

DPtV Hintergrund ^{1.2019}

INFORMATION



Die Versorgungssituation seit der Reform der Psycho- therapie-Richtlinie 2017

Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen
2017 und 2018 zu Wartezeiten

Vorabdruck aus Psychotherapie Aktuell 1.2019

Januar 2019



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Kontakt Michael Ruh
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
E-Mail michaelruh@dptv.de

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 2350090 · E-Mail bgst@dptv.de · Internet www.dptv.de

Cornelia Rabe-Menssen, Michael Ruh, Anne Dazer

Die psychotherapeutische Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung

1. Zusammenfassung

Die psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland hat sich infolge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 zwar verändert, jedoch bleibt das Problem langer Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie in Regionen mit geringer Psychotherapeutendichte weiter bestehen. An der vorliegenden Umfrage beteiligten sich 3.018 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bei gleichbleibenden Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten hat durch die neuen Behandlungselemente Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung jedoch eine Ausdifferenzierung der Versorgung stattgefunden. Bei nur leicht steigender Patientennachfrage führen die psychotherapeutischen Praxen der DPtV-Mitglieder seit der Richtlinienreform deutlich zeitnahe und häufiger psychotherapeutische Erstgespräche durch. Gleichzeitig wird die psychotherapeutische Behandlung differenzierter und einer größeren Anzahl von Patienten angeboten. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung findet ohne relevante Wartezeit nach dem Erstgespräch statt. Dies beides hat zur Folge, dass sich die Wartezeit auf den Beginn der Richtlinienpsychotherapie im Vergleich zu 2017 verlängert hat.

Es lässt sich ebenfalls empirisch nachweisen, dass die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung länger sind, je mehr Einwohner auf einen Psychotherapeuten kommen, also je geringer die Versorgungsdichte ist.

Die niedergelassenen Psychotherapeuten in Deutschland sind mit ihrer Umsetzung der neuen Regelungen durch die Richtlinienreform in Vorleistung getreten. Es haben strukturelle Veränderungen innerhalb der insgesamt unverändert gebliebenen Behandlungskapazitäten stattgefunden. Die Problematik der regionalen Versorgungsungleichheit und der langen Wartezeiten auf indizierte Richtlinienpsychotherapie ist dadurch aber nicht berührt. Dringende Aufgabe der Gesundheitspolitik und der Gremien der Selbstverwaltung bleibt daher eine angemessene Reform der Bedarfsplanung, um die notwendige zeitnahe Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie gewährleisten zu können.

2. Einleitung

Zum 1. April 2017 sind die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie mit den Neuerungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und der telefonischen Erreichbarkeit der Psychotherapeuten in Kraft getreten.

Ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der Versorgungssituation in der Psychotherapie ist die Wartezeit zum Zugang zur psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung. Um feststellen zu können, ob die Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie zu einer Veränderung der Versorgungssituation führen, wurden Datenerhebungen zu Wartezeiten kurz vor und einige Zeit nach der Einführung der Richtlinie durchgeführt, die damit einen unmittelbaren Vorher-Nachher-Vergleich ermöglichen. Aus diesem Grund hat die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) die Umfrage aus dem Frühjahr 2017 (kurz vor Umsetzung der Psychotherapie-Richtlinie) durch eine aktuelle Umfrage im Frühjahr 2018 ergänzt. Zu diesem letzteren Zeitpunkt, ein Jahr nach Umsetzung der neuen Richtlinie, sind die neuen Regelungen durch die Psychotherapeuten umgesetzt und sollten erste in der Versorgung abbildbare Veränderungen hervorrufen. Damit kann die Wirkung der veränderten Psychotherapie-Richtlinie im Hinblick auf die Versorgungssituation evaluiert werden. Eine solche aktuelle Datenbasis zu realistischen Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie ist deshalb so wichtig, damit diese in die im Jahre 2019 anstehende Reform der Bedarfsplanung eingebracht werden kann.

3. Ergebnisse zu Anfragen, Kapazitäten und Wartezeiten bei Vertragspsychotherapeuten

3.1 Veränderungen zwischen 2017 und 2018

In den folgenden Auswertungen gehen nur die Angaben der Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ein.

