

Psychotherapie und Gesundheitsökonomie – ein Widerspruch?

Zur Bedeutung gesundheitsökonomischer
Betrachtungen für die Psychotherapie

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Vortrag

3. Saarländischer Psychotherapeutentag
“Ökonomisierung im Gesundheitswesen”
Saarbrücken, 28.11.2015

Grundsatzfragen

ÖKONOMISIERUNG IM GESUNDHEITS- WESEN



Ökonomisierung im Sinne eines Abbaus psychotherapeutischer Versorgung?

→ „Zitronenprinzip“?

Ökonomisierung im Sinne einer stärkeren Berücksichtigung ökonomischer bzw. gesundheitsökonomischer Daten?

→ „Allokationsprinzip“

- Grundüberlegungen zur Gesundheitsökonomie
- Gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen
- Bedeutung der Versorgungsforschung für die Psychotherapie
- Zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Sind Psychotherapiepatienten „krank“ bzw. behandeln Psychotherapeuten „Gesunde“?
- Kosten psychischer Erkrankungen, Verteilung der Mittel
- Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie
- Künftige Aufgaben, u.a. in Bezug auf gesundheitspolitische Entscheidungen

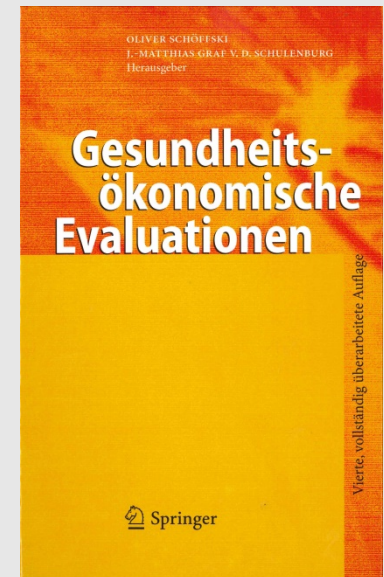
Zur Gesundheitsökonomie – einige Grundüberlegungen

Gesundheitsökonomie – Mitteleinsatz/-verteilung

„Der Einsatz von Ökonomen im Gesundheitswesen wäre tatsächlich unnötig, wenn die **zur Verfügung stehenden Mittel** (...) **unbegrenzt** wären. Dies ist leider **nicht der Fall**“

„Dass der Beitragssatz zur GKV z.B. bei ca. 15 Prozentpunkten stabil gehalten werden soll, ist eine **politische Entscheidung** (...) „

„Bei jeder Ausgabe kollektiver Mittel ist **die Frage legitim, ob die Mittel nicht andernorts besser eingesetzt worden wären“ bzw. werden sollten.** „Jeder Euro, der im Gesundheitswesen ausgegeben wird, steht z.B. nicht mehr für das Bildungswesen, die Landesverteidigung, die innere Sicherheit oder den sozialen Wohnungsbau zur Verfügung (...).“



Schöffski & Schulenburg (2012);

Schulenburg (2012)

Gesundheitsökonomie - Weltbild

Das Weltbild eines Ökonomen beruht auf 3 fundamentalen Beobachtungen:

1. **Ressourcen sind im Gegensatz zu den Bedürfnissen der Menschen beschränkt**
2. **Ressourcen können unterschiedlich verwendet werden**
3. **Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse**

Es geht darum, die zur Verfügung stehenden knappen Mittel dort im Gesundheitswesen einzusetzen, wo das beste Ergebnis zu erwarten ist. Anstelle der Effektivität steht die Effizienz im Vordergrund.

→ Frage der **Ressourcenallokation bzw. der Verteilung der Mittel**

Schöffski & Schulenburg (2012)

Gefahren der Ökonomisierung



G. Maio, Interview zur
Stellungnahme der
Bundesärztekammer
„Medizinische
Indikationsstellung und
Ökonomisierung“
(aerzteblatt.de,
17.08.2015)

„Das Gravierendste an der Ökonomisierung der Medizin ist die **stillschweigende innere Umpolung der Ärzte.**“

„Im Grunde findet gegenwärtig eine **Kapitalisierung der ärztlichen Tätigkeit** mit dem impliziten Appell zur **Übernahme einer ökonomischen Vorteilslogik** statt“, z.B. wenn durch Bonuszahlungen im Krankenhaus der einzelne Arzt bei einer ärztlichen Indikation vom System her eher bestraft wird, weil er seine Eingriffszahlen nicht gesteigert hat.

„Das System setzt **durch die einseitig ökonomische Logik** schlichtweg **falsche Anreize.**“

→ **Ist dies neu??**

Gefahren der Ökonomisierung – ein Beispiel

Kassenpatienten müssen länger warten

Stichprobe bei Fachärzten: 19 Tage Unterschied

Von unserem Korrespondenten
Martin Ferber

Karlsruhe/Berlin. Schlechte Aussichten für Kassenpatienten in Baden-Württemberg: Sie müssen im Durchschnitt 19 Tage länger als Privatversicherte auf einen Termin bei einem Facharzt warten. Erhalten Privatpatienten im „Ländle“ in der Regel bereits nach acht Tagen einen Termin, sind es bei gesetzlich Versicherten 27 Tage. Das ergab eine telefonische Erhebung der aus Reutlingen stammenden Grünen-Bundestagsabgeordneten Beate Müller-Gemmeke, die unserer Zeitung vorliegt.

Die Sozial- und Arbeitsmarktexpertin der Grünen nannte das Ergebnis der Umfrage „ärgerlich und auch nicht akzeptabel“. „Wenn Menschen krank sind, kann es nicht sein, dass sie 19 Tage länger auf einen Arzt-

ben Fachrichtungen – Haut, Auge, Hals-Nasen-Ohren, Neurologie, Kardiologie, Radiologie und Orthopädie. Die gute Nachricht: Bei 25 Prozent der angerufenen Praxen machte es keinen oder kaum einen Unterschied, wie man versichert war. In mehreren Fällen unterschieden sich die Wartezeiten dagegen um mehr als 100 Tage. Spitzenreiter war ein Hautarzt aus Konstanz: Der Privatversicherte erhielt bereits nach drei Tagen einen Termin, der gesetzlich Versicherte hingegen erst nach 180 Tagen.

Kein Einzelfall, so Beate Müller-Gemmeke: „Die Hautarzt-Praxen in Konstanz scheinen weniger Wert auf Kas-

senpatienten zu legen.“ Insgesamt bekamen Kassenpatienten in Konstanz nach durchschnittlich 54 Tagen einen Termin und warteten damit 50 Tage länger auf eine Konsultation als Privatpatienten.

senpatienten zu legen.“ Insgesamt bekamen Kassenpatienten in Konstanz nach durchschnittlich 54 Ta-

Welche Anreize spielen eine Rolle?

Kennen wir solche Schlagzeilen etwa von früher? Vor 5 Jahren, vor 10, vor 20....?

„Das Gravierendste an der Ökonomisierung der Medizin ist die stillschweigende innere Umpolung der Ärzte.“ (G. Majo)

Behauptung: Ökonomie spielt im Gesundheitswesen schon immer eine bedeutende Rolle, die Gesundheitsökonomie sollte vielleicht eine größere spielen!

