mehrere Diagnosen.
- Trotzdem können aufgrund des Mangels viele Menschen keinen Therapieplatz erhalten oder müssen zu lange warten. Es ist richtig, dass die Politik nach Lösungen sucht, um Menschen, bei denen eine solche Unterversorgung besonders gravierende Folgen hat, dabei zu unterstützen, schneller und zuverlässiger einen Therapieplatz zu finden. Die BPTK hat dazu vor allem zwei Lösungsansätze, die ich kurz erläutern möchte.
- **Besonders gravierend ist eine Therapieunterbrechung für Patient*innen, die nach einem Klinikaufenthalt dringend eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung benötigen.** Wenn sie diese nicht zeitnah erhalten, steigt das Risiko, dass sie Rückfälle und Krisen erleiden und erneut stationär behandelt werden müssen. Das ist für die Patient*innen mit großem Leid verbunden und zugleich auch teuer.
- Deshalb fordert die BPTK, **dass eine Förderung der Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt gesetzlich vorgesehen werden sollte.**
- Außerdem sollten **Patient*innen bereits während der Krankenhausbehandlung psychotherapeutische Sprechstunden in den Praxen in Anspruch nehmen können, um dann nach Entlassung aus dem Krankenhaus die psychotherapeutische Behandlung nahtlos fortsetzen zu können.**
- Auch für Menschen, die wegen psychischer Erkrankungen lange krankgeschrieben sind oder die längere Schulfehlzeiten haben, brauchen wir einen schnelleren Zugang zur ambulanten Versorgung. Das sichert soziale und berufliche Teilhabe bzw. Zukunftschancen. Auch hier sollte die zeitnahe ambulante Psychotherapie gefördert werden.
- Ein weiteres Anliegen ist es, Menschen mit erheblichen Funktionseinschränkungen aufgrund psychischer Erkrankungen schnell und zuverlässig einen Therapieplatz anbieten zu können. Für viele dieser schwer psychisch kranken Menschen ist die ambulante Komplexversorgung ein wichtiges Versorgungsangebot. Aufgrund der Schwere und

Komplexität ihrer psychischen Erkrankungen benötigen diese Patient*innen eine multiprofessionelle Behandlung, die auf ihre Bedürfnisse gut abgestimmt und koordiniert wird.

- **Die Richtlinie über die ambulante Komplexversorgung** bei schwer psychisch kranken Erwachsenen **ist aber missglückt!**
- So, wie die Vorgaben jetzt sind, werden nur in wenigen Regionen Deutschlands die erforderlichen Netzverbände für die Komplexbehandlung entstehen und es werden nur sehr wenige schwer kranke Patient*innen von diesem Behandlungsangebot profitieren können.
- Gravierende Fehler in der Richtlinie behindern den Aufbau der Netzverbände und verknappten das Behandlungsangebot unnötig.
- **Patient*innen werden durch Doppeluntersuchungen belastet.** Das ist weder patientenorientiert noch effizient, sondern verschwendet wertvolle Behandlungskapazitäten!
- Und gleichzeitig ist der **Großteil der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen – und zwar alle die, die einen halben Kassensitz innehaben, von der Koordination ausgeschlossen.** Ohne triftigen Grund! Das führt auch dazu, dass sich Patient*innen neue Bezugstherapeut*innen suchen müssen, selbst wenn sie sich schon lange in Behandlung befinden.
- **Die ambulante Komplexversorgung muss endlich bei den Patient*innen ankommen. Die Hürden der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung müssen beseitigt werden!** Dafür brauchen wir einen gesetzlichen Auftrag.
- Außerdem fordert die BpTK, dass gezielt mehr Behandlungskapazitäten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geschaffen werden sollten. Das ist über die Komplexversorgung möglich. Dazu sollen **Praxen, die sich an der ambulanten Komplexversorgung beteiligen, hierfür ihren Praxisumfang auf 175 Prozent des Fachgruppendurchschnitts erhöhen können.**
- Mit diesen von uns vorgeschlagenen Maßnahmen kann es gelingen, dass bessere Versorgung wirklich gezielt bei den Patientengruppen ankommt, die Verbesserungen besonders dringend brauchen, bei den Menschen mit besonderer Symptomschwere und mit komplexem Versorgungsbedarf.

Statement – Sabine Maur

Es gilt das gesprochene Wort.

- Die Vorschläge, die mein Vorredner genannt hat, zielen zu Recht auf die Gruppe der besonders schwer betroffenen Patient*innen ab. Es ist richtig und wichtig, dass diese Menschen mehr Unterstützung als bisher bekommen, schneller einen Therapieplatz zu finden.
- Dabei dürfen wir aber nicht außer Acht lassen, dass alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein Recht auf eine leitliniengerechte Behandlung haben. Die BPTK hat ja auch in der Vergangenheit bereits klargestellt: Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass man erst dann zur Psychotherapeut*in kommen darf, wenn man gar nicht mehr anders kann, kurz vor der Erwerbsminderung, dem Verlust des Arbeitsplatzes oder Schlimmerem steht.
- Ein wichtiger Schwerpunkt unserer Forderungen liegt deshalb darauf, dass auch der niedrigschwellige Zugang gestärkt wird.
- Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Beschwerden, mit denen Patient*innen eine Hausarztpraxis aufsuchen. Auch in Kinderarztpraxen spielen Entwicklungsstörungen und psychische Beschwerden eine wesentliche Rolle.
- Versorgungsangebote, wie Primärversorgungszentren, die darauf abzielen, die Versorgung insbesondere in unterversorgten Regionen zu erhalten und stärken, müssen daher stets auch die **Versorgung psychisch kranker Menschen mit im Blick haben. Unsere Forderung an den Gesetzgeber lautet deshalb, dass psychotherapeutische Versorgung systematisch in die Primärversorgungszentren einbezogen werden muss.**
- Wir können hier nicht darauf setzen, dass gesetzlich nur vorgegeben wird, dass Hausärzt*innen in den PVZ sein müssen und die Partner*innen der Bundesmantelverträge die Vorgaben für die Einbindung weiterer Berufsgruppen treffen.
- Partner der Bundesmantelverträge ist u. a. der Spitzenverband der Krankenkassen, der uns per fragwürdiger Umfrageergebnisse gerade erst mitgeteilt hat, dass es eigentlich keine wirklichen Probleme bei der psychotherapeutischen Versorgung gibt. Deshalb fordern wir, **dass der Gesetzgeber für die PVZ verpflichtend die Einbindung psychotherapeutischer Expertise vorsieht.**

- **Dafür müssen zusätzliche Kassensitze in den PVZ geschaffen werden oder kooperierenden Praxen muss die Möglichkeit gegeben werden, gezielt den Praxisumfang zu erweitern.**
- Damit könnte in den PVZ eine schnelle differenzialdiagnostische Abklärung der Patient*innen mit psychischen Beschwerden sichergestellt, aber auch die Vermittlung in Behandlung erleichtert werden.
- Wichtig ist auch, dass in den Primärversorgungszentren eine psychotherapeutische Versorgung für alle Altersgruppen angeboten wird, also nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Kinder und Jugendliche.
- In Primärversorgungszentren sollten zugleich auch Angebote zum Erhalt der psychischen Gesundheit integriert werden, damit präventive Angebote niedrigschwellig und wohnortnah verfügbar werden und möglichst wenig Menschen überhaupt eine Richtlinienpsychotherapie benötigen.
- Grundlage jeder erfolgreichen Therapie ist eine funktionierende therapeutische Beziehung. Der Aufbau dieser Beziehung beginnt schon mit dem ersten Telefonat oder dem ersten Kontakt, also bei der Anfrage nach einem Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde. Die anonyme Vermittlung über eine Terminservicestelle kann das nicht leisten.
- **Ich will es hier in aller Deutlichkeit sagen:** Die Vorschläge der Krankenkassen, eine feste Anzahl an Therapieplätzen an die TSS zu melden und so das Problem mangelnder Therapieplätze zu lösen, sind **realitätsfern und organisatorisch sinnfrei.**
- **Denn: Ich kann als Psychotherapeutin nicht melden, was ich nicht habe, nämlich einen freien Therapieplatz, und nicht vorhandene Therapieplätze kann auch eine Terminservicestelle nicht vergeben.**
- Und einer Patient*in ist auch nicht geholfen, wenn sie in einer Sprechstunde bei der Psychotherapeut*in erfährt, dass zwar ein Therapieplatz frei ist, der aber leider an die TSS zu melden ist und ihr trotz Indikationsstellung und Bedarf nicht angeboten werden kann.
- **Was kann Patient*innen helfen, besser verfügbare Behandlungsangebote zu finden?** Und was kann auch Psychotherapeut*innen helfen, ihre Patient*innen in

verfügbare Behandlungsangebote zu vermitteln, wenn sie keinen freien Therapieplatz anbieten können?

- Die Lösung ist: mehr Transparenz über verfügbare Angebote, ohne damit die anonyme Vermittlung zu verbinden. Die Arzt- und Psychotherapeutensuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen könnten das leisten und sollten entsprechend weiterentwickelt werden.
- **Wir schlagen deshalb vor, dass in den Arzt- und Psychotherapeutensuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen Informationen zu freien Terminen in Sprechstunden und Probatorik, aber auch Informationen zu freien Therapieplätzen und insbesondere zu Gruppenangeboten angegeben werden.**
- Wichtig ist vor allem **mehr Transparenz über Gruppenangebote**. Wann finden diese wo statt? Für welche Patientengruppen sind sie gedacht? Mehr Transparenz erspart vor allem den Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Zu- und Angehörigen die frustrierende Erfahrung vieler vergeblicher Anrufe bei Praxen, die sie gar nicht aufnehmen können.
- Transparenz und Angebote statt Zuweisung und Zwang – darauf sollte beim niedrigschwelligen Zugang gesetzt werden.
- Und damit haben wir Ihnen nun auch die Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung vorgestellt.