3.1.1 Anfragen

Etwa gleich viele Patientenfragen wie 2017

Pro Monat fragen im Durchschnitt 14,1 Patienten nach einem Termin für ein Erstgespräch an, gegenüber 2017 hat sich demnach kaum eine Veränderung ergeben (siehe Tabelle 1).

3.1.2 Erstgespräche – Psychotherapeutische Sprechstunde

Deutlich mehr Erstgespräche als vor der Reform und kürzere Wartezeit auf ein Erstgespräch

Die niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten begegnen diesem Bedarf mit einem Angebot von durchschnittlich 6,2 Erstgesprächen pro Monat. Damit hat die Zahl der durchgeführten Erstgespräche im Vergleich zu 2017 um 44 % deutlich zugenommen. Die Wartezeit auf ein Erstgespräch – in 2018 im Wesentlichen die Psychotherapeutische Sprechstunde – hat sich um 33 % von 9,8 Wochen auf 6,5 Wochen verkürzt.

Die Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde hat also dazu geführt, dass Patienten schneller und in größerer Zahl ein psychotherapeutisches Erstgespräch führen können. Damit ist ein wichtiges Ziel der Richtlinienreform erreicht.

	Alle Vertragspsychotherapeuten 2017 (n=3.728)		Alle Vertragspsychotherapeuten 2018 (n=2.759)	
	MW	(SD)	MW	(SD)
Patientenanfragen (pro Monat)	13,6	(7,9)	14,1	(10,6)
Erstgespräche (pro Monat)	4,3	(3,3)	6,2	(4,4)
Dauer zwischen Anfrage und Erstgespräch (in Wochen)	9,8	(12,4)	6,5	(8,9)
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Richtlinienpsychotherapie (in Wochen)	15,3	(14,4)		
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung (in Wochen)			10,5	(8,9)
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Richtlinienpsychotherapie (in Wochen)			19,6	(11,4)
Anzahl neuer Patienten in Richtlinienpsychotherapie (letzte 6 Monate)	12,3	(7,0)		
Anzahl neuer Patienten in Psychotherapeutischer Akutbehandlung (letzte 6 Monate)			3,2	(4,5)
Anzahl neuer Patienten in Richtlinienpsychotherapie (letzte 6 Monate)			11,7	(8,6)

Tabelle 1: Anfragen, Kapazitäten und Wartezeiten der Vertragspsychotherapeuten (Daten von 2017 und 2018: eigene Ergebnisse der DPTV-Umfragen)

3.1.3 Zeit bis zum Beginn einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung

Zeitnaher Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung

Die durchschnittliche Dauer von der ersten Anfrage eines Patienten bis zum Beginn einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung liegt mit 10,5 Wochen deutlich unter der im Jahre 2017 ermittelten Wartezeit für die Richtlinienpsychotherapie (15,3 Wochen). Die Psychotherapeutische Akutbehandlung wird zeitnah, durchschnittlich 4 Wochen nach dem Erstgespräch/der ersten Psychotherapeutischen Sprechstunde begonnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nach dem Erstgespräch im Regelfall weitere Sprechstunden durchgeführt werden, insgesamt bis zu 6 Sprechstundeneinheiten je 25 Minuten sind bei einem Patienten möglich.

Es tritt vom Erstgespräch bis zum Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung in der Regel keine zeitliche Lücke auf.

3.1.4 Gesamtanzahl der Patienten in psychotherapeutischer Behandlung

Zunahme der neu in psychotherapeutische Behandlung genommenen Patienten um 21 %

Die Anzahl der Patienten, die in eine Richtlinienpsychotherapie aufgenommen wurden, hat sich von 12,3 Patienten (pro 6 Monate) auf 11,7 Patienten (pro 6 Monate) um 0,6 verringert. Zusätzlich werden aber 3,2 Patienten/6 Monate in eine Psychotherapeutische Akutbehandlung aufgenommen. Die Gesamtzahl der Patienten, die in einer Praxis in psychotherapeutische Behandlung (Akutbehandlung oder Richtlinienpsychotherapie) aufgenommen wurden, hat sich damit um 21 % auf 14,9 erhöht.