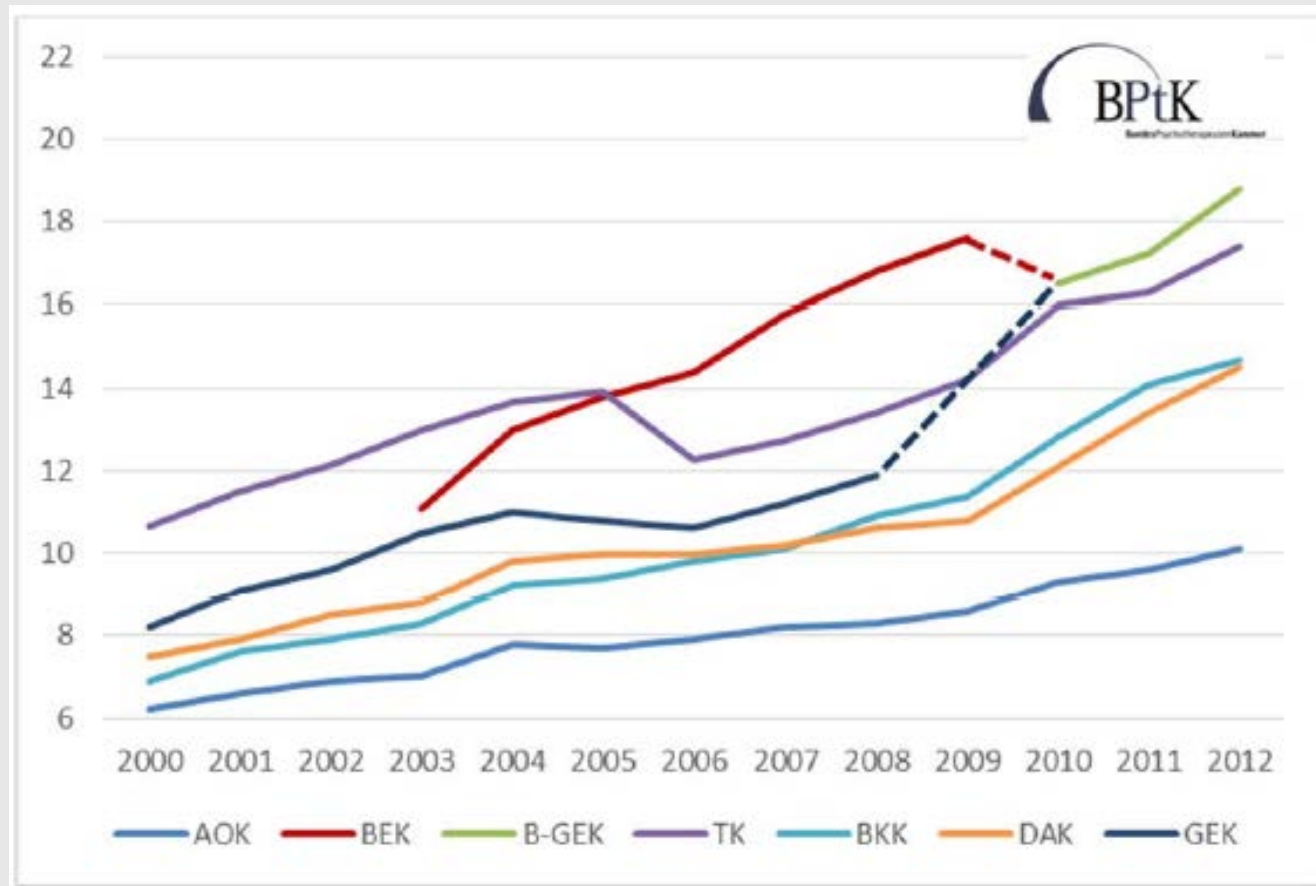
Quelle: Badische Neueste Nachrichten, 21.11.2015

Gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen

Bedeutung psychischer Erkrankungen

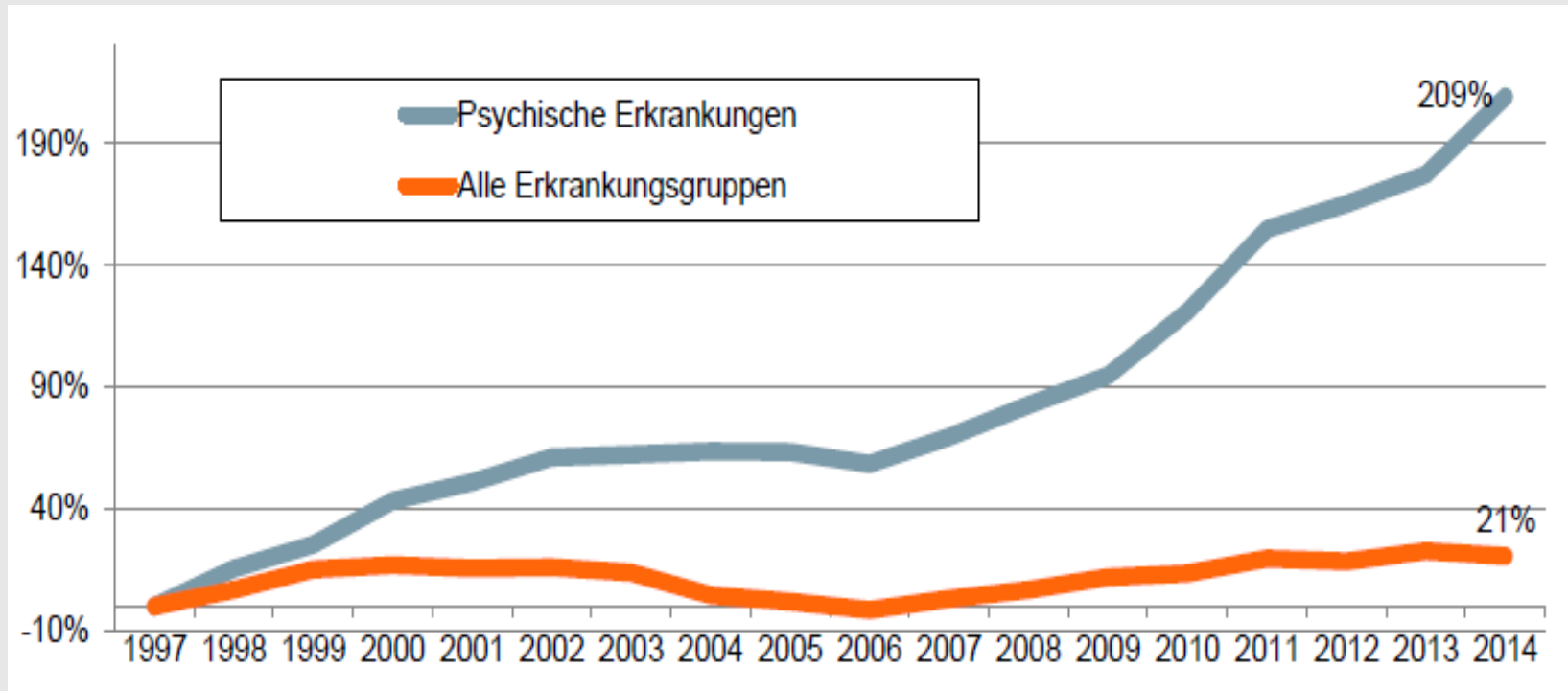
- **5%** aller **Krankschreibungen** und **13%** der betrieblichen **Fehltage** (Stand: 2013)
- Deutliche **Steigerung der Fehltage**, seit 2000 fast Verdopplung
- **Krankschreibungen überdurchschnittlich lang**: psychische Erkrankungen insgesamt: **35 Tage/Jahr**, Depression sogar 39 Tage/Jahr (Stand: 2013)
- **Anteil bei Frühberentungen: 43%** (Depressionen: 17%, Neurot., Belastungs- und somatoforme Störungen: 9%, Sucht: 4%, Psychosen; 4%, andere Psychische Störungen: 8%)
- Anteil **Reha-Maßnahmen ca. 15%** (Stand 2013), kontinuierliche Steigerung des Anteils, inzwischen zweitgrößte Indikationsgruppe
- **Kosten?**

Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen je Krankenkasse



Quelle: BPtK (2013b)

Anstieg Fehltage je 100 DAK-Versicherte seit 1997



Quelle: DAK (2015)

Bedeutung von Versorgungsforschung für die psychotherapeutische Versorgung

(Psychotherapeutische) Versorgungsforschung

... bezieht sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, erforscht Bedarf, Indikation, Zugangswege, Inanspruchnahme von Psychotherapie, ihre Schnittstellen bzw. Vernetzung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen, ihren Outcome (unter Alltagsbedingungen) oder ihre Kosten-Nutzen-Relation (Schulz et al. 2006, Kordy 2008).

