Ilse Schütte, Okka Peschken, Hannes Friedrich

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel

Ergebnisse einer Fragebogenerhebung bei niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten

Cuvillier Verlag Göttingen

Ilse Schütte Okka Peschken Hannes Friedrich

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel

Ergebnisse einer Fragebogenerhebung bei niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.
1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2003
ISBN 3-89873-795-0

Ilse Schütte, Dipl.-Psych. und Okka Peschken, Dipl.-Psych. sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Abteilung Medizinische Soziologie der Georg-August-Universität Göttingen.

Prof. Dr. Hannes Friedrich, Medizinsoziologie, ist Leiter der Abteilung Medizinische Soziologie der Universität Göttingen.

Georg-August-Universität Göttingen
Abteilung für Medizinische Soziologie
Abteilungsvorsteher: Prof. Dr. H. Friedrich
Waldweg 37, 37073 Göttingen

Telefon: +49 551 / 39-8181
e-mail: medsoz@gwdg.de

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2003
Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen
Telefon: 0551-54724-0
Telefax: 0551-54724-21
www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.
1. Auflage, 2003
Gedruckt auf säurefreiem Papier

ISBN 3-89873-795-0

Vorbemerkung

Die Untersuchung wurde in der Abteilung Medizinische Soziologie der Georg-August-Universität Göttingen unter der Leitung von Prof. Dr. H. Friedrich von Frau Dipl.-Psych. Ilse Schütte und unter Mitarbeit von Frau Dipl.-Psych. Okka Peschken durchgeführt. An der Konstruktion des Fragebogens und der Dateneingabe und -aufbereitung war Frau Dipl.-Päd. Monika Spiesecke beteiligt. Die Datenaufbereitung und z. T. die statistische Analyse mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS hat Herr Hannu Turba durchgeführt. Die aufwendige Text- und Grafikgestaltung wurde von Herrn Dipl.-Psych. Björn Jung durchgeführt.

Die Untersuchung hatte keinen externen Geld- oder Auftraggeber und diente ausschließlich Forschungszwecken.

An dieser Stelle sei allen befragten VertragspsychotherapeutInnen herzlich gedankt, die viel Zeit und Mühe für die Beantwortung des umfangreichen Fragebogens aufgebracht haben. Ebenso danken wir den beteiligten Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen von Göttingen und Kassel sowie den Psychotherapeutenkammern von Niedersachsen und Hessen dafür, dass sie bereitwillig und ausgesprochen kooperativ die von uns benötigten Daten zur Verfügung gestellt haben. Wir hoffen, dass wir mit den Ergebnissen der Studie unsererseits einen nützlichen Beitrag zur Aufhellung der konkreten Praxisrealität der ambulanten Psychotherapie nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes geleistet haben.

Für die Lektüre des Forschungsberichts verweisen wir den eiligen Leser auf die *Zusammenfassungen* der wichtigsten *Ergebnisse zur Erwachsenenpsychotherapie (Kap.4)* und zur *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Kap.6).*

Göttingen, im Juni 2003

Ilse Schütte
Okka Peschken
Hannes Friedrich

INHALTSVERZEICHNIS

1. Problemhintergrund: Die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation nach dem PTG 5

2. Die Fragebogenerhebung 8

2.1 Rahmenbedingungen für die Erhebung 8

2.2 Untersuchungsansatz, Hypothesen, Fragestellungen und Aufbau des Fragebogens 8

2.3 Beschreibung der Befragungspopulation und der Rücklaufstichprobe 14

3. Ergebnisse zur Erwachsenenpsychotherapie 19

3.1 Demografische Daten und beruflicher Status der Befragten 19

3.1.1 Alter/Geschlechterverteilung 19

3.1.2 Beruflicher Status 20

3.2 Zur psychotherapeutischen Tätigkeit 34

3.2.1 Durchschnittliche Anzahl und Verteilung der PatientInnen auf Therapieformen und Behandlungssettings 34

3.2.2 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit der TherapeutInnen: zeitliches Verhältnis von Behandlungsstunden, therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten 42

3.2.3 Veränderung der Wochenarbeitszeit nach dem PTG 49

3.3 Zur Patientenstruktur 51

3.3.1 Altersstruktur und Geschlechterverteilung 51

3.3.2 Ausbildungs- und Erwerbsstatus; familiäre Lebenssituation der PatientInnen 55

3.3.3 Kassenzugehörigkeit 60

3.3.4 Störungsbilder 63

3.3.5 Vorherige Psychotherapie 68

3.3.6 Einzugsgebiet; Anfahrtswege 70

3.4 Zur Praxisauslastung 71

3.4.1 Überweisungs- und Zugangswege der Patienten 72

3.4.2 Verhältnis von Neuanfragen, diagnostischen Erstgesprächen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen (1.Quartal 2001) 74

3.4.3 Gründe für die Nichtaufnahme psychotherapeutischer Behandlungen 79

3.4.4 Bedeutung von Wartelisten und durchschnittliche Wartezeiten bis Therapiebeginn; Veränderungen nach dem PTG 82

3.5 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation für Erwachsene aus Sicht der Befragten 85

3.5.1 Spezifische Versorgungssituation einzelner Störungsbilder aus Sicht der Befragten 86

3.5.2 Gesamteinschätzung der psychotherapeutischen Versorgungssituation 93

3.6 Meinung zum Gutachterverfahren 96

3.7 Berufswahlzufriedenheit 101

4. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Erwachsenenpsychotherapie 105

5. Ergebnisse zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.....117

5.1 Demografische Daten und beruflicher Status der Befragten..... 118

5.1.1 Alter/Geschlechterverteilung 118

5.1.2 Beruflicher Status.....120

5.2 Zur psychotherapeutischen Tätigkeit..... 124

5.2.1 Durchschnittliche Anzahl und Verteilung der PatientInnen auf Therapieverfahren und Behandlungssettings 124

5.2.2 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Therapeutinnen: zeitliches Verhältnis von Behandlungsstunden, therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten 128

5.2.3 Veränderungen der Wochenarbeitszeit nach dem PTG 130

5.3 Zur Patientenstruktur..... 131

5.3.1 Altersstruktur und Geschlechterverteilung.....131

5.3.2 Familiäre Lebenssituation der KlientInnen und Erwerbsstatus der Eltern 133

5.3.3 Kassenzugehörigkeit.....135

5.3.4 Störungsbilder.....136

5.3.5 Überweisungs- und Zugangswege 137

5.3.6 Einzugsgebiet; Anfahrtswege.....138

5.4 Zur Praxisauslastung 139

5.4.1 Verhältnis von Neuanfragen, diagnostischen Erstgesprächen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen (1.Quartal 2001).....139

5.4.2 Gründe für die Nichtaufnahme psychotherapeutischer Behandlungen 141

5.4.3 Die Bedeutung von Wartelisten und durchschnittliche Wartezeiten bis Therapiebeginn; Veränderungen nach dem PTG 142

5.5 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche aus Sicht der Befragten..... 145

5.5.1 Spezifische Versorgungssituation einzelner Störungsbilder aus Sicht der Befragten 145

5.5.2 Gesamteinschätzung der psychotherapeutischen Versorgungssituation.....147

5.6 Meinungen zum Gutachterverfahren..... 149

5.7 Berufswahlzufriedenheit..... 151

6. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 153

Literatur 159

Verzeichnis der Übersichten und Tabellen 160

Verzeichnis der Abbildungen 165

Verzeichnis der Abkürzungen 167

1. Problemhintergrund: Die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation nach dem PTG

Den Hintergrund der vorliegenden Fragebogenerhebung bildet das 1/1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PTG), das die psychotherapeutische Versorgung durch ärztliche und psychologische Vertragspsychotherapeuten neu regelt. Die wichtigste Neuerung stellt dabei die *direkte* Integration der beiden neuen Heilberufe des *Psychologischen Psychotherapeuten* und des *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* in das kassenärztliche Versorgungssystem und damit ihre gleichberechtigte Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dar. Konnten diese beiden Berufsgruppen vor dem PTG nur indirekt mit den Kassen abrechnen, d.h. über Delegation durch einen ärztlichen Vertragspsychotherapeuten oder über Kostenerstattung, besteht nunmehr nach erteilter Zulassung auch für Psychologische und Kinder- und Jugendlichentherapeuten die direkte Abrechnungsmöglichkeit ihrer Leistungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. mit den (gesetzlichen) Krankenkassen.

Voraussetzung ist freilich die Approbation[1] und eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung in einem als wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Verfahren der Richtlinienpsychotherapie[2]. Darüber hinaus wird die Zulassung seit 1999 auch für Psychotherapeuten von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung abhängig gemacht. Dies bedeutet, dass bei Feststellung eines gesättigten Versorgungsgrads für eine spezifische Arztgruppe in einem bestimmten Planungsbereich seitens der KV Zulassungssperren ausgesprochen werden können.

Schon bald nach dem Inkrafttreten des PTG setzte ein regelrechter Zulassungsstrom insbesondere von Psychologischen Psychotherapeuten ein, mit dem die Kassenärztlichen Vereinigungen offenbar so nicht gerechnet hatten. In der ersten Phase der Neuzulassungen, in der die formale Bedarfsfestlegung für die Psychotherapie noch nicht konsequent und durchgängig praktiziert wurde, erhielten eine Reihe von Psychologischen Psychotherapeuten – soweit sie über die formalen (qualifikatorischen und berufspraktischen) Voraussetzungen verfügten, eine „*bedarfsunabhängige*“ Zulassung nach §95 Abs. 10 Sozialgesetzbuch V.

Dies führte in der Folge zu einer schlagartigen Vermehrung insbesondere der Psychologischen Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung, so dass nicht nur die gesetzlich geforderte Gleichverteilung von Ärztlichen und Psychologischen

---

[1] Psychologen erhalten diese erst nach Abschluss ihrer psychotherapeutischen Ausbildung, Ärzte bekommen diese bereits nach ihrer ärztlichen Erstausbildung und sind daher i. d. R. bereits approbiert, wenn sie die psychotherapeutische Weiterbildung aufnehmen. Daher auch der begriffliche Unterschied zwischen psychotherapeutischer *Aus*bildung für Diplompsychologen und psychotherapeutischer *Weiter*bildung für Ärzte.

[2] Unter den Verfahren der „Richtlinienpsychotherapie“ versteht man die in den Psychotherapie-Richtlinien vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als „wissenschaftlich“ anerkannten, d. h. durch eine Krankheitstheorie begründeten und durch Evaluationsstudien als „effektiv“ ausgewiesenen Therapieverfahren. Bis dato fallen unter diese Richtlinienverfahren, die *Psychoanalytisch begründeten Verfahren* in den beiden Varianten *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (max. 80 Std.) und *Analytische Psychotherapie* (max. 300 Std.) einerseits, die *Verhaltenstherapie* (max. 60 Std.) andererseits. Neben diesen schon immer genehmigungs- und gutachterpflichtigen Verfahren der Langzeittherapie gibt es noch die *Kurzzeit- o. Fokaltherapie* (max.25 Std.)auf tiefenpsychologischer Grundlage, die seit dem PTG im Unterschied zu vorher ebenfalls gutachterpflichtig ist sowie die *niedrigfrequente, Halt gewährende Therapie*, ebenfalls auf tiefenpsychologischer Grundlage. Darüber hinaus gibt es die analytisch/tiefenpsychologischen sowie die verhaltenstherapeutischen Gruppenverfahren, die ebenfalls gutachterpflichtig sind, im Falle der Verhaltenstherapie auch mit der Einzeltherapie kombiniert werden können. Die Anerkennung weiterer Therapieverfahren (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Systemische (Familien-)Therapie) als wissenschaftlich und damit als über die gesetzlichen Kassen abrechenbare Richtlinienverfahren wurde bis auf weiteres abgelehnt. Inzwischen –zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Berichts 2003 – ist nach unseren Informationen die Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Therapieverfahren anerkannt.

Psychotherapeuten[3] zugunsten der letzteren ins Wanken geriet; sondern der schlagartig vermehrte Zugriff auf das insgesamt nicht nennenswert ausgeweitete Budget für Psychotherapie[4] wirkte sich vor allem in monetärer Hinsicht negativ aus: Die angemessene Honorierung psychotherapeutischer Leistungen war nicht mehr gesichert und führte vielerorts zu einem regelrechten Einbruch in der Existenzsicherung und z.T. auch zur erzwungenen Schließung psychotherapeutischer Praxen.

In diesem Rahmen seien nur die Stichworte der facettenreichen und z. T. heftig geführten Diskussion um die angemessene Honorierung psychotherapeutischer Leistungen genannt, die im Unterschied zu sonstigen ärztlichen Leistungen überwiegend „zeitgebunden" sind, d. h. in ihrer Dauer nicht beliebig verkürzt oder gestreckt werden können. Psychotherapeuten sind daher bei gegebener Punktzahl für eine zeitgebundene Leistung auf einen verlässlichen („gestützten") Punktwert angewiesen. Da dies jedoch im Budgetsystem nicht gewährleistet ist, d. h. die Punktwerte je nach Höhe des Gesamtbudgets und der Menge der Leistungserbringer Schwankungen unterliegen, die im Falle der Psychotherapie zu existenzbedrohlichen Niedrighonoraren aufgrund des Punktwerteverfalls geführt haben, kam es als Folge von massenhaften Klagen, Petitionen und Vorstößen der verschiedenen Berufs- und Fachverbände etc. zu einem ebenso aufsehenerregenden wie folgenreichen Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im August 1999, wonach die Punktwerte bei zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zumindest für die *ausschließlich* psychotherapeutisch Tätigen auf einem Niveau von 10 Pf. „gestützt" werden sollten. Damit war immerhin ein juristischer Erfolg erzielt, der dann allerdings längst nicht überall „vor Ort" praktisch durchgesetzt wurde. Daher dauern die Auseinandersetzungen um den „gestützten Punktwert" und generell die angemessene Honorierung der verschiedenen psychotherapeutischen Leistungen[5] bis heute an.

---

[3] Nach den Psychotherapie-Vereinbarungen sollen Ärztliche und Psychologische (einschließlich Kinder- u. Jugendlichen-) Psychotherapeuten zu gleichen Anteilen, d. h. zu je 40% im kassenpsychotherapeutischen System vertreten sein. Die restlichen 20% können variabel besetzt werden. Dies kann dazu führen, dass es eine Zulassungssperre für Psychologische Psychotherapeuten gibt, obwohl für Ärztliche die 40% -Grenze noch nicht erreicht ist und damit „freie Plätze" unbesetzt bleiben. Aus dem KV-Bezirk Göttingen wissen wir, dass hier bei einem deutlichen Überhang von Psychologischen Psychotherapeuten noch einige vereinzelte Stellen für Ärztliche Psychotherapeuten in ländlichen Planungsbereichen frei sind.

[4] Das Budget für Psychotherapie umfasst derzeit einen Anteil von ca. 2,5% des Gesamtbudgets aller Gebietsärzte.

[5] Inzwischen sind die in Punkt*zahlen* ausgedrückten Bewertungen sämtlicher abrechenbarer psychotherapeutischer Leistungen im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab" (EBM) für die gesetzlichen Krankenkassen, sowie in den Leistungssätzen der Gebührenordnung für Ärzte und Psychotherapeuten (GOÄ/P) für die Privaten Kassen festgelegt worden. Das letztlich ausbezahlte Honorar ergibt sich beim EBM aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert. Beispiel: Eine Einzelsitzung in tiefenpsychologisch fundierter Einzeltherapie von 50 Min. Dauer hat eine Punktzahl von 1.450 und erbringt bei einem gestützten Punktwert von 10 Pfg. 145, -DM Honorar (in Euro: 74,11 €).

Nach der ersten Phase von Neuzulassungen seit dem PTG stellte sich der Gesamtbestand von Psychotherapeuten mit Kassenzulassung gegen Ende des Jahres 1999 wie folgt dar:

Übersicht 1. KV-Zugelassene Psychotherapeuten in der BRD (Stand: 31. 12. 1999)*.

	1999	**Änderung/Zunahme zu 1998**
Psychotherapeuten gesamt	**20.970**	**26,6%**
- davon **ÄPT**	**8.951**	**4,4%**
- davon AP u. TP**	8.951	4.4%
- davon VT***	(1.421)***	
- davon **PPT**	**10.465**	**56,3%**
- davon AP u. TP**	4.967	67,9%
- davon VT	5.498	47,2%
- davon **KJP**	**1.554**	**19,3%**
- davon AP**	1.326	1,8%
- davon sonstige Verf.****	228	****

* Quelle: Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, (Statistik aus dem Internet: vereinigung.de); Zahlen beruhen auf Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom August 2000.

** Zulassung für Analytische einschließlich Tiefenpsychologisch fundierte Psych otherapie;

*** Zulassung für Verhaltenstherapie; bei den Ärzten gibt es keine „reinen“ Verhaltenstherapeuten, lediglich einen Anteil, der VT abrechnen kann.

**** Bei den KJPlern sind offensichtlich auch keine „reinen“ Verhaltenstherapeuten registriert, sondern hier sind sämtliche *nicht*-analytischen KJPler aufgeführt, die vor dem PTG im Jahr 1998 offenbar noch nicht statistisch erfasst waren, daher keine Prozentangabe zur Steigerung möglich.

An diesen Zahlen wird deutlich, dass die schlagartige Zunahme der Psychotherapeuten mit Kassenzulassung innerhalb eines Jahres vor allem auf die Psychologischen Psychotherapeuten und – wenn auch weit weniger – auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurückgeht, während die Ärztlichen Psychotherapeuten kaum Neuzulassungen beantragt haben.

Weiterhin ist auffällig, dass es unter den Ärztlichen Psychotherapeuten sowohl vor als auch ein Jahr nach dem PTG keine mit vollwertiger Kassenzulassung in Verhaltenstherapie gibt, sondern lediglich einige mit einer entsprechenden Abrechnungsgenehmigung bzw. Ermächtigung für sporadische Therapien auf verhaltenstherapeutischer Grundlage. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten verzeichneten jene mit Zulassung zur Analytischen einschließlich tiefenpsychologisch fundierten Therapie die höchsten Neuzulassungsraten; sie bleiben aber hinsichtlich ihres Gesamtanteils im Jahre 1999 noch leicht hinter jenen mit Zulassung zur Verhaltenstherapie zurück. Die Kinder- und Jugendlichentherapeuten schließlich verzeichnen einen Zuwachs von insgesamt 19,3 %, wobei allerdings die Anzahl jener mit Zulassung in Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie lediglich um 1,8% gegenüber dem Vorjahr gesteigert wurde.[6]

Inzwischen gilt der generelle Bedarf an Psychotherapeuten – legt man die Kriterien der o. g. vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugrunde – in fast allen KV-Bezirken als gedeckt[7]; mehr noch: *Die meisten Planungsbereiche gelten als weit überversorgt und sind damit für weitere Zulassungen auf unabsehbare Zeit gesperrt*.

Diese Situation hat zu einer allgemeinen Diskussion über die Bedarfsermittlung im Bereich ambulanter Psychotherapie geführt. Insbesondere die Kriterien und der Berechnungsmodus der Bedarfsfeststellung in den Bedarfsplanungsrichtlinien für Ärzte, die nunmehr umstandslos auch auf den Bereich der Psychotherapie übertragen worden sind, gerieten zunehmend in die Kritik. Sie sollen daher im Folgenden kurz dargestellt werden.

[6] Zu berücksichtigen ist allerdings, dass nach wie vor dem Inkrafttreten des PTG die *analytischen* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den mit Abstand größten Anteil in dieser Berufsgruppe ausmachen (vgl. Kap. 5.2 in diesem Bericht).

[7] Lediglich in einigen Planungsbezirken werden noch vereinzelte Zulassungen für Ärzte entsprechend der 40% Quotierung freigehalten, während es für die PPT (einschließlich KJ-PT) fast überall Zulassungssperren gibt.

Die Bedarfsplanungsrichtlinien unterscheiden insgesamt 10 Kreistypen (Planungsbereiche), die sich hinsichtlich der Bevölkerungsdichte unterscheiden. Diese – ursprünglich aus gesetzlichen Bestimmungen zur Bauordnung stammenden – Raumgliederungskategorien sind wie folgt definiert:

Übersicht 2. Raumgliederungskategorien in Deutschland.

I	Kernstädte in Regionen mit großen Verdichtungsräumen
II	Hochverdichtete Kreise in Regionen mit großen Verdichtungsräumen
III	Verdichtete Kreise in Regionen mit großen Verdichtungsräumen
IV	Ländliche Kreise in Regionen mit großen Verdichtungsräumen
V	Kernstädte in Regionen mit Verdichtungsansätzen
VI	Verdichtete Kreise in Regionen mit Verdichtungsansätzen
VII	Ländliche Kreise in Regionen mit Verdichtungsansätzen
VIII	Verdichtete Kreise in ländlich geprägten Regionen
IX	Ländliche Kreise in ländlich geprägten Regionen
X	Sonderregionen: Kreisfreie Städte und Landkreise des Ruhrgebiets

(zit. nach Löcherbach et al.,1999, S. 22;146)

Für jeden Kreistyp wird dann – je nach Arztgruppe und somit auch der Gruppe der Psychotherapeuten – eine bestimmte Versorgungsquote in Form einer Verhältniszahl (Therapeut zu Einwohnerzahl) festgelegt, die sich auf der Basis der bisherigen Inanspruchnahme berechnet und die als Soll-Grundlage für die Bedarfsplanung in den jeweiligen Planungsbereichen der KV-Bezirke fungiert.