3.1.5 Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie

Längere Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie

Die durchschnittliche Zeit von der Terminanfrage eines Patienten bis zum Beginn einer antragspflichtigen und von der Krankenkasse zu genehmigenden Richtlinienpsychotherapie hat sich von durchschnittlich 15,3 Wochen auf 19,6 Wochen um 4,3 Wochen verlängert. Dies verwundert nicht, da es ja durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie keine zeitlichen Kapazitätsausweitungen gegeben hat. Die neuen, zeitnah zu erbringenden Leistungen gehen daher zu Lasten einer längeren Wartezeit bei der Richtlinienpsychotherapie.

Es ist allerdings hinsichtlich der Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie zu berücksichtigen, dass diese zumindest teilweise mit dem Patienten genutzt wird: die Indikation, die Anamnese und die ätiologisch begründete Therapiekonzeptualisierung, die Wahl des geeigneten Therapieverfahrens, die Wahl des Behandlungssettings, die persönliche Passung und der Aufbau einer tragfähigen psychotherapeutischen Beziehung, die Therapieziele und die langfristige Planung der Behandlung müssen vorbereitet werden. Diese Vorbereitungszeit für eine Richtlinienpsychotherapie ist keine Wartezeit, sondern unabdingbare Notwendigkeit der Einleitung einer Richtlinienpsychotherapie. Außerdem ist nach der Antragstellung die Genehmigung durch die Krankenkasse vor Behandlungsbeginn abzuwarten, die sich im Falle einer von der Krankenkasse eingeleiteten Begutachtung noch einmal verlängert.

Es ist für diese Vorbereitungszeit einer Richtlinienpsychotherapie ein Zeitraum von acht bis zehn Wochen zu veranschlagen. Im Rahmen dieser Befragung kann von einer Wartezeit auf den Beginn

einer Richtlinienpsychotherapie daher erst bei deutlichem Überschreiten dieses Zeitraumes gesprochen werden.

3.1.6 Zusammenfassung

Die aufgeführten Daten zu Kapazitäten und Wartezeiten zeigen, dass sich die Versorgung mit den neuen Elementen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Psychotherapeutischen Akutbehandlung deutlich ausdifferenziert hat. Eine notwendige Psychotherapeutische Akutbehandlung wird den Patienten von den Psychotherapeuten zeitnah angeboten. Psychotherapeutische Erstgespräche werden bei fast gleich bleibender Anzahl von Patientenfragen wesentlich häufiger und deutlich zeitnaher durchgeführt als vor der Richtlinienreform. **Die Ergebnisse der Umfrage weisen nach, dass Psychotherapeuten die Richtlinienreform in ihren Praxen umgesetzt haben.**

3.2 Regionale Unterschiede

3.2.1 Anzahl der Einwohner je Psychotherapeut

Weiterhin deutliche regionale Unterschiede in der Wartezeit: Psychisch kranke Menschen warten länger auf eine Behandlung, je höher die Anzahl der Einwohner pro Psychotherapeut ist.

Der bereits in den Ergebnissen der Umfrage 2017 beschriebene Zusammenhang zwischen der Versorgungsdichte (Anzahl der Psychotherapeuten im Verhältnis zur Einwohnerzahl) und der Wartezeit auf Erstgespräch und Therapiebeginn bildet auch in den aktuellen Daten von 2018 den Versorgungsmangel in bestimmten Regionen ab. Wenn die Daten aggregiert werden und dadurch die Streuung und Fehlerschwankung aufgrund der individuell sehr unterschiedlichen Wartezeiten und Gegebenheiten in den einzelnen Praxen reduziert werden, lässt sich der o.g. Zusammenhang als deutlicher linearer Trend darstellen (siehe Abbildung 1). Hierzu wurden die Daten zur Versorgungsdichte in fünf Gruppen mit etwa gleicher Teilnehmerzahl eingeteilt. Es zeigt sich deutlich, dass alle drei Typen von Wartezeiten (Erstgespräch, Akutbehandlung, Richtlinienpsychotherapie) mit Abnahme der Versorgungsdichte ansteigen. Die Versorgungsdichte wurde hierbei über die Anzahl der Einwohner pro niedergelassenem Psychotherapeuten auf Grundlage der KBV-Daten zur Einwohner-Arzt-Relation nach Planungsregion (2017) operationalisiert.