Zentrale Fragen/Schwerpunkte betreffen auch die Prävalenz, mögliche Ursachen und Auswirkungen von Unter-, Über- und Fehlversorgung, die Interaktionen zwischen Diagnostik und Therapie, transsektorale Verläufe und komplexe Interdependenzen der Versorgung (Glaeske et al. 2009).

Ziel Versorgungsforschung

Ziel der Versorgungsforschung besteht in der Generierung von grundlegendem und vor allem **anwendungsnahem Wissen** über die Praxis der Kranken- und Gesundheitsversorgung, das der Öffentlichkeit wie auch Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt wird (vgl. Pfaff, 2003).

Sie liefert **Entscheidungsgrundlagen für die Gesundheitspolitik**, für Ärzte/Therapeuten und Patienten.

→ Besondere Bedeutung haben dabei sog.

Allokationsentscheidungen (Pfaff et al., 2011)

[→ Hohe Affinität zur Evaluationsforschung der 1980er Jahre]

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

**Bedarf – Behandlungskapazitäten –
Versorgungsgrad**

Versorgung psychisch Kranker Erwachsener

Drei Arbeiten, auf die ich mich im Folgenden häufig beziehen werde:

Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland

Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie

Rüdiger Nübling, Thomas Bär, Karin Jeschke, Matthias Ochs, Nina Sarubin & Jürgen Schmidt

Zusammenfassung: Dieser Beitrag befasst sich mit der Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland, vor allem dem Bedarf und der Inanspruchnahme sowie der Effektivität und Effizienz von Psychotherapie.¹ Ausgehend von der Epidemiologie psychischer Erkrankungen werden die durch psychische Erkrankungen entstehenden versorgungsbezogenen sowie volkswirtschaftlichen Kosten skizziert. Seit Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes 1999 hat sich die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie deutlich verbessert. Aber obwohl die bundesdeutsche psychotherapeutische Versorgung im Vergleich mit anderen Ländern als gut bezeichnet werden kann, wird nur ein kleiner Teil der Menschen, die auf der Grundlage epidemiologischer Studien als psychisch krank gelten, auch psychotherapeutisch behandelt.

Die Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands liegt bei circa 30%, das heißt circa 15 Mio. Menschen. Demgegenüber liegen die patientenbezogenen Fallzahlen für die Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen bei hochgerechnet circa 4,0 bis 4,5 Mio., dies entspricht einer Versorgung von circa 25% bis 30% der betroffenen Menschen. Im engeren Sinne psychotherapeutisch behandelt werden nur etwa 10% bis 15% der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der größte Anteil der Versorgung erfolgt in psychischen Krankenhäusern (0,8 Mio. Patienten² jährlich) sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (circa 1,6 Mio.), in der ambulanten Psychotherapie werden deutlich weniger Patienten (circa 570.000 bis 1 Mio.) versorgt.

Für psychische Erkrankungen (ohne demenzelle Erkrankungen) werden aktuell jährlich etwa 20 Mrd. € ausgegeben, davon circa 9,5 Mrd. € für „psych-spezifische“ Leistungen, also stationäre und ambulante

fachspezifische psychotherapeutische, klinisch-psychologische und psychiatrische Versorgung sowie für Psychopharmaka, und circa 10,5 Mrd. € für andere, nicht-spezifische Leistungen. Die Kosten ambulanter Psychotherapie liegen bei circa 1,5 Mrd. €, das sind 75% der jährlichen Gesamtausgaben für Behandlungen von Menschen mit psychischen Störungen. Demgegenüber wird für die stationär psychiatrische sowie auch für die psychopharmakologische Behandlung in etwa der doppelte bzw. dreifache Betrag ausgegeben.

Die Ausgaben für psychotherapeutische Behandlungen relativieren sich vor allem im Hinblick auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen. Zu den o. g. direkten Behandlungskosten hinzu kommt ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € sowie ein Ausfall an Bruttoverehelungen von circa 40 Mrd. €. Unabhängig von den Kosten gehören psychische Erkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten lebensbeeinträchtigenden Krankheiten.

Psychotherapie ist für die Behandlung nahezu aller psychischen Erkrankungen langfristig wirksam, was in vielen randomisierten/kontrollierten als auch in naturalistischen Versorgungstudien nachgewiesen wurde. Und es gibt deutliche Hinweise dafür, dass nach einer Psychotherapie die Einsparung gesellschaftlicher Kosten (z. B. Reduzierung betrieblicher Fehlzeiten, geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Verhinderung stationärer Behandlungskosten durch ambulante Behandlung) erwartet werden kann. Die Bilanz auf der Grundlage von Modellrechnungen ermittelten Kosten-Nutzen-Relationen bzw. der „Return on Investment“ beläuft sich auf 1:2 bis 1:5,5. Dies bedeutet, dass sich für jeden investierten Euro ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2,00 bis 5,50 Euro ergibt. Neben der hohen Wirksamkeit von Psychotherapie ist dies auch ein wichtiges Argument für die gesundheitspolitische Bedeutung von Psychotherapie.

¹ Die Ergebnisse basieren u. a. auf dem von den wissenschaftlichen Referenten und Referentinnen der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammern, Innereuropasstellen und im April 2013 veröffentlichten BpTK-Standpunkte „10 Tatsachen zu Psychotherapie“. Die Autorinnen und Autoren danken dem Mitgliedern dieser Arbeitsgruppe für die offene, fundierte und intensive Diskussion und den Erfahrungsaustausch.

² Für häusliche und konstativ Anordnungen denken die Autoren den Gutachtern, insbesondere Herrn Keiner (Waldbrunn).

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechterformen genannt, selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Psychotherapeut/Standort 4/2014

389

Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.)

10 Tatsachen zur Psychotherapie

BpTK-Standpunkt

BpTK
BundesPsychotherapeutenKammer

BpTK (2013a)

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung

Ergebnisbericht

Rüdiger Nübling¹, Karin Jeschke², Matthias Ochs³ & Jürgen Schmidt¹

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
² Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Baden
³ Hochschule Fulda (bis 2013 LPK Hessen)

Stuttgart, April 2014

Nübling et al. (2014b)

Nübling, Psychotherapie und Gesundheitsökonomie – ein Widerspruch?
3. Saarländischer Psychotherapeutentag, Saarbrücken, 28.11.2015



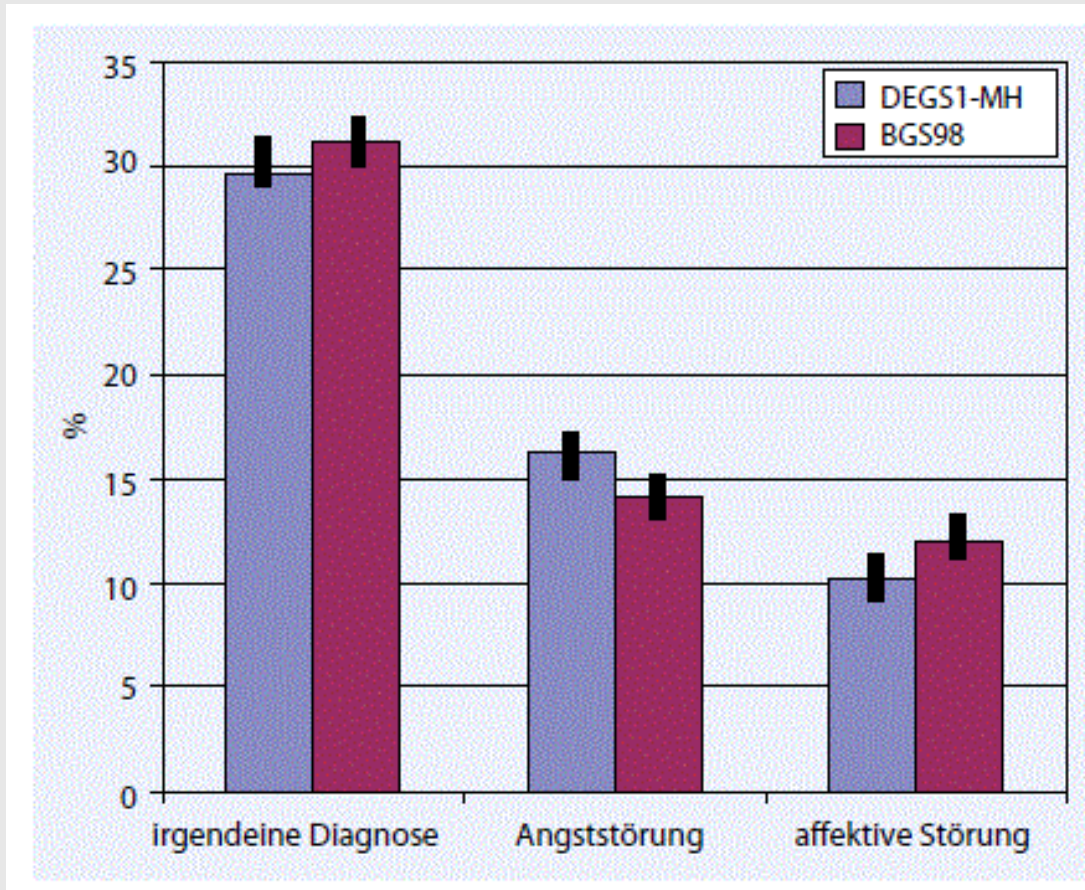
Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