Hintergrundpapier

Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung Fakten zu Versorgungsbedarf, Bedarfsplanung und Wartezeiten in der Psychotherapie

13.07.2023

Inhaltsverzeichnis

1	Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung.....	3
2	Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie.....	3
2.1	Zugangswege zur Psychotherapie	3
2.2	Psychotherapeutische Sprechstunde verkürzt Wartezeit auf ein Erstgespräch.....	5
2.3	Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung weiterhin zu lang	5
2.4	20 Wochen Wartezeit zwischen Erstgespräch und Behandlungsbeginn	7
2.5	Besonders lange Wartezeiten auf dem Land.....	12
2.6	Fazit: Wartezeiten belegen Mangel an Kassensitzen	12
3	Folgen nicht behandelter psychischer Erkrankungen.....	12
3.1	Ohne Behandlung erhöht sich das Risiko für Chronifizierung.....	12
3.2	Kinder werden in ihrer Entwicklung lebenslang beeinträchtigt.....	13
3.3	Psychische Erkrankungen als zweithäufigste Ursache für betriebliche Fehltag	13
3.4	Psychische Erkrankungen sind Hauptursache für Erwerbsminderung.....	16
4	Psychotherapie lohnt sich	17
5	Lange Wartezeiten resultieren aus Fehlern der Bedarfsplanung.....	17
5.1	Die Fehler der psychotherapeutischen Bedarfsplanung	18
5.2	Mehr Kassensitze reduzieren die Wartezeiten – Zur Entwicklung der Zahl der Psychotherapeut*innen in der GKV-Versorgung.....	20
5.3	Höhere Behandlungskapazitäten durch Teilung der Kassensitze.....	21
6	Quellen	23

1 Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung

Jedes Jahr erkranken rund 20 Millionen Menschen an einer psychischen Erkrankung.^{1;2} Nach evidenzbasierten Leitlinien wird Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen als eine Behandlungsmethode der ersten Wahl empfohlen. Nicht jede Person, die psychisch erkrankt, benötigt jedoch eine Psychotherapie. Manche Menschen schaffen es über eigene Strategien und Maßnahmen, von selbst wieder zu gesunden, andere kann eine Selbsthilfegruppe ausreichend unterstützen oder sie benötigen vorrangig eine Beratung. Einigen helfen auch Gespräche mit ihrer Hausärzt*in und wieder andere entscheiden sich für eine medikamentöse Behandlung. Manche Menschen sind so schwer erkrankt, dass sie zunächst stationär behandelt werden müssen. Von den Patient*innen, die eine Psychotherapeutische Sprechstunde aufsuchen, beginnen weniger als die Hälfte (45,9 %) im Anschluss eine psychotherapeutische Behandlung.³

Obwohl Psychotherapie eine wirksame und zunehmend häufiger nachgefragte Behandlungsmethode bei psychischen Erkrankungen ist, erhalten nur 1,9 Millionen psychisch kranke Menschen jährlich eine ambulante psychotherapeutische Behandlung.⁴ Das bedeutet, dass maximal jeder zehnte Mensch, der innerhalb eines Jahres psychisch erkrankt, eine Psychotherapie erhält. Der tatsächliche Behandlungsbedarf ist weitaus größer, wie auch die langen Wartezeiten bis zum Beginn einer Behandlung zeigen.

2 Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie

Die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in vielen Regionen Deutschlands von einem Mangel an Therapieplätzen und langen Wartezeiten bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung geprägt. Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung sind dabei eine vielschichtige Problematik und stellen einen wichtigen Indikator für Probleme in den Versorgungsprozessen und Engpässe bei den Behandlungskapazitäten dar.

2.1 Zugangswege zur Psychotherapie

Der Prozess vom Auftreten einer psychischen Symptomatik mit Krankheitswert über den Versuch, professionelle Hilfe zu erhalten, die diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für eine psychotherapeutische Behandlung bis hin zu deren Beginn lässt sich dabei in verschiedene Phasen unterteilen, die jeweils von spezifischen Wartezeiten geprägt sein können. Die Gründe für die einzelnen Verzögerungen im Versorgungsprozess müssen dabei differenziert analysiert und gezielt mit geeigneten Maßnahmen adressiert werden.

So ist für die Latenz zwischen dem Auftreten psychischer Beschwerden und dem Aufsuchen professioneller Hilfen von entscheidender Bedeutung, wie sehr psychische Erkrankungen mit einem Stigma versehen sind, aber auch, welches Wissen in der Bevölkerung über Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen vorhanden ist und ob diese im Gesundheitssystem frühzeitig erkannt werden. Aufgrund der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen fällt es vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig noch immer schwer, sich hierfür professionelle Hilfe zu holen. Ältere Publikationen gingen davon aus, dass bei etwa der Hälfte der später behandelten Patient*innen die Zeitspanne zwischen dem Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer indizierten psychotherapeutischen Behandlung mehr als fünf Jahre betrug.⁵

Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, aber auch das Wissen über wirksame psychotherapeutische Behandlungsmethoden ist in den letzten 30 Jahren deutlich vorangeschritten. Das hat auch die Bereitschaft vieler Menschen erhöht, bei psychischen Problemen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Während Anfang der 1990er-Jahre nur etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (54,7 Prozent) der Auffassung war, dass Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen empfohlen werden sollte, hielten 2001 bereits rund 70 Prozent der Menschen in Deutschland eine Psychotherapie zur Behandlung einer Depression für empfehlenswert, aber nur knapp 40 Prozent eine Behandlung mit Psychopharmaka.⁶ Eine Umfrage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zeigte für das Jahr 2018, dass mittlerweile 94 Prozent aller Befragten meinen, dass Depressionen psychotherapeutisch behandelt werden sollten. Nur 55 Prozent gaben 2018 an, dass eine Depression medikamentös behandelt werden sollte.⁷

Darüber hinaus ist für eine zeitnahe leitliniengerechte Behandlung von psychischen Erkrankungen auch das frühzeitige Erkennen psychischer Beschwerden und Erkrankungen in der (haus)ärztlichen Versorgung bedeutsam. Knapp die Hälfte der Patient*innen in psychotherapeutischer Behandlung werden von ihrer Hausärzt*in oder einer anderen Ärzt*in auf das psychotherapeutische Behandlungsangebot hingewiesen.⁸ Je frühzeitiger psychische Beschwerden in der hausärztlichen Versorgung erkannt und die Patient*innen zur weiteren Abklärung und Behandlung in die psychotherapeutische bzw. fachärztliche Versorgung überwiesen werden, desto besser können damit auch Chronifizierungen und Verschlechterungen der Beschwerden vermieden werden. Nach den Ergebnissen der Patientenbefragung des BARMER Arztreports 2020 wendet sich zugleich mit knapp 90 Prozent der größte Teil der Patient*innen mit psychischen Beschwerden zur Vereinbarung eines Erstgesprächs direkt an eine Psychotherapeut*in. Nur etwa 8 Prozent der Terminvereinbarungen erfolgen über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (TSS) und lediglich in seltenen Fällen über die behandelnde Ärzt*in.

2.2 Psychotherapeutische Sprechstunde verkürzt Wartezeit auf ein Erstgespräch

Um einen möglichst zeitnahen Zugang zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch zu schaffen und Verzögerungen zwischen der initialen Kontaktaufnahme von Patient*innen mit einer psychotherapeutischen Praxis und dem Erstgespräch zu reduzieren, wurde mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 die *Psychotherapeutische Sprechstunde* eingeführt. Diese dient einer kurzfristigen differenzialdiagnostischen Abklärung, Indikationsstellung und Beratung der Patient*innen über die vorliegenden Erkrankungen und bestehende Behandlungsoptionen.

Psychotherapeut*innen sind nach der Psychotherapie-Richtlinie verpflichtet, je vollem Versorgungsauftrag in einem Mindestumfang von 100 Minuten pro Woche Psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten. Nach den Ergebnissen der Wartezeitenstudie der BPTK aus dem Jahr 2018 konnte mit der Einführung der Sprechstunden die Wartezeit auf ein Erstgespräch von 12,5 Wochen auf 5,7 Wochen erheblich verkürzt werden.⁹ 70 Prozent der Psychotherapeut*innen führten die Erstgespräche im Durchschnitt innerhalb von vier Wochen nach Kontaktaufnahme durch. Eine Evaluation des Gemeinsamen Bundesausschusses konnte darüber hinaus zeigen, dass die Psychotherapeut*innen pro Quartal circa zwei Millionen Sprechstunden à 25 Minuten abrechnen und damit gegenüber den Mindestvorgaben etwa doppelt so viele Sprechstunden durchführen wie vorgeschrieben.¹⁰ Die Patient*innen erfahren dadurch früher, ob und – wenn ja – an welchen psychischen Erkrankungen sie leiden und welche Behandlung sie gegebenenfalls benötigen. Psychotherapeut*innen können dabei auch systematisch die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigen.