Verglichen werden hier die Mittelwerte in den Wartezeiten bei diesen fünf Gruppen. Es ergeben sich für alle drei Wartezeiten signifikante Gruppenunterschiede (ANOVA Erstgespräch $F = 28,8$, $p < .001$, Akutbehandlung $F = 24,0$, $p < .001$, Richtlinienpsychotherapie $F = 55,64$, $p < .001$).

Abbildung 1 zeigt auch, dass die Gruppe mit der Versorgungsdichte 1 (815 – 1.733 Einwohner/PT) eine Wartezeit von 4 Wochen auf das Erstgespräch aufweist. Damit entspricht die Wartezeit genau den Vorgaben einer Vermittlung durch die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung: hier darf die Wartezeit zwischen der Kontaktaufnahme des Patienten und dem vermittelten Termin maximal 4 Wochen betragen. Unter der Voraussetzung einer ausreichenden Anzahl an Versorgungssitzen ist also eine zügige Abklärung der Indikation und Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung möglich.

Bei der Betrachtung der Wartezeiten auf den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Richtlinienpsychotherapie muss beachtet werden, dass hier die Dauer von der ersten Patientenfrage bis zum Erstgespräch/zur Psychotherapeutischen Sprechstunde enthalten ist. Bereinigt man die Ergebnisse um diese Dauer, so ergibt sich ebenfalls der lineare Trend von steigenden Wartezeiten auf ein Erstgespräch, eine Akutbehandlung und eine Richtlinienpsychotherapie bei abnehmender Versorgungsdichte (siehe Tabelle 2 auf der nächsten Seite). Es zeigt sich auch hier, dass die Psychotherapeutische Akutbehandlung von den Vertragspsychotherapeuten in allen Versorgungsregionen zeitnah zum Erstgespräch angeboten und umgesetzt wird (vgl. Tabelle 2). Dies ist aber in schlechter versorgten Landkreisen für die Richtlinienpsychotherapie offensichtlich nicht mehr möglich. Neben der längeren Wartezeit auf ein Erstgespräch dauert es hier zusätzlich deutlich länger (16 bis 17 Wochen) vom Erstgespräch bis zum Beginn der Richtlinienpsychotherapie.

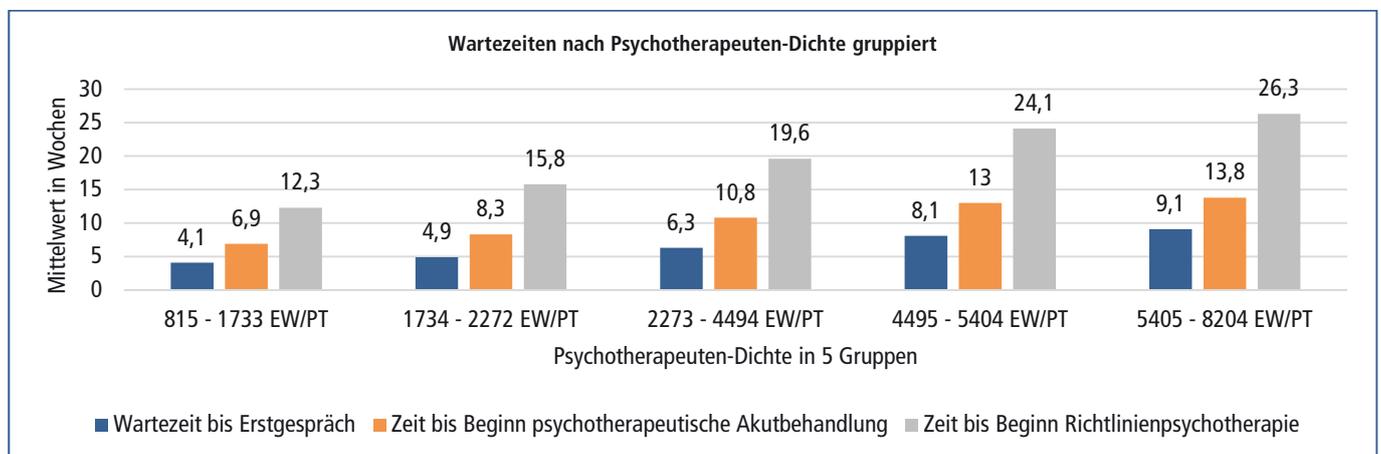


Abbildung 1: Zeiten jeweils von der Terminanfrage in der Praxis bis zum Beginn der jeweiligen Leistung gerechnet (Umfrageergebnisse 2018). Aufteilung der befragten Psychotherapeuten in fünf Gruppen gleich großen Umfangs. Empirische Einwohner-Psychotherapeuten-Relation (EW/PT) nach KBV-Statistik 2017 für die jeweiligen Zulassungsbezirke