17

12-Monats-Prävalenz Psychischer Störungen

Querschnittsvergleich DEGS1-MH-Studie (2013) und Bundesgesundheitsurvey (1998) für irgendeine psychische Störung [12 Monate] im Alter von 18–65 Jahren.

Beachte: keine vollständige Äquivalenz der beiden Erhebungen hinsichtlich Diagnosen und diagnostischer Konventionen sowie Designeffekten



30% der Bevölkerung
zwischen 18 und 65
Jahren
→ ca. 15 Mio.

Quelle: Jacobi et al. (2014)

Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland (Erwachsene) – Versorgungskapazität und -bedarf

jährliche
Behandlungskapazität

ambulant

990.000 Fälle

jährliche
Behandlungskapazität

stationär

550.000 Fälle

insgesamt

ca. **1,6** Mio. Fälle

Davon:

Ambulante PT: 568.000

Ambulanzen: 195.000

Beratungsstellen: 47.000

Tageskliniken: 28.000

Davon:

Rehabilitation: 147.000

Akutpsychosomatik: 80.000

Psychiatrie: 250.000 (ohne
Sucht)

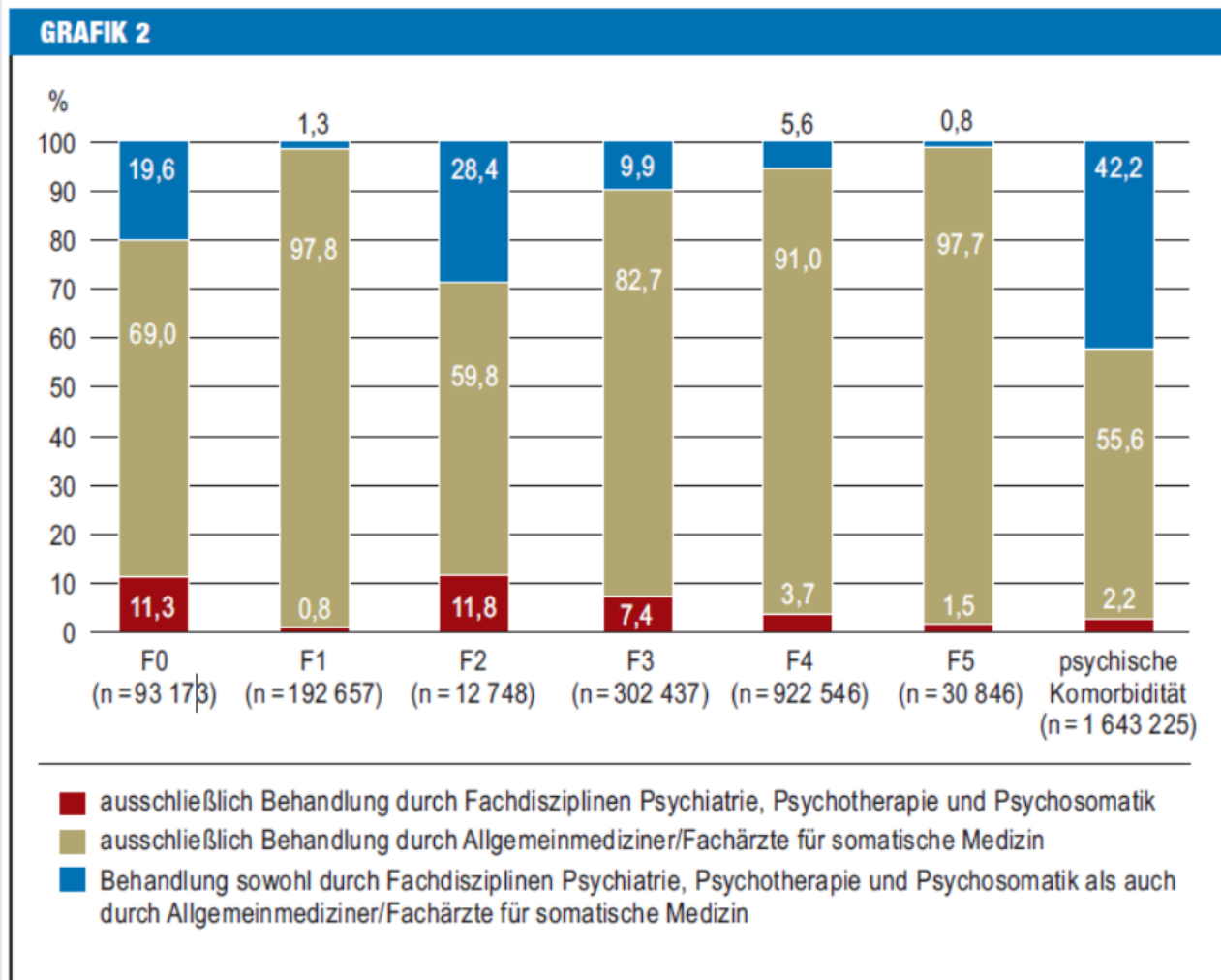
ca. **11%**

1-Jahres-Prävalenz: 30%

ca. **15** Mio. Betroffene

Nübling et al. (2014a)

Versorgung Patienten mit erkannter F-Diagnose



Datengrundlage:
10 Mio. Versicherte
großer GKVen →

Versicherte mit
erkannter
psychischer
Erkrankung (F-
Hauptdiagnose)

Quelle: Gaebel, W. et al. (2013)

Faktencheck Depression – Behandlung schwerer Depression

nur etwa **25%** der Patienten erhält **leitliniengerechte
Behandlung:**

- 12% empfohlene Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie mit entsprechender Mindestdauer und
- 14% stationäre Behandlung

Demgegenüber

- **56%** erhielten **ausschließlich** eine **Monotherapie** mit Antidepressiva oder Psychotherapie, wobei die Monotherapie mit Antidepressiva deutlich überwog (circa 80% der Patienten mit Monotherapie).
- Fast **ein Fünftel** der Betroffenen wurde im dreijährigen Untersuchungszeitraum **gar nicht behandelt**.