Bevor wir genauer in Kap. 2 auf die Repräsentanz dieser Raumgliederungskategorien und die entsprechenden Versorgungsquoten in den beiden von uns einbezogenen KV-Bezirken eingehen, wollen wir die Kritik an dieser Art der Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapie näher erläutern.

Löcherbach et al. (1999), die noch vor dem Inkrafttreten des PTG im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung eine Erhebung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation in der Bundesrepublik durchgeführt haben, hatten bereits das gesamte Bedarfsplanungsverfahren infrage gestellt.

- So ist die einzig vorgenommene Differenzierung bei ärztlichen Psychotherapeuten von *ausschließlicher* (d.h. über 90%) und *überwiegender* (d.h. über 50%) psychotherapeutischer Tätigkeit, die entsprechend in der Bedarfsrechnung mit dem Versorgungsfaktor 1 resp. 0,7 veranschlagt werden, viel zu grob und führt nach Löcherbach et al. faktisch zu einer Überschätzung des realen psychotherapeutischen Versorgungsgrads vor allem bei den psychotherapeutisch tätigen Ärzten.[8]
- Weiterhin muss als wohl gravierendster Mangel dieser Art der Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapie die *fehlende Differenzierung zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* angesehen werden, die spezifische Versorgungsbedarfe und -defizite gerade bei Kindern und Jugendlichen unerkannt lässt.

Darüber hinaus bleiben auch die folgenden Charakteristika psychotherapeutischer Tätigkeit unberücksichtigt, die gleichwohl für die Berechnung der Versorgungskapazität eines Psychotherapeuten von Bedeutung sind:

- So weist die *Arbeitssituation der Psychotherapeuten* im Vergleich zu anderen Arztgruppen einige versorgungsrelevante Spezifika auf: es gibt einen relativ hohen Anteil an therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten, wie z. B. die Berichtsschreibung an den Gutachter, die Inanspruchnahme von Supervision/Intervision, Fortbildung, die - z. T. gering honoriert, z. T selbst finanziert -, in jedem Fall die verfügbare Zeit für Behandlungen einschränken, gleichwohl zur Qualitätssicherung und Aufrechterhaltung professioneller Standards der therapeutischen Tätigkeit unerlässlich sind.
- Es wird keine Unterscheidung zwischen den *Therapieverfahren*, für die ein Therapeut zugelassen ist (Psychoanalytische, tiefenpsychologisch fundierte oder Verhaltenstherapie) gemacht, obwohl dies sehr wohl bedeutsam für die Behandlungskapazität des Psychotherapeuten sein kann.
- Kriterien der *„Passung“ zwischen Therapeut und Patient*, die insbesondere in den psychodynamisch orientierten Therapieverfahren ein besonderes Gewicht haben, bleiben bisher gänzlich unberücksichtigt. D. h. auch wenn Kapazität frei ist, kann die mangelnde persönliche „Passung“ zur Ablehnung der Behandlung eines therapiebedürftigen Patienten führen. Da dies insbesondere im Bereich der *Langzeit*-Psychotherapie aufgrund der besonderen Bedeutung der therapeutischen Beziehung durchaus legitim ist, führt dies aber auch dazu, dass die faktische Versorgungskapazität immer mal wieder hinter der maximalen zurückbleiben kann.

Diese Beispiele mögen genügen, um zu verdeutlichen, dass die globale, faktisch nur nach „Kopfzahl“ berechnete Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapie unzulänglich ist.

[8] Löcherbach et al. schlagen aufgrund ihrer Ergebnisse eine feinere Unterteilung der prozentualen Anteile psychotherapeutischer Tätigkeit von Ärzten vor, die sie entsprechend mit den Faktoren 0,3; 0,5; 0,7; und schließlich 1 bewertet wissen wollen. (Löcherbach et al. 1999, Zusammenfassung S. L)

Generell müssen zudem die Berechnungen auf Basis der *bisherigen Inanspruchnahme* von Psychotherapie in den einzelnen Planungsbereichen, die ja keineswegs deckungsgleich mit dem tatsächlichen *Bedarf* zu sein braucht, als problematisch angesehen werden, da mit der Fortschreibung des jeweiligen Ist-Zustandes auf einen zukünftigen Soll-Zustand bisherige Versorgungsdefizite und -ungleichgewichte (z. B. zwischen städtischen und ländlichen Planungsbereichen) festgeschrieben werden. Auch Zepf et al. kritisieren auf Basis der Ergebnisse ihrer Untersuchung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation im Jahre 2001[9] diese Form der Bedarfsplanung, die „...mit dem wirklichen Bedarf so wenig zu tun (hat), wie die Anzahl der verkauften Lebensmittel mit dem vorhandenen Hunger in einer armen Bevölkerung“ (Zepf et al. 2001, S. 194).

Dennoch behielt die KV diese Bedarfsplanungspraxis als Basis für die Kassenzulassung der Psychotherapeuten bei. Dies hatte zur Folge, dass sehr bald nach dem Inkrafttreten des PTG vielen der neu die Zulassung beantragenden, (vornehmlich Psychologischen) Psychotherapeuten diese mit Hinweis auf den gedeckten Bedarf bzw. einer schon vorhandenen „Überversorgung“ verweigert wurde.

Vor diesem Problemhintergrund ordnet sich unsere eigene vergleichende Untersuchung der *realen* psychotherapeutischen Versorgungssituation in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel ein, deren Untersuchungsansatz, zugrundeliegende Hypothesen und methodischen Zugang wir im folgenden Kapitel näher erläutern.

[9] Zepf et al. führten zunächst nur im Saarland, dann im Auftrag des Berufsverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) im Jahr 2001 eine Fragebogenerhebung unter Psychotherapeuten in 4 Bundesländern (alt: Saarland, Niedersachsen, Nordrhein; neu: Sachsen) durch und rechneten die Ergebnisse auf die gesamte Bundesrepublik hoch. Unsere eigene Erhebung führten wir in Anlehnung an diese Untersuchung v. a. hinsichtlich der Fragebereiche des Fragebogens durch. Vgl. dazu genauer unseren Untersuchungsansatz in Kap. 2.

2. Die Fragebogenerhebung

2.1 Rahmenbedingungen für die Erhebung

Die Studie wurde im November 2000 vor dem Hintergrund der aktuellen berufspolitischen Diskussion um die Zulassungspraxis nach dem PTG begonnen.

Von November 2000 bis Mai 2001 standen die Konzeptentwicklung, Literatur- und Internet-Recherche sowie die Konstruktion der Fragebögen im Zentrum der Tätigkeiten.

Die Durchführung der Befragung fand im Zeitraum zwischen Mai und Oktober 2001 statt. Allen Therapeuten wurde der Fragebogen per Post zugeschickt, verbunden mit einem Anschreiben und der Bitte um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens in einem frankierten Rückumschlag. Therapeuten mit Doppelzulassung für Kinder/Jugendliche und Erwachsene bekamen entsprechend beide Versionen des Fragebogens zugeschickt.

Nachdem der erste Rücklauf bis zum Juli 2001 mit 36% noch nicht zufriedenstellend war, haben wir uns zu einem Erinnerungsschreiben entschlossen, das wir aufgrund der vollständigen Anonymisierung der Erhebung und der bis dato eingegangen Antworten noch einmal an alle Therapeuten der Befragungspopulation verschickt haben. Dies führte erfreulicherweise zu einem weiteren „Antwortschub“, so dass wir bis Oktober eine Rücklaufquote von rd. 42% erreichen könnten (vgl. dazu genauer den Abschnitt 2.3).

2.2 Untersuchungsansatz, Hypothesen, Fragestellungen und Aufbau des Fragebogens

Wie in Kap. 1 ausgeführt, und wie auch die Ergebnisse aus aktuellen Studien zur psychotherapeutischen Versorgungssituation kurz vor und nach dem PTG von Löcherbach et al. 1999 und von Zepf et al. 2001 zeigen, ist zu vermuten, dass es trotz angeblicher „Überversorgung“ nach den formalen Bedarfsplanungsrichtlinien einen nach wie vor bestehenden „latenten“ und je nach Berufs- oder Fachgruppe und nach der regionalen Struktur differenzierten Versorgungsbedarf im Bereich ambulanter Psychotherapie gibt.

In Anlehnung an die Fragebogenerhebung von Zepf et al. (2001) haben auch wir eine schriftliche Befragung der ambulant tätigen VertragspsychotherapeutInnen zur Versorgungssituation seit dem Inkrafttreten des PTG durchgeführt. Im Unterschied zur Zepf-Studie, die sich - wie bereits erwähnt - auf mehrere Bundesländer und die Bundesrepublik insgesamt bezog, haben wir unsere eigene vergleichende Erhebung zur Versorgungssituation auf *zwei KV-Bezirke* (Göttingen, Kassel) in zwei Bundesländern (Niedersachsen, Hessen) konzentriert. Dies vor allem deswegen, weil auch die Bedarfsplanungs- und Zulassungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht auf Bundesländer oder einzelne Städte/Gemeinden, sondern auf die *jeweiligen KV-Bezirke* (bzw. die in ihnen vertretenen Kreistypen gemäß der Raumgliederungskategorien) bezogen wird. Dabei haben wir mit Göttingen und Kassel zwei KV-Bezirke einbezogen, die nach den formalen Kriterien der vertragsärztlichen Bedarfsplanung im Bereich ambulanter Psychotherapie eine deutliche „Überversorgung“ aufweisen.

Dies gilt – wie die folgende Übersicht zeigt – vor allem für die städtischen, aber auch für die ländlichen Kreistypen in der Umgebung der jeweiligen Kernstädte.

Übersicht 3. Versorgungsgrad ambulanter Psychotherapie nach Kreistypen in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel (Stand: April 2001).

	Kreistyp	**Versorgungsgrad %**
Göttingen-Stadt/Land/ Hann. Münden/Duderstadt	**VI** (1 : 8.389)*	**447**
Holzminden	**VII** (1 : 16.615)*	**205**
Northeim; Einbeck; Bad Gandersheim	**VII**	**210**
Osterode	**VII**	**196**
KV-Bezirk Göttingen		
Kassel-Stadt	**V** (1:3.203)*	**261**
Landkreis Kassel	**VI**	**129**
Fulda-Stadt/Landkreis	**VIII** (1:10.338)*	**137**
Hersfeld-Rotenburg	**VIII**	**135**
Schwalm-Eder-Kreis	**VIII**	**267**
Waldeck-Frankenberg	**VII**	**226**
Werra-Meißner-Kreis	**VII**	**215**
KV-Bezirk Kassel		

*Verhältniszahl: Psychotherapeut: Einwohnerzahl als angenommene Soll-Größe in dem jeweiligen Planungsbereich

Zunächst ist ersichtlich, dass in den beiden von uns einbezogenen KV-Bezirken nur die Kreistypen V, VI, VII, VIII mit den jeweiligen Verhältniszahlen vertreten sind. Das heißt, es befinden sich hier keine ausgeprägten städtischen Ballungsräume, sondern Kernstädte mit Verdichtungsansätzen und ländliche Kreise. Es ergibt sich in allen Planungsbereichen der beiden KV-Bezirke eine Überversorgung, die in Göttingen-Stadt und Umgebung sogar über 400%, in Kassel-Stadt 261% beträgt. Damit weist Göttingen (Stadt) noch einen weit höheren (Über-)Versorgungsgrad auf als Kassel (Stadt). Doch auch in den anderen (von der Einwohnerzahl her weniger verdichteten) Kreistypen (VI, VII, VIII) der KV-Bezirke liegen durchweg Versorgungsgrade von weit über 100 resp. 200% vor, wobei diese wiederum im KV-Bezirk Göttingen durchweg noch höher liegen als im KV-Bezirk Kassel!

Nach diesen Kriterien müsste also die psychotherapeutische Versorgungssituation in den KV-Bezirken Kassel und noch mehr in Göttingen vollends zufriedenstellend sein.

Umso mehr interessierte uns die Frage, wie sich *konkret* die Versorgungssituation -gemessen an Nachfrage und Angebot- in zwei KV-Bezirken darstellt, die beide offiziell als „überversorgt“ gelten, sich jedoch graduell noch einmal deutlich unterscheiden. Darüber hinaus konnten wir von weiteren versorgungsrelevanten Unterschieden, z. B. hinsichtlich der soziodemografischen Struktur in den beiden KV-Bezirken ausgehen, so dass ein Vergleich ertragreich zu werden versprach.

Im einzelnen gingen wir von folgenden **Hypothesen** aus:

1. KV-Bezirksvergleich

Die Universitätsstadt Göttingen als Mittelpunkt des entsprechenden KV-Bezirks Göttingen hat aufgrund ihrer demografischen Struktur (hoher Anteil von Studierenden und Akademikern) und ihres dichten therapeutischen Angebots möglicherweise andere Voraussetzungen für das Angebot und die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen als die (ehemalige) Industrie- und Arbeiterstadt Kassel, die das Zentrum des anderen von uns untersuchten KV-Bezirks darstellt. Ohne hier im Detail auf die demografische Struktur der Stadt Kassel und der umliegenden, zu diesem KV-Bezirk gehörenden Landkreise einzugehen, handelt es sich bei der (ehemaligen) Industriestadt Kassel sicherlich um eine andere Bevölkerungsstruktur als der in der Universitätsstadt Göttingen: Die Erwerbsbevölkerung dürfte zu weit größeren Anteilen aus Arbeitern und Angestellten der unteren und mittleren Einkommensschichten bestehen; Sozialstatus und Mentalität der Bevölkerung dürften weit weniger von der Universität und akademischen sozialen Netzwerken und Strukturen bestimmt sein, als dies in Göttingen der Fall ist. Hier ist zudem davon auszugehen, dass selbst noch die ländlichen Kreise im Umfeld von Göttingen-Stadt von der Universität als größtem Arbeitgeber der gesamten Region sozial und „mental“ beeinflusst werden. All dies prägt in erheblichem Ausmaß auch die „psychotherapeutische Szenerie“ sowohl auf Seiten des Angebots als auch auf der Nachfrageseite.

Unsere <u>*Hypothese*</u> geht dahin, dass es in der Universitätsstadt und im gesamten KV-Bezirk Göttingen eine größere „Offenheit“ und geringere Vorbehalte gegenüber Psychotherapie gibt, die auf der *Nachfrageseite* bei *gegebenem Behandlungsbedarf* die Schwelle zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen senkt; auf der *Angebotsseite* – nicht zuletzt aufgrund mehrerer hier seit langem gut etablierter Ausbildungsinstitutionen[10] - die Bereitschaft von ärztlichen und psychologischen Professionellen zur Ausbildung und Niederlassung in diesem Zweig der Heilberufe erhöht (hat). Wir vermuten, dass diese spezifische Konstellation zwischen Angebot und Nachfrage in Göttingen faktisch andere Bedingungen - bei sonst gleichem Behandlungsbedarf der Bevölkerung - für die Bestimmung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs schafft als im KV-Bezirk Kassel. Davon völlig unberührt bleiben freilich andere versorgungsrelevante Unterschiede etwa in

[10] Zu nennen ist hier neben den für die ärztliche und psychologische Ausbildung einschlägigen Abteilungen und Instituten der Universität bzw. des Universitätsklinikums vor allem das Lou Andreas-Salomé Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, ein Institut der analytischen Fachgesellschaft DPG, an dem - rechnet man die Vorläufer am Krankenhaus Tiefenbrunn (vormals „Rasemühle“) unweit von Göttingen hinzu – seit über 40 Jahren(!) eine psychotherapeutisch-psychoanalytische Ausbildung betrieben wird. Inzwischen sind in Göttingen alle (insgesamt 9) an der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung für Erwachsene und Kinder und Jugendliche beteiligten Einrichtungen zu einem „Ausbildungszentrum für Psychotherapie und Psychoanalyse“ zusammengeschlossen. Demgegenüber existiert das erste psychoanalytische Ausbildungsinstitut (der analytischen Fachgesellschaft DPV) in Kassel erst seit gut 20 Jahren (Gründung 1978, seit 1987 unter dem Namen „Alexander Mitscherlich-Institut“). Ein weiteres psychoanalytisch-psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut der DPG wurde erst in den neunziger Jahren in Kassel gegründet.

den Morbiditätsraten der beiden KV-Bezirke, die allerdings nur in epidemiologischen Studien zu ermitteln sind.

2. Vergleich zwischen Erwachsenen- und Kinder-/Jugendlichenbereich

Hypothese: Ungeachtet der generellen Versorgungsdefizite nehmen wir in beiden KV-Bezirken einen besonders ausgeprägten Versorgungsmangel im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an, der von der bisher praktizierten Bedarfsplanung aufgrund fehlender Differenzierung zwischen diesen beiden Bereichen nicht erfasst werden kann. Die besonderen Versorgungsengpässe im Kinder- und Jugendlichenbereich – so vermuten wir – sind auf der *Angebotsseite* auf eine äußerst heterogene zeitliche Verfügbarkeit der hier tätigen überwiegend weiblichen und häufig aus pädagogischen Berufsfeldern stammenden Therapeuten zurückzuführen, die weit häufiger als im Erwachsenenbereich nicht ausschließlich therapeutisch tätig sind, teils aufgrund der auf den Nachmittag beschränkten Therapiezeit bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen, teils, weil sie zusätzlichen Erwerbstätigkeiten im außertherapeutischen, zumeist pädagogischen Bereich nachgehen. Auf der *Nachfrageseite* nehmen wir einen gewachsenen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf insbesondere für Kinder im mittleren Schulalter und für Jugendliche in der Adoleszenz an, da für diese beiden Altersgruppen die traditionellen Institutionen (Erziehungsberatung, schulpsychologischer Dienst, stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe) notorisch überlastet sind, zudem letztere häufig auf ambulante psychotherapeutische Nachsorge der bei ihnen stationär behandelten Jugendlichen angewiesen sind. Wir gehen davon aus, dass angesichts dieser Konstellation eines gesteigerten Bedarfs bei gleichzeitig personell und zeitlich knapperem therapeutischen Angebot als im Erwachsenenbereich das Versorgungsdefizit für Kinder und Jugendlich stärker ausgeprägt ist.

3. Vergleich zwischen den Berufsgruppen der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten

Hypothese: Im Vergleich der beiden Berufsgruppen gehen wir davon aus, dass sich die zeitliche Arbeitssituation, die Anzahl versorgter Psychotherapiepatienten etc. bei den Ärztlichen Psychotherapeuten sehr viel heterogener darstellt als bei ihren psychologischen Fachkollegen. Angesichts der Tatsache, dass viele ärztliche Psychotherapeuten nur einen Teil ihrer Behandlungstätigkeit auf Psychotherapie verwenden, führt dies in der Bedarfsplanung, die nur zwei Abstufungen kennt (ausschließlich und überwiegend psychotherapeutisch tätig) letztlich zu einer Überschätzung der tatsächlichen Behandlungskapazitäten insbesondere der ärztlichen Psychotherapie (vgl. Löcherbach et al. 1999).

4. *Vergleich zwischen den Fachgruppen der Analytischen, Tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden und der Verhaltenstherapeuten (nach Zulassung für ein Richtlinienverfahren)*

Hypothese: Angesichts der unterschiedlichen quantitativen Repräsentanz, der beträchtlich differierenden Vorgaben in den Psychotherapie-Richtlinien (hinsichtlich der Genehmigungsschritte, dem zeitlichem Gesamtumfang der Therapien usw.) und nicht zuletzt der Unterschiede im professionellen und therapeutischen Selbstverständnis dieser Fachgruppen gehen wir von starken Differenzen in der Arbeitssituation, der Klientel und der Behandlungskapazität aus, die bei einer Bedarfsplanung Berücksichtigung finden müssten.

Zugrundeliegende Fragestellungen des Fragebogens

Im *Fokus* unserer Untersuchung stand die Frage nach der *Versorgungssituation,* mit den folgenden konkreten Fragestellungen:

- *Wie stellt sich das Verhältnis von Nachfragenden zu tatsächlich in Behandlung genommenen Patienten dar? (bezogen auf 1. Quartal 2001)*
- *Was sind die Gründe für die Diskrepanzen/Ablehnungen?*
- *Wie stellt sich die Versorgungssituation im Hinblick auf Störungsbilder und allgemein aus Sicht der praktizierenden „Experten“ dar?*

Flankierend dazu gibt es eine Reihe von *explorativen* Fragen zur ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit und zur Struktur der psychotherapeutischen Klientel:

- *Wie stellt sich die Arbeitssituation der TherapeutInnen (hinsichtlich Patientenanzahl, wöchentlichen Behandlungsstunden, Verhältnis: therapeutischen zu außertherapeutischen Tätigkeiten, wöchentlicher Gesamtarbeitszeit) dar?*
- *Welche Charakteristika weist die psychotherapeutische Klientel (hinsichtlich demografischer Daten, Kassenzugehörigkeit, Störungsbilder, Verteilung auf Therapieverfahren und Behandlungssettings, Zugangswege und Einzugsgebiet etc.) auf?*

Schließlich interessierten uns die Meinungen und Einschätzungen der ambulanten PsychotherapeutInnen zu derzeit diskutierten berufspolitischen Themen:

- *Welche Meinungen haben die Psychotherapeuten zum Gutachterverfahren, und wie werden diese inhaltlich begründet?*
- *Wie sehen die PsychotherapeutInnen im Rückblick ihre Berufswahl und welche Schlüsse lassen sich daraus auf ihre Berufszufriedenheit ziehen?*

Zum Aufbau des Fragebogens

Es gibt zwei Versionen: für (ärztliche und psychologische) *Erwachsenen-psychotherapeuten* einerseits, für *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* andererseits, die sich nur geringfügig, soweit dies aufgrund der anderen Klientel notwendig war, voneinander unterscheiden.