Vertragspsychotherapeuten nach Versorgungsdichte					
Wartezeiten 2018 (Mittelwert, in Wochen)	Gruppe 1 (815-1.733 Einwohner/PT)	Gruppe 2 (1.734-2.272 Einwohner/PT)	Gruppe 3 (2.273-4.494 Einwohner/PT)	Gruppe 4 (4.495-5.404 Einwohner/PT)	Gruppe 5 (5.405-8.204 Einwohner/PT)
Dauer zwischen <i>Anfrage</i> und Erstgespräch	4,1	4,9	6,3	8,1	9,1
Dauer zwischen <i>Erstgespräch</i> und Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung	2,8	3,4	4,5	4,9	4,7
Dauer zwischen <i>Erstgespräch</i> und Beginn der Richtlinienpsychotherapie	8,2	10,9	13,3	16,0	17,2

Tabelle 2: Wartezeit aufs Erstgespräch und Zeitdauer zwischen Erstgespräch und Dauer zwischen Psychotherapeutischer Sprechstunde und Psychotherapeutischer Akutbehandlung bzw. Richtlinienpsychotherapie bei Vertragspsychotherapeuten in Regionen mit unterschiedlicher Versorgungsdichte

3.2.2 Wartezeiten für das Erstgespräch in den KV-Regionen

Die regional unterschiedlichen Wartezeiten finden sich auch zwischen den verschiedenen KV-Regionen, wie Abbildung 2 zeigt.

Die Entwicklung der mittleren Wartezeit auf das Erstgespräch von 2017 auf 2018 in den verschiedenen KV-Regionen wird in Abbildung 3 dargestellt. Auffällig ist neben der schon beschriebenen bundesweiten Verringerung der Wartezeit aufs Erstgespräch seit Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde, dass diese regionalen Unterschiede 2018 deutlich geringer ausfallen als im Jahr 2017 vor der Reform.



Abbildung 2: Wartezeiten auf das Erstgespräch nach KV-Bereich (Umfrage 2018, Mittelwert, in Wochen), Mittelwert bundesweit: 6,5 Wochen

- < MW -20 %
- MW -20 % bis MW -10 %
- MW ±10 %
- MW +10 % bis MW +20 %
- > MW +20 %

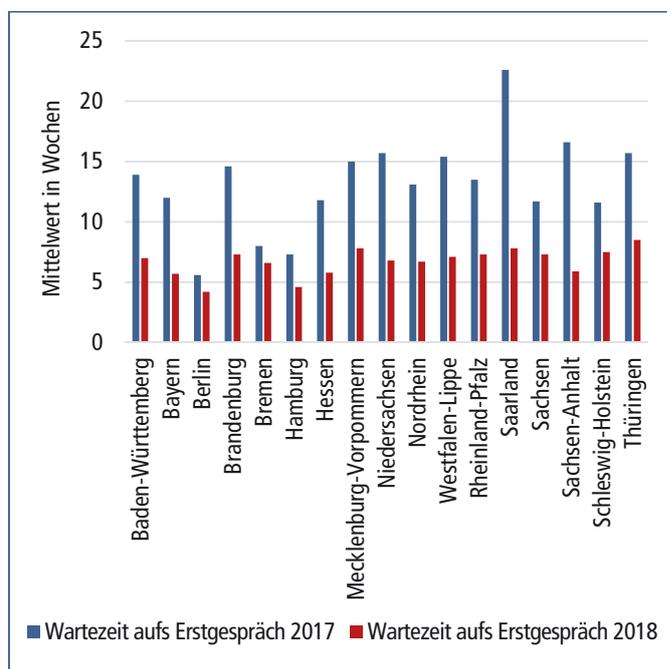


Abbildung 3: Wartezeiten auf das Erstgespräch 2017 und 2018 nach KV-Bereich

3.3 Vergleich von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Erwachsene Patienten warten insgesamt länger (Psychotherapeutische Sprechstunde, Psychotherapeutische Akutbehandlung, Richtlinienpsychotherapie) als Kinder und Jugendliche