Quelle: Melchior et al. (2014)

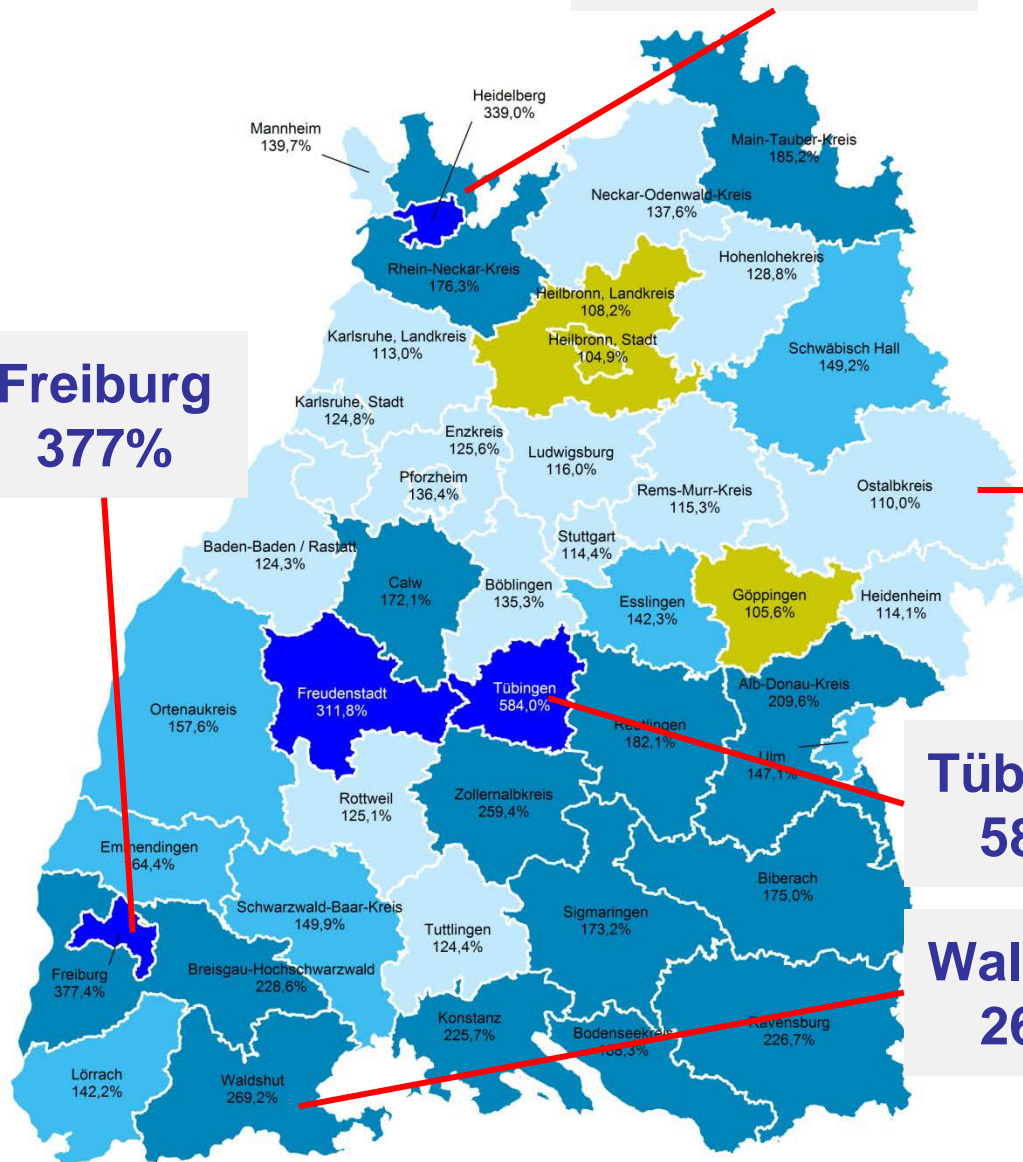
Rechnerischer Versorgungsgrad in Prozent
in Baden-Württemberg (nach Planungsbereichen)



Heidelberg
339%

Ambulante Psychotherapie – Versorgungsgrad nach offizieller Bedarfsplanung Baden-Württemberg

Freiburg
377%



Ostalb-Kreis
110%

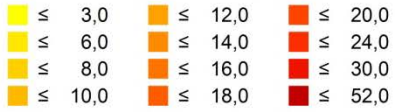
Tübingen
584%

Waldshut
269%

Quelle: BPtK (2011)



Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Wochen in Baden-Württemberg (nach Regionen)

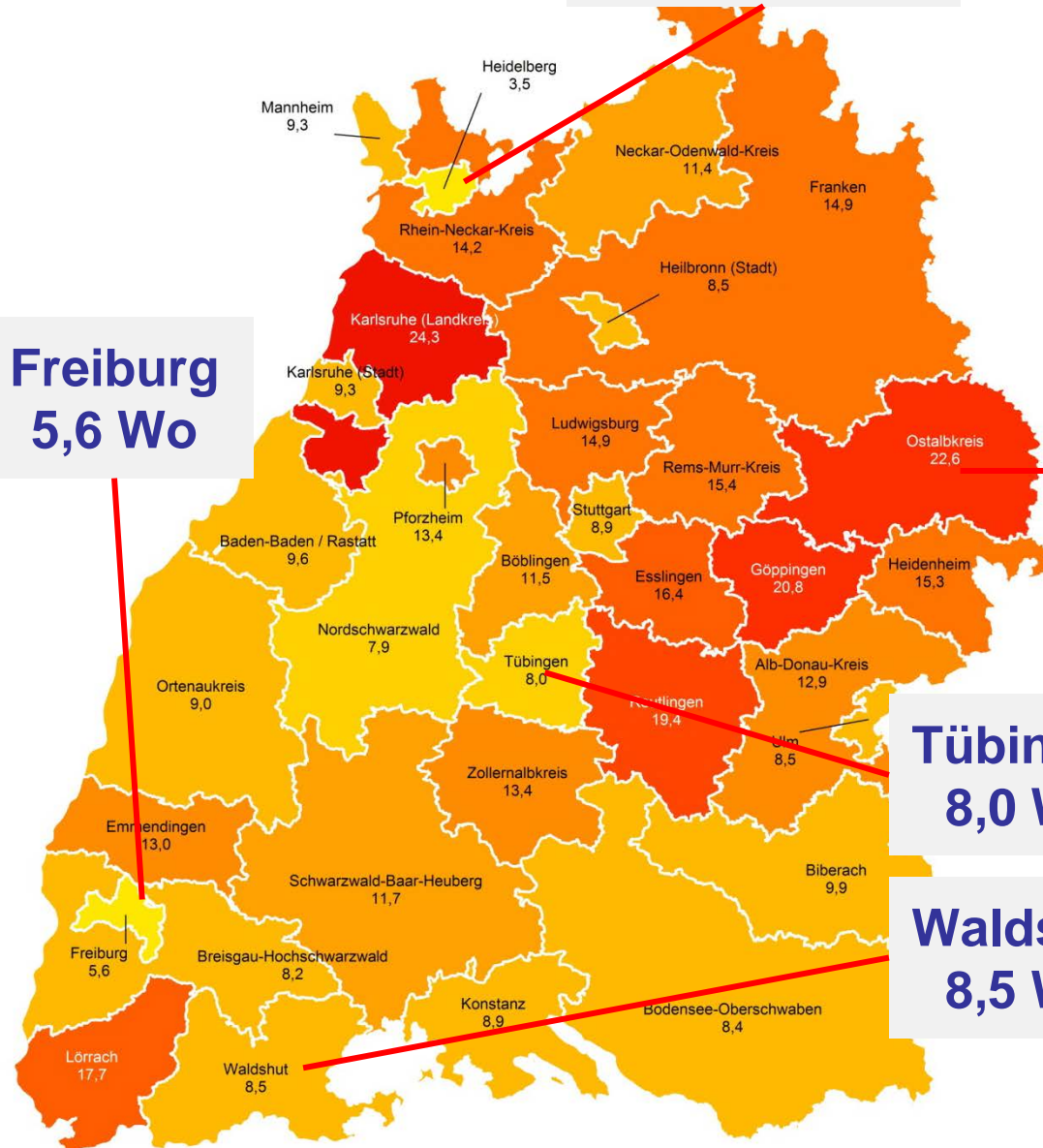


**Heidelberg
3,5 Wo**

**Durchschnittliche
Wartezeit auf ein
Erstgespräch zur
Psychotherapie
in Wochen
Baden-Württemberg**

**Freiburg
5,6 Wo**

**Ostalb-Kreis
22,6 Wo**



**Tübingen
8,0 Wo**

**Waldshut
8,5 Wo**

Quelle: BPTK (2011)



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BG-Blatt 2015, I/30,1211ff)