Fragenkomplexe:

A. Beruflicher Status

Studium – Berufsbezeichnung – Zulassung zum therapeutischen Richtlinien-verfahren – Ausbildung/Anwendung ergänzender Verfahren

B. Zur psychotherapeutischen Tätigkeit

Anzahl Patienten insgesamt – Verteilung der Pat. auf Behandlungsverfahren, Wochenfrequenzen; Therapieumfänge - Anzahl Behandlungsstunden pro Woche – Anzahl therapieergänzender, außertherapeutischer Arbeitsstunden pro Woche – Veränderung der Wochenarbeitszeit nach PTG

C. Zur Klientel

Alter – Geschlecht – familiäre Lebenssituation – Erwerbsstatus – Einzugsgebiet – Überweisungswege – vorherige Therapien/Abbrüche – Kassenzugehörigkeit – Störungsbilder

D. Neuanfragen/-zugänge im Quartal 1/2001

Anzahl Anfragen insgesamt – diagnostische Erstgespräche/probatorische Sitzungen – direkt in Behandlung genommen – auf Warteliste gesetzt – durchschnittliche Wartezeiten (einschließlich Veränderungen nach dem PTG) – Gründe für Nicht-Behandlung von Nachfragenden

E. Einschätzungen/Meinungen zu...

... Häufigkeit von Störungsbildern – diesbezüglichen Veränderungen in den letzten 5 Jahren – Versorgungsgrad (störungsspezifisch und allgemein) – Gutachterverfahren – Berufszufriedenheit (als Abschlussfrage)

Alle im Folgenden dargestellten Ergebnisse und daraus abgeleiteten Interpretationen beruhen auf den schriftlichen Angaben der praktizierenden TherapeutInnen, die zweifellos als erfahrene Experten für die uns interessierenden Fragestellungen angesehen werden können. Allerdings sind wir uns auch bewusst, dass eine Fragebogenerhebung, die ausschließlich auf den Angaben der praktizierenden Psychotherapeuten über ihre Erfahrungen mit behandelten Patienten beruht, noch keineswegs erschöpfende Aussagen etwa zur Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen in der Bevölkerung unserer Untersuchungsregionen und den daraus abzuleitenden ambulanten Behandlungsbedarf zulässt. Dies muss epidemiologischen Studien und *qualitativen* Erhebungen sowohl bei Patienten als auch den Therapeuten vorbehalten bleiben.

2.3 Beschreibung der Befragungspopulation und der Rücklaufstichprobe

Verteilung der Befragungspopulation auf KV-Bezirke und Kreisstellen

Die Befragungspopulation umfasste sämtliche niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel. Aus den Verzeichnissen der beiden einbezogenen Kassenärztlichen Vereinigungen haben wir insgesamt 624 ambulant arbeitende VertragspsychotherapeutInnen entnommen und an diese einen Fragebogen verschickt[11].

Die ambulant arbeitenden VertragspsychotherapeutInnen verteilen sich intern auf 9 Kreisstellen im KV-Bezirk Göttingen und 7 Kreisstellen im KV-Bezirk Kassel wie folgt:

Übersicht 4. Verteilung der Befragungspopulation auf die KV-Bezirke und Kreisstellen (Erwachsenen- und KJP-Bereich).

	N	**%-KV-Bezirk**
Göttingen-Stadt	171	67,6
Göttingen-Land	14	5,6
Einbeck	3	1,2
Duderstadt	3	1,2
Bad Gandersheim	12	4,7
Hann. Münden	11	4,3
Holzminden	10	4,1
Northeim	18	7.1
Osterode	11	4,3
KV-Bezirk Göttingen ges.	**253**	**100**
Kassel-Stadt	191	51,5
Landkreis Kassel	54	14,6
Fulda-Stadt/Landkreis	41	11,1
Hersfeld-Rotenburg	28	7,5
Schwalm-Eder-Kreis	9	2,4
Waldeck-Frankenberg	28	7,5
Werra-Meißner-Kreis	20	5,4
KV-Bezirk Kassel ges.	**371**	**100**
Gesamt KV-Bezirke	**624**	

[11] Diese umfassen 539 Erwachsenen- und 85 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in beiden Bereichen sowohl Ärztliche als auch Psychologische Psychotherapeuten (zur genauen quantitativen Verteilung der „bereinigten" Befragungspopulation s. Tab. 2 und Tab. 3). Angesichts der auf den ersten Blick erstaunlich hohen Anzahl ist zu berücksichtigen, dass diese Zahl sowohl die *ausschließlich* (= >90% des Praxisumsatzes) als auch die *überwiegend* (= >40-50 % des Praxisumsatzes) psychotherapeutisch Tätigen umfasst, die entsprechend bei der Bedarfsplanung mit dem Faktor 1 (ausschließlich) und 0,7 überwiegend berücksichtigt werden (vgl. Kap. 1). Auch wenn wir keine genauen Zahlenangaben für die gesamte Population ermitteln konnten, ist davon auszugehen, dass die Psychologischen (Erwachsenen-)Psychotherapeuten i. d. R. ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind; bei den Ärzten dürfte dies allenfalls für die Untergruppe der Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin zutreffen, während die Ärzte und Fachärzte mit Zusatztitel Psychotherapie in der Regel nur ergänzend psychotherapeutisch tätig sind, ansonsten in ihrem somatischen Fachgebiet arbeiten. Schließlich gibt es eine gewisse (leider nicht exakt zu quantifizierende) Anzahl von Psychotherapeuten, die nur mit reduzierter Arbeitszeit an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Diese Gruppe, die wir insbesondere bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden, u. a. aufgrund der auf den Nachmittag beschränkten Therapiezeit zumindest bei schulpflichtigen Klienten, z. T. auch bei Erwachsenenpsychotherapeuten, die zusätzlich noch anderweitigen beruflichen Beschäftigungen nachgehen, kann während ihrer ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit daher nur eine entsprechend begrenzte Zahl von Patienten versorgen. (Vgl. dazu genauer unsere Ergebnisse in Kap. 3.2 und unsere zusammenfassenden Schlussfolgerungen in Kap. 4 und Kap. 6 dieses Berichts).

An dieser Verteilung wird deutlich, dass sich in beiden KV-Bezirken die Psychotherapeuten sehr ausgeprägt auf die jeweiligen städtischen Kernbereiche konzentrieren, während im ländlichen Umfeld insbesondere des KV-Bezirks Göttingen das ambulante psychotherapeutische Angebot äußerst spärlich ausfällt.[12] Hier muss also die gesamte psychotherapeutische Versorgung des Bezirks faktisch durch die Psychotherapeuten in Göttingen-Stadt abgedeckt werden.

Diese disproportionale Verteilung zwischen „Stadt und Land" innerhalb der KV-Bezirke verschärft sich noch einmal für den KJP-Bereich:

Übersicht 5. Verteilung der Befragungspopulation auf die KV-Bezirke und Kreisstellen (*nur* KJP-Bereich).

	N-(KJP)	**%-KV-Bezirk (KJP)**
Göttingen-Stadt	41	75,9
Göttingen-Land	3	5,6
Einbeck	-	-
Duderstadt	-	-
Bad Gandersheim	1	1,8
Hann. Münden	2	3,7
Holzminden	2	3,7
Northeim	3	5,6
Osterode	2	3,7
KV-Bezirk Göttingen ges.	**54**	**100**
Kassel-Stadt	22	71,0
Landkreis Kassel	3	9,7
Fulda-Stadt/Landkreis	1	3,2
Hersfeld-Rotenburg	2	6,4
Schwalm-Eder-Kreis	-	-
Waldeck-Frankenberg	1	3,2
Werra-Meißner-Kreis	2	6,4
KV-Bezirk Kassel ges.	**31**	**100**
Gesamt KV-Bezirke	**85**	

Hier zeigt sich eine noch stärkere Konzentration der (ohnehin geringen Anzahl[13]) Kinder- und JugendlichentherapeutInnen auf die jeweiligen Kernstädte, wobei sogar in einigen Kreisstellen überhaupt keine spezifische Versorgung im KJP-Bereich gewährleistet ist.[14]

[12] Gleichwohl gelten diese (ländlichen) Kreisstellen nach den „offiziellen" Bedarfsplanungskriterien (Einteilung in den „Kreistyp" mit entsprechender „Verhältniszahl") auch schon als „überversorgt", vgl. Übersicht 1 weiter oben in Kap. 2.2.

[13] Angesichts der auffällig geringen Anzahl der KJ-PT im gesamten KV-Bezirk Kassel haben wir bei der KV Kassel nachgefragt. Doch aufgrund der diesbezüglichen Hinweise konnten wir keine handfesten Korrekturen an dieser defizitären Lage vornehmen. Wir erhielten lediglich Hinweise, dass insgesamt rd. 10 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinderheilkunde ermächtigt sind, gelegentliche Psychotherapien durchzuführen. Diese sind hier nicht einbezogen.

[14] Hier wird die ganze Absurdität der mangelnden Differenzierung zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenbereich bei der Festlegung der Verhältniszahlen in den jeweiligen Planungsbereichen vollends deutlich.

Vergleich von Befragungspopulation und Rücklaufsample

Ziehen wir von der Gesamtpopulation der Befragten all jene Fälle ab, die als "Fehlrückläufe", z. B. aufgrund von Berentung, Rücknahme der Kassenzulassung, Wegzug aus dem KV-Bezirk u. ä. nicht mehr zur Untersuchungspopulation zu rechnen sind, kommen wir auf eine "bereinigte" Befragungspopulation von *N = 594*, die wir im Folgenden als Bezugsgröße bei der Berechnung der Rücklaufquoten zugrundelegen.

Insgesamt haben wir 250 Fragebögen zurückgesendet bekommen, von denen zwei nicht auswertbar waren, so dass sich der Rücklauf auf *n = 248* Fälle beläuft, was einer *Rücklaufquote von 41,8 %* entspricht. Diese muss angesichts einer völlig anonym durchgeführten schriftlichen Fragebogenerhebung als sehr zufriedenstellend angesehen werden, so dass auch die Ergebnisse als hinreichend repräsentativ für die untersuchte Population anzusehen sind. Wie sich die (bereinigte) Befragungspopulation (N) und die jeweilige Rücklaufstichprobe (n) in den beiden KV-Bezirken, im Hinblick auf den Erwachsenen- und KJ-P-Bereich, die Berufsgruppen sowie die Geschlechtszugehörigkeit der Befragten darstellen, geht aus den folgenden Tabellen hervor.

Tab. 1. Die befragte Population („bereinigt“) und Rücklauf nach KV -Bezirk.

	Befragte Population		Rücklaufstichprobe		Rücklaufquote
	N	%	n	%	%
KV Bezirk Göttingen	234	39,4	97	39,1	**41,5**
KV-Bezirk Kassel	360	60,6	151	60,9	**41,9**
Gesamt	594	100,0	248	100,0	**41,8**

Die Rücklaufquote ist im KV-Bezirk Kassel mit 41,9% geringfügig höher als in Göttingen. Die größere räumliche Distanz des KV-Bezirks Kassel zum Ort, an dem die Erhebung angesiedelt ist, hat also gerade nicht – wie zu vermuten gewesen wäre – zu einer größeren Antwort-Zurückhaltung geführt. Die geringfügig geringere Rücklaufquote in Göttingen könnte auf größere Befürchtungen bzgl. der Anonymitätswahrung zurückzuführen sein. Insgesamt spiegelt die Rücklaufstichprobe die prozentualen Anteile der Therapeuten der beiden KV-Bezirke jedoch sehr gut wider und kann in dieser Hinsicht als repräsentativ gelten.

Ähnlich verhält es sich bei der Repräsentanz von Erwachsenen- und Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapeuten, wie die Tabelle 2 zeigt.

Tab. 2. Befragte Population („bereinigt") und Rücklauf nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichentherapeuten.

	Befragte Population		Rücklaufstichprobe		Rücklaufquote
	N	%	n	%	%
PT-Erwachsene	517	87,0	205	82,7	**39,7**
PT-KJP	77	13,0	43	17,3	**55,8**
Gesamt	594	100,0	248	100,0	**41,8**

Auffällig ist hier zunächst der äußerst geringe Anteil der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in der (bereinigten) Befragungspopulation von nur 13% an allen Therapeuten. Dies ist schon ein deutlicher Hinweis auf ein Ungleichgewicht in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwachsenen. Der Vergleich der KV-Bezirke zeigt zudem, dass – wie bereits oben erwähnt -, die KJP-Repräsentanz im KV-Bezirk Kassel besonders defizitär ist. Dass angesichts dieser Situation im KJP-Bereich die Rücklaufquote mit über 55% besonders hoch ist, mag u. a. damit zusammenhängen, dass diese Gruppe ein ausgeprägtes Interesse an der Fragestellung der Untersuchung der Versorgungslage hat und mit ihren Antworten auf die prekäre Versorgungslage und auch ihre unbefriedigende Arbeitssituation aufmerksam machen will (vgl. dazu genauer Kap. 5 in diesem Bericht).

In der folgenden Tabelle vergleichen wir die Verteilung der *Berufsgruppen* der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten in der (bereinigten) Untersuchungspopulation und der Rücklaufstichprobe, wobei wir hier nur die Erwachsenenpsychotherapeuten einbeziehen.[15]

Tab. 3. Befragte Population („bereinigt") und Rücklauf nach Berufsgruppen (*nur* Erwachsenen-PT).

	Befragte Population		Rücklaufstichprobe		Rücklaufquote
	N	%	n	%	%
PPT	271	52,4	106	51,7	**39,7**
ÄPT	246	47,6	99	48,3	**40,2**
Gesamt	517	100,0	205	100,0	**39,7**

Sowohl in unserer Grundgesamtheit als auch in der Rücklaufstichprobe gibt es eine leichte Dominanz zugunsten der Psychologischen Psychotherapeuten, wobei diese in der Rücklaufstichprobe etwas geringer ausfällt. Differenziert man hier nach KV-Bezirken, so fällt in Göttingen die Dominanz der Psychologischen Psychotherapeuten mit 55,4% deutlich höher als in Kassel aus, wo die Psychologischen Psychotherapeuten mit lediglich 47% gegenüber ihren ärztlichen Kollegen sogar leicht unterrepräsentiert sind. (Vgl. dazu genauer Kap. 3)

Insgesamt spiegeln unsere Zahlen annähernd die in den Psychotherapievereinbarungen vorgeschriebene Gleichverteilung von Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten wider, die ja die Zulassungspraxis dieser beiden

[15] Dies, weil es – streng genommen – im KJP-Bereich so gut wie keine Ärzte gibt, die *ausschließlich* oder auch nur zum überwiegenden Teil psychotherapeutisch tätig sind; vgl. auch die vorhergehende Anmerkung.

Berufsgruppen bestimmt und gegebenenfalls zu einem Zulassungsstopp für eine Berufsgruppe in einem KV-Bereich führen kann, selbst wenn für die andere noch Plätze frei sein sollten.[16]

Vergleichen wir abschließend die Geschlechterverteilung in der Befragungspopulation und der Rücklaufstichprobe:

Tab. 4. Befragte Population („bereinigt") und Rücklauf nach Geschlecht der Befragten.

	Befragte Population		Rücklaufstichprobe		Rücklaufquote
	N	%	n	%	%
Frauen	342	57,6	129	53,8	**37,7**
Männer	252	42,4	113	46,7	**44,8**
Gesamt	594	100,0	242	(100,0)	**40,7**

* Differenz zu 248 (41,8) kommt durch Nichtangabe der Geschlechtszugehörigkeit von 6 der Antwortenden zustande.

Mit 57,6% Anteil an den Befragten gibt es eine deutliche Dominanz der weiblichen gegenüber den männlichen Psychotherapeuten in der Untersuchungspopulation. In der Rücklaufstichprobe sind die weiblichen Psychotherapeuten ebenfalls dominierend, wenn auch in deutlich geringerem Ausmaß. Das heißt mit anderen Worten, dass ganz im Unterschied zu sonstigen Befragungen Männer in unserer Untersuchung offenbar antwortfreudiger waren als ihre weiblichen Kollegen.

Leider war es nicht möglich, auch die genaue quantitative Verteilung der 3 *Fachgruppen* der Richtlinienpsychotherapie (Analytisch, tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutische) in der Untersuchungspopulation aufgrund unvollständiger Angaben in den KV-Registern zu ermitteln, so dass wir diese nicht exakt mit der uns vorliegenden Verteilung im Rücklaufsample vergleichen können. Wir gehen aber davon aus, dass die Verteilung der 3 Fachgruppen in unserem Rücklaufsample die Verhältnisse in der Untersuchungspopulation der beiden KV-Bezirke annähernd adäquat widerspiegeln (vgl. dazu genauer Kap. 3).

Fasst man diese Ergebnisse zur Repräsentativität unserer Rücklaufstichprobe gegenüber der Befragungspopulation zusammen, so lassen sich die im Folgenden detailliert dargestellten Auswertungsergebnisse unseres Samples als durchaus repräsentativ für unsere Untersuchungspopulation ansehen. Wieweit sie darüber hinaus auch mit den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen (z. B. Zepf et al., 2001, Löcherbach et al. 1999) übereinstimmen, werden wir gegebenenfalls an der jeweiligen Stelle im Bericht prüfen, soweit dies in diesem Rahmen möglich ist.

[16] In den von uns einbezogenen KV-Bezirken gibt es daher zumindest für die Psychologischen Psychotherapeuten einen „Zulassungsstopp". Die „Überrepräsentanz" der Psychologischen Psychotherapeuten in Göttingen geht daher auf „bedarfsunabhängige" Zulassungen dieser Berufsgruppe zurück, die unmittelbar nach dem PTG noch möglich waren.

3. Ergebnisse zur Erwachsenenpsychotherapie

3.1 Demografische Daten und beruflicher Status der Befragten

3.1.1 Alter/Geschlechterverteilung

Schauen wir uns zunächst die insgesamt 205 Erwachsenen-psychotherapeutInnen unseres Samples hinsichtlich *Alter* und *Geschlechts-zugehörigkeit* an.

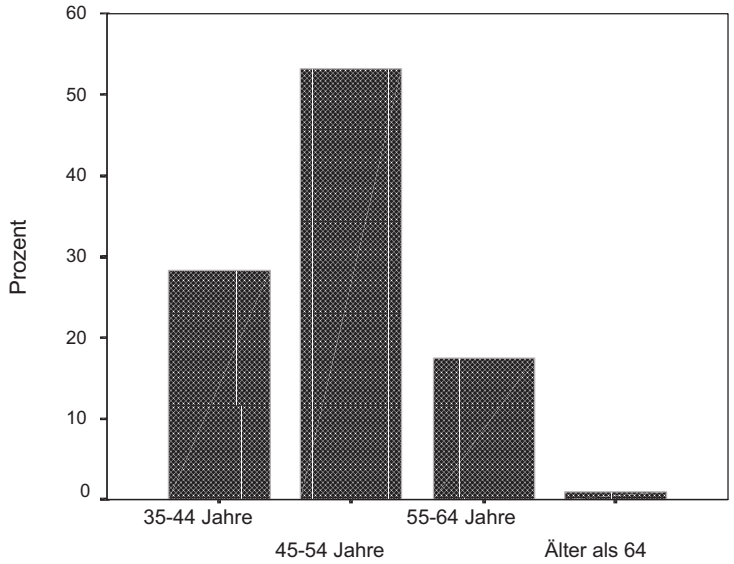

Abb. 1. Alter der befragten TherapeutInnen (n = 201).

Gut die Hälfte der Befragten befindet sich in der Altersgruppe der 45–55Jährigen. Damit ist das Durchschnittsalter der PsychotherapeutInnen recht hoch. Berücksichtigt man weiterhin, dass sich in unserem Sample kein Erwachsenenpsychotherapeut unter 35 Jahre befindet, so wirft dies ein Schlaglicht auf das relativ hohe Eingangsalter für die Niederlassung der Erwachsenen-psychotherapeuten, das vor allem auf die im Vergleich mit anderen Facharztgruppen relativ lange Aus- und Weiterbildungszeit zurückzuführen ist. Interessant ist allerdings der Unterschied zwischen den beiden KV-Bezirken:

Tab. 5. Alter der Befragten nach KV-Bezirk (n = 201).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
	%	%	%
35-44 Jahre	18,3	33,8	28,4
45-54 Jahre	56,3	51,5	53,2
55-64 Jahre	22,5	14,6	17,4
Älter als 64	2,8		1,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

So befindet sich in Göttingen eine vergleichsweise ältere Therapeutenschaft, was mit der hier länger etablierten Tradition einer psychotherapeutischen bzw. analytischen Ausbildung im Vergleich zu Kassel in Zusammenhang gebracht werden könnte.