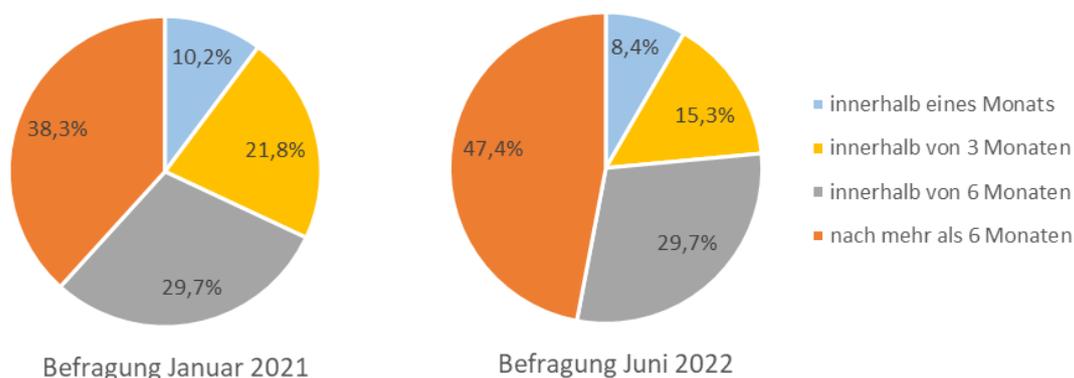
2.3 Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung weiterhin zu lang

Die BPTK-Wartezeitenstudie 2018 zeigte zugleich, dass auch nach Einführung der Sprechstunde die Wartezeiten bis zum Beginn der eigentlichen Behandlung mit durchschnittlich 20 Wochen weiterhin zu lang waren. Datengrundlage waren dabei die Angaben der Psychotherapeut*innen zu den durchschnittlichen Wartezeiten in ihren Praxen. Einbezogen wurden dabei nur Praxen, die auch eine Warteliste führten. Unberücksichtigt blieben Wartezeiten, die dadurch entstehen, dass viele behandlungsbedürftige Patient*innen mehrere Praxen aufsuchen müssen, bis sie einen Therapieplatz erhalten. Nach Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Quartale von 2/2017 bis 4/2021, die auf Abrechnungsdaten basieren, konsultieren durchschnittlich 27,5 Prozent der Patient*innen, die nach einem Erstgespräch in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Behandlung beginnen bzw. probatorische Sitzungen in Anspruch nehmen, mindestens zwei Psychotherapeut*innen. 7,1 Prozent der Patient*innen suchen sogar drei oder mehr

Psychotherapeut*innen auf. Die Notwendigkeit, mehrere Psychotherapeut*innen aufzusuchen, um einen Therapieplatz zu erhalten, betrifft demnach mehr als ein Viertel der Patient*innen.

Im Zuge der Corona-Pandemie hat sich die Wartezeiten-Problematik im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum nochmals deutlich verschärft. Dies zeigen die Daten von zwei Studien der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), bei der vertragspsychotherapeutische Praxen zur Anzahl von Anfragen auf einen Therapieplatz, aber auch zu Wartezeiten auf ein Erstgespräch und auf den Beginn einer Behandlung befragt wurden.¹¹ Allein in dem Zeitraum von 2021 bis 2022 stieg der Anteil der Praxen, bei denen Patient*innen durchschnittlich länger als sechs Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten mussten, von 38,3 auf 47,4 Prozent an (vgl. Abbildung 1). Diese Zunahme ist auch vor dem Hintergrund einer insgesamt während der Corona-Pandemie gestiegenen Nachfrage nach psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung zu bewerten. Im Zeitraum von Januar 2020 bis Juni 2022 war die Anzahl der wöchentlichen Terminanfragen in den psychotherapeutischen Praxen um circa 40 Prozent von durchschnittlich 4,9 auf 6,9 Anfragen angestiegen.

Abbildung 1: Wartezeit von der Anfrage bis zum Behandlungsbeginn – Vergleich von Januar 2021 und Juni 2022



Quelle: DPtV, 2022; eigene Darstellung der BPTK.

Die deutliche Zunahme der Wartezeiten im Zuge der Corona-Pandemie belegt auch eine Studie der Universität Leipzig für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.¹² Danach haben sich die Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf den Beginn einer Psychotherapie seit Pandemiebeginn auf rund 25 Wochen nahezu verdoppelt. Zugleich wurde wegen der erhöhten Nachfrage insbesondere das Angebot an Psychotherapeutischen Sprechstunden für eine zeitnahe diagnostische Abklärung und Indikationsstellung deutlich ausgeweitet.

Die massiven Auswirkungen der regional sehr unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten wurden auch durch eine Befragungsstudie des Senders rbb|24 belegt. In diese Datenanalyse gingen die Ergebnisse der Befragungen von 123 Psychotherapiepraxen aus ganz Deutschland und einer zusätzlichen Stichprobe von 54 Psychotherapiepraxen aus Berlin und Brandenburg ein. Auch wenn mit diesen Stichproben keine für das Bundesgebiet repräsentativen Analysen möglich waren, ist der Kernbefund besonders langer Wartezeiten in den schlecht versorgten ländlichen Regionen ausgesprochen robust. Während die Wartezeit zwischen dem Erstgespräch und dem Therapiebeginn in der Stadt im Median circa acht Wochen betrug, waren die Wartezeiten auf dem Land mit 24 Wochen dreimal so lang.

Die Daten aus Psychotherapeuten- und Patientenbefragungen sind dabei mit bestimmten methodischen Limitationen versehen. Sie eignen sich insbesondere, um regionale Unterschiede bei den Wartezeiten zu identifizieren und – bei wiederholter Durchführung mit vergleichbarer Erhebungsmethodik – Entwicklungstrends bei den Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz abzubilden. Sie eignen sich aber weniger, um deren absolute durchschnittliche Dauer zu berechnen.

Bei den vorliegenden großen Psychotherapeutenbefragungen ist zwar die Repräsentativität der Daten grundsätzlich gegeben, allerdings beschränken sich die Daten zum Teil auf Praxen, die auch eine Warteliste führen. Praxen ohne Warteliste vergeben häufig Therapieplätze immer dann, wenn in kurzer Zeit ein Therapieplatz frei wird. Für die Patient*innen, die in der Praxis einen Therapieplatz erhalten, fallen die Wartezeiten dadurch im Durchschnitt sehr niedrig aus, während zugleich ein großer Teil der Patient*innen, die in diesen Praxen ein Erstgespräch erhalten haben, bei ihrer Suche nach einem Therapieplatz weitere Praxen aufsuchen müssen und dadurch von besonders langen Wartezeiten betroffen sind. Diese Wartezeiten, die mit dem Aufsuchen mehrerer Praxen einhergehen, werden aber über Psychotherapeutenbefragungen nicht erfasst. Darüber hinaus werden die Wartezeitendaten in der Regel nicht entsprechend der Anzahl der innerhalb eines Jahres in der Praxis neu aufgenommenen Patient*innen gewichtet, sodass kleine wie große Praxen in gleicher Weise in die Durchschnittsberechnung der Wartezeiten eingehen. Darüber hinaus werden über Psychotherapeuten- sowie Patientenbefragungen stets nur retrospektive Schätzungen der Wartezeiten zugrunde gelegt.

2.4 20 Wochen Wartezeit zwischen Erstgespräch und Behandlungsbeginn

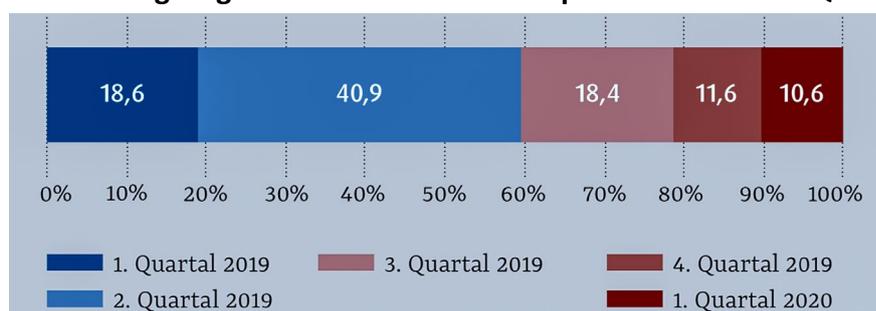
Während man für die Ermittlung von Wartezeiten bis zum Erstgespräch auf entsprechende Befragungsdaten angewiesen ist, können die tatsächlichen Wartezeiten der Pati-

ent*innen vom Erstgespräch bei einer Psychotherapeut*in bis zum Beginn einer Behandlung anhand der objektiven Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt werden. Sie liefern damit einen validen Indikator für regional bestehende Versorgungsprobleme und können auch kumulierende Wartezeiten abbilden, die entstehen, wenn Patient*innen mehrere Psychotherapeut*innen aufsuchen müssen, bis sie endlich die erforderliche Behandlung beginnen können. Auch das Management von Wartezeiten in den psychotherapeutischen Praxen, wenn zum Beispiel die Sprechstundentermine und probatorischen Sitzungen zur Überbrückung der Wartezeit auf einen freien Therapieplatz über einen längeren Zeitraum gestreckt werden, wird dabei berücksichtigt.

Diese objektiven Abrechnungsdaten zeigen dabei für Deutschland, dass psychisch kranke Menschen ab dem Erstgespräch im Durchschnitt knapp 20 Wochen (142 Tage) auf den Beginn einer Psychotherapie warten, wenn in der psychotherapeutischen Sprechstunde festgestellt worden ist, dass sie psychisch krank sind und eine psychotherapeutische Behandlung benötigen.

Grundlage der Berechnung der Wartezeiten waren die Abrechnungsdaten der KBV von rund 300.000 Versicherten, die im 1. Quartal 2019 erstmals in einer psychotherapeutischen Sprechstunde waren. Bei der Berechnung der Wartezeiten wurden alle Patient*innen berücksichtigt, die bis einschließlich dem 1. Quartal 2020 eine psychotherapeutische Akutbehandlung und/oder eine Richtlinienpsychotherapie begonnen hatten. Die Daten zu den Wartezeiten bis zum Beginn der Behandlung lagen als gruppierte Daten vor mit der Information, wie viele Patient*innen in welchem Folgequartal ihre Behandlung begonnen haben. 18,6 Prozent dieser Patient*innen begannen noch im selben Quartal, in dem die erste Sprechstunde durchgeführt wurde, mit der Behandlung. 10,6 Prozent begannen erst im 1. Quartal 2020, also rund ein Jahr später, die psychotherapeutische Behandlung (vgl. Abbildung 2).¹³ Bei rund 40 Prozent der Patient*innen ist mindestens ein ganzes Quartal zwischen der ersten Sprechstunde und dem Beginn der Behandlung vergangen.