Von den teilnehmenden Psychotherapeuten gaben 2.072 (75 %) an, nur Erwachsene zu behandeln. 357 (13 %) behandelten nur Kinder und Jugendliche; weitere 298 (11 %) beide Patientengruppen. Dies entspricht fast exakt den Anteilen des vergangenen Jahres. Mit einem Anteil von 24 % an Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, bildet dieses Verhältnis die reale Versorgungssituation bei den Vertragspsychotherapeuten gut ab: die Mindestversorgungsquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) liegt bei 20 %. Es ist daher davon auszugehen, dass in den vorliegenden Ergebnissen trotz der unterschiedlichen Gruppengröße der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und KJP eine gute Schätzung der realen Wartezeiten erfolgt.

In der Analyse der Wartezeiten werden nur ausschließlich Erwachsene behandelnde PP und ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnde KJP verglichen, da bei denjenigen, die Erwachsene und Kinder behandeln, nicht gesagt werden kann, auf welcher Gruppe der Behandlungsschwerpunkt liegt. Die Wartezeiten auf das Erstgespräch und auf den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung sind bei den KJP signifikant niedriger als bei den so ausgewählten PP (Erstgespräch: $T = 2,04$, $p < .05$; Psychotherapeutische Akutbehandlung: $T = 2,0$, $p < .05$). Auch die Wartezeit auf die Richtlinienpsychotherapie ist bei den KJP tendenziell kürzer (siehe Abbildung 4).

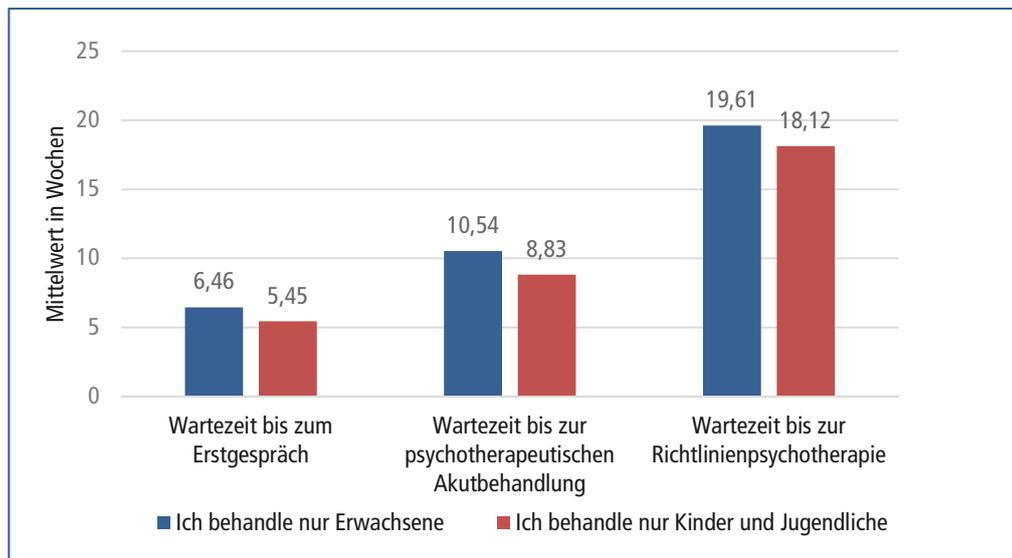


Abbildung 4: Wartezeiten bei PP und KJP (Mittelwert, in Wochen)

Bereits in der DPTV-Umfrage 2017 wurde eine im Vergleich zu 2017 verringerte Wartezeit der Kinder und Jugendlichen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch festgestellt. Dies wurde als Hinweis auf eine Entspannung der Versorgungssituation dieser Patientengruppe im Zuge der Einführung einer KJP-Quote, der Bedarfsplanungsreform 2013 mit neu hinzugekommenen Sitzen und der Genehmigung von Sonderbedarfszulassungen bei KJP gedeutet. Auch die Daten 2018 spiegeln keine schlechtere Versorgungslage im Bereich der Kinder und Jugendlichen im Vergleich zum Erwachsenenbereich wieder. Dies spricht dafür, dass die Mindestversorgungsquote in der jetzigen Form angemessen ist.