Schauen wir uns weiterhin die Geschlechterverteilung der Erwachsenenpsychotherapeutlnnen unseres Samples an, so sind männliche und weibliche Psychotherapeuten fast gleichverteilt:

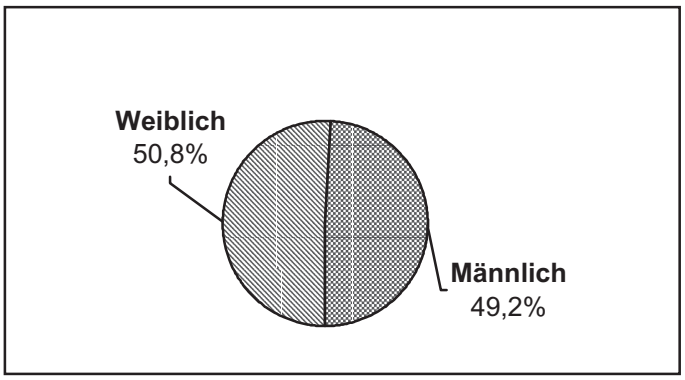

Abb. 2. Geschlechterverteilung der befragten TherapeutInnen (n = 201).

Die bereits dargestellte deutlich höhere Dominanz der weiblichen Psychotherapeuten in unserer Grundgesamtheit (= 57,6%) und in unserem Gesamtrücklauf einschließlich der KJPler (= 53,3%) scheint demnach auf die dort einbezogenen weiblich dominierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurückzuführen zu sein. Außerdem weisen die Diskrepanzen zwischen Grundgesamtheit und Rücklauf in der Geschlechterverteilung darauf hin, dass in unserer Befragung Männer offenbar relativ antwortfreudiger als Frauen waren. (Vgl. dazu genauer Kap. 2.3 dieses Berichts).

3.1.2 Beruflicher Status

Unter diesen Punkt haben wir folgendes zusammengefasst:

- Das *Basisstudium* bzw. den Grundberuf (Medizin, Psychologie ; anderes Studienfach);
- Die *Berufsgruppen* der Ärztlichen und der Psychologischen PsychotherapeutInnen (ÄPTn; PPTn);
- Die *Fachgruppen* der Psychoanalytischen, der Tiefenpsychologischen und der VerhaltenstherapeutInnen (PsaTn; TPTn; VTn);[17]

[17] Die Fachgruppen haben wir auf Basis der Frage 4 des Fragebogens wie folgt definiert: Erstens die Gruppe der "Psychoanalytischen Therapeuten bzw. PsychoanalytikerInnen": Sie umfasst alle (Ärztlichen und Psychologischen) PsychotherapeutInnen mit Zulassung bzw. Abrechnungsgenehmigung in der Psychoanalytischen (Langzeit-)Therapie (max. 300 Std., EBM-Ziffer 863); gleichzeitig kann diese Fachgruppe i. d. R. auch die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (max. 100 Std., EBM-Ziffer 861) praktizieren und abrechnen. Zweitens die Gruppe der "Tiefenpsychologischen PsychotherapeutInnen": Als eigenständige Fachgruppe umfasst diese alle PsychotherapeutInnen mit Zulassung und Abrechnungsgenehmigung für "Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie" (max. 100 Std., Ziffer 861). Drittens schließlich die Fachgruppe der "VerhaltenstherapeutInnen" mit Zulassung und Abrechnungsgenehmigung für "Verhaltenstherapie" (max. 80 Std., EBM-Ziffer 870) als drittem Richtlinienverfahren. Davon unberührt bleibt die zusätzliche Zulassung für Gruppentherapie, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie oder auch die vereinzelt vorkommende zusätzliche Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie bei den PsychoanalytikerInnen bzw. Tiefenpsychologischen TherapeutInnen und vice versa. Da wir die Berufs- und Fachgruppen häufig zum Vergleich heranziehen, empfehlen sich die o. g. Abkürzungen. Alternativ dazu wenden wir auch häufig das etwas lax formulierte, aber gebräuchliche Suffix "...ler" bei den Tiefenpsychologischen, den VerhaltenstherapeutInnen und den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen an.

- Den *Zeitpunkt* des psychotherapeutischen *Ausbildungsabschlusses* und der *Niederlassung* als PsychotherapeutIn;
- Die zusätzliche Ausbildung in und Praktizierung von *ergänzenden Therapieverfahren bzw. -richtungen* außerhalb der Richtlinienpsychotherapie.

Basisstudium/Grundberuf

Wie Tab. 6 zeigt, überwiegen in unserem Sample die TherapeutInnen mit Basisstudium Psychologie geringfügig gegenüber jenen mit Medizinstudium.

Tab. 6. Studium der Befragten nach KV-Bezirk (n = 205).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Medizin	24 33,3%	71 53,4%	95 46,3%
Psychologie	45 62,5%	59 44,4%	104 50,7%
Medizin und Psychologie	2 2,8%	2 1,5%	4 2,0%
Alternatives Studienfach	1 1,4%	1 ,8%	2 1,0%
Gesamt	72 100,0%	133 100,0%	205 100,0%

Vergleicht man allerdings die KV-Bezirke miteinander, so fällt die deutlich höhere Repräsentanz der Psychologen in Göttingen auf. Ein Grund dafür liegt sicherlich darin, dass es in Göttingen ein seit langem etabliertes psychotherapeutisch-analytisches Ausbildungsinstitut gibt, das schon immer auch Diplompsychologen offen stand; darüber hinaus bietet der Diplomstudiengang Psychologie an der Göttinger Universität die Möglichkeit, psychotherapeutische Grundkenntnisse und Erfahrungen bereits während der psychologischen Erstausbildung zu erwerben. Ein vergleichbares Rekrutierungsfeld für eine psychotherapeutische Weiterbildung speziell für Psychologen fehlt unseres Wissens in Kassel, da an der dortigen Gesamthochschule kein universitärer Diplomstudiengang Psychologie existiert.

Zudem haben – wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht – immerhin insgesamt 10,3% der Befragten über Medizin oder Psychologie hinaus noch ein zusätzliches Studium, zumeist aus dem pädagogischen oder sozialwissenschaftlichen Bereich, absolviert:

Tab. 7. Zusätzliche Studienfächer zu Medizin oder Psychologie (n = 205).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	(Sozial-)pädagogik einschließl. Lehramt	8	3,9	34,8
	Sozial- u. Geisteswissenschaften	11	5,4	47,8
	Ing.- u. Naturwissenschaften	3	1,5	13,0
	Sonstiges	1	,5	4,3
	Gesamt	23	11,2	100,0
Fehlend	kein	182	88,8	
Gesamt		205	100,0	

Weiterhin haben zwei der Befragten unseres Samples weder Medizin noch Psychologie, sondern ein alternatives Studienfach (Literaturwissenschaft/ Kunstgeschichte, Soziologie/Germanistik) als Basisstudium angegeben. Dies - so könnte man sagen - erinnert noch daran, dass vor dem PTG auch AbsolventInnen eines kultur-, geistes- oder sozialwissenschaftlichen Studiums eine psychotherapeutische Weiterbildung, zumeist psychoanalytischer Ausrichtung, absolvieren konnten und PsychotherapeutInnen nicht selten über eine beträchtliche Breite und Vielfalt der Qualifikation verfügten bzw. verfügen. Dies dürfte angesichts der Vorgaben des PTG, nach denen zumindest für den Bereich der Erwachsenenpsychotherapie nur noch ein abgeschlossenes Medizin- oder Psychologiestudium als Voraussetzung für die Zulassung zu einer approbationsfähigen psychotherapeutischen Weiterbildung in den Richtlinienverfahren akzeptiert wird, bei der zukünftigen Generation von Psychotherapeuten kaum noch anzutreffen sein.

Die Geschlechterverteilung in den Basisstudiengängen gibt die folgende Tabelle wieder:

Tab. 8. Studium nach Geschlecht (n = 201).

	Geschlecht des Befragten		
	Frau	Mann	Gesamt
Medizin	39 38,2%	55 55,6%	94 46,8%
Psychologie	60 58,8%	41 41,4%	101 50,2%
Medizin und Psychologie	1 1,0%	3 3,0%	4 2,0%
Alternatives Studienfach	2 2,0%		2 1,0%
Gesamt	102 100,0%	99 100,0%	201 100,0%

Demnach dominieren beim Basisstudium Medizin die Männer, beim Basisstudium Psychologie die Frauen.

Aufschluss über die *generationalen* Veränderungen im Verhältnis zwischen psychologisch und medizinisch vorgebildeten PsychotherapeutInnen gibt deren unterschiedliche Verteilung in den verschiedenen Altersgruppen. So lässt sich aus Tab. 9 ableiten, dass noch vor 25 bis 30 Jahren die psychotherapeutische Weiterbildung und Praxis offensichtlich von Ärztlichen PsychotherapeutInnen dominiert wurde, während in der jüngeren Alterskohorte der befragten TherapeutInnen (35 - 44 Jahre) eindeutig die PsychologInnen mit fast 60% gegenüber den Ärzten dominieren:

Tab. 9. Studium der Befragten nach Alter (n = 201).

	Alter des Befragten				Gesamt
	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-64 Jahre	Älter als 64	
Medizin	23 40,4%	50 46,7%	21 60,0%		94 46,8%
Psychologie	34 59,6%	53 49,5%	12 34,3%	2 100,0%	101 50,2%
Medizin und Psychologie		4 3,7%			4 2,0%
Alternatives Studienfach			2 5,7%		2 1,0%
Gesamt	57 100,0%	107 100,0%	35 100,0%	2 100,0%	201 100,0%

Berufsgruppen

Faktisch sind die Richtlinien-Psychotherapeuten nach dem PTG in zwei große Berufsgruppen für die Erwachsenenpsychotherapie unterteilt worden:[18]

- Die *Ärztlichen Psychotherapeuten* mit abgeschlossenem Medizinstudium und ärztlicher Approbation. Diese lassen sich noch einmal in drei Untergruppen mit entsprechend unterschiedlichen Berufsbezeichnungen unterteilen: (Fach-)Arzt mit *Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse*[19], Facharzt f. *Psychiatrie und Psychotherapie*[20], Facharzt für *Psychotherapeutische Medizin*[21], der als neuer Gebietsarzt erst seit 1991 existiert.
- Die *Psychologischen Psychotherapeuten* mit abgeschlossenem Diplompsychologiestudium und der Approbation, die sie erst *nach* Abschluss ihrer psychotherapeutischen Ausbildung in einem Richtlinienverfahren erhalten können.[22]

---

[18] Eine weitere Berufsgruppe bilden die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die zumeist über ein (sozial-)pädagogisches Basisstudium verfügen und wie die Diplompsychologen erst nach Abschluss ihrer psychotherapeutischen Zusatzausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren die Approbation erhalten. Seit dem Inkrafttreten des PTG werden sowohl die Psychologischen als auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als je eigenständige, neu zu den Heilberufen hinzugekommene Berufsgruppen definiert.

[19] Früher konnten sowohl Ärzte als auch Fachärzte den Zusatztitel Psychotherapie bzw. Psychoanalyse erwerben. Heute ist dies nur noch auf Basis einer Facharztausbildung möglich. Die sog. "Zusatztitler" sind zumeist nicht überwiegend psychotherapeutisch, sondern weiterhin auch als Facharzt in einer somatischen Disziplin tätig.

[20] Hierunter werden außerdem die Fachärzte f. Psychiatrie, Neurologie und die Nervenärzte subsumiert, sofern diese Facharztgruppen auch (bzw. sogar überwiegend) psychotherapeutisch arbeiten.

[21] Es ist davon auszugehen, dass viele Ärztliche PsychotherapeutInnen, die bereits *vor* der Einführung der Facharztausbildung für Psychotherapeutische Medizin in 1991 ihre psychoanalytische Zusatzausbildung abgeschlossen hatten, sich nunmehr nach dem PTG auch "Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin" nennen, u. a. deswegen, weil "Psychoanalytiker" allein im Rahmen des kassenärztlichen Versorgungssystems keine offizielle Berufsbezeichnung (mehr) ist; möglicherweise auch, um sich - sofern sie überwiegend psychotherapeutisch tätig sind - hinreichend von den Ärzten mit "Zusatztitel Psychotherapie" abzugrenzen, die Psychotherapie zumeist nur teilweise. und ergänzend zu ihrer sonstigen (fach-)ärztlichen Tätigkeit ausführen.

[22] Dies ist der berufspolitische Hintergrund für die begriffliche Unterscheidung zwischen der psychotherapeutischen *Weiter-* oder *Facharzt*ausbildung für Ärzte einerseits und der psychotherapeutischen

Wie Tab. 10 zeigt, verteilen sich in unserem gesamten Erwachsenensample die Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten etwa gleich. Schaut man sich hingegen die Verteilungen in den beiden KV-Bezirken an, dann zeigen sich deutliche Unterschiede:

Während in Göttingen die Psychologischen Psychotherapeuten gegenüber den Ärztlichen deutlich überwiegen, verhält es sich im KV- Bezirk Kassel umgekehrt.[23]

Tab. 10. Berufsgruppe der Befragten nach KV-Bezirk (n = 205).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Ärztliche Psychotherapeuten	26 36,1%	73 54,9%	99 48,3%
Psychologische Psychotherapeuten	46 63,9%	60 45,1%	106 51,7%
Gesamt	72 100,0%	133 100,0%	205 100,0%

Schlüsselt man die Ärztlichen Psychotherapeuten unseres Samples nach den 3 Untergruppen auf, so ergibt sich folgendes Bild:

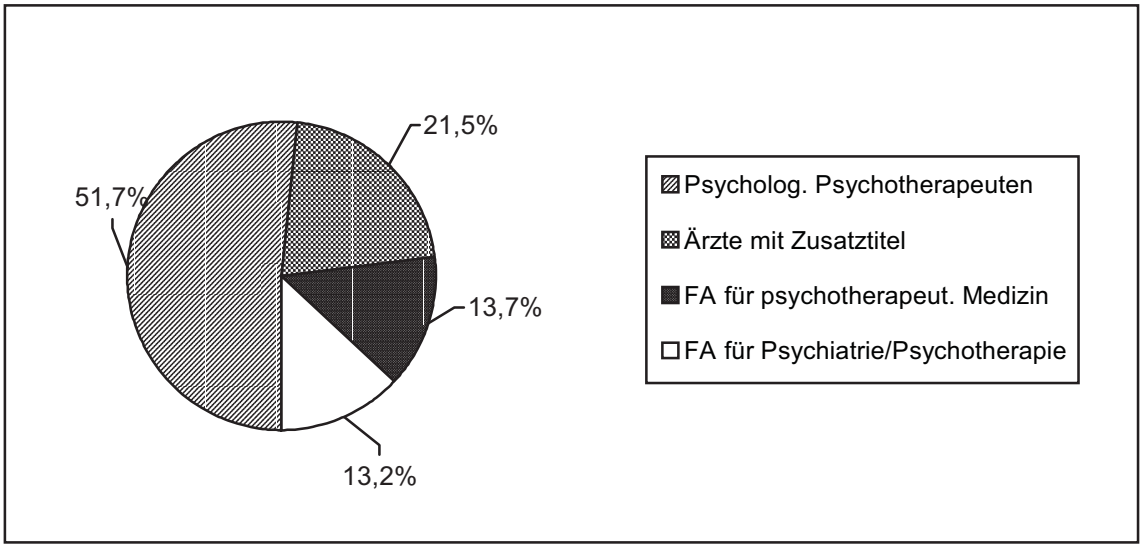

Abb. 3. Berufsgruppen der Befragten mit ärztlichen Untergruppen (n = 205).

---

*Aus*bildung für Diplompsychologen andererseits. Mit den Übergangsregelungen zur Zulassung infolge des PTG wurden im übrigen auch jene wenigen, zumeist psychoanalytisch ausgebildeten und nach dem Delegationsverfahren praktizierenden PsychotherapeutInnen mit alternativem Basisstudium der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten zugeschlagen. Dies wird in Zukunft ausgeschlossen sein, da per Gesetz Weiterbildungsaspiranten, die weder über ein abgeschlossenes Medizin- noch Diplompsychologie-Studium verfügen, nicht mehr ohne weiteres zur psychotherapeutischen Aus- oder Weiterbildung in einem therapeutischen Richtlinienverfahren zugelassen werden dürfen.

[23] Vgl. auch die diesbezüglichen Verteilungen in unserer Untersuchungspopulation in Kap. 2.3 dieses Berichts. Vergleicht man darüber hinaus die Verhältnisse in unseren beiden KV-Bezirken mit denen in der Bundesrepublik (Quelle: Zepf et al. 2001, S.15), so stellt man fest, dass es auch hier - wenn auch nicht in dem Ausmaß wie im KV-Bezirk Göttingen - mit 57 % eine Dominanz der Psychologischen gegenüber den Ärztlichen Psychotherapeuten gibt und damit die gesetzlich geforderte Gleichverteilung dieser beiden Berufsgruppen nicht gegeben ist. Das heißt auch, dass hier der Zulassungsstopp vorrangig die Psychologischen Psychotherapeuten trifft. In diesem Punkt ist also der KV-Bezirk Göttingen typischer für die Verhältnisse in der Bundesrepublik als der KV-Bezirk Kassel.

Bei den Ärztlichen Psychotherapeuten dominieren mit rd. 21,5% die „Zusatztitler“, während die beiden anderen ärztlichen Untergruppen einen fast gleichen Anteil von rd. 13% stellen.

Der Vergleich der KV-Bezirke ergibt hier deutliche Unterschiede:

Tab. 11. Berufsbezeichnung der Befragten nach KV-Bezirk (n = 205).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
(FA-) Arzt mit Zusatztitel	8 11,1%	36 27,1%	44 21,5%
FA für Psychiatrie/ Psychotherapie	9 12,5%	18 13,5%	27 13,2%
FA für psychotherapeutische Medizin	9 12,5%	19 14,3%	28 13,7%
Psychologischer Psychotherapeut	46 63,9%	60 45,1%	106 51,7%
Gesamt	72 100,0%	133 100,0%	205 100,0%

Auffällig ist, dass sich die 3 ärztlichen Untergruppen in Göttingen etwa gleich verteilen, während in Kassel die "Zusatztitler" faktisch doppelt so häufig vertreten sind wie die beiden anderen Untergruppen. Stellt man in Rechnung, dass die Zusatztitler in der Regel nicht ausschließlich, sondern häufig nur zu einem geringen Prozentsatz psychotherapeutisch tätig sind, dann lässt sich schlussfolgern, dass der vergleichsweise hohe diesbezügliche Arztanteil im KV-Bezirk Kassel eher ein Indiz für eine geringere Versorgungskapazität im Vergleich zu Göttingen mit seinem deutlich höheren Anteil an Psychologischen Psychotherapeuten ist, die ja im Unterschied zu den Ärztlichen in aller Regel ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind und daher mehr psychotherapeutische Behandlungskapazität zur Verfügung stellen können.[24]

[24] Leider haben wir es versäumt, die Ärztlichen Psychotherapeuten nach dem jeweiligen Anteil der psychotherapeutischen Tätigkeit an ihrer gesamten Behandlungstätigkeit als Ärzte zu fragen. Bei der offiziellen Bedarfsplanung wird laut Löcherbach et al. zwischen überwiegender (90% und mehr des Praxisumsatzes) und nicht überwiegender (40-50% des Praxisumsatzes) psychotherapeutischer Tätigkeit unterschieden und bei der Bedarfsrechnung entsprechend mit Faktor 1 bzw. Faktor 0,7 veranschlagt. Löcherbach et al. selbst gehen davon aus, dass im Bereich der Psychotherapie die überwiegende Mehrheit insbesondere bei den Ärzten nicht voll psychotherapeutisch tätig ist und schlagen deshalb eine noch feinere Differenzierung der Anteile psychotherapeutischer Tätigkeit pro Woche vor: 0,3(=unter 25 Stunden); 0,5; 0,7; 1,0 (=40 Stunden pro Woche und mehr). (Löcherbach et al. 2000, S. XXXIV f.).Indirekt können wir auch in unserer Untersuchung Hinweise auf das Ausmaß der psychotherapeutischen Tätigkeit bei den einzelnen Arztgruppen über die angegebenen Patientenanzahl und Behandlungsstundenanzahl bekommen (vgl. dazu genauer Kap. 3.2 in diesem Bericht).

Schlüsselt man die beiden Berufsgruppen nach der Geschlechtszugehörigkeit auf (Tab. 12), so ergibt sich wie auch schon beim Basisstudium bei den Ärztlichen Psychotherapeuten eine „männliche" (58,6%), bei den Psychologischen eine „weibliche" Dominanz (60 %).

Tab. 12. Berufsgruppe der Befragten nach Geschlecht (n = 201).

	Geschlecht des Befragten		
	Frau	Mann	Gesamt
Ärztliche Psychotherapeuten	40 39,2%	58 58,6%	98 48,8%
Psychologische Psychotherapeuten	62 60,8%	41 41,4%	103 51,2%
Gesamt	102 100,0%	99 100,0%	201 100,0%

Fachgruppen (nach Zulassung für ein Richtlinienverfahren)

Wie bereits weiter oben ausgeführt, haben wir auf Basis unserer Frage nach der Zulassung für eines der 3 Richtlinienverfahren drei sog. Fachgruppen gebildet, zwischen denen wir bei vielen weiteren Fragen immer wieder Vergleiche anstellen werden. Hier sei zunächst die Verteilung der Fachgruppen in unserem gesamten Erwachsenensample wiedergegeben.