Abbildung 2: Wartezeiten auf die psychotherapeutische Behandlung – Behandlungsbeginn im Zeitverlauf nach Sprechstunde im 1. Quartal 2019



Quelle:
Abrechnungsdaten der
KBV; eigene Berech-
nung und Darstell-
ung der BPTK, 2022.

Um zusätzlich die durchschnittliche Wartezeit berechnen zu können, wurde auf Basis der Abrechnungsdaten in einer Kassenärztlichen Vereinigung eine taggenaue Berechnung von Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung herangezogen. Dabei wurden zugleich die durchschnittlichen Wartezeiten der Patient*innen nach Quartal des Therapiebeginns kalkuliert:

- Von insgesamt 18.320 Patient*innen in Rheinland-Pfalz, die im 1. Quartal 2021 erstmals eine Sprechstunde in Anspruch genommen hatten, begannen bis einschließlich dem 1. Quartal 2022 8.146 Patient*innen (44,5 Prozent) eine Akutbehandlung oder Richtlinienpsychotherapie.
- 23,6 Prozent der Patient*innen begannen ihre Behandlung noch im selben Quartal mit einer durchschnittlichen Latenz zwischen erster Sprechstunde und Therapiebeginn von 42,1 Tagen.
- Bei 46,1 Prozent begann die Behandlung im 2. Quartal 2021 bei einer durchschnittlichen Wartezeit von 86,1 Tagen.
- 18,1 Prozent begannen im 3. Quartal 2021 ihre Behandlung mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 168,1 Tagen.
- Weitere 7,7 Prozent begannen ihre Behandlung im 4. Quartal 2021 bei einer durchschnittlichen Wartezeit von 261,9 Tagen.
- Und 4,5 Prozent der Patient*innen konnten erst im 1. Quartal 2022 ihre Behandlung beginnen bei einer durchschnittlichen Wartezeit von 359,2 Tagen.

Insgesamt betrug die Wartezeit auf den Behandlungsbeginn in dieser Patientenkohorte, die im 1. Quartal 2021 während des ersten Winters der Corona-Pandemie erstmals eine Psychotherapeutische Sprechstunde aufsuchte, durchschnittlich 116,4 Tage.

Wendet man diese durchschnittlichen Wartezeiten der Patient*innen, die in einem bestimmten Folgequartal nach dem Indexquartal der ersten Sprechstunde ihre Psychotherapie begonnen haben auf die kategorialen bundesweiten Daten der KBV für das Jahr 2019 an, um die Wartezeit von der ersten Sprechstunde bis zum Therapiebeginn für das Bundesgebiet zu quantifizieren, resultiert eine durchschnittliche Wartezeit von 142 Tagen.

Eine aktuelle Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Februar 2023), bei der ebenfalls auf Basis der Abrechnungsdaten die taggenauen Daten der Dauer zwischen erster Sprechstunde und Therapiebeginn berechnet wurden, bestätigt die langen Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie.¹⁴ Auch in Bayern beträgt die durchschnittliche

Wartezeit von der ersten Sprechstunde bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie knapp 20 Wochen (139 Tage).

Bei der Interpretation dieser Daten ist zu beachten, dass zwischen der ersten Sprechstunde und dem Beginn einer Richtlinienpsychotherapie weitere diagnostische Gespräche und Probesitzungen (Probatorik) durchgeführt werden. Erwachsene Patient*innen können bis zu drei Sprechstunden à 50 Minuten und bis zu vier probatorische Sitzungen erhalten. Eine psychotherapeutische Akutbehandlung schließt sich dagegen direkt an die Psychotherapeutischen Sprechstunden an. Ein zeitlicher Abstand zwischen der ersten Sprechstunde und dem Behandlungsbeginn von bis zu zwei Monaten spricht insoweit für einen weitgehend nahtlosen Versorgungsprozess von der psychotherapeutischen Diagnostik, der somatischen Abklärung, der Indikationsstellung, der Beratung der Patient*in und der Antragstellung bei der Krankenkasse bis zum eigentlichen Therapiebeginn. Dagegen signalisieren Zeiten von 20 Wochen und mehr zwischen einem Erstgespräch und dem Therapiebeginn, dass der Versorgungsprozess von erheblichen Wartezeiten geprägt und eine zeitnahe Behandlung nicht mehr gewährleistet ist.

Ergebnisse von Umfragen und Analysen der Krankenkassen irreführend

Im Dezember 2022 hat der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die Ergebnisse der Befragung eines Online-Panels vorgelegt, um daraus Aussagen über Wartezeiten in der Psychotherapie abzuleiten.¹⁵ Im Februar 2023 folgte eine Analyse des vdek auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen.¹⁶ Beide Ansätze sind jedoch ungeeignet, das tatsächliche Problem der Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie angemessen abzubilden.

1. Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes

Zur Berechnung von Wartezeiten wurden im Auftrag des GKV-SV insgesamt 2.240 GKV-Versicherte über ein Online-Panel befragt. Die Anzahl der Befragten mit einem psychotherapeutischen Erstgespräch betrug dabei laut Angabe des GKV-SV insgesamt 255, von denen 186 eine Psychotherapie aufnahmen. Die Aussagen und Schlussfolgerungen des GKV-SV beruhen also nur auf Aussagen von 186 Personen. Die Datenbasis der Befragung des GKV-Spitzenverbandes ist damit viel zu klein, kann keine Repräsentativität gewährleisten und stellt keine Vollerhebung dar, wie das beispielsweise bei den Analysen der KBV-Daten oder der Daten der KV Bayerns der Fall ist.

Hinzu kommt, dass die Befragung nicht die aktuellen Wartezeiten abbilden konnte. Bei vielen der 186 GKV-Versicherten muss der Kontakt zur Psychotherapeut*in mehrere Jahre zurückliegen, denn pro Jahr beginnen weniger als ein Prozent der GKV-Versicherten eine psychotherapeutische Behandlung neu. In dieser Umfrage haben aber 8,3 Prozent der Befragten angegeben, eine psychotherapeutische Behandlung begonnen zu haben. Insoweit muss die Befragung Patient*innen eingeschlossen haben, die irgendwann in den letzten zehn Jahren eine Psychotherapie erhalten hatten. Die Aussagen beziehen sich somit auf lange zurückliegende Ereignisse mit entsprechenden Erinnerungsfehlern. Darüber hinaus wurden die Fragen offenbar so missverständlich formuliert, dass zahlreiche Befragte Antworten angaben, die regulär nicht möglich sind.

So sollen neun von zehn Versicherten angegeben haben, maximal vier Wochen vom Erstkontakt mit einer Psychotherapeut*in bis zum Behandlungsbeginn gewartet zu haben und knapp die Hälfte der Behandlungen sollen gar innerhalb einer Woche nach der ersten Sprechstunde begonnen haben. Diese Ergebnisse sind nicht nachvollziehbar. Eine Psychotherapie kann schon praktisch nicht innerhalb von einer Woche nach der Sprechstunde beginnen. Durchschnittlich werden mit einer Patient*in zwei Sprechstundentermine à 50 Minuten durchgeführt, danach folgen mindestens zwei probatorische Sitzungen, ehe nach Antragstellung und Genehmigung durch die Krankenkasse eine Therapie begonnen werden kann. Bei Anträgen auf Kurzzeittherapie müssen die Krankenkassen innerhalb von drei Wochen über die Bewilligung entscheiden, bei der Langzeittherapie haben sie sogar bis zu fünf Wochen Zeit. Die Autor*innen der Studie mussten daher wissen, dass die berechneten Wartezeiten nicht stimmen können. Insgesamt können auf der Basis dieser Versichertenbefragung keine verlässlichen Aussagen getroffen werden.

2. Analyse der Wartezeiten des Verbands der Ersatzkassen (vdek)

Der vdek hat 2023 die Ergebnisse einer Auswertung seiner Versichertendaten zu den Wartezeiten in der Psychotherapie vorgelegt. Hierbei hat er jedoch nicht den gesamten Prozess der Wartezeit bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie in den Blick genommen. Stattdessen betont der vdek, dass die Wartezeiten zwischen der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde und ersten probatorischen Sitzung maximal 12 Tage und zwischen der letzten probatorischen Sitzung und dem Behandlungsbeginn maximal 15 Tage betragen. Diese Aussage ist jedoch irreführend, da damit nur ein kleiner Teilabschnitt des langen Weges der Patient*innen zwischen dem Beginn der Suche nach psychotherapeutischer Hilfe und dem tatsächlichen Therapiebeginn betrachtet wird. Zugleich schließt der vdek in seiner Analyse Wartezeiten von mehr als zwölf Monaten aus und stellt mit der Darstellung des Medians auf die am besten versorgten 50 Prozent der Patient*innen ab, statt den Durchschnitt zu verwenden. Auch Wartezeiten, die sich dadurch verlängern, dass Patient*innen mehrere Psychotherapeut*innen aufsuchen müssen, bis sie einen Therapieplatz erhalten, werden in der vdek-Analyse herausgerechnet. Diese Darstellung der Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie verstellt den Blick auf den tatsächlichen Handlungsbedarf in vielen Regionen.