4. Methodik

Es wurden 9.473 Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung per Mail über das internetgestützte Umfragesystem onlineumfragen.com im Namen des Bundesvorstandes der DPTV angeschrieben und zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Diese Anzahl der angeschriebenen Mitglieder entspricht der Gesamtzahl der Mitglieder, deren E-Mail-Adresse dem Verband vorlag und die nicht für Umfragen gesperrt waren. Durchgeführt wurde die Aufbereitung und Auswertung der Daten von den wissenschaftlichen Mitarbeitern der Bundesgeschäftsstelle der DPTV. Für die Auswertung wurde neben den Funktionen des Portals onlineumfragen.com das Statistikprogramm SPSS Version 25.0 verwendet. Die Umfrage erfolgte ausschließlich online, sie war anonym, und es konnten aus den Antworten keinerlei Rückschlüsse auf die Person des Teilnehmers gezogen werden. Um Einblick in die regionalen Unterschiede zu erhalten, wurde von den Teilnehmern neben dem KV-Bereich ihres Praxissitzes auch der konkrete Planungsbereich erfragt. So konnte jedem Teilnehmer eine Kennzahl für

die Versorgungsdichte an seinem Praxissitz zugeordnet werden. Die Daten zur Versorgungsdichte wurden den Tabellen der Einwohner-Arzt-Zahlen der KBV aus 2017 entnommen.

Zusätzlich wurden in der hier beschriebenen Umfrage auch Daten von Inhabern einer Privatpraxis sowie von approbierten Psychotherapeuten in Praxisanstellung oder in Jobsharing erhoben. Des Weiteren wurde von den Teilnehmern erfragt, ob sie einen vollen oder halben Vertragssitz innehaben und ob sie Erwachsene oder Kinder/Jugendliche behandeln. Bei denjenigen, die angaben, keine Warteliste zu führen, wurde nach dem Grund für diese Entscheidung gefragt.

Von 9.473 angeschriebenen Mitgliedern nahmen 3.018 an der Umfrage teil. Dies entspricht einem Rücklauf von 31,8%. Von den 3.018 Teilnehmern waren 2.759 Vertragssitzinhaber. Die Angaben dieser 2.759 Psychotherapeuten liegen den in dieser Studie dargestellten Ergebnissen zugrunde. Sämtliche Bedarfsplanungsbezirke waren durch Teilnehmer vertreten. Ein Vergleich der bundesweiten Verteilung der Umfrageteilnehmer mit der bundesweiten Verteilung der Mitglieder zeigt, dass die Ergebnisse im Hinblick auf die regionale Verteilung als repräsentativ für alle DPTV-Mitglieder angesehen werden können.

5. Diskussion

Das grundsätzliche Problem bei der Erhebung von Wartezeiten wurde bereits früher beschrieben (Rabe-Menssen et al., 2017). Es besteht in systematischen Fehlern sowohl bei der Einschätzung der Wartezeit durch die behandelnden Psychotherapeuten als auch durch die Patienten in deren Praxen. Insofern stellen auch die hier ermittelten Wartezeiten nur eine Annäherung an die reale Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie dar.

Ungeachtet dieses methodischen Problems weisen die dargelegten Ergebnisse der Umfrage darauf hin, dass sich die Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Hinblick auf eine dringende Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bewährt hat: Psychotherapeuten beginnen eine Psychotherapeutische Akutbehandlung bereits kurz nach dem Erstgespräch. Die niedergelassenen Psychotherapeuten differenzieren bei der Versorgung ihrer Patienten erfolgreich nach der Dringlichkeit der Behandlung. Hier ist jedoch zu beachten, dass in vielen Fällen die Stabilisierung von Patienten in einer Krisensituation durch eine Psychotherapeutische Akutbehandlung nicht eine weiterhin notwendige längerfristige psychotherapeutische Behandlung ersetzt.