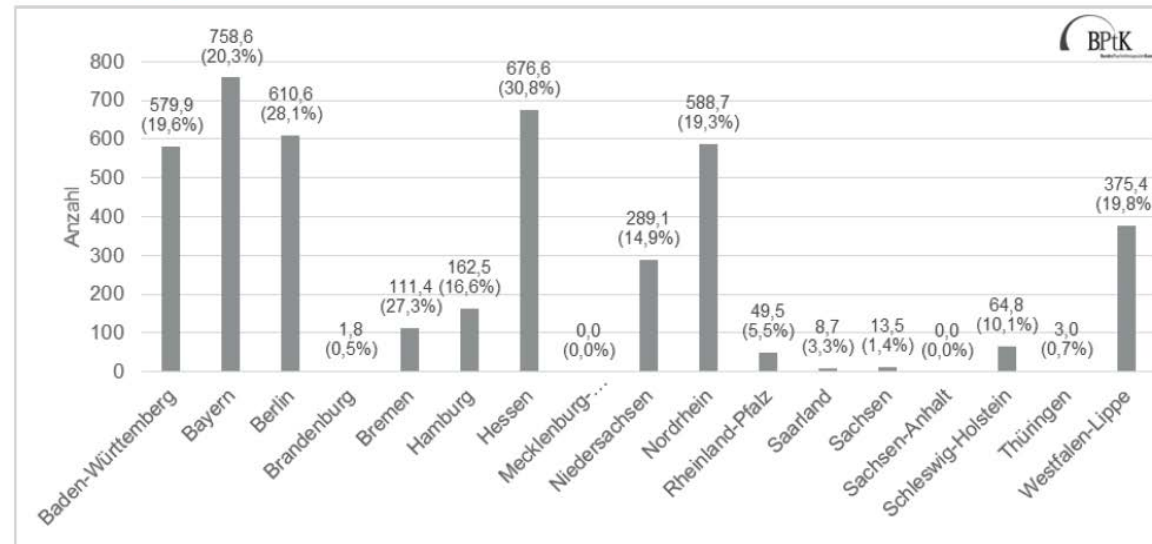
Umwandlung der „Kann“- in eine „Soll“-Formulierung in § 103 SGB V Abs. 3a

Bisher: „Der Zulassungsausschuss **kann** den Antrag (auf Zulassung) ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“

Folge → bundesweit ca. **4.300** von derzeit ca. **22.000 (ca. 20%)** Praxissitzen gefährdet

→ BPTk/LPK BW: **Korrektur der Bedarfsplanung** von 1999 dringend erforderlich

Abbildung 1: Psychotherapeutische Niederlassungen über einem Versorgungsgrad von 140 Prozent - Kassenärztliche Vereinigungen



Quelle: Daten der KBV, 2014, eigene Berechnungen der BPTk

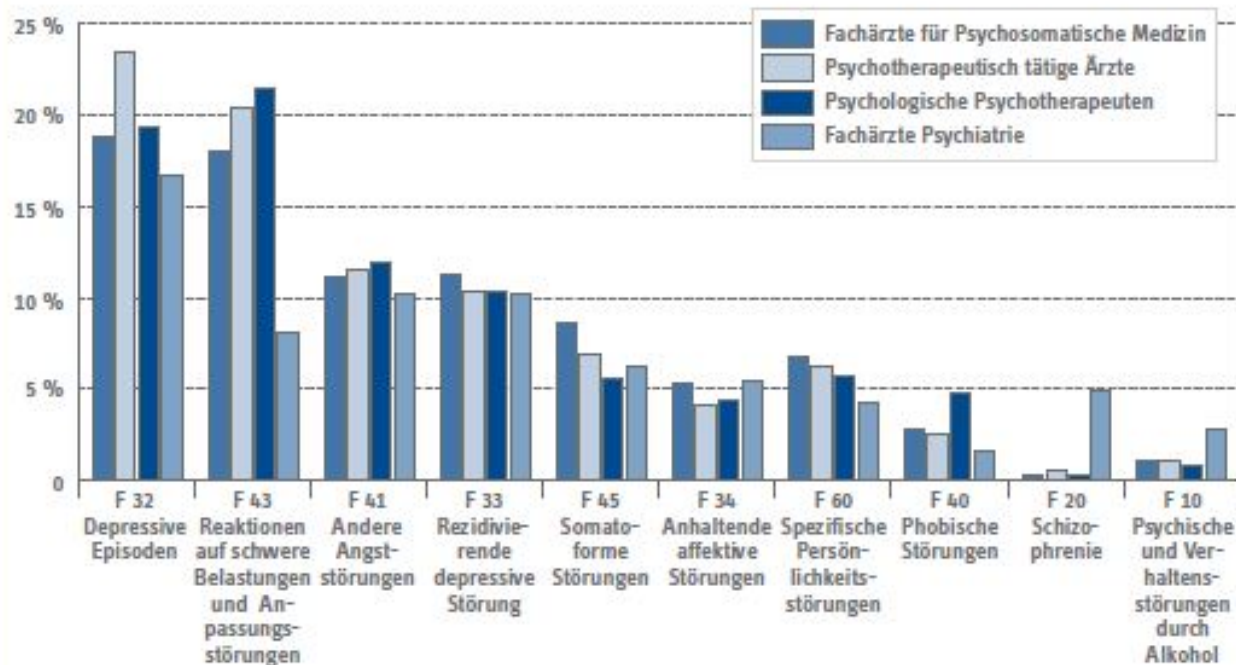
Gefährdete Sitze je Bundesland

Graphik aus: BPTk-Newsletter (2/2015); Download unter <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-newsletter.html>

**Sind Psychotherapiepatienten „krank“ bzw.
behandeln Psychotherapeuten
„Gesunde“?**

Diagnosspektrum in der ambulanten PT

Abbildung 3: Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie nach Berufsbeziehungswise Facharztgruppe



Quelle: KBV-Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit

Alle Arztgruppen behandeln im Wesentlichen die gleichen Patienten

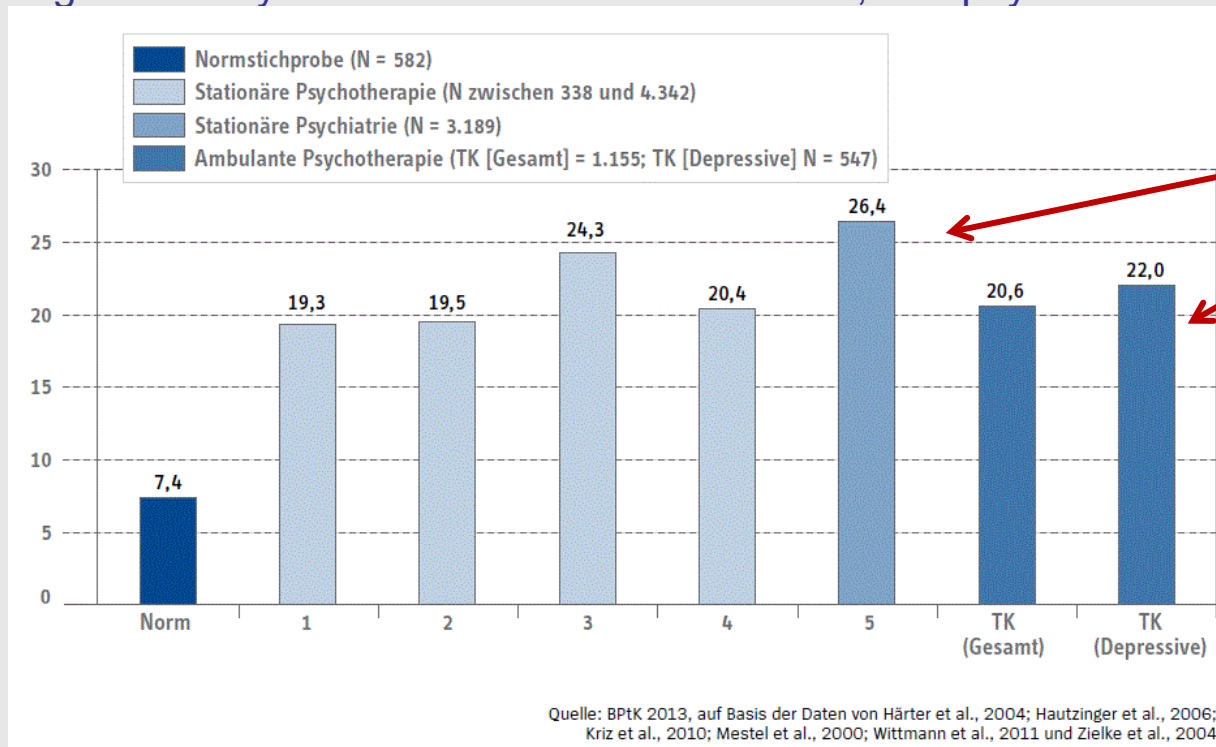
Es überwiegen depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen.