2.5 Besonders lange Wartezeiten auf dem Land

Die Studie der KV Bayerns konnte auch zeigen, dass insbesondere in ländlichen Regionen Bayerns die Wartezeiten überdurchschnittlich lang waren. Nach den objektiven Abrechnungsdaten der KV Bayerns fällt der Median der Wartezeiten in den ländlichen Kreisen im Nordosten Bayerns im Vergleich zu München um circa 50 Tage höher aus.

Die besonders langen Wartezeiten in ländlichen Regionen werden auch durch eine Recherche des Senders rbb|24 bestätigt. Während Patient*innen in Städten nach einem Erstgespräch im Mittel etwa zwei Monate auf einen Therapieplatz warten, sind es auf dem Land sechs Monate. Dazu kommt dann jeweils noch die Wartezeit auf ein Erstgespräch für die Diagnosestellung. Basis der Erhebung von rbb|24 war eine Telefonumfrage unter Psychotherapiepraxen in ganz Deutschland. Insgesamt wurden dafür mehrere hundert Praxen angefragt. In die deutschlandweite Auswertung flossen die Daten von über 120 Praxen ein.¹⁷

2.6 Fazit: Wartezeiten belegen Mangel an Kassensitzen

Die Wartezeiten machen deutlich: Es gibt keine nennenswerten freien Behandlungskapazitäten bei Psychotherapeut*innen, die durch bessere telefonische Erreichbarkeit oder vermehrte Vermittlungsanstrengungen der Terminservicestellen erschlossen werden könnten. Vorschläge, bestimmte Patientengruppen bei der Suche nach Therapieplätzen besonders zu unterstützen, bewirken bei gedecktem Angebot automatisch, dass andere Patientengruppen benachteiligt werden und in Zukunft länger warten. Nach einer aktuellen Prognose des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung wird die Nachfrage nach einer ambulanten Psychotherapie bis 2030 um 23 Prozent ansteigen.¹⁸ Daraus folgt in der Konsequenz, dass es dringend zusätzliche Kassensitze für Psychotherapeut*innen, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen braucht. Wenn nichts passiert, werden die Wartezeiten immer weiter steigen, psychische Erkrankungen chronifizieren und immer mehr Patient*innen bleiben unversorgt.

3 Folgen nicht behandelter psychischer Erkrankungen

3.1 Ohne Behandlung erhöht sich das Risiko für Chronifizierung

Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung.^{19;20} Mit zunehmender Dauer der Wartezeit steigt der Anteil der Menschen, die eine Behandlung gar nicht erst beginnen.^{21; 22;23;24} Mit der Wartezeit steigt aber auch das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern oder immer wiederkehren (rezidivierender Verlauf). So steigt

beispielsweise das Risiko, erneut an einer Depression zu erkranken, mit jeder weiteren Krankheitsphase. Bleiben Depressionen unbehandelt, ist ihre durchschnittliche Dauer doppelt so lang wie bei einer behandelten Depression.²⁵ Auch bei Zwangserkrankungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Essstörungen steigt das Risiko einer Chronifizierung, wenn sie nicht behandelt werden.^{26;27;28}

3.2 Kinder werden in ihrer Entwicklung lebenslang beeinträchtigt

Die Auswirkungen langer Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz und fehlender Behandlung psychischer Störungen sind für Kinder und Jugendliche besonders gravierend. Denn nicht behandelte psychische Erkrankungen können zu langfristigen und nachhaltigen Beeinträchtigungen in der emotionalen, sozialen und schulischen Entwicklung der Kinder führen. Eine mögliche Folge psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist Schulabsentismus²⁹, wodurch wiederum das Risiko für geringere Bildungsabschlüsse steigt. Wer als Kind oder Jugendliche* psychisch erkrankt, ist auch als Erwachsene* psychisch stärker gefährdet als andere. Über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entsteht bereits vor dem 19. Lebensjahr.^{30;31;32} Damit erhöhen psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter das Risiko einer beeinträchtigten beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe im Erwachsenenalter.

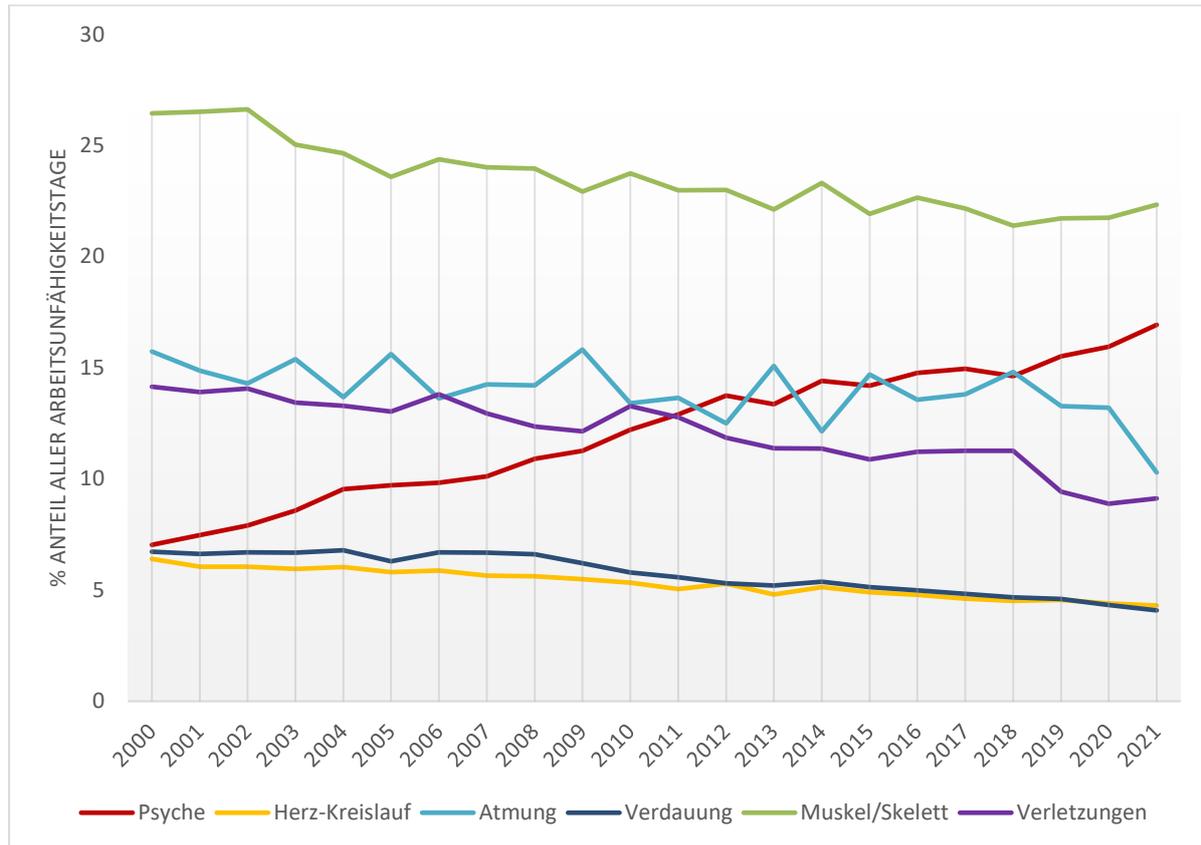
3.3 Psychische Erkrankungen als zweithäufigste Ursache für betriebliche Fehlertage

Psychische Erkrankungen sind der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) nach Muskel-Skelett-Erkrankungen (vgl. Abbildung 3). In den letzten 20 Jahren hat die Bedeutung psychischer Erkrankungen für das AU-Geschehen der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zugenommen. Im Jahr 2021 verursachten psychische Erkrankungen 17 Prozent der Krankheitstage. Die besonders langen Fehlzeiten am Arbeitsplatz verdeutlichen, wie groß die negativen Folgen einer zu späten oder gar ausbleibenden Behandlung psychischer Erkrankungen sind.

Ursache dafür, dass psychische Erkrankungen einen so hohen Anteil an den betrieblichen Fehltagen haben, ist, dass sie im Vergleich zu anderen Krankheiten zu sehr langen Krankschreibungen führen. Im Jahr 2021 lag die durchschnittliche Krankschreibungsdauer bei psychischen Erkrankungen bei rund 39 Tagen. Das heißt, dass eine psychisch kranke Arbeitnehmer*in je Krankschreibung rund fünfeinhalb Wochen am Arbeitsplatz ausfiel. Die Dauer einer Krankschreibung wegen psychischer Erkrankungen ist damit deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen. So liegt die durchschnittliche Krankschreibungsdauer

bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei rund 22 Tagen, bei Muskel-Skelett-Erkrankungen bei circa 20 Tagen und bei Verletzungen bei rund 14 Tagen (vgl. Abbildung 4).