Jedoch lässt sich kein positiver Effekt der Richtlinienreform auf das Grundproblem der langen Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie erkennen – für diese Behandlungsform haben sich die Wartezeiten sogar verlängert. Dies ist nachvollziehbar, da sich die Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten durch die Reform nicht verändert haben, es hat

lediglich eine Leistungsverschiebung von der Richtlinienpsychotherapie hin zu den neuen Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung stattgefunden. Die Sprechstunde schafft keine neuen Behandlungskapazitäten. Zwar verschafft sie mehr Patienten einen niedrigschwelligen Zugang zum Psychotherapeuten und zur diagnostischen Abklärung, aber sie verschärft damit den Mangel an Behandlungskapazitäten für die Richtlinienpsychotherapie (Best, 2018). Erste Analysen von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV RLP, 2018) liefern ebenfalls Hinweise auf eine Leistungsverschiebung nach der Richtlinienänderung: Die insgesamt abgerechneten Behandlungszeiten blieben in dieser Auswertung vor und nach der Reform gleich, aber es ließ sich eine Verschiebung von der Richtlinienpsychotherapie hin zu den neuen Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Psychotherapeutischen Akutbehandlung zeigen, was die Ergebnisse der vorliegenden Wartezeitenstudie in ihrer Validität bestätigt.

Weiterhin bestehen bleibt der Versorgungsdruck im Hinblick auf die Richtlinienpsychotherapie und damit die regional differenzierte Notwendigkeit einer Erhöhung der Anzahl an Zulassungen von Psychotherapeuten, um die Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie entscheidend zu verkürzen. Eine entsprechende Reform der Bedarfsplanung steht weiterhin aus. Gleichzeitig verweigern Krankenkassen ihren Versicherten immer häufiger einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 2 SGB V und damit den Zugang zu einer Psychotherapie über Kostenerstattung, wenn Patienten in zumutbarer Zeit keinen Therapieplatz bei einem Psychotherapeuten mit Vertragsarztsitz finden (siehe hierzu die Ergebnisse der DPTV-Umfrage zur Kostenerstattung, Rabe-Menssen et al., 2018). Hierdurch wird der Versorgungsdruck noch verschärft.

Weiterhin bilden die vorgelegten Daten zu den regional unterschiedlichen Wartezeiten eine empirische Begründung dafür, dass neue Zulassungen nicht nach dem Gießkannenprinzip erfolgen dürfen, sondern regional differenziert dort erfolgen müssen, wo die Einwohner/Psychotherapeuten-Relation besonders hoch ist und somit auch die Wartezeiten besonders hoch sind. Mitversorgungseffekte der Großstädte für die ländliche Umgebung sind differenziert für die Fachgruppe der Psychotherapeuten zu bewerten und zu berücksichtigen.

Literaturverzeichnis

Best, D. (2018). Eine Jahr neue Psychotherapie-Richtlinie. Eine Zwischenbilanz. *Psychotherapie Aktuell* 2: 6–11.

Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html> (Stand: 09.01.2019).

Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018. <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html> (Stand: 09.01.2019).

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017). Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (Stand: 07.01.2019).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung. http://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Psychotherapie_Reform.pdf (Stand: 09.01.2019).

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2018). Diskussionspapier der KV RLP „Psychotherapie-Reform“: Ein Jahr Psychotherapie-Richtlinie – hat sich die Situation therapiebedürftiger Patienten durch die Reform verschlechtert? <https://www.kv-rlp.de/suche?q=psychotherapiereform> (Stand: 07.01.2019).

Rabe-Menssen, C., Hentschel, G. & Ruh, M. (2017). Ergebnisse der DPTV-Online-Umfrage – Ist-Zustand vor der Richtlinien-Reform: Erhebliche regionale Unterschiede in der Wartezeit auf Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell* 4: 14–23.

Rabe-Menssen, C., Lahme, M., Sude, K. & Thobaben, A. (2018). Not bei der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz. *Psychotherapie Aktuell* 4: 52–59.

Walenzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. & Jahn, R. (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Herausgegeben von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung und dem Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen.

Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPTV. Frühere wissenschaftliche Tätigkeiten an der Technischen Universität München und am Tumorzentrum der Charité Berlin.

Michael Ruh

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Frankenberg/Eder. Stellv. Bundesvorsitzender der DPTV und Mitglied im Landesvorstand Hessen der DPTV. Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen und Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie der KV Hessen.

Anne Dazer

Bachelor of Science in Psychologie (FU Berlin), Masterstudentin in Klinischer Psychologie (FU Berlin), studentische Hilfskraft im Referat Wissenschaft und Forschung der DPTV.