Ausnahme: Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und alkoholbedingten Erkrankungen → Fachärzte für Psychiatrie

Quelle: BPtK (2013a)

Psychische Beeinträchtigung Behandlungsbeginn

Depressivität (BDI-Gesamtwert); Vergleich Bevölkerungsnorm, TK-Studie und stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation, Akutpsychiatrie sowie Akut- und Reha-Psychosomatik;



BDI > 25
Stat Psychiatrie: 53%
Ambul PT: 35%

Quelle: BPTK (2013a)

Kernbotschaft 1: Patienten unterscheiden sich deutlich von der Durchschnittsbevölkerung

Kernbotschaft 2: Unterschiede der Patienten sind zwischen den Sektoren deutlich geringer als angenommen; es bestehen also **deutliche Überschneidungen**

Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie

Kosten psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen: schwerwiegende Folgen nicht nur für Betroffene, sondern auch für die Volkswirtschaft (2012)

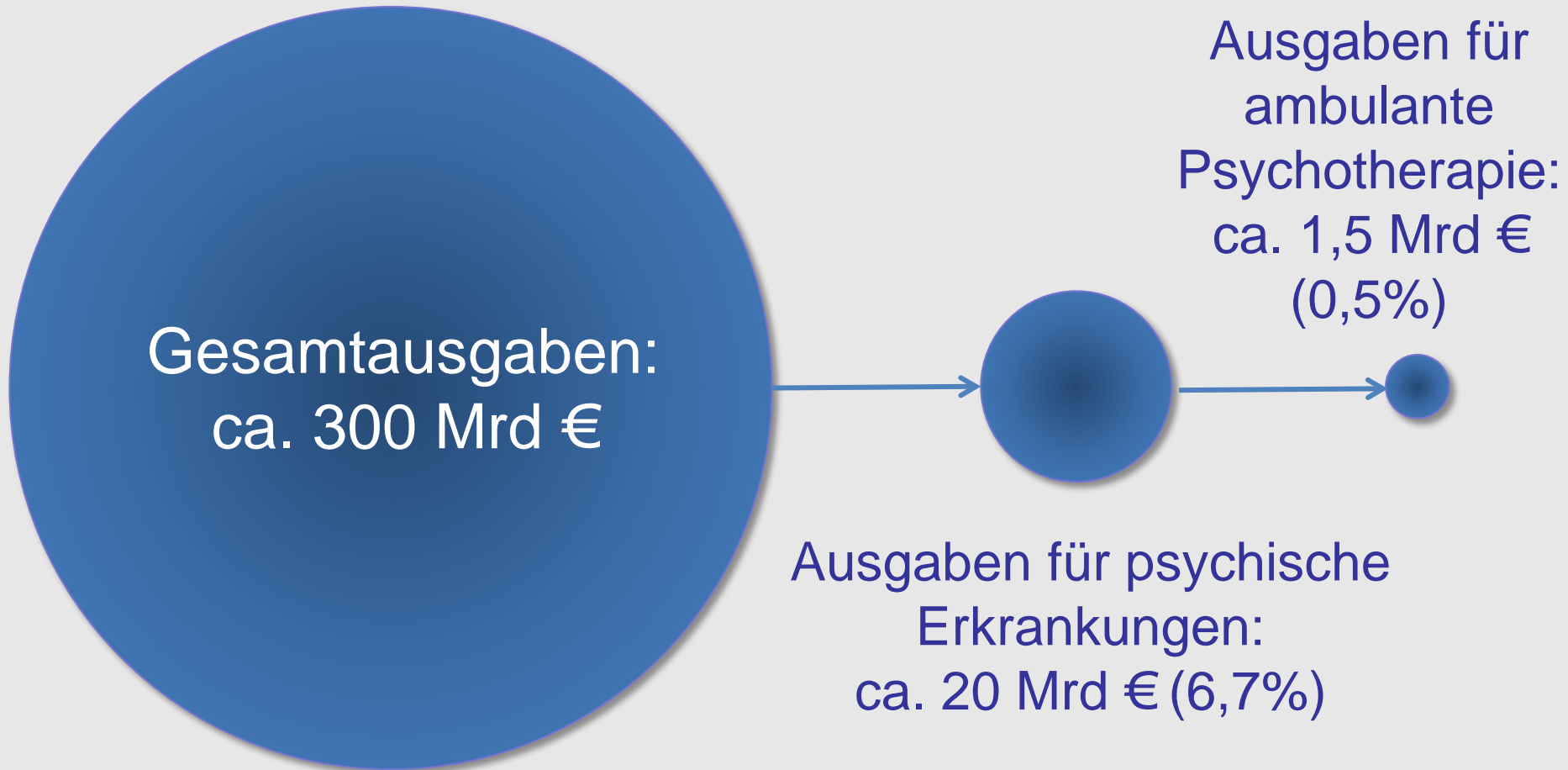
- ca. **20 Mrd. €/Jahr direkte Behandlungskosten** (ohne Demenz, ca. 7% der Gesamtausgaben für Gesundheit; Stat. Bundesamt)
- ca. **27 Mrd. €/Jahr indirekte Folgekosten** (durch Produktivitätsausfälle, Frühberentungen etc)

nicht eingerechnet

- intangible Kosten (z.B. Verlust von Lebensqualität)
- Opportunitätskosten, d.h. Kosten von Nicht- oder Fehlbehandlung („Überweisungskarussell“; „iatrogene Chronifizierung“)

Quellen: BPtK 2013a, destatis 2013, Zielke & Mark 1991

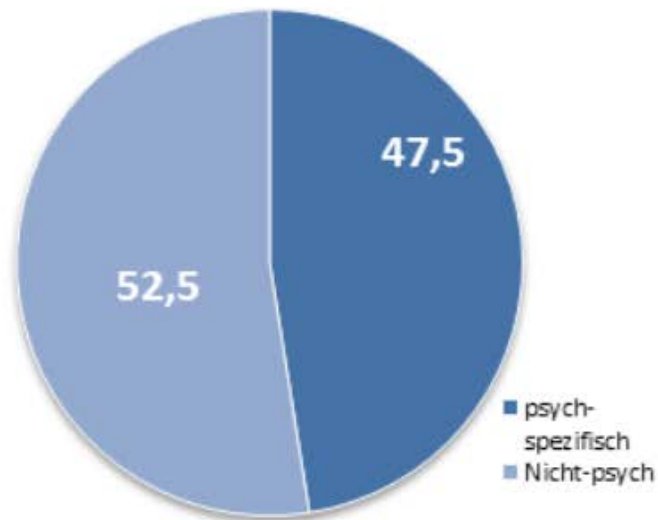
Ausgaben im Gesundheitswesen (2012)