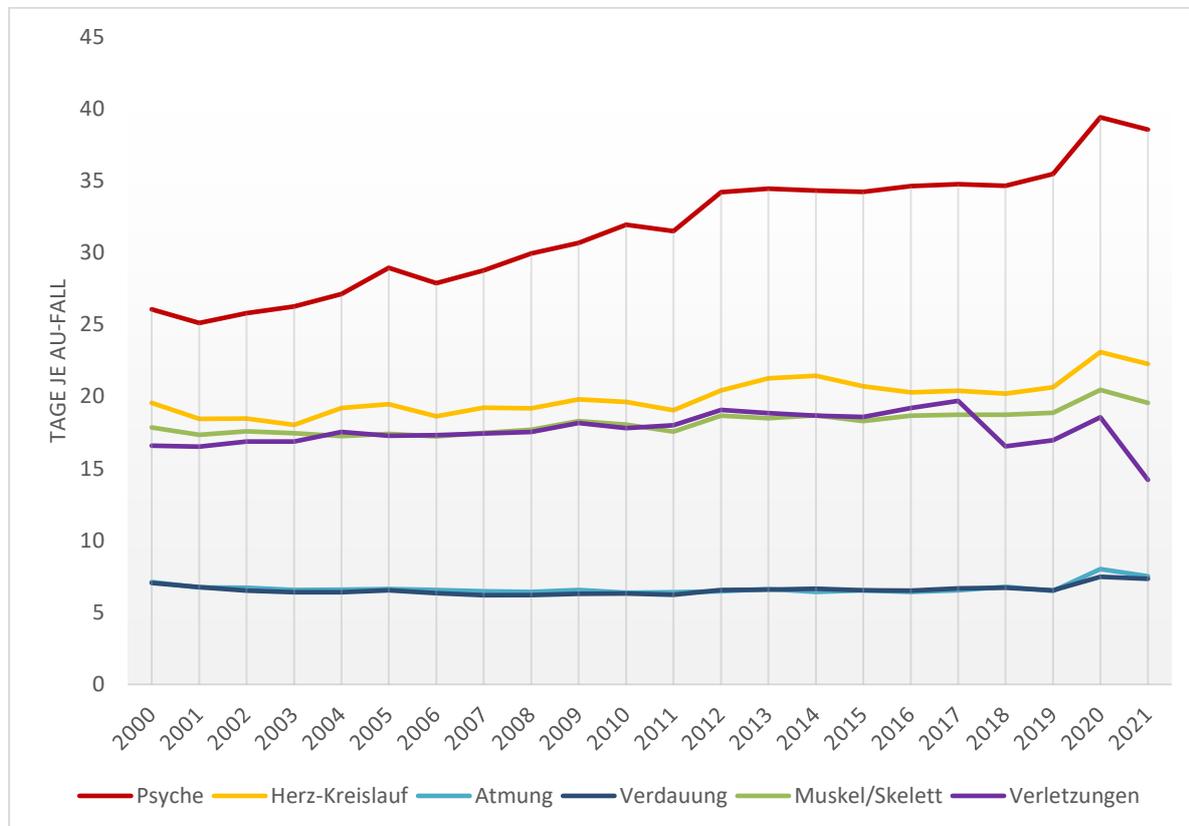
Abbildung 3: Arbeitsunfähigkeitstage – Erkrankungen von 2000 bis 2021



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2022.

Anmerkungen: Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen von 2000 bis 2021, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl. In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK. In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK. In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK. In den Wert für die Jahre 2010 bis 2021 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

Abbildung 4: Arbeitsunfähigkeitsdauer – Erkrankungen von 2000 bis 2021



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2022.

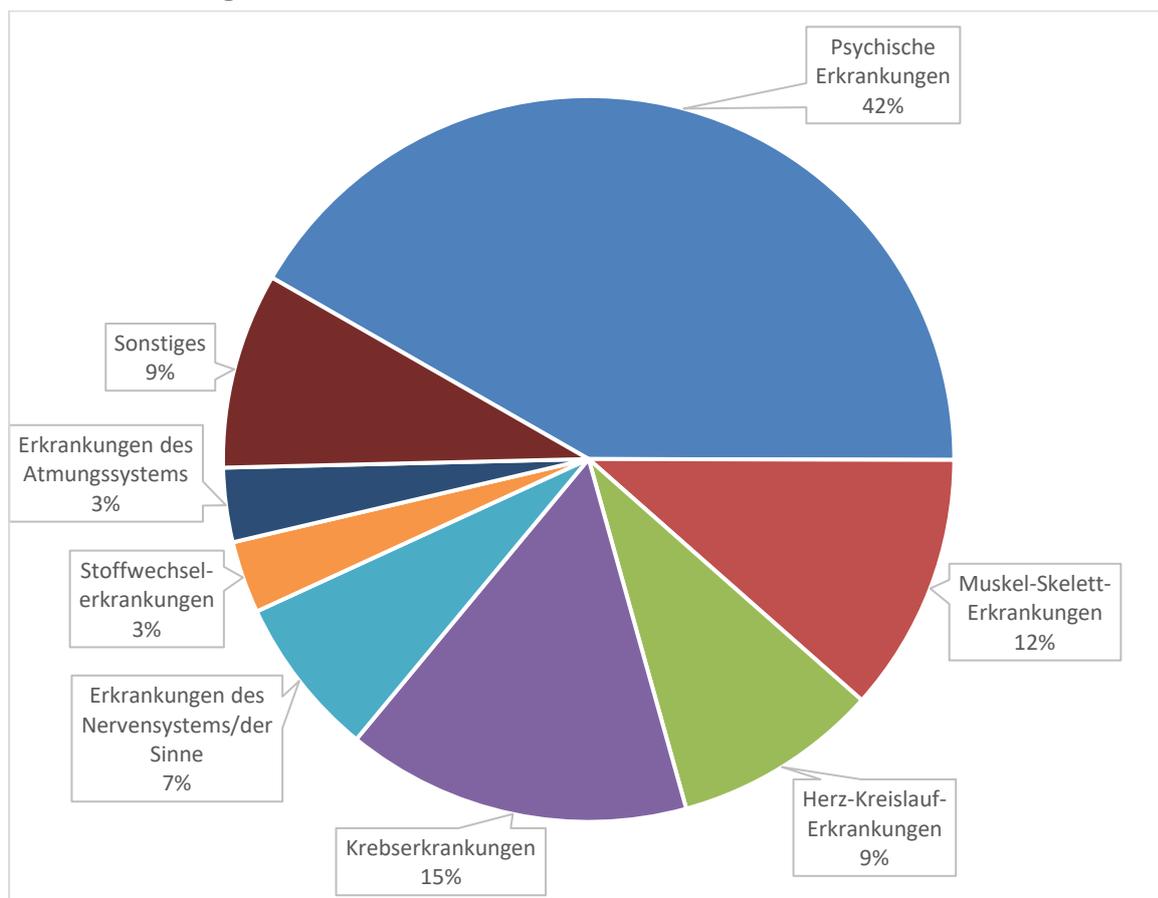
Anmerkungen: Dargestellt ist die durchschnittliche Dauer der Krankschreibung je Fall für die sechs wichtigsten Krankheitsarten von 2000 bis 2021, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl. In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK. In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK. In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK. In den Wert für die Jahre 2010 bis 2021 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

Die langen AU-Zeiten bei psychischen Erkrankungen führen dazu, dass ein beachtlicher Anteil der Krankgeschriebenen Krankengeld erhält. Denn bei einer Krankschreibung über sechs Wochen hinaus muss nicht mehr der Arbeitgeber den Lohn fortzahlen, sondern die Krankenkassen an die Versicherte* Krankengeld zahlen. Eine Arbeitsunfähigkeit, die länger als sechs Wochen besteht, wird als Langzeitarbeitsunfähigkeit (Langzeit-AU) bezeichnet. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes³³ sind die Ausgaben für Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren rasant angestiegen. Betragen sie 2004 noch 6,37 Milliarden Euro, lagen die Ausgaben 2021 bei 16,61 Milliarden Euro. Das entspricht einem 2,6-fachen Anstieg der GKV-Ausgaben für Krankengeld.

3.4 Psychische Erkrankungen sind Hauptursache für Erwerbsminderung

Psychische Erkrankungen sind mit großem Abstand vor körperlichen Erkrankungen die Hauptursache für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente. Nahezu jede zweite Frühverrentung (42 Prozent) ist von psychischen Erkrankungen verursacht (vgl. Abbildung 5). Außerdem werden Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen besonders früh berentet. Das durchschnittliche Eintrittsalter bei psychisch bedingten Frühverrentungen lag 2020 bei 51,3 Jahren und damit unter dem Durchschnitt von 53,7 Jahren.³⁴ Dass psychische Erkrankungen so häufig und so früh zu Verrentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit führen, liegt auch an der unzureichenden Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Abbildung 5: Anteil verschiedener Erkrankungen an den Rentennewuzugängen wegen Erwerbsminderung 2021



Quelle: Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund, 2022; eigene Darstellung der BPTK, 2023.

4 Psychotherapie lohnt sich

Eine rechtzeitige psychotherapeutische Behandlung kann helfen, psychische Erkrankungen zu heilen oder zumindest zu lindern und die Chronifizierung psychischer Erkrankungen zu verhindern. Damit kann das Risiko für lange Arbeitsunfähigkeitszeiten oder gar Erwerbsunfähigkeit gesenkt werden. Die Behandlung sichert die soziale und berufliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Ambulante Psychotherapie ist nicht teuer. Im Jahr 2022 wurden schätzungsweise 3,2 Milliarden Euro für die ambulante Psychotherapie ausgegeben (BMG, 2023).³⁵ Die Ausgaben für stationäre Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen fallen dagegen mit 28,6 Milliarden Euro (im Jahr 2020) um ein Vielfaches höher aus als die Ausgaben für ambulante Psychotherapie (Statistisches Bundesamt, 2022)³⁶. Mit einer rechtzeitigen ambulanten Psychotherapie könnten sogar stationäre Behandlungskosten eingespart werden: Eine ambulante psychotherapeutische Versorgung kann stationäre Aufenthalte verkürzen oder Wiedereinweisungen in das Krankenhaus verhindern.