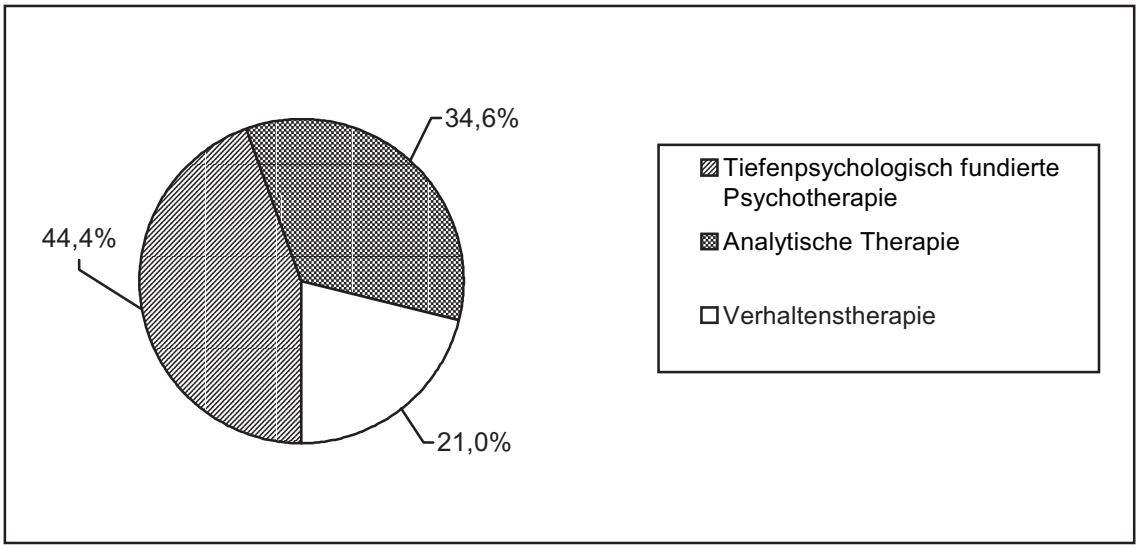

Abb. 4. Prozentuale Verteilung der Befragten auf die Fachgruppen (nach Zulassung für ein Richtlinienverfahren; n = 205).

Die größte Fachgruppe bilden mit 44,4 % die TherapeutInnen mit Zulassung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Die Fachgruppe der AnalytikerInnen stellt insgesamt ein gutes Drittel aller befragten ErwachsenenpsychotherapeutInnen unseres Samples. Demgegenüber sind die VerhaltenstherapeutInnen lediglich mit knapp 21% in unserem Sample repräsentiert.

Deutlich anders als im Gesamtsample sehen allerdings die Verhältnisse im KV-Bezirk Göttingen aus, wo die AnalytikerInnen mit gut der Hälfte aller PsychotherapeutInnen die absolut dominante Fachgruppe bilden.

Tab. 13. Fachgruppe nach KV-Bezirk (n = 205).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Analytische Therapie	37 51,4%	34 25,6%	71 34,6%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	18 25,0%	73 54,9%	91 44,4%
Verhaltenstherapie	17 23,6%	26 19,5%	43 21,0%
Gesamt	72 100,0%	133 100,0%	205 100,0%

Der überaus hohe Anteil der AnalytikerInnen in Göttingen dürfte auf die hier seit langem fest etablierte psychoanalytische Aus- und Weiterbildung an einem psychoanalytischen Ausbildungsinstitut zurückzuführen sein, das zudem die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bisher nicht als vollen, eigenständigen Ausbildungsgang, sondern nur als Settingvariante in die psychoanalytische Langzeitausbildung integriert oder in Form der kürzeren Ausbildung zum Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie für Ärzte angeboten hat.[25] In Kassel wiederum fällt der überproportional hohe Anteil der tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Psychotherapeuten auf, was vor allem auf die in Kassel insgesamt besser repräsentierten Ärztlichen Psychotherapeuten zurückzuführen ist.

Vergleicht man nämlich die Repräsentanz der 3 Richtlinienverfahren bei Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, so zeigt Tab. 14, dass diese durchaus unterschiedlich in diesen beiden Berufsgruppen vertreten sind.

Tab. 14. Fachgruppe nach Berufsgruppe (n = 205).

	Berufsgruppe		
	ÄPT	PPT	Gesamt
Analytische Therapie	29 29,3%	42 39,6%	71 34,6%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	65 65,7%	26 24,5%	91 44,4%
Verhaltenstherapie	5 5,1%	38 35,8%	43 21,0%
Gesamt	99 100,0%	106 100,0%	205 100,0%

So sind in der Fachgruppe der Analytiker die Psychologischen Psychotherapeuten mit fast 40% deutlich dominierend gegenüber den Ärztlichen PsychotherapeutInnen. Demgegenüber befinden sich in der Fachgruppe der TPTn hauptsächlich Ärztliche PsychotherapeutInnen, die sogar einen Anteil von fast

[25] Erst seit kurzem wird hier - wie auch an anderen, primär psychoanalytischen Ausbildungsinstituten ein eigenständiger, zur Approbation führender Ausbildungsgang in "Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie" als Richtlinienverfahren für Diplompsychologen angeb oten.

zwei Dritteln ausmachen. Die Fachgruppe der Verhaltenstherapeuten setzt sich zum überwiegenden Teil aus Psychologischen PsychotherapeutInnen zusammen, während die ÄPTn mit 5,1% hier mit einem verschwindend geringen Anteil vertreten sind. Aus der Perspektive der beiden Berufsgruppen formuliert, heißt dies: Die Ärztlichen Psychotherapeuten haben in der überwiegenden Mehrheit die Zulassung zur Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, sind deutlich seltener unter den Analytikern und so gut wie gar nicht bei den Verhaltenstherapeuten zu finden.[26] Die Psychologischen Psychotherapeuten verteilen sich etwas gleichgewichtiger auf die 3 Fachgruppen, allerdings mit einer unterdurchschnittlichen Repräsentanz bei der Fachgruppe der Tiefenpsychologischen Therapeuten.[27]

Beim Altersvergleich der Fachgruppen (Tab. 15) fällt das vergleichsweise höhere Alter der AnalytikerInnen auf: So setzt sich etwa die Altersgruppe der 55-64jährigen zu 57% aus Analytischen und nur zu 14,3% aus VerhaltenstherapeutInnen zusammen. Dies dürfte vor allem auf das i. d. R höhere Einstiegsalter für eine psychoanalytische Ausbildung und deren vergleichsweise lange Dauer, aber auch auf die spätere Integration der Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren in das kassenärztliche Versorgungssystem zurückzuführen sein.

Tab. 15. Fachgruppe nach Alter (n = 201).

	Alter des Befragten				
	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-64 Jahre	Älter als 64	Gesamt
Analytische Therapie	11 19,3%	37 34,6%	20 57,1%	1 50,0%	69 34,3%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	30 52,6%	51 47,7%	10 28,6%		91 45,3%
Verhaltenstherapie	16 28,1%	19 17,8%	5 14,3%	1 50,0%	41 20,4%
Gesamt	57 100,0%	107 100,0%	35 100,0%	2 100,0%	201 100,0%

[26] Grund dafür ist zweifellos, dass die Theorie der Verhaltenstherapie auf der akademischen Psychologie basiert, so dass auch die volle verhaltenstherapeutische Ausbildung sowohl auf Dozenten- als auch auf der Teilnehmerseite nahezu ausschließlich aus Diplompsychologen besteht.

[27] Dies hat, wie bereits erwähnt, damit zu tun, dass bisher die Ausbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als eigenständigem Richtlinienverfahren kaum von Diplompsychologen, sondern vor allem von Ärzten zum Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie absolviert wurde.

In allen 3 Fachgruppen gibt es keine gravierenden Unterschiede hinsichtlich der Geschlechterverteilung. Lediglich bei den VTn gibt es eine etwas größere Differenz zwischen Männern und Frauen zugunsten der Männer, während in den beiden psychodynamisch orientierten Fachgruppen eine leichte Dominanz der Frauen zu verzeichnen ist.[28]

Tab. 16. Fachgruppe nach Geschlecht (n = 201).

	Geschlecht des Befragten		
	Frau	Mann	Gesamt
Analytische Therapie	36 35,3%	33 33,3%	69 34,3%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	47 46,1%	44 44,4%	91 45,3%
Verhaltenstherapie	19 18,6%	22 22,2%	41 20,4%
Gesamt	102 100,0%	99 100,0%	201 100,0%

Über die drei einzeltherapeutischen Richtlinienverfahren für die Erwachsenen-psychotherapie hinaus haben wir noch nach der zusätzlichen Zulassung bzw. Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichen- und für Gruppenpsychotherapie gefragt. Dabei ist zu beachten, dass unseres Wissens für die VTn die Gruppentherapie keiner eigenständigen Zulassung bedarf, sondern als Verfahrenswechsel in die Einzeltherapie integriert ist. Wie Tab. 17 zeigt, verfügen insgesamt 38,5% über eine zusätzliche Zulassung. Davon haben mit Abstand die meisten die Zulassung zur Gruppentherapie; lediglich 4,4% sind zusätzlich zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und weitere 3% für Gruppentherapie *und* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zugelassen.

Tab. 17. Zusätzliche Zulassung nach KV-Bezirk (n = 205).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
keine	54 75,0%	72 54,1%	126 61,5%
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie	3 4,2%	6 4,5%	9 4,4%
Gruppentherapie	14 19,4%	50 37,6%	64 31,2%
GrTh und KJP	1 1,4%	5 3,8%	6 2,9%
Gesamt	72 100,0%	133 100,0%	205 100,0%

[28] Eine weitergehende Interpretation dieser Alters- und Geschlechterunterschiede verbietet sich aufgrund der mangelnden Signifikanz, aber auch, weil wir unsere Grundgesamtheit zwar hinsichtlich der Geschlechterverteilung, jedoch nicht hinsichtlich der Altersverteilung und aufgrund unvollständiger Angaben in den KV-Verzeichnissen auch nicht genau hinsichtlich ihrer Verteilung auf die 3 Fachgruppen bzw. ihrer Zulassung zu einem Richtlinienverfahren bestimmen konnten. Daher muß die Repräsentativität dieser Ergebnisse hier weitgehend offen bleiben.

Was die zusätzliche Zulassung zur Gruppentherapie anbetrifft, über die immerhin ein gutes Drittel, in Kassel sogar gut 40% der befragten Therapeuten verfügt, so muss dies vor dem Hintergrund, dass nach dem PTG kaum mehr Gruppentherapie als Verfahren von den KassenpsychotherapeutInnen aufgrund der offensichtlich sehr niedrigen Honorierung angeboten wird, als Brachliegen von therapeutischen Ressourcen angesehen werden (vgl. dazu genauer Kap. 3.2.1). Der mit insgesamt 7,3% eher geringe Anteil an Erwachsenenpsychotherapeuten mit zusätzlicher KJP-Zulassung zeigt einmal mehr, dass das ohnehin zu geringe Angebot an Kinder- und JugendlichentherapeutInnen auch nicht dadurch nennenswert verbessert wird, dass die zusätzliche KJP-Zulassung der Erwachsenenpsychotherapeuten in Anschlag gebracht wird, zumal davon auszugehen ist, dass diese zumeist nur sporadisch oder im Kontext von Familientherapie Kinder und Jugendliche in Behandlung nehmen (vgl. dazu genauer Kap. 5 in diesem Bericht).

Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses und der Niederlassung

Sowohl für die psychotherapeutische Ausbildung als auch für die Niederlassung gilt, dass diese beim weitaus größten Teil der Befragten in den vergangen 12 Jahren erfolgt ist. Anders ausgedrückt: Etwa zwei Drittel der PsychotherapeutInnen unseres Samples kann auf eine therapeutische Praxis von 1-10 Jahren, fast ein Viertel sogar von 10-20 Jahren zurückblicken:

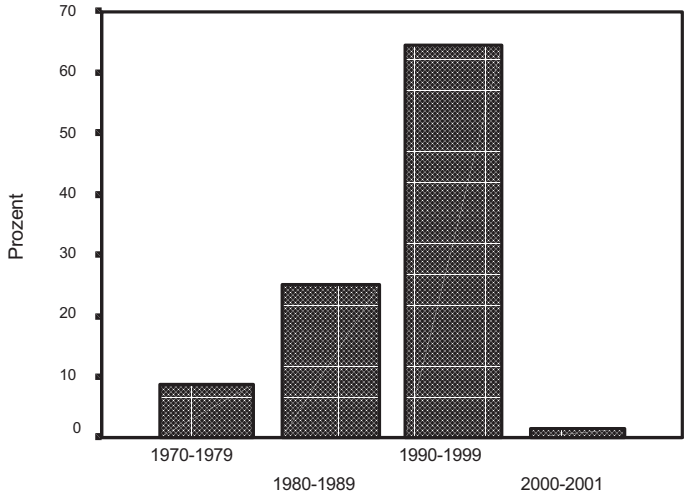

Abb. 5. Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses (n = 194).

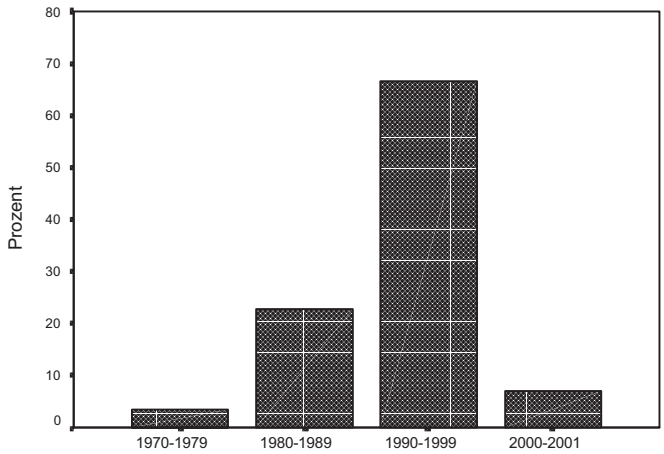

Abb. 6. Zeitpunkt der Niederlassung (n = 198).

Vergleicht man die Jahreszahlen zwischen Ausbildung und Niederlassung, so fällt auf, dass sich in den siebziger Jahren weniger als die Hälfte der Ausbildungsabsolventen auch wirklich niedergelassen haben. Diese Diskrepanz zwischen Ausbildung und Niederlassung vor allem in den siebziger Jahren geht u. E. darauf zurück, dass zu dieser Zeit viele, vor allem psychologische Ausbildungsabsolventen, nicht in eigener Praxis, sondern im stationären Bereich gearbeitet haben dürften und/oder gezwungen waren, mangels ausreichender ökonomischer Existenzsicherung als niedergelassener Psychotherapeut in außertherapeutischen Berufsfeldern zu arbeiten. Nicht wenige von diesen, deren Ausbildungsabschluss schon weiter zurückliegt, dürften sich erst jetzt, anlässlich des PTG und der damit einhergehenden Notwendigkeit, sich zwischen freier psychotherapeutischer Praxis und Beschäftigung im Angestelltenverhältnis entscheiden zu müssen, zur Niederlassung entschlossen haben. So haben sich allein in den vergangenen zwei Jahren 2000 bis 2001 im Zuge der Zulassung nach dem PTG immerhin 7,1% der Befragten niedergelassen, aber nur 1,5% die Ausbildung abgeschlossen.

Der KV-Bezirks-Vergleich zeigt, wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, dass es in Göttingen bereits in den achtziger Jahren einen beträchtlichen Anteil von Ausbildungsabschlüssen und Niederlassungen gab, während in Kassel ein regelrechter Ausbildungs- und Niederlassungs-„Schub“ erst in den neunziger Jahren einsetzte:

Tab. 18. Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses (n = 194).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
	%	%	%
1970-1979	8,8	8,7	8,8
1980-1989	36,8	19,0	25,3
1990-1999	52,9	70,6	64,4
2000-2001	1,5	1,6	1,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 19. Zeitpunkt der Niederlassung (n = 198).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
	%	%	%
1970-1979	4,5	3,1	3,5
1980-1989	34,3	16,8	22,7
1990-1999	53,7	73,3	66,7
2000-2001	7,5	6,9	7,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Zieht man zudem den Fachgruppenvergleich heran, so fällt der vergleichsweise hohe Prozentsatz der TPTn auf, die sich in den letzten zwei Jahren, d. h. nach dem Inkrafttreten des PTG, niedergelassen haben:

Tab. 20. Zeitpunkt der Niederlassung nach Fachgruppen (n = 198).

	Fachgruppe			
	Analytische Therapie	Tiefenps. fund. Pth.	Verhaltenstherapie	Gesamt
	%	%	%	%
1970-1979	7,4	1,1	2,4	3,5
1980-1989	27,9	18,0	24,4	22,7
1990-1999	60,3	70,8	68,3	66,7
2000-2001	4,4	10,1	4,9	7,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Dies dürfte vor allem damit zusammenhängen, dass viele PsychotherapeutInnen, die vor dem PTG außerhalb der Richtlinienpsychotherapie die unterschiedlichsten, zumeist humanistischen therapeutischen Verfahren wie Gesprächs-, oder Gestaltpsychotherapie im Kostenerstattungsverfahrens praktiziert hatten, nunmehr aufgrund der Anforderungen des PTG an die „offizielle“ Niederlassung als Vertragspsychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung gehalten waren, für eines der 3 Richtlinienverfahren die Kassenzulassung zu beantragen[29]. Dies war in der Regel die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

[29] Den entsprechenden theoretischen Abschluss haben sie i. d. R. über Nachqualifizierung in Kompaktkursen erwerben müssen.

Ausbildung/Anwendung ergänzender Therapieverfahren

Schauen wir uns zum Abschluss dieses Kapitels Art und Umfang der Ausbildung bzw. Anwendung anderer Therapieverfahren außerhalb der Richtlinien-psychotherapie an, so zeigt schon ein kurzer Blick auf Abb. 7, dass es neben den Richtlinienverfahren eine ausgeprägte Vielfalt und Breite therapeutischer Verfahren gibt, in denen die Richtlinienpsychotherapeuten zusätzlich ausgebildet sind und die offensichtlich auch in bedeutsamem Umfang zur Anwendung kommen.

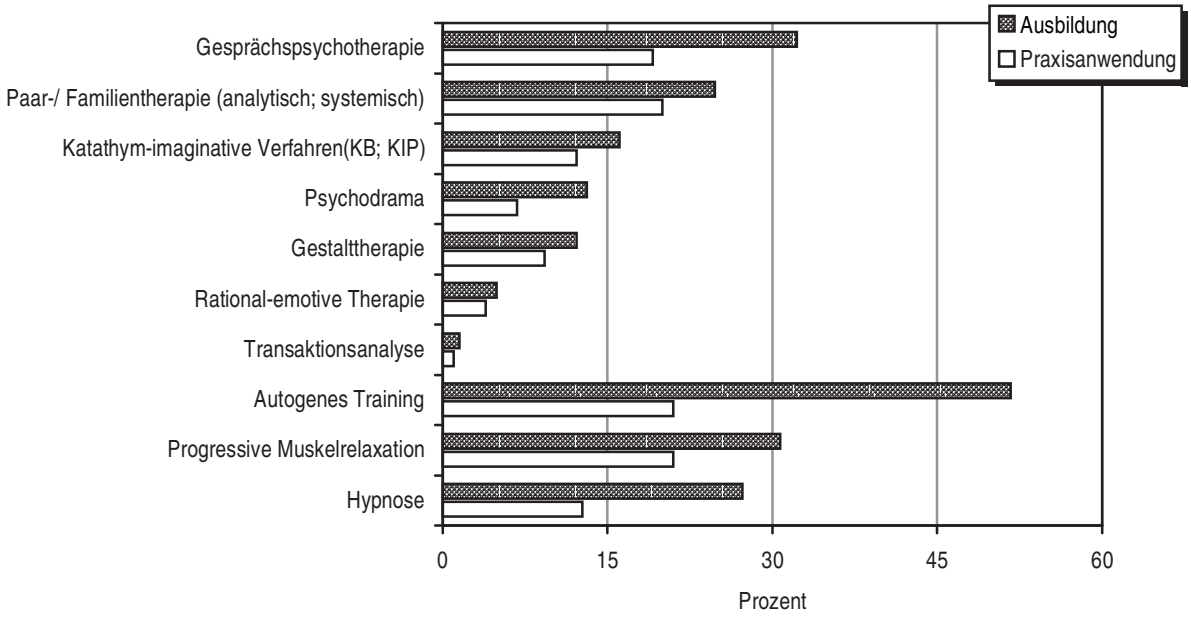

Abb. 7. Ausbildung/Praxisanwendung ergänzender Therapieverfahren (Angaben in %; n = 205).

Sieht man einmal von den hier auch aufgeführten übenden/suggestiven Verfahren ab, die streng genommen nicht außerhalb der Richtlinienverfahren stehen, sondern – zumindest das Autogene Training – für Ärztliche Psychotherapeuten zur psychotherapeutischen Weiterbildung obligatorisch dazugehören, so fallen bei den anderen Therapieverfahren die relativ hohen Ausbildungsquoten in den humanistischen und erlebnisorientierten Therapierichtungen (Gesprächs- Katathym-imaginative, Gestalt- und Psychodramatherapie) sowie in Paar- und Familientherapie auf. Immerhin werden Familientherapie und die katathym-imaginativen Verfahren auch in einem bedeutsamen Ausmaß in der Praxis angewendet, während Gesprächstherapie zwar häufig praktiziert wird, hinter der hohen Ausbildungsquote jedoch deutlich zurückbleibt. Ebenso weisen die anderen humanistischen und erlebnisorientierten Therapieverfahren Diskrepanzen zwischen Ausbildung und Anwendung auf.