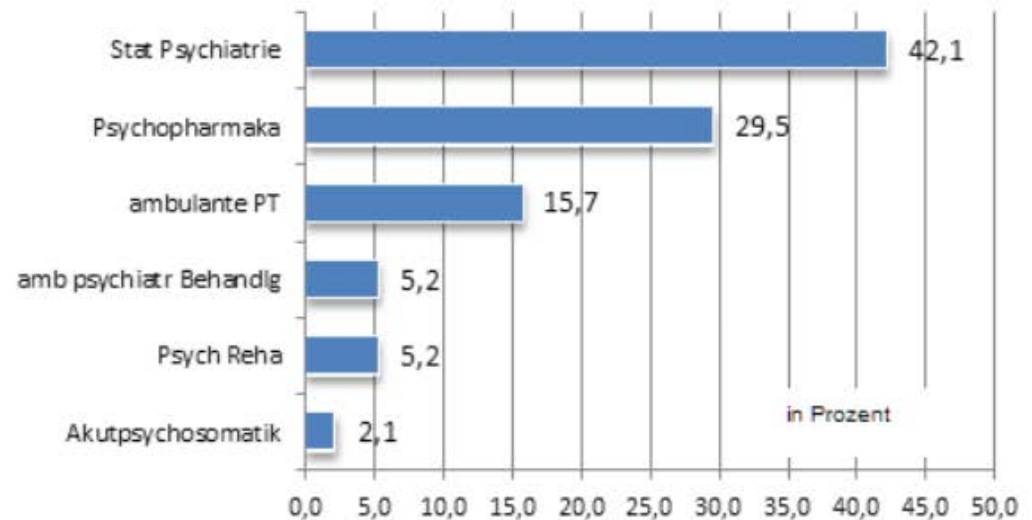
Quelle: DeStatis, Nübling et al. (2014aa)

Ausgaben für psychische Erkrankungen 2012 (ohne Demenz) und Verteilung auf Versorgungsbereiche

Gesamtausgaben: 20 Mrd. €, davon 9.5 Mrd. € für „psych-spezifische“ Interventionen



Prozentuale Verteilung der Kosten von „psych-spezifischen“ Interventionen auf unterschiedliche Versorgungsbereiche



4,0 Mrd. € stat. Psychiatrische Vers.
 0,5 Mrd. € für Rehabilitation psych. Erkr.
 0,2 Mrd. € Akut-Psychosomatik

2,8 Mrd. € Psychopharmaka
 0,5 Mrd. € amb. psychiatrische Vers.
1,5 Mrd. € ambulante Psychotherapie

Quelle: DeStatis, Nübling et al. (2014a)

Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich

Margraf (2009), Leichsenring & Rabung (2008)

Maßnahme	Effektstärke (ES) des Erfolges
Psychotherapie Allgemein	0,88
Kognitive Verhaltenstherapie	1,23
Psychodynamische Langzeitpsychotherapie	1,03/1,25
Bypass-Op bei Angina Pectoris	0,70
Medikamentöse Therapie Arthritis	0,61
Antikoagulanzen (Blutverdünnung)	0,30
Chemotherapie Brustkrebs	0,11
Aspirin zur Herzinfarktprävention	0,07

ES ≤ 0,3 = kleiner, ES ≤ 0,8 mittlerer und ES ≥ 0,8 großer Effekt

Kosten-Nutzen-Verhältnis Psychotherapie nach einem Jahr – Unterschiedliche Settings

Indikation	Pessimistische Schätzung	Optimistische Schätzung
Ambulante Psychotherapie I ¹⁾	1 : 2,0	1 : 3,9
Ambulante Psychotherapie II ²⁾	1 : 2,5	1 : 4,5
Psychosomatische Reha ³⁾	1 : 2,0	1 : 4,0
Akutpsychosomatik	??	??

Quellen:

- 1) Margraf (2009)
- 2) Wittmann et al. (2011), Wunsch et al. (2013)
- 3) vgl. u.a. Zielke et al (2004), Steffanowski et al. (2007)

Ergebnis: bisher alle
Modellschätzungen mit eindeutig
positivem Kosten-Nutzen-Verhältnis !

Diskussion und Perspektiven

- Ein wesentliches Ziel der Gesundheitsökonomie bzw. auch der Versorgungsforschung: Grundlagen bereitstellen für politische, insb. **Allokationsentscheidungen**

Ergebnisse psychotherapeutischer Versorgungsforschung:

- 12-Monats-Prävalenz: ca. 30% (BGS 1998/DEGS, 2013)
- Versorgungspfade: Verhältnis somatischer vs. psychotherapeutischer Behandlung
- Verhältnis (billigerer) ambulanter (psychotherapeutischer) zu (teurerer) stationärer (psychiatrischer) Versorgung??
- Verhältnis Psychotherapie zu Psychiatrie und v.a. zu psychopharmakologischer Versorgung??
- Lange Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie
- Hohe Effektivität und v.a. Effizienz von Psychotherapie

→ beträchtliche Fehlallokation??

- **Stärkung der psychotherapeutischen Versorgungsforschung**
→ im Sinne von H. Kordy: „Wer mitmacht, kann mitreden“ ... und sollte dies auch tun
- mehr Daten aus der psychotherapeutischer Alltagsversorgung →
→ **aktivere Rolle der PT-Kammern** → u.a. Finanzierung (z.B. ergäben 20€ je Mitglied/Jahr = 800T€/Jahr)
- Psychotherapie hat hohen gesellschaftlichen Nutzen – **Nutzt dies die Gesellschaft?**
- Frage der **Umverteilung der Ausgaben** für psychische Erkrankungen in Richtung psychotherapeutische Versorgung
- **Nutzen bzw. Nutzbarmachen der Gesundheitsökonomie für die Psychotherapie**



Wir sollten für die
Psychotherapie differenzieren:

Ökonomisierung im Sinne eines
Abbaus („Ausquetschen“)
psychotherapeutischer
Versorgung? **NEIN !!!**

Ökonomisierung im Sinne einer
stärkeren Berücksichtigung
ökonomischer bzw.
gesundheitsökonomischer
Daten? **JA, UNBEDINGT !!!**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Korrespondenz:

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Referat Psychotherapeutische Versorgung

Und Öffentlichkeitsarbeit

Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart

Tel.: 0711/674470-40

Fax: 0711/674470-16

nuebling@lpk-bw.de

www.lpk-bw.de

Zitierte Literatur I

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Berlin, BPtK, Download unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013a). 10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPtK-Stellungnahme. Download unter http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPtK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013b). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit "Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung". http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (2015). Newsletter 2/2015. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Newsletter/2015/201502/20150700_bptk_newsletter-02-2015.pdf
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse DAK (2015). Psychoreport 2015: Deutschland braucht Therapie. https://www.dak.de/dak/download/Psychoreport_2015_Deutschland_braucht_Therapie-1718790.pdf
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Deutsches Ärzteblatt, 110(47), 799–808.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85, 77–87
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. Psychotherapeut, 53, 245-253.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. JAMA, 300, 1551-1565.
- Maio, G. (2015). Die Indikation als Kernstück der ärztlichen Identität. Interview, Ärzteblatt, Montag, 17. August 2015; aerzteblatt.de

Zitierte Literatur II

- Margraf J. (2009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Berlin: Springer
- Melchior, H., Schulz, H., Märter, M. et al. (2014). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik. und Behandlung von Depressionen. Bertelsmannstiftung, <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/>
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., et al. (2014a). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 13, 389-397.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014b). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand, Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K.W. Lauterbach, U. Engelmann & M. Halber (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management (S. 13–23). Bern: Huber.
- Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G. et al. (2011). Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. Dtsch Med Wochenschr 136, 2496–2500
- Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. v. (Hrsg.)(2012). Gesundheitsökonomische Evaluationen. Heidelberg, Springer.
- Schulenburg, J.-M. v. (2012). Entscheidungsunterstützung durch gesundheitsökonomische Evaluation in Deutschland aus Perspektive der Wissenschaft. Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:660–667
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin, Robert-Koch-Institut.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. et al. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 49, 175-187.

Zitierte Literatur III

- Statistisches Bundesamt (2013a). Grunddaten der Krankenhäuser 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013c). Gesundheitsausgaben.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., et al. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grochowski, A. & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland Psychologische Rundschau, 64 (2), 75 – 93
- Zielke, M., Borgart, E.-J., Carls, W. et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich, Pabst.
- Zielke, M. & Mark, N. (1991). Iatrogene Chronifizierung – Überlegungen zu Ursachen und Wirkungen medizinischer Fehlbehandlungen. Report Psychologie, 16, 22-33.