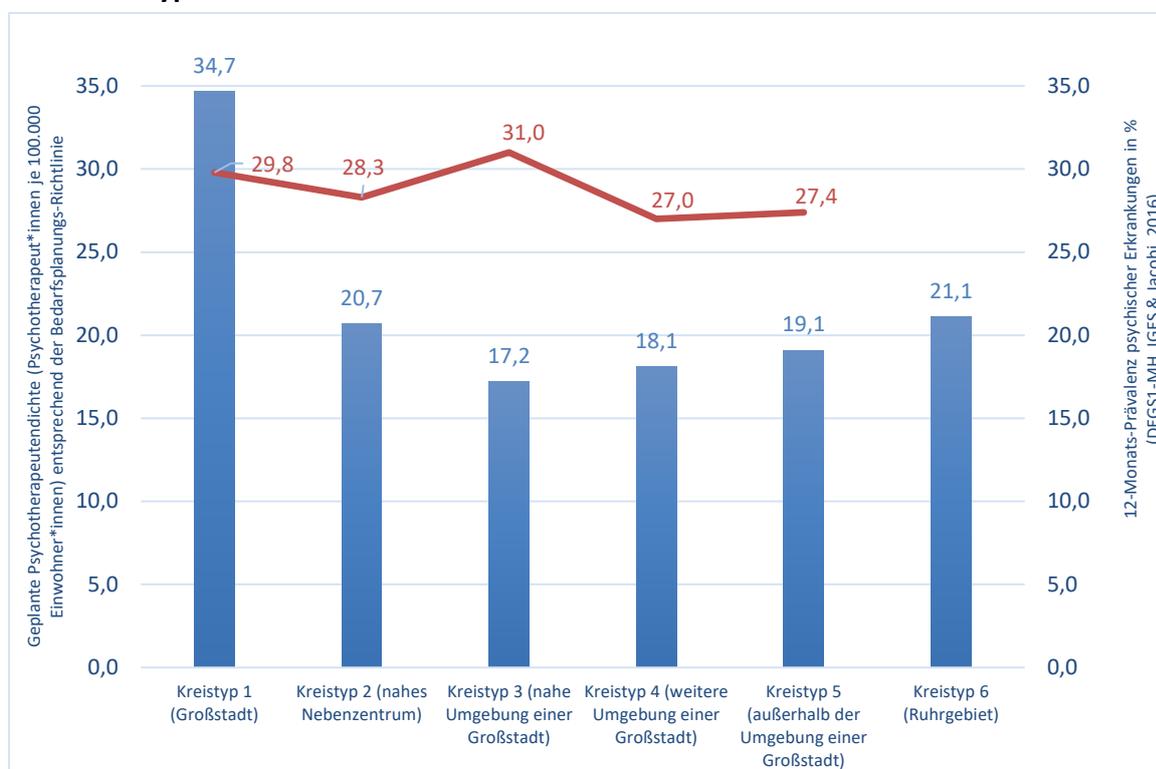
Außerdem könnten durch eine zeitnahe ambulante Psychotherapie die hohen volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen aufgrund von Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit gesenkt werden. Für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich nach Modellrechnungen ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2 bis 4 Euro, zum Beispiel durch Kostenreduktion aufgrund einer geringeren Zahl an Krankschreibungen und Erwerbsminderungsrenten sowie die Vermeidung von Kosten für stationäre Behandlungen.³⁷

5 Lange Wartezeiten resultieren aus Fehlern der Bedarfsplanung

Nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich ist es wichtig, ausreichend ambulante Behandlungskapazitäten zu schaffen, um psychisch kranke Menschen frühzeitig psychotherapeutisch behandeln zu können. Insbesondere außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet reicht die Anzahl an Kassensitzen für Psychotherapeut*innen aber nicht aus, um Menschen mit psychischen Erkrankungen zeit- und wohnortnah eine Psychotherapie zukommen zu lassen. Ursache hierfür sind die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Diese legt fest, wo in Deutschland sich wie viele Psychotherapeut*innen niederlassen dürfen. Diese Psychotherapeutendichte ist in Regionen außerhalb von Großstädten deutlich niedriger. In Großstädten (Kreistyp 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) liegt die vorgesehene Psychotherapeutendichte bei circa 35 Psychotherapeut*innen je 100.000 Einwohner*innen. Außerhalb von Großstädten (Kreistypen 2 bis 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) liegt sie mit 17 bis 21 Psychotherapeut*innen je 100.000 Einwohner*innen deutlich

niedriger. Auch im Ruhrgebiet (Kreistyp 6) liegt die Psychotherapeutendichte mit 21 Psychotherapeut*innen je 100.000 Einwohner*innen deutlich niedriger als in Kreistyp 1. Für die deutlich geringere geplante Psychotherapeutendichte außerhalb von Großstädten und im Ruhrgebiet gibt es jedoch keinen Grund, denn wissenschaftliche Studien belegen, dass Menschen, die auf dem Land leben, fast genauso häufig psychisch krank sind wie in städtischen Gebieten³⁸ (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Häufigkeit psychischer Erkrankungen und geplante Versorgungsdichte nach Kreistypen



Quelle: BPTK, 2023, eigene Darstellung.

Anmerkungen: Für Kreistyp 6 liegen keine Informationen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Publikation von IGES & Jacobi, 2016 vor. Die geplante Psychotherapeutendichte wurde auf Basis der Allgemeinen Verhältniszahlen für einen Versorgungsgrad von 110 Prozent berechnet.

5.1 Die Fehler der psychotherapeutischen Bedarfsplanung

Wie viele Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sich wo in Deutschland niederlassen dürfen, ist in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Der Gesetzgeber hatte vor dem Hintergrund der „Ärztenschwemme“ der 1980er Jahre beschlossen, dass die Anzahl der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die sich in einem bestimmten Gebiet niederlassen und mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen, zukünftig begrenzt sein sollte. Deshalb wurde Anfang der 1990er Jahre die sogenannte Bedarfsplanungs-Richtlinie eingeführt – erst einmal für die verschiedenen

Arztgruppen. Dabei wurde angenommen, dass die damalige Versorgungsstruktur den tatsächlichen Bedarf widerspiegelt. Daher wurde für die verschiedenen Arztgruppen der damalige durchschnittliche Ist-Zustand der ambulanten Versorgung zum planerischen Soll erklärt.

Die Berufe der Psychologischen Psychotherapeut*in und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in gab es zum damaligen Zeitpunkt noch nicht. Sie sind erst Anfang 1999 gesetzlich geregelt worden. Deshalb wurde die psychotherapeutische Bedarfsplanung erst nachträglich im Jahr 1999 eingeführt. Zudem existierte Ende der 1990er Jahre in vielen Regionen Deutschlands noch keine gewachsene psychotherapeutische Versorgung. Insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern befand sich die ambulante psychotherapeutische Versorgung noch im Aufbau. Man konnte also – im Gegensatz zu den Ärzt*innen – nicht davon ausgehen, dass die damals vorhandene Versorgungsstruktur dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entsprach. Trotzdem wurde bei der Einführung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung im Grunde nach dem gleichen Prinzip verfahren, den Durchschnitt des Ist-Zustands zum Soll zu erklären. Hierbei wurden folgende Fehler begangen:

1. **Stichtag zu früh gewählt:** Der Stichtag, an dem die Anzahl niedergelassener Psychotherapeut*innen gezählt und zum Bedarf erklärt worden war, war der 31. August 1999. Das Datum lag aber nur acht Monate nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, mit dem Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen überhaupt erst regulär in die ambulante psychotherapeutische Versorgung integriert wurden und die Möglichkeit hatten, einen Kassensitz zu beantragen. Das führte dazu, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen – im Gegensatz zu den Verhältniszahlen anderer Arztgruppen – keine über viele Jahre gewachsene Versorgungsstruktur abbilden.
2. **Erst 2004 über alle Zulassungsverfahren entschieden:** Zudem wurden mit dem festgelegten Stichtag nicht einmal diejenigen Psychotherapeut*innen auch nur annähernd vollständig erfasst, die vor dem Psychotherapeutengesetz über das Delegationsverfahren oder über die Kostenerstattung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkassensicherter beteiligt gewesen waren und einen Anspruch auf eine Kassenzulassung hatten. Es wurden nur diejenigen gezählt, deren Zulassungsverfahren zu diesem Zeitpunkt „rechtswirksam“ abgeschlossen war. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legten teilweise aber gegen jede Zulassung Rechtsbe-

helfe ein, sodass die Zulassungsverfahren viel länger dauerten. Es kann davon ausgegangen werden, dass erst Ende 2004 abschließend über alle Zulassungsverfahren entschieden wurde.

- 3. Versorgung in Ostdeutschland noch im Aufbau begriffen:** Darüber hinaus wurde bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen die Anzahl der Psychotherapeut*innen in Gesamtdeutschland zugrunde gelegt und nicht – wie bei anderen Facharztgruppen – in den westdeutschen Bundesländern. In den ostdeutschen Bundesländern waren die ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen 1999 jedoch noch im Aufbau und deshalb nicht annähernd ausreichend zur Deckung des Bedarfs. Dass die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeut*innen in den ostdeutschen Bundesländern in der Berechnung der Verhältniszahlen berücksichtigt wurde, trägt bis heute dazu bei, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen nicht annähernd einer ausreichenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entsprechen.

Diese Webfehler der psychotherapeutischen Bedarfsplanung führten dazu, dass bereits bei Einführung der Bedarfsplanung die Soll-Zahl der Psychotherapeutesitze zu niedrig angesetzt war, um den tatsächlichen Bedarf zu decken.