Dies ist u. E. ein Indiz dafür, dass erworbene therapeutische Fähigkeiten und Kenntnisse – nicht zuletzt aufgrund der Beschränkungen in den Abrechnungs-möglichkeiten der Richtlinienpsychotherapie[30] - brachliegen, auch wenn sie bei vielen Störungsbildern zumindest als Ergänzung durchaus indiziert wären. Dass die strenge Begrenzung der abrechnungsfähigen Richtlinienpsychotherapie auf drei Verfahren, die als wissenschaftlich anerkannt gelten, letztlich eine Verarmung der therapeutischen Praxis darstellt, und dass die Anerkennung weiterer therapeutischer

[30] Immerhin kann zumindest Paar- und Familientherapie in Form der sporadischen Einbeziehung von Angehörigen in die einzeltherapeutische Behandlung auch abgerechnet werden.

Verfahren aus dem humanistischen, erlebnisorientierten oder auch systemischen Bereich und damit auch die Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen der Kassenpsychotherapie wünschenswert ist – dafür scheinen uns diese Zahlen zu sprechen.

3.2 Zur psychotherapeutischen Tätigkeit

Mit diesem Fragenkomplex unseres Fragebogens wollten wir uns einen Überblick über die „normale" Tätigkeit eines niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten gut zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des PTG verschaffen. Dabei richteten wir einerseits den Blick auf die qualitativen und quantitativen Aspekte der psychotherapeutischen *Behandlungs*tätigkeit im engeren Sinne (Kap. 3.2.1), andererseits auf das *gesamte* Tätigkeitsspektrum eines niedergelassenen Psychotherapeuten (Kap. 3.2.2). Letzteres erschien uns wichtig angesichts der Tatsache, dass die Arbeitssituation eines ambulant arbeitenden Vertragspsychotherapeuten – etwa im Unterschied zur ärztlichen Praxis eines Allgemeinmediziners oder der Fachärzte sonstiger „somatischer" Disziplinen – doch einige Besonderheiten aufweist, die u. E. bei der Bedarfsfeststellung, der Kapazitätsberechnung und der Zulassungspraxis, wie auch bei der aktuellen Diskussion um die gesicherte Honorierung der „zeitgebundenen" psychotherapeutischen Leistungen angesichts begrenzter Budgets[31] zu berücksichtigen sind. Des Weiteren haben wir zur Abrundung nach den Veränderungen der Wochenarbeitszeit seit dem PTG gefragt (Kap. 3.2.3).

3.2.1 Durchschnittliche Anzahl und Verteilung der PatientInnen auf Therapieformen und Behandlungssettings

In der folgenden Tab. 21 ist zunächst die durchschnittliche Anzahl von PatientInnen in psychotherapeutischer Behandlung pro Psychotherapeut aufgeführt.

Tab. 21. Die durchschnittliche Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach KV-Bezirk (Mittelwerte; n = 200).

		Mittelwert	Standardabweichung
	Göttingen	29,0	21,2
	Kassel	30,2	20,7
Gesamt		29,8	20,8

Es zeigt sich, dass in unserem Sample ein Erwachsenenpsychotherapeut im Durchschnitt rd. 30 PatientInnen in psychotherapeutischer Behandlung hat. Die geringfügigen Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden KV-Bezirken erscheinen uns aufgrund fehlender Signifikanz nicht interpretationsbedürftig, wohl aber die in beiden KV-Bezirken außergewöhnlich hohen Standardabweichungen, die darauf hindeuten, dass sich die Psychotherapeuten unseres Samples und sicher auch in der

[31] Wie bekannt, bestimmen diese Probleme seit Inkrafttreten des PTG und damit der schubartigen Neuzulassung von (Psychologischen) PsychotherapeutInnen in das kassenärztliche Versorgungssystem die berufspolitische Diskussion. Die "Honorarmisere" der bereits niedergelassenen Psychotherapeuten angesichts der nicht bzw. nicht überall gesicherten Honorierung der "zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen" in Form eines "gestützten Punktwertes" einerseits, die Zulassungsbeschränkungen trotz weiterhin vorhandenen Versorgungsbedarfs andererseits sind hier die wesentlichen Streitpunkte (vgl. Kap. 1 dieses Berichts).

Untersuchungspopulation hinsichtlich der Anzahl von Patienten in psychotherapeutischer Behandlung sehr stark unterscheiden.[32] Legt man statt der Mittel- die Medianwerte[33] zugrunde, ergibt sich insgesamt eine geringere Patientenanzahl von 25, wobei interessanterweise die Differenz zwischen den beiden KV-Bezirken größer wird: 24 Patienten in Göttingen stehen 28 in Kassel gegenüber[34]:

Tab. 22. Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach KV-Bezirk (Median; n = 200).

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Göttingen	3	90	29,0	24
Kassel	1	127	30,2	28
Gesamt	1	127	29,8	25

Aufgrund der Vermutung, dass sich hinsichtlich der Patientenanzahl die Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten unterscheiden, haben wir im Weiteren die durchschnittliche Patientenanzahl in den beiden Berufsgruppen verglichen.

Tab. 23. Durchschnittliche Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach Berufsgruppen und KV-Bezirk (n = 200).

		Mittelwert	Standardabweichung
Ärztliche Psychotherapeuten	Göttingen	23,2	20,5
	Kassel	31,4	22,5
Gesamt		29,3	22,2
Psychologische Psychotherapeuten	Göttingen	32,0	21,2
	Kassel	28,8	18,4
Gesamt		30,2	19,6

Wie Tab. 23 zeigt, unterscheiden sich die beiden Berufsgruppen hinsichtlich der Mittelwerte kaum voneinander. Auch wenn man die Medianwerte heranzieht, ergeben sich zwar insgesamt geringfügig höhere Patientenanteile für die Ärztlichen Psychotherapeuten; der KV-Bezirks-Vergleich zeigt jedoch, dass dies nur für Kassel zutrifft, während in Göttingen die Patientenzahl der Ärztlichen Psychotherapeuten deutlich hinter denen der Psychologischen zurückbleibt.

Eine Interpretation könnte sein, dass die in Kassel quantitativ bedeutsameren Ärztlichen Psychotherapeuten und hier wiederum die Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie nicht nur jene PatientInnen aufgeführt haben, die sie in genehmigungspflichtiger Richtlinienpsychotherapie behandeln, sondern auch jene, die sie im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder ergänzend zur somatischen Behandlung in den übenden/suggestiven Verfahren behandeln. Auch

[32] Die Gründe dafür sind sicherlich vielfältig: Zum einen haben die ÄPTn - und hier vor allem die „Zusatztitler"- oft nur einen Bruchteil ihres Patientenstamms in psychotherapeutischer Behandlung; andererseits müssen wir nach genauerer Sichtung des Antwortverhaltens der ÄPTn im Fragebogen vermuten, dass einige hier aufgrund eines Missverständnisses auch jene Patienten aufgeführt haben, die sie in *irgend einer* Form, d. h. auch außerhalb genehmigungspflichtiger Richtlinien-Psychotherapie, z. B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, psychosozial und beratend begleiten bzw. *sämtliche, auch somatisch behandelte* Patienten in ihrer Praxis aufgeführt haben. (Vgl. dazu etwa den „Ausreißer" in Tab. 22). Zudem könnten sowohl bei den ÄPTn als auch den PPTn flexible Gesamtarbeitszeiten (z. B. Teilzeitarbeit, quartals-, saisonbedingte Verlängerung oder Verkürzung der Arbeitszeit) eine Rolle spielen, vgl. dazu auch Kap. 3.2.2.

[33] D. h. die Patientenanzahl, die die obere Grenze für 50% der Befragten unseres Samples bildet.

[34] Der „Ausreißer" von 127 Patienten geht auf die Angaben eines ÄPT mit Zusatztitel in Kassel zurück, der offensichtlich *alle* Patienten seiner Praxis aufgeführt hat.

wenn die Göttinger ÄPTn insgesamt bzw. die Untergruppe der „Zusatztitler“ sich ähnlich verhalten haben sollten, schlägt dieser verzerrende Effekt aufgrund der relativ geringeren Anzahl nicht derart zu Buche.

Insgesamt lassen sich aus diesen - wenig einheitlichen – Ergebnissen keine weitergehenden Schlüsse auf systematische Unterschiede in der Anzahl von Psychotherapiepatienten bei den beiden Berufsgruppen ziehen. Insbesondere die Ärztlichen Psychotherapeuten weisen – wie in unserer Hypothese 3 vermutet - eine hohe Varianz in der Patientenzahl auf. Klarere Hinweise aufgrund der zumindest etwas größeren Homogenität ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit erhalten wir daher von den Psychologischen Psychotherapeuten, so dass wir deren *durchschnittliche Gesamtanzahl von 30 PatientInnen in Psychotherapie* als Richtgröße für einen ambulant arbeitenden Kassenpsychotherapeuten annehmen können.

Schaut man sich weiterhin die durchschnittliche Patientenanzahl in den einzelnen Fachgruppen an, so spiegeln unsere Ergebnisse die unterschiedlichen zeitlichen Rahmenbedingungen des durch die Fachgruppe hauptsächlich vertretenen therapeutischen Verfahrens sehr gut wider:

Tab. 24. Durchschnittliche Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach Fachgruppen und KV-Bezirk (n = 200).

			Mittelwert	Standardabweichung
Analytische Therapie		Göttingen	20,4	8,2
		Kassel	21,4	10,6
	Gesamt		20,9	9,4
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Göttingen	28,5	23,3
		Kassel	31,1	22,9
	Gesamt		30,6	22,9
Verhaltenstherapie		Göttingen	49,4	26,5
		Kassel	39,8	20,1
	Gesamt		43,6	23,0

Die Fachgruppe der Analytiker, die zumindest einen Teil ihrer PatientInnen in hochfrequenten, mehrjährigen Therapien behandeln und daher in der Neuaufnahme von Patienten zeitlich eingeschränkt sind, haben auch in unserem Sample mit durchschnittlich 21 PatientInnen eine deutlich geringere Patientenanzahl in Behandlung als die TPTn mit 31 und die VerhaltenstherapeutInnen mit durchschnittlich 44 PatientInnen. *Damit haben die Verhaltenstherapeuten beim Vergleich der Fachgruppen die mit Abstand meisten Patienten in psychotherapeutischer Behandlung.*

Dies erklärt sich u. a. daraus, dass diese Fachgruppe mit niedrigeren zeitlichen Therapieumfängen und Frequenzen (vgl. dazu weiter unten) und manchmal auch unterhalb des üblichen zeitlichen Sitzungsumfangs von 50 Minuten behandeln. Zudem können sie Gruppen- und Einzeltherapie-Sitzungen im Rahmen einer Therapie kombinieren, während sich diese beiden Settings bei den beiden psychodynamisch arbeitenden Fachgruppen innerhalb einer Therapie ausschließen. Für die erhebliche Diskrepanz in der durchschnittlichen Patientenanzahl zwischen den Göttinger, die rd. 49 Patienten, und den Kasseler VerhaltenstherapeutInnen, die nur rd. 40 PatientInnen in Behandlung haben, haben wir keine sinnvolle Erklärung gefunden, es sei denn, die erwähnte flexible Handhabung der Frequenz und des

Sitzungsumfangs unterschieden sich systematisch bei den VerhaltenstherapeutInnen in den beiden KV-Bezirken.[35]

Auch bei den Fachgruppen finden sich im übrigen hohe Streuungen in den Angaben, wobei die Analytiker noch die geringsten Varianzen in der Anzahl der Patienten aufweisen.

Im Folgenden werden wir genauer aufzeigen, welche Bedeutung die verschiedenen Therapieverfahren und Behandlungssettings haben – gemessen an den jeweiligen prozentualen Patientenanteilen, die auf die Therapieverfahren und Settingvarianten entfallen. In Abb. 8 sind die durchschnittlichen prozentualen Patientenanteile pro Psychotherapeut in allen Settingvarianten aufgeführt.[36]

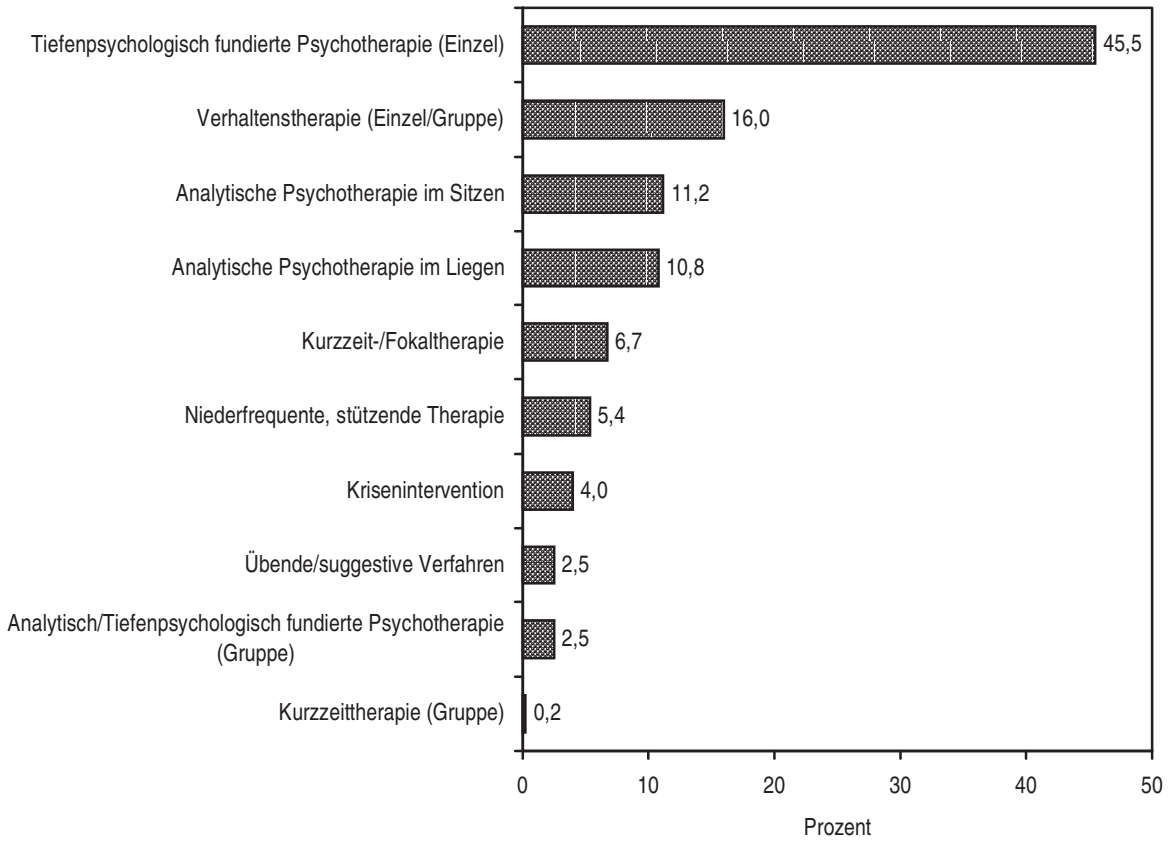

Abb. 8. Verteilung der PatientInnen auf verschiedene Therapieverfahren nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 197).

Hier wird deutlich, dass sich mit über 40% der größte Anteil der PatientInnen in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie befindet. Es folgt – mit großem Abstand – die Verhaltenstherapie als zweitwichtigstes Behandlungsverfahren. An dritter Stelle steht die psychoanalytische Therapie *im Sitzen*, gefolgt von der Analytischen Therapie im klassischen *Couch-Setting*, in dem etwas weniger Patienten behandelt werden. Fasst man allerdings die Analytische Therapie in ihren beiden Settingvarianten zusammen, dann steht diese noch vor der Verhaltenstherapie.[37] Von den übrigen Behandlungsverfahren und -settings verdient

[35] Angesichts der sehr großen Streubreite der Angaben insbesondere der Göttinger VTn verbietet sich ohnehin eine weitergehende Interpretation der Mittelwertsunterschiede.

[36] Aufgrund von Überschneidungen, z. B. zwischen übenden/suggestiven Verfahren und einem (nicht-analytischen) Richtlinienverfahren, z. T. auch aufgrund ungenauer Angaben der Befragten, weicht die Prozentsumme von 100 ab.

[37] Das relativ hohe Gewicht der Analytischen Therapie gilt nur, wenn man die Patientenanteile auf die jeweiligen Therapeuten bezieht – wodurch der relativ hohe Anteil von Analytikern in unserem Sample zu Buche schlägt. Legt man demgegenüber die *Gesamtheit* aller Patienten in Therapie zugrunde, vgl. Tab. 25, dann bekommt die

noch die Kurzzeittherapie besondere Beachtung, während die anderen, insbesondere die Gruppenverfahren, nur marginale Bedeutung haben. Dies hat – wie wir bereits erwähnten – offensichtlich mit der unzureichenden Vergütung der Gruppentherapie nach dem neuen "Einheitlichen Bewertungsmaßstab" (EBM) zu tun, wodurch, so ist zu vermuten, die gruppentherapeutische Arbeit der ambulanten Psychotherapeuten fast vollständig zum Erliegen gekommen ist.[38]

Der KV-Bezirksvergleich ergibt hier folgende Differenzierungen:

Tab. 25. Verteilung der PatientInnen auf Therapieverfahren und Behandlungssettings nach prozentualem Anteil an der Gesamtzahl von PatientInnen in Therapie[39].

	Göttingen %	Kassel %	Gesamt %
Analytische Psychotherapie im Liegen	9,9	4,7	6,5
Analytische Psychotherapie im Sitzen	10,7	6,2	7,7
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel)	27,8	47,3	40,7
Verhaltenstherapie (Einzel/Gruppe)	31,5	19,0	23,2
Kurzzeit-/Fokaltherapie	8,6	8,3	8,4
Krisenintervention	4,5	4,8	4,7
Niederfrequente, stützende Therapie	6,3	4,7	5,2
Analytisch/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Gruppe)	1,1	4,1	3,1
Kurzzeittherapie (Gruppe)	1,1	0,0	0,4
Übende/suggestive Verfahren	1,8	2,6	2,4

Im KV-Bezirk Kassel befindet sich fast die Hälfte aller PsychotherapiepatientInnen in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, während es in Göttingen nur knapp 28% sind. Dies ist zweifellos auf die unterschiedliche Repräsentanz der Fachgruppe der TPTn in den beiden KV-Bezirken zurückzuführen. Umgekehrt verhält es sich bei den Patientenanteilen in Analytischer Therapie: Im KV-Bezirk Göttingen mit seiner deutlich höheren Repräsentanz von Psychoanalytikern werden immerhin gut 20% der Patienten in diesem Verfahren behandelt, während es in Kassel gerade mal 11% sind. Analog lassen sich die KV-Bezirksunterschiede in der Bedeutung der verhaltenstherapeutischen Behandlungen erklären. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die PatientInnen in Göttingen gleichgewichtiger auf die 3 Richtlinienverfahren verteilen als in Kassel, wo sie sich eindeutig auf die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie konzentrieren. Erwähnenswert scheint uns noch, dass Kurzzeittherapien in beiden KV-Bezirken

---

Verhaltenstherapie aufgrund ihrer höheren Patientenzahlen mehr Gewicht. Diese Zahlen haben wir auch in der Zusammenfassung, Kap. 4, aufgegriffen. Vgl. im übrigen auch Anmerkung 9.

[38] Zu berücksichtigen ist allerdings auch, dass es seitens der um ambulante Therapie nachsuchenden PatientInnen zumeist höhere Hemmschwellen gegenüber der Gruppen- im Vergleich zur Einzeltherapie gibt. Angesichts dessen und solange sich die Honorierung nicht verändert, ist daher davon auszugehen, dass die gruppentherapeutischen Verfahren in der ambulanten Psychotherapie kaum mehr eine Rolle spielen und zukünftig weitgehend auf die stationäre Psychotherapie beschränkt sein werden.

[39] Hier wie im Folgenden haben wir die durchschnittlichen prozentualen Patientenanteile nicht auf den Patientenumfang der *einzelnen* Therapeuten, sondern auf die *Gesamtsumme aller Patienten in Therapie* (=100%) bezogen. Dies vor allem deswegen, weil nicht jedes Therapieverfahren bzw. Behandlungssetting jedem Therapeuten zur Verfügung steht: ein „reiner“ Verhaltenstherapeut etwa kann keine psychoanalytischen Therapien im Liegen oder Sitzen durchführen; Analytische Therapeuten können zwar analytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapien, nicht aber Verhaltenstherapien durchführen, es sei denn, sie sind zusätzlich dafür ausgebildet und zugelassen bzw. ermächtigt.

gleichermaßen, Gruppentherapien – bei insgesamt äußerst geringfügigem Anteil – noch eher in Kassel als in Göttingen zur Anwendung kommen.

Beim Fachgruppenvergleich zeigt sich im übrigen, dass zwar alle Fachgruppen den größten Patientenanteil in ihrem „angestammten Richtlinienverfahren" behandeln, dies jedoch in unterschiedlichem Ausmaß: So sammeln sich bei den TPTn über 70%, bei den Verhaltenstherapeuten sogar über drei Viertel ihrer Patienten in ihrem hauptsächlichen Therapieverfahren. Demgegenüber sind es bei der Fachgruppe der AnalytikerInnen nicht einmal die Hälfte ihrer Patienten, die in Analytischer Therapie sind; immerhin weitere 30% sind bei ihnen in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Auch die Kurzzeittherapie (8,6%) und die Krisenintervention (5,5%) ebenso wie die niederfrequente stützende Therapie (5%) haben bei den AnalytikerInnen ganz entgegen ihrem Image als ausschließliche in hohen Frequenzen behandelnde Langzeittherapeuten kein geringeres Gewicht als bei den beiden anderen Fachgruppen.