5.2 Mehr Kassensitze reduzieren die Wartezeiten – Zur Entwicklung der Zahl der Psychotherapeut*innen in der GKV-Versorgung

Trotz der gestiegenen Nachfrage nach Psychotherapie seit den 1990er Jahren^{39;40} haben die Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bis zur Coronapandemie nicht zugenommen, sondern sind im Gegenteil sogar etwas gesunken: im Zeitraum 2011 bis 2017 zum Beispiel um 3,5 Wochen.⁴¹ Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Behandlungsplätze gestiegen ist. Seit Ende 2010 ist im Zuge mehrerer Reformen der Bedarfsplanung die Zahl der Kassensitze von 21.400 (volle Versorgungsaufträge) auf rund 25.000 Sitze Ende 2022 angestiegen. Parallel dazu konnten die Behandlungskapazitäten durch die zunehmende Teilung der Versorgungsaufträge, die seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im Jahr 2007 möglich ist, gesteigert werden. Das zeigt: Zusätzliche Psychotherapeutesitze wirken und können die Wartezeit auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz für Menschen mit psychischen Erkrankungen spürbar reduzieren.

Seit 2010 sind durch Reformen der Bedarfsplanung-Richtlinie circa 3.100 zusätzliche psychotherapeutische Praxissitze geschaffen worden:

- Rund 900 davon sind durch Einführung einer Mindestquote von 20 Prozent für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstanden.
- Weitere 1.300 Sitze gehen auf eine Verbesserung des Verhältnisses von Psychotherapeut*innen je 100.000 Einwohner*innen in den ländlichen Regionen zurück, die bei einer Reform der Bedarfsplanung Ende 2012 beschlossen wurde.
- Rund 85 Sitze sind durch eine Absenkung der Verhältniszahlen im Ruhrgebiet im Jahr 2018 entstanden.
- Die Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2019 führte schließlich zu knapp 800 zusätzlichen psychotherapeutischen Sitzen, die vor allem in Regionen der Kreistypen 2 bis 4 entstanden sind.

Die grundsätzlichen Webfehler der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, also insgesamt eine viel zu geringe Psychotherapeutendichte und eine besonders geringe Dichte außerhalb von Großstädten, konnten dabei jedoch nicht grundsätzlich behoben werden und führen auch heute noch zu langen Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie. Diese strukturellen Fehler bewirken vor allem, dass insbesondere Menschen in ländlichen und strukturschwachen Regionen einen erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung haben.

5.3 Höhere Behandlungskapazitäten durch Teilung der Kassensitze

Ein weiterer wichtiger Effekt, der dazu beiträgt, dass die Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz trotz des gestiegenen Bedarfs in den letzten zehn Jahren nicht weiter zugenommen haben, sind zusätzliche Behandlungskapazitäten, die durch die Teilung von Psychotherapeuten-sitzen entstanden sind. Immer mehr Vertragspsychotherapeut*innen übernehmen einen hälftigen Versorgungsauftrag oder wählen statt eines vollen Versorgungsauftrages in eigener Niederlassung flexiblere Arbeitsformen, wie Anstellung oder Teilzeitbeschäftigung. So ist die Zahl der Psychotherapeut*innen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen können, nach Köpfen seit 2010 deutlich stärker gestiegen als die Zahl der „vollen“ Psychotherapeuten-sitze. Hatten 2010 rund 1.000 Vertragspsychotherapeut*innen einen halben Kassensitz, so waren es Ende 2022 schon rund 18.000. Damit lag der Anteil der Vertragspsychotherapeut*innen mit einem halben Sitz an allen Vertragspsychotherapeut*innen bei 63 Prozent.⁴²

Psychotherapeut*innen mit einem halben Kassensitz arbeiten jedoch nicht nur halb so viel wie Psychotherapeut*innen mit einem vollen Kassensitz. Auf Basis der Abrechnungsdaten der KBV im Jahr 2019 und den Ergebnissen des ZI-Praxispanels⁴³ ergibt sich bei einem vollen Kassensitz eine mittlere Arbeitszeit im Umfang von 39,8 Wochenstunden, bei

einem halben Kassensitz im Umfang von 29,1 Wochenstunden (BPTK, eigene Berechnung). Die Behandlungsstunden liegen – unter Verwendung der Plausibilitätszeiten – bei 27,8 respektive 20,4 Stunden. Damit erbringen zwei halbe Kassensitze in Summe mehr psychotherapeutischen Versorgung als ein ganzer Kassensitz – und zwar um den Steigerungsfaktor 1,46. Auch die Teilung der Versorgungsaufträge konnte somit einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, den wachsenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf abzudecken. Zugleich trug die Teilung der Praxissitze dazu bei, dass die Psychotherapeut*innen ihre Versorgungsaufträge erfüllen.

6 Quellen

¹ Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.

² Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2010). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66: 194-203.

³ BPTK (2021) BPTK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen (Pressemitteilung). Abrufbar unter: <https://bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>.

⁴ Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: www.g-ba.de.

⁵ Potreck-Rose, F., Koch, U. (1994) Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

⁶ Schomerus, G. et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125(6): 440-52.

⁷ Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2018). Abrufbar unter: www.deutsche-depressionshilfe.de.

⁸ Grobe, T. G., Steinmann, S. et al. BARMER Arztreport 2020, Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 21, BARMER (Hrsg.), März 2020, abrufbar unter <https://www.barmer.de/resource/blob/1026240/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/barmer-arztreport-2020-band-21-bifg-data.pdf>.

⁹ BPTK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018, Studie abrufbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.

¹⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss (2021). Unterausschuss Psychotherapie – Evaluation der Regelung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 42 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie: Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5193/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturereform-amb-PT_konsolidiert_Evaluation-PT-Sprechstunde.pdf.

¹¹ Rabe-Menssen, C. (2022). Patientenfragen während der Corona-Pandemie 2022. Wissenschaft und Forschung, Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung. Abrufbar unter: https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Umfragen/DPTV_Umfrage_Corona-Pandemie_Oktober_2022.pdf.

¹² Plötner, M., Moldt, K. et al. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, in: Die Psychotherapie (2022), abrufbar unter <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00604-y>.

¹³ BpTK (2022). Pressemitteilung der BpTK: Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie – BpTK zur Befragung des GKV-Spitzenverbandes. Abrufbar unter: <https://www.bptk.de/psychisch-krank-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung/>.

¹⁴ KV Bayerns (2023). Analyse der Wartezeiten in der Psychotherapie in Bayern. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7599322>.

¹⁵ GKV-Spitzenverband (2022). GKV-Versichertenbefragung: Mehr Orientierung bei Therapieplatzsuche gewünscht. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen-und-statements/pressemitteilung_1542080.jsp

¹⁶ vdek - Verband der Ersatzkassen (2023). Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie – Eine Analyse der Ersatzkassen. Abrufbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdek-site/vdek/presse/pm/2023/2023-06-13_vdek_Wartezeitenanalyse_Presse.pdf

¹⁷ rbb24. Wartezeiten für Psychotherapieplätze sind weit höher als von Krankenkassen angegeben. Abrufbar unter: <https://www.presseportal.de/pm/120400/5231078>.

¹⁸ Zi – Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2023). Zi stellt Projektion zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung bis 2030 vor. Abrufbar unter: <https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/zi-stellt-projektion-zur-inanspruchnahme-der-vertragsaerztlichen-versorgung-bis-2030-vor>.

¹⁹ Helbig, S. (2009). Veränderungsrelevante Prozesse jenseits psychotherapeutischer Sitzungen: Konzeption, Beschreibung und Ansätze für ein optimiertes therapeutisches Vorgehen. Dissertationsschrift, Universität Dresden.

²⁰ 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.

²¹ Foreman, D. M. & 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.

²² McGarry, J., McNicholas, F., Buckley, H., Kelly, B. D., 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.

²³ Westin, A. M. L., Barksdale, C. L., Mettrick, J. & Stephan, S. H. (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.

²⁴ Williams, M. E., Latta, J. & Connersano, P. (2008). Eliminating the Wait for Mental Health Services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 107-114.

-
- ²⁵ S3-Leitlinie I Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, 2022. Abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>.
- ²⁶ Eisen, J. L., Pinto, A., Mancebo, M. C., Dyck, I. R., Orlando, M. E. & Rasmussen, S. A. (2010). A 2-year prospective follow-up-study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 71(8):1033-9.
- ²⁷ Steil, R. & Ehlers, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- ²⁸ Laessle, R. G. (2009). Essstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- ²⁹ Egger, H. L. et al. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 42(7), 797-807.
- ³⁰ Kessler, R. C. et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 593–602; Kessler RC et al (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr. Opin. Psychiatry* 20, 359–364.
- ³¹ Caspi, A. et al. (2020). Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw. Open* 3, e203221.
- ³² Kim-Cohen, J. et al. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 60, 709–717.
- ³³ Ausgaben für Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis 2021. Veröffentlicht von Statista Research Department, 14.06.2023. abrufbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155716/umfrage/gkv-ausgaben-fuer-krankengeld-seit-2004/#:~:text=Im%20Jahr%202021%20beliefen%20sich,rund%2016%2C61%20Milliarden%20Euro>.
- ³⁴ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de. Durchschnittliches Zugangsalter bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Abruf: Juni 2023).
- ³⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2023). Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2022. Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1_4_Quartal_2022_o_F_bf.pdf.
- ³⁶ Statistisches Bundesamt (2022). Krankheitskosten nach Diagnosearten und Einrichtungen im Jahr 2020. Abrufbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online#astructure>.
- ³⁷ Wittmann et al. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht (S. 201). Abrufbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf.

³⁸ IGES & Jacobi (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. Abrufbar unter: www.iges.com.

³⁹ Schomerus, G. et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 125(6): 440-52.

⁴⁰ Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2018). Abrufbar unter: www.deutsche-depressionshilfe.de.

⁴¹ BPTK (2018). Wartezeitenstudie – Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Abrufbar unter: https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf.

⁴² KBV Gesundheitsdaten. Abrufbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16417.php>.

⁴³ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2021). Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2020, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2016 bis 2019. Abrufbar unter: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2020.pdf.