Therapieumfang

Hier war für uns von Interesse, wie sich die Patienten auf die zeitlichen Stundenkontingente verteilen, deren Umfang für das jeweilige Richtlinienverfahren festgelegt ist und die in Schritten (Erst- und Verlängerungsanträge) beantragt und nach Begutachtung genehmigt werden müssen. Diese können – so hoffen wir – zumindest Anhaltspunkte für die durchschnittliche Dauer von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen geben.

Tab. 26 gibt die Verteilung der PsychotherapiepatientInnen auf die Stundenkontingente der drei Langzeitverfahren (Einzel)[40] sowie ergänzend auf die Kurzzeittherapie (Einzel) wieder.

Tab. 26. Therapieumfang nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut.

	Gö %	Ks %	Ges. %
Analytische Psychotherapie (Einzel); 160 Std.	15,96	5,42	9,03
Analytische Psychotherapie (Einzel); 240 Std.	9,54	3,22	5,38
Analytische Psychotherapie (Einzel); 300 Std.	3,26	2,56	2,80
Analytische Psychotherapie (Einzel); >300 Std.	1,26	,60	,83
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel)50 Std.	22,75	31,53	28,53
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel)80 Std.	5,56	13,14	10,55
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel)100 Std.	1,59	6,54	4,85
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel)>100 Std.	,89	1,87	1,54
Verhaltenstherapie;, 45 Std.	7,43	7,15	7,25
Verhaltenstherapie; 60 Std.	3,80	1,67	2,40
Verhaltenstherapie ; 80 Std.	2,00	,95	1,31
Verhaltenstherapie; >80 Std.	1,18	,36	,64
Kurzzeittherapie (Einzel); max. 25 Std.	4,61	5,24	5,02

Für alle 3 Richtlinienverfahren gilt, dass der größte Anteil der PatientInnen jeweils auf der untersten Stufe des insgesamt möglichen Stundenkontingents angesiedelt ist. Diese entspricht dem jeweils ersten Genehmigungsschritt im Antragsverfahren.

[40] Die (psychodynamischen) Gruppenverfahren haben wir hier aufgrund ihrer insgesamt nur geringfügigen quantitativen Bedeutsamkeit herausgenommen. Bei den VTn können – wie bereits erwähnt – Einzel- und Gruppenbehandlung kombiniert werden; die entsprechenden Stundenkontingente müssen daher auch nicht separat beantragt werden.

Setzt man alle PatientInnen in Analytischer Psychotherapie[41] gleich 100, dann verteilen sich diese *intern* zu 50% auf das unterste Stundenkontingent von 160, weitere 30% auf 240 Stunden, während der maximale, von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Therapieumfang von 300 Stunden nur noch 15% der PatientInnen in Analytischer Therapie betrifft. Analog stellen sich die Verhältnisse in den beiden anderen Richtlinienverfahren dar. Allerdings fällt auf, dass sich bei diesen die Patientenanteile mit je 62% noch stärker als bei den PsaTn auf das jeweils niedrigste Stundenkontingent des ersten Genehmigungsschrittes konzentrieren. Mit anderen Worten: Analytische Therapie wird vergleichsweise häufiger über das erste Kontingent von 160 Stunden hinaus verlängert, während die Therapien in den beiden anderen Richtlinienverfahren bei den meisten PatientInnen bereits nach Ausschöpfung der Stundenkontingente des ersten Genehmigungsschrittes, d. h. ohne Verlängerung, beendet werden. In der Analytischen Therapie stehen also im Vergleich der 3 Richtlinienverfahren nicht nur die größeren Stundenkontingente zur Verfügung; sie werden auch häufiger bis zur gesetzlichen Höchstgrenze ausgeschöpft.

Wochenfrequenz

Die Wochenfrequenz der Behandlungen sollte uns über Patientenanzahl und Therapieumfang hinaus differenziertere Einblicke in Art und Umfang ambulanter psychotherapeutischer Tätigkeit geben.

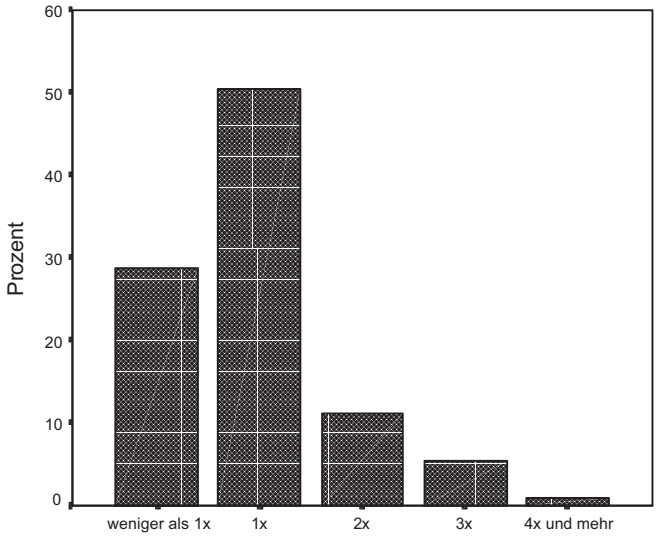

Abb. 9. Wochenfrequenz der Behandlungen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 197).

Wie Abb. 9 zeigt, ist die 1x pro Woche-Therapie mit rd. 50 % die mit Abstand häufigste Behandlungsfrequenz. Die zweithäufigste Behandlungsfrequenz stellen interessanterweise nicht zwei Wochenstunden, sondern Therapiesettings dar, bei denen der zeitliche Abstand zwischen den Sitzungen mehr als eine Woche beträgt: Durchschnittlich werden annähernd 30% der Patienten in größeren zeitlichen Abständen als 1x pro Woche behandelt.

[41] Die Abweichungen hinsichtlich der Prozentanteile zu den Ergebnissen aus Tab. 26 (= Verteilung der Patienten auf Therapieverfahren und Behandlungssettings) erklären sich u. a. aus den unterschiedlichen Bezugsgrößen (hier: Weglassung einiger Behandlungssettings, die in Tab. 26 einbezogen sind), aber auch daraus, dass jeweils eine unterschiedliche Anzahl unseres Samples auf diese Fragen geantwortet hat.

Demgegenüber haben Behandlungen mit Frequenzen von zwei und mehr Stunden pro Woche faktisch – wie der folgende Fachgruppenvergleich zeigt – nur bei den Analytikern eine Bedeutung, wo immerhin noch 25% der Patienten mit dieser Frequenz behandelt werden und weitere 11,6% 3mal pro Woche. Noch höhere Behandlungsfrequenzen, die im übrigen im Rahmen der Kassenpsychotherapie nicht genehmigt werden, spielen auch bei den Analytikern nur eine marginale Rolle:

Tab. 27. Wochenfrequenz der Behandlungen nach prozentualem Anteil an der Gesamtzahl von PatientInnen in Therapie nach Fachgruppen.

	Analytische Therapie %	Tiefenps. fund. Th. %	Verhaltenstherapie %
Weniger als einmal pro Woche	18,8	37,6	47,7
1x pro Woche	35,7	53,4	47,3
2x pro Woche	25,4	2,6	1,8
3x pro Woche	11,6	0,2	0,6
4x pro Woche und mehr	1,6	0,0	0,6

Weiterhin zeigt sich dass die einstündige Wochenfrequenz vor allem von den TPTn, die niedrigfrequenten Therapien ganz überwiegend von den Verhaltenstherapeuten praktiziert wird.

Als wichtigstes Ergebnis aus diesen Verteilungen ist festzuhalten, dass der weitaus größte Patientenanteil in der Richtlinienpsychotherapie mit tiefenpsychologischen Verfahren und das heißt nicht in langjährigen, hochfrequenten Therapien, sondern in der Regel mit einstündiger Wochenfrequenz und einem Therapieumfang von 50 Stunden behandelt wird. Die unter Kosten- und Effektivitätsgesichtspunkten immer wieder kritisch diskutierten langjährigen, hochfrequenten Analysen betreffen demgegenüber nur einen vergleichsweise geringen Anteil an allen Psychotherapiepatienten.

3.2.2 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit der TherapeutInnen: zeitliches Verhältnis von Behandlungsstunden, therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten

Kommen wir zunächst zur durchschnittlichen Behandlungsstundenanzahl pro Woche:

Tab. 28. Durchschnittliche Behandlungsstundenzahl pro Psychotherapeut nach KV-Bezirk (n = 193).

		Mittelwert	Standardabweichung
	Göttingen	23,5	10,5
	Kassel	23,3	10,8
Gesamt		23,4	10,7

Demnach ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsstundenzahl von 23 Wochenstunden, wobei sich hier die KV-Bezirke so gut wie gar nicht unterscheiden. Auffällig ist aber auch hier – wie bei den obigen Angaben zur durchschnittlichen Patientenzahl – eine große Streuung der Angaben, was ja nichts anderes heißt, als dass einige Therapeuten deutlich mehr, andere deutlich weniger Behandlungsstunden durchführen. Ob dies von der Berufsgruppe oder der Fachgruppe abhängt, prüfen wir im Folgenden.

Tab. 29. Durchschnittliche Behandlungsstundenanzahl nach Berufsgruppe (n = 193).

		Mittelwert	Standardabweichung
Ärztliche Psychotherapeuten	Göttingen	20,3	12,9
	Kassel	22,8	12,0
Gesamt		22,2	12,2
Psychologische Psychotherapeuten	Göttingen	25,2	8,6
	Kassel	24,0	9,1
Gesamt		24,5	8,9

Psychologische Psychotherapeuten behandeln durchschnittlich 2 Stunden mehr pro Woche als Ärztliche, wobei diese Differenz in Göttingen deutlicher ausgeprägt ist als in Kassel. Der geringere Anteil an psychotherapeutischen Behandlungsstunden bei den ÄPTn könnte u. a. darauf zurückgeführt werden, dass sie – zumal die „Zusatztitler" häufig nur einen Teil ihrer Behandlungszeit für *psycho*therapeutische Behandlungen verwenden – eher niederfrequente Behandlungen durchführen.

Weitere Differenzierungen hinsichtlich der wöchentlichen Behandlungsstunden ergibt der Vergleich der Fachgruppen:

Tab. 30. Durchschnittliche Behandlungsstundenzahl nach Fachgruppe (n = 193).

			Mittelwert	Standardab weichung
Analytische Therapie		Göttingen	25,9	8,1
		Kassel	27,4	9,8
	Gesamt		26,7	9,0
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Göttingen	14,1	11,1
		Kassel	21,6	11,6
	Gesamt		20,3	11,8
Verhaltenstherapie		Göttingen	26,3	10,5
		Kassel	22,8	8,4
	Gesamt		24,2	9,3

Hier rangieren die Psychoanalytiker an der Spitze mit durchschnittlich 27 Behandlungsstunden pro Woche vor den Verhaltenstherapeuten mit 24 und den Tiefenpsychologischen Therapeuten mit 20,3 Stunden. Dass letztere die geringste Behandlungsstundenzahl aufweisen, mag wiederum auf die sich hier hauptsächlich sammelnden Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie rückführbar sein, bei denen - wie bereits oben erwähnt - Psychotherapie nicht selten nur einen Teil ihrer Behandlungszeit ausmacht. Die im Vergleich zu Analytikern geringere wöchentliche Behandlungsstundenzahl bei den VerhaltenstherapeutInnen erscheint auf den ersten Blick unverständlich, da sie eine deutlich höhere Patientenanzahl versorgen.

Allerdings haben die VTler - wie bereits dargestellt - im Vergleich zu Analytikern einen deutlich höheren Anteil von PatientInnen in niedrigfrequenten Therapien, so dass die höhere Patientenzahl bei den Verhaltenstherapeuten durch die niedrigere Frequenz der Behandlungen offensichtlich mehr als kompensiert wird.

Für alle psychotherapeutischen Fach- und Berufsgruppen gilt jedenfalls, dass die wöchentlichen psychotherapeutischen *Behandlung*sstunden sicherlich deutlich unterhalb der wöchentlichen Behandlungszeiten von anderen Vertragsärzten somatischer Fachgebiete liegen. Diese werden vor dem Hintergrund der Punktzahlbewertungen des EBM derzeit mit 36 wöchentlichen Behandlungsstunden veranschlagt.[42] Allerdings sind hier die Spezifika ambulanter psychotherapeutischer Tätigkeit zu berücksichtigen. So fällt bei einem ambulant arbeitenden Vertragspsychotherapeuten neben der genuinen Behandlungstätigkeit eine Vielzahl von therapieergänzenden bzw. außertherapeutischen Tätigkeiten an, die im Vergleich zu sonstigen niedergelassenen (Fach-)Ärzten – so unsere Annahme – einen deutlich höheren zeitlichen Anteil der Gesamtarbeitszeit in Anspruch nehmen dürften. Dies betrifft etwa den Bericht an den Gutachter und die Dokumentation; im Weiteren die berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sowie vor allem die eigene Supervision und interkollegiale Intervision, die zwar nicht zwingend vorgeschrieben, im Bereich der Psychotherapie jedoch nahezu unverzichtbar im Interesse der Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit und nicht zuletzt der Patienten sind. Und schließlich dürften auch die Fremdsupervision bzw. Lehrtätigkeiten im Rahmen der Aus-, und Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses angesichts der bisher weitgehend über die psychotherapeutischen Fachgesellschaften und der

[42] Die genuinen Behandlungsstunden belaufen sich nach den Ergebnissen der Erhebung von Zepf et al. auf durchschnittlich 24,9± 1,7 Stunden. Interessant ist, dass die Befragten in der ZepfStudie angegeben haben, dass 25,6±0.6 wöchentliche Behandlungsstunden bereits die obere Grenze markiert, jenseits derer die Qualität der Behandlungen eingeschränkt werden würde. (Zepf et al. 2001, S. 71).

berufstätigen Mitglieder der Ausbildungsinstitute getragenen Ausbildung sowie berufliche Verbandstätigkeiten einen im Vergleich zu Vertragsärzten anderer Disziplinen deutlich höheren Zeitanteil beanspruchen.

Schauen wir uns vor diesem Hintergrund die zusätzlichen Arbeitszeiten der PsychotherapeutInnen unseres Samples an.

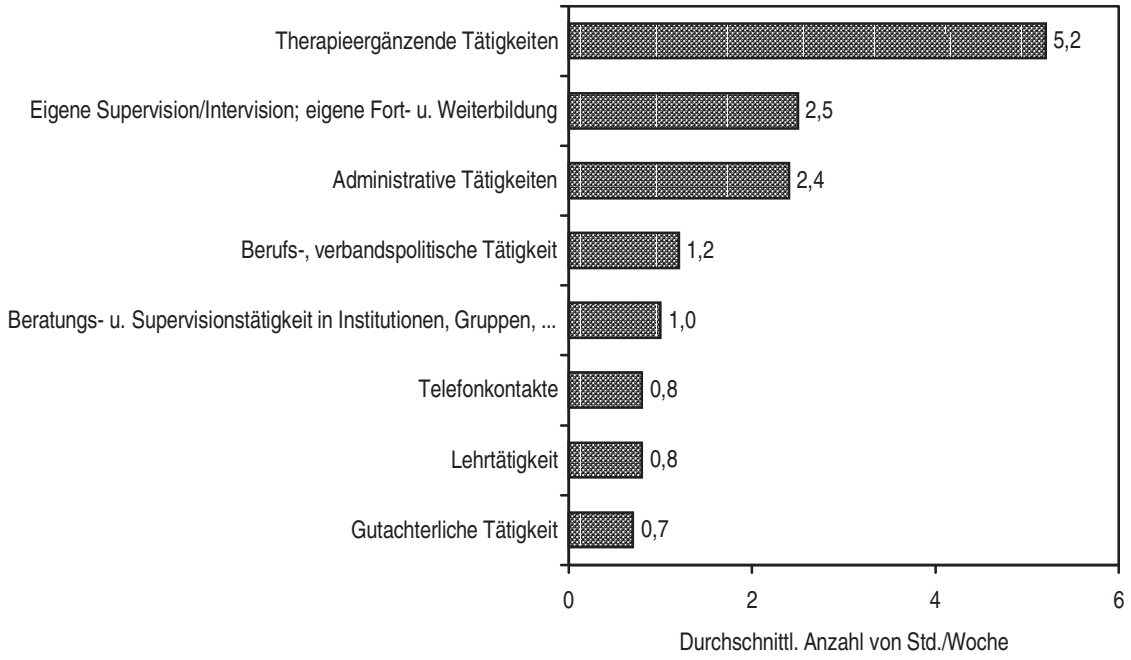

Abb. 10. Therapieergänzende außertherapeutische Tätigkeiten; durchschnittliche zusätzliche Wochenstundenzahl (n = 196).

Die mit Abstand meiste Zeit außerhalb der direkten Behandlungstätigkeit nehmen mit durchschnittlich 5 Stunden pro Woche jene therapieergänzenden Tätigkeiten ein, die - wie die Antragstellung und Dokumentation - in direktem Zusammenhang mit der therapeutischen Behandlung stehen. Mit weiteren 2,5 Stunden pro Woche spielt auch die eigene Supervision und Fortbildung eine nicht unwichtige Rolle. An dritter Stelle rangieren die administrativen Tätigkeiten mit 2,4 Stunden.

Vergleicht man die Fachgruppen miteinander (Tab. 31), so fällt auf, dass die AnalytikerInnen mit rd. 3,2 Stunden pro Woche die relativ meiste Zeit für die eigene Weiterbildung und Supervision, aber auch für die „Fremdsupervision" (rd. 1,7 Std.) und Lehrtätigkeit (1,3 Std.) aufwenden; demgegenüber spielen bei den beiden anderen Fachgruppen Eigen- und Fremdsupervision eine eher untergeordnete Rolle. Interessanterweise verwenden die VTn im Vergleich der Fachgruppen mit 6,59 Stunden pro Woche die meiste Zeit für Antragsschreibung und Dokumentation, was u. a. auf die vergleichsweise hohe Patientenanzahl zurückgeführt werden kann. Die TPTn rangieren mit 2,4 Wochenstunden an der Spitze der wöchentlichen Zeitaufwendung für administrative Tätigkeiten, was wir jedoch angesichts des nur geringfügigen Abstands zu den anderen Fachgruppen hier nicht weiter interpretieren wollen. [43]

[43] Hier sind zudem wieder die durchgängig außerordentlich hohen Streubreiten in den Zeitangaben der Befragten zu beachten, so dass die Mittelwerte nur einen groben Anhaltspunkt geben können.

In der folgenden Tabelle 31 sind die therapieergänzenden/außertherapeutischen Tätigkeiten mit der durchschnittlichen Wochenstundenzahl nach Fachgruppe aufgeführt.

Tab. 31. Therapieergänzende/außertherapeutische Tätigkeiten; durchschnittliche Wochenstundenzahl nach Fachgruppe (n = 196).

	Fachgruppe					
	Analytische Therapie		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie	
	Mittelwert	Standardab weichung	Mittelwert	Standardab weichung	Mittelwert	Standardab weichung
Therapieergänzende Tätigkeiten; Std./Woche	5,0	4,5	4,6	3,1	6,6	3,6
Telefonkontakte mit FachkollegInnen; Std./Woche	,7	,5	,8	,6	1,0	,9
Administrative Tätigkeiten; Std./Woche	2,3	2,4	2,4	2,8	2,4	1,7
Lehrtätigkeit; Std./Woche	1,3	3,0	,3	1,0	1,0	2,2
Beratungs- und Supervisionstätigkeit in Institutionen, Gruppen,... ; Std./Woche	1,7	3,4	,5	1,5	,9	2,3
Eigene Supervision/ Intervision; eigene Fort- und Weiterbildung; Std./Woche	3,2	3,8	2,1	2,6	1,9	1,5
Gutachterliche Tätigkeit; Std./Woche	,4	2,0	1,0	4,8	,4	1,4
Berufs-, verbandspolitische Tätigkeit; Std./Woche	1,6	3,6	,7	1,9	1,5	4,7

Insgesamt ergibt sich bei Aufsummierung aller therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten eine durchschnittliche Wochenstundenzahl von zusätzlich 13 Stunden, wobei die Göttinger Therapeuten hier durchschnittlich 2 Wochenstunden mehr aufbringen:

Tab. 32. Therapieergänzende Tätigkeiten; durchschnittlich Wochenstundenzahl gesamt nach KV-Bezirk (n = 196).

	Mittelwert	Standardab weichung
Göttingen	14,2	8,5
Kassel	12,6	7,0
Gesamt	13,1	7,6

Beim Vergleich der Fachgruppen rangieren die Analytiker – wie auch bei den genuinen Therapiestunden – an oberster Stelle, allerdings hier dicht gefolgt von den Verhaltenstherapeuten.

Die folgende Tab. 33 gibt die *gesamte* durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Befragten unseres Samples wieder.

Tab. 33. Gesamte durchschnittliche Wochenarbeitszeit nach KV-Bezirk (n = 196).

		Mittelwert	Standardabweichung
	Göttingen	37,6	16,7
	Kassel	36,2	14,3
Gesamt		36,7	15,1

Es zeigt sich, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der PsychotherapeutInnen auch bei Einbeziehung der die genuine Behandlung flankierenden therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten mit knapp 37 Stunden pro Woche noch immer leicht unter der "normalen" wöchentlichen Arbeitszeit von abhängig beschäftigten Angestellten und auch unter der im EBM allgemein veranschlagten Wochenarbeitszeit von 55 Std. bleibt.[44] Bevor wir dieses auf den ersten Blick überraschende Faktum noch weiter hinsichtlich seiner Bedeutung für die Verdienstchancen der Psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Arztgruppen diskutieren wollen, sei zunächst der Vergleich der Fachgruppen angeführt.

Dieser ergibt, dass die AnalytikerInnen mit 41,3 Stunden eine überdurchschnittliche, die TPTn mit rd. 32 Stunden eine unterdurchschnittliche Wochenarbeitszeit aufweisen:

Tab. 34. Durchschnittliche Gesamt-Wochenarbeitszeit nach Fachgruppen (n = 193).

			Mittelwert	Standardabweichung
Analytische Therapie		Göttingen	41,3	14,2
		Kassel	41,7	13,2
	Gesamt		41,5	13,6
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Göttingen	21,5	14,8
		Kassel	34,0	15,3
	Gesamt		31,8	15,9
Verhaltenstherapie		Göttingen	43,7	14,9
		Kassel	35,1	11,0
	Gesamt		38,4	13,2

Mit anderen Worten: Vergleicht man die durchschnittlichen Wochenarbeitszeit der Psychotherapeuten mit der generell für alle Ärzte veranschlagten Wochenarbeitszeit von 55 Std., dann kommen noch am dichtesten die Analytischen Psychotherapeuten an diese Stundenzahl heran. Doch im statistischen Durchschnitt aller psychotherapeutischen Fachgruppen betrachtet, bleibt deren Wochenarbeitszeit deutlich hinter der für andere Vertragsärzte veranschlagten zurück.

[44] Zepf et al. ermittelten in ihrer Studie eine noch geringere durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 33,1± 1,9 Std. wöchentlich (Zepf et al. 2001, S. 71).

Zu berücksichtigen sind allerdings die durchweg sehr hohen Streubreiten im wöchentlichen Zeitumfang sowohl der Behandlungs- als auch der notwendigen außertherapeutischen Tätigkeiten, die auf eine ausgeprägte *individuelle* Gestaltung, besser. Gestaltungs*notwendigkeit* der Arbeit eines ambulanten Vertragspsychotherapeuten hinweisen. Denn die zu konstatierende Heterogenität in den Arbeits(zeit-)bedingungen dürfte vor allem auf die Spezifika ambulanter psychotherapeutischer Tätigkeit im Vergleich zur organmedizinischen Praxistätigkeit mit ihrem hohen Anteil an „Laufkundschaft", kurzfristigeren Behandlungen und ihren größeren „internen" Regulierungsmöglichkeiten von Art und Umfang der jeweiligen Behandlung zurückzuführen sein. Solche Bedingungen sind in der ambulanten Psychotherapiepraxis aufgrund der überwiegend zeitgebundenen und langfristig angelegten Behandlungen weit weniger gegeben. *Dies heißt aber auch, dass die pauschale Annahme einer bestimmten durchschnittlichen Behandlungs- und Gesamt-Wochenarbeitszeit eines jeden Vertragspsychotherapeuten als Grundlage der derzeitigen Bedarfsplanungspraxis die Realität verfehlt.*

Gravierender sind die finanziellen Konsequenzen, die aus den prinzipiell unterschiedlichen inhaltlichen und zeitlichen Charakteristika ambulanter psychotherapeutischer Tätigkeit erwachsen. Unter dem Aspekt der angemessenen Honorierung und der Möglichkeit der Existenzsicherung durch ambulante Psychotherapie ist nämlich zu berücksichtigen, dass einige der therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten, die in die Wochenarbeitszeit eingehen, gar nicht (z. B. administrative Tätigkeiten, Dokumentation) bzw. relativ gering (z. B. die Verfassung des Berichts an den Gutachter) vergütet werden; andere, wie die Inanspruchnahme von Supervision, Fort- und Weiterbildung sogar Kosten verursachen. Stellt man in Rechnung, dass die zur angemessenen Existenzsicherung eines Psychotherapeuten häufig erforderliche Mehrarbeit nicht ohne weiteres durch Vermehrung der wöchentlichen Behandlungsstunden aufgebracht werden kann, ohne dass die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit leidet[45], dann ist davon auszugehen, dass ein Teil insbesondere der verhaltens - und tiefenpsychologischen Fachgruppen unter den PsychotherapeutInnen, die - wie oben gezeigt- vergleichsweise seltener ihr Einkommen durch Fremdsupervision, Lehranalysen und Dozententätigkeit an einem Ausbildungsinstitut aufbessern (können), über die psychotherapeutische Tätigkeit hinaus noch andere Einnahmequellen erschließen bzw. anderen Beschäftigungen nachgehen müssen, um ihre Existenz und die ihrer Familien zu sichern.[46] So betrachtet, erscheint dann die Wochenarbeitszeit von rd. 37 Stunden, die annähernd dem Normalarbeitsverhältnis entspricht, jedoch für viele Therapeuten offenbar nicht die Existenz sichert, sogar relativ hoch.

---

[45] Zepf et al. haben die ambulanten Psychotherapeuten danach gefragt, ob sie von ihren Paxiseinkünften leben können. Das Ergebnis: „70% der Psychotherapeuten geben an, dass sie nicht allein von ihren Praxiseinkünften leben können. Diejenigen, die von ihren Praxiseinkünften leben können, hatten eine wöchentliche Gesamtarbeitszeit von 36,7 ± 0,9 Std. und lagen mit 28,1 ± 0,6 Std., die sie für therapeutische Sitzungen verwenden, oberhalb der Grenze, (...) ab der ihrem Urteil nach die Qualität ihrer Behandlungen leidet." (Ebd., S. 71)

[46] Leider haben wir es - nicht zuletzt aus Gründen der Diskretion und Anonymitätswahrung - versäumt, die PsychotherapeutInnen explizit nach ihrer Existenzsicherung bzw. nach zusätzlichen Beschäftigungsverhältnissen jenseits ihrer ambulanten Psychotherapietätigkeit zu fragen oder auch danach, ob sie Voll- oder nur Teilzeit arbeiten bzw. ob sie mit dem Ertrag ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit nur ihre eigene Existenz oder auch die ihrer Familie bestreiten müssen. Insofern können wir die diesbezüglichen Vermutungen und Befunde aus der Zepf-Studie nur eingeschränkt mit unseren eigenen Befunden vergleichen.

In diesem Zusammenhang sei auf eine aktuelle Berechnung der durchschnittlichen Praxiseinkünfte hingewiesen, die der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) angestellt hat im Kontext einer Stellungnahme zum neuen EBM-Entwurf der Spitzenverbände der Krankenkassen vom November 2002, der eine drastische Reduzierung der Punktzahlbewertung für eine psychotherapeutische Sitzung (50 Min.) von derzeit 1450 Punkten auf 1050 Punkte vorsieht. Selbst wenn man von der maximalen Behandlungsstundenzahl von 36 Wochenstunden ausginge, was ja nach unseren Ergebnissen weit über der durchschnittlichen wöchentlichen Behandlungszeit von 23 (± 11) Std. eines Psychotherapeuten selbst unter Einbeziehung der hohen Streuungen liegt, und würde - wie üblich - 43 Arbeitswochen im Jahr und einen gestützten Punktwert von 10 Pfg. zugrundelegen, würde man nach der neuen Punktzahlbewertung auf einen jährlichen Praxisumsatz von 86271 Euro (resp. 168732 DM) kommen, nach der folgenden Berechnung:

1050 Punkte (+ 40 Punkte Konsultationsgebühr) à 0,10 DM ≅ **55,73 Euro** (resp. **109,- DM**) pro Sitzung

55,73 Euro x 36 x 43 = **86271 Euro** (Jahresumsatz)

Zieht man von dieser Summe – wie üblich für Psychotherapiepraxen – noch 40 % für Praxiskosten ab, dann bleibt ein

Jahresbruttoverdienst von **51763 Euro.**

Demgegenüber geht man nach eigenen Angaben der Spitzenverbände der Krankenkassen von einem durchschnittlichen Jahresbruttoverdienst für Ärzte von **87000 Euro** aus![47]

Es zeigt sich also nach diesen Berechnungen, dass ein existenzsicherndes Einkommen für ambulante Psychotherapeuten allein aus ihrer Behandlungstätigkeit, die hier mit 36 Wochenstunden schon die äußerste vertretbare Grenze markiert, kaum gesichert werden kann.

[47] vgl. Berechnung des bvvp vom 29.11.2002; Internet:http://www.bvvp.de/news02/EBM -GKII_1202.htm, S. 2

3.2.3 Veränderung der Wochenarbeitszeit nach dem PTG

Eine letzte Frage in diesem Zusammenhang galt der Veränderung der Wochenarbeitszeit nach dem Inkrafttreten des PTG 1999. Unsere Vermutung ging dabei dahin, dass sich die Wochenarbeitszeit infolge des PTG erhöht haben könnte, u. a. aufgrund der bürokratisch-administrativen Umstellungen im Kontext veränderter Abrechnungsmodalitäten in der Psychotherapiepraxis, insbesondere infolge der vielen Neuzulassungen von Psychologischen PsychotherapeutInnen, im Weiteren aufgrund der erhöhten Anforderungen an die Dokumentation und der nunmehr geforderten Gutachterpflicht auch für die Kurzzeittherapie; und nicht zuletzt deswegen, weil es mit den Eintritt ins Kassensystem einen (mehr oder weniger latenten) Zwang zur maximalen Patientenausschöpfung aufgrund von Existenzsicherung und Versorgungsauftrag gibt.

Wie Abb.11 zeigt, behaupten immerhin fast 43% der Befragten, ihre Wochenarbeitszeit habe sich verlängert, wobei dies in höherem Maße für den KV-Bezirk Kassel gilt, wo dies rd. die Hälfte der Befragten konstatiert.

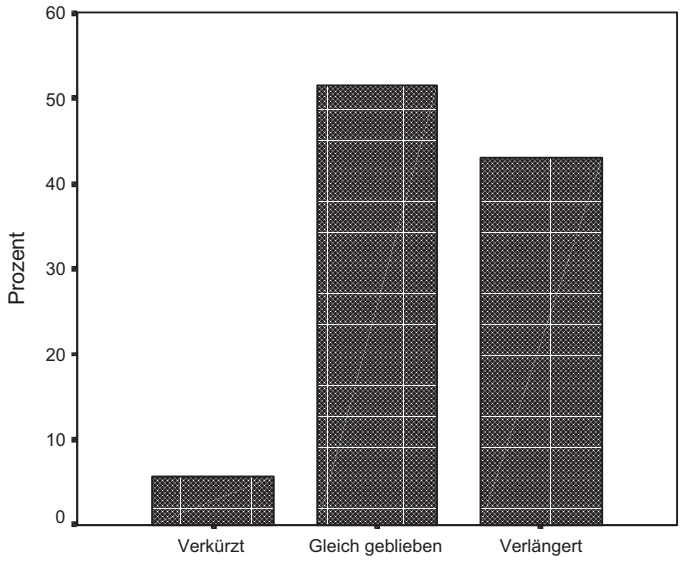

Abb. 11. Veränderung der Wochenarbeitszeit nach Inkrafttreten des PTG (n = 177).

Grund für diese Unterschiede könnte die höhere Repräsentanz der Fachgruppe der Analytischen Therapeuten in Göttingen sein, die – wie die folgende Tabelle zeigt – am wenigsten eine Veränderung ihrer zeitlichen Arbeitsverhältnisse nach dem PTG angeben:

Tab. 35. Veränderung der Wochenarbeitszeit nach dem PTG nach Fachgruppe (n = 177).

		Fachgruppe			Gesamt
		Analytische Therapie	Tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	
		%	%	%	%
	Verkürzt	4,8	4,0	10,0	5,6
	Gleich geblieben	66,1	48,0	35,0	51,4
	Verlängert	29,0	48,0	55,0	42,9
Gesamt		100,0	100,0	100,0	100,0

Während fast die Hälfte der TPTn und deutlich über die Hälfte der VTn angeben, ihre Wochenarbeitszeit habe sich nach dem PTG verlängert, sind es bei den Analytikern nur 29 %.

Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass die Analytiker auch schon vor dem PTG relativ gut in das kassenärztliche (Abrechnungs-)System integriert waren, sei es direkt im Falle der Ärztlichen, sei es indirekt über Delegation im Falle der Psychologischen PsaTn. Daher hat sich für diese Fachgruppe zumindest am Zeitumfang ihrer Tätigkeit infolge der Einführung des PTG offenbar am wenigsten verändert. Dass demgegenüber fast die Hälfte der TPTn eine Verlängerung der Wochenarbeitszeit konstatiert, muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass viele der Diplompsychologen in dieser Fachgruppe vor dem PTG noch keine direkte Abrechnungsgenehmigung hatten, sondern im Kostenerstattungsverfahren, z. T. in anderen Therapieverfahren außerhalb der Richtlinien praktiziert haben und daher im Zuge des PTG sowohl zeitaufwendige theoretische Nachqualifizierungskurse für die Zulassung im Richtlinienverfahren der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie absolvieren als auch sich mit den Modalitäten der direkten Integration in das kassenärztliche Versorgungssystem vertraut machen mussten.

Dass bei den Verhaltenstherapeuten im Vergleich der Fachgruppen offensichtlich die gravierendsten Veränderungen ihrer Wochenarbeitszeit seit dem PTG eingetreten sind, könnte auch hier durch die praxisorganisatorischen Umstellungen und neuen inhaltlichen Auflagen des PTG an Antragstellung, Dokumentation und Abrechnung bedingt sein, die angesichts höherer Patientenzahlen bei den Verhaltenstherapeuten noch deutlicher als bei den TPTn als Verlängerung der Arbeitszeit zu Buche geschlagen haben.

Die Verkürzung der Wochenarbeitszeit nach dem PTG – dies geben bei den VTn immerhin 10% an - könnte zumindest in einigen Fällen auf die willentliche Reduktion der psychotherapeutischen Behandlungstätigkeit zurückzuführen sein, solange die angemessene Leistungshonorierung in Form des „gestützten Punktwertes“ bei zeitgebundenen Leistungen unmittelbar nach dem PTG nicht gesichert und damit die Befürchtung, "unter Wert" oder gar "umsonst" zu arbeiten, durchaus nicht gänzlich unbegründet war.

3.3 Zur Patientenstruktur

3.3.1 Altersstruktur und Geschlechterverteilung

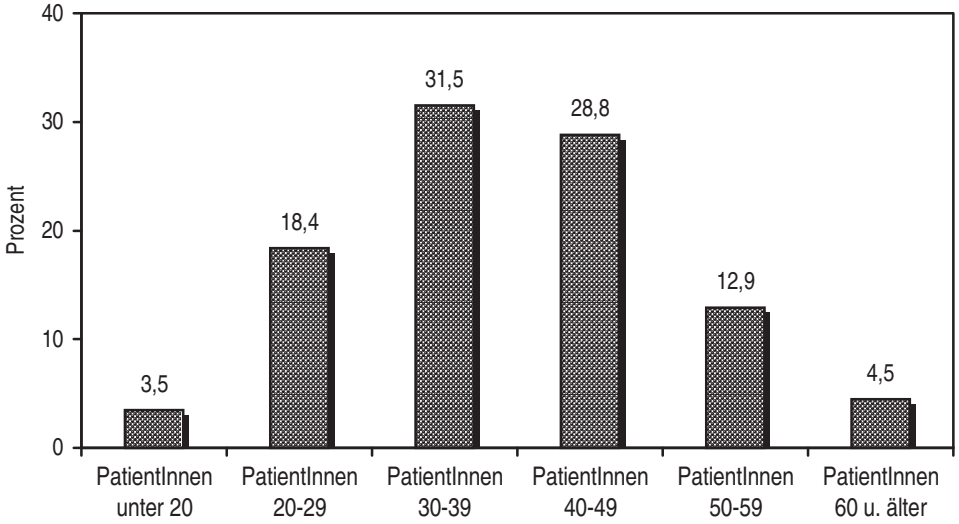

Abb. 12. Alter der Patienten nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 187)

Die überwiegende Mehrheit der PatientInnen (rd. 60%) ist zwischen 30 und 49 Jahre alt. Damit macht die sog. „mittlere Generation“ den Hauptanteil der psychotherapeutischen Klientel aus.

Aufmerksamkeit verdient u. E. weiterhin, dass immerhin noch fast 13% der PatientInnen in die Altersgruppe der 50-59jährigen fallen und immer noch 4,5% sogar 60 Jahre und älter sind. Vergleicht man die KV-Bezirke in dieser Hinsicht, dann zeigt sich, dass in Kassel die ältere Generation jenseits von 50 Jahren, in Göttingen die jüngere Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren etwas überrepräsentiert ist:

Tab. 36. Altersstruktur der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 187).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Anzahl PatientInnen unter 20	2,1	4,2	3,5
Anzahl PatientInnen 20-29	22,4	16,2	18,4
Anzahl PatientInnen 30-39	31,8	31,4	31,5
Anzahl PatientInnen 40-49	26,4	30,2	28,8
Anzahl PatientInnen 50-59	9,7	14,7	12,9
Anzahl PatientInnen 60 u. älter	5,4	4,0	4,5

Die vergleichsweise jüngere psychotherapeutische Klientel in der Universitätsstadt Göttingen ist zweifellos auf die hier stark dominierende Studentenschaft zurückzuführen, während im KV-Bezirk Kassel die Altersstruktur der Einwohner und somit auch der psychotherapeutischen Klientel aufgrund des hier fehlenden „Studenten-Bias“ normaler verteilt ist.[48]

Der *Fachgruppenvergleich* zeigt diesbezüglich keine gravierenden Unterschiede. Erwähnenswert scheint uns lediglich, dass sich die Altersgruppen ab 50 Jahren vor allem bei den tiefenpsychologischen Therapeuten sammeln, während Verhaltenstherapie einerseits, die „Große psychoanalytische Langzeittherapie“ andererseits bei älteren Patienten offensichtlich weniger angewendet wird:

Tab. 37. Altersstruktur der PatientInnen nach Fachgruppe (n = 187).

	Fachgruppe			Gesamt
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	
	%	%	%	%
Anzahl PatientInnen unter 20	1,1	5,6	3,2	3,5
Anzahl PatientInnen 20-29	19,4	17,1	19,4	18,4
Anzahl PatientInnen 30-39	32,4	29,9	33,6	31,5
Anzahl PatientInnen 40-49	31,8	26,1	29,5	28,8
Anzahl PatientInnen 50-59	11,2	14,9	11,8	12,9
Anzahl PatientInnen 60 u. älter	4,4	4,4	4,9	4,5

[48] Ob darüber hinaus auch die in den letzten Jahren im Umfeld des psychoanalytischen Ausbildungsinstituts in Kassel von Radebold. u. a. entwickelten Konzepte einer „Psychotherapie im höheren Lebensalter“ ihren Niederschlag gefunden haben (vgl. aktuell Radebold 2002, in PSYCHE (56) 9/10, S. 1031 - 1060), können wir nicht entscheiden, es sei aber in diesem Kontext erwähnt.

Was die *Geschlechterverteilung* der Klientel anbetrifft, so bestätigen unsere Ergebnisse die allgemeinen, statistisch nachweisbaren Fakten**:** Es sind ganz überwiegend Frauen – in unserem Sample sogar fast dreiviertel aller PatientInnen -, die Psychotherapie in Anspruch nehmen.

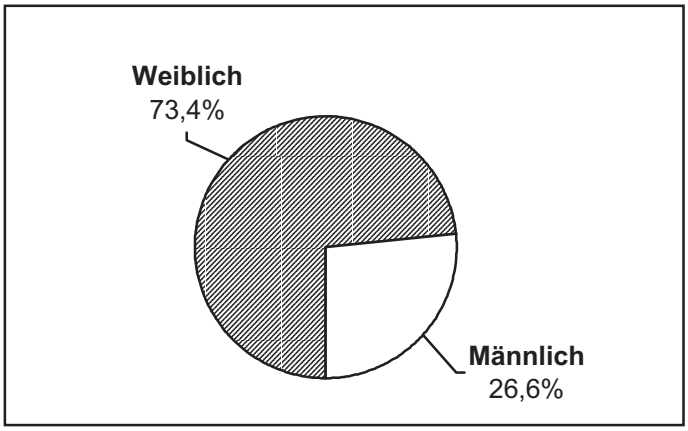

Abb. 13. Geschlecht der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 186).

Wie aus Tab. 38 hervorgeht, ist im KV-Bezirk Göttingen der Männeranteil unter den Patienten etwas höher als in Kassel. Dies mag damit zusammenhängen, dass in einer Universitätsstadt, insbesondere unter Studenten und Akademikern, die sonst vorhandenen größeren Vorbehalte von Männern gegenüber Psychotherapie etwas weniger ausgeprägt sind als in der (ehemaligen) Industrie- und Arbeiterstadt Kassel:

Tab. 38. Geschlecht der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 186).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Patienten weiblich	71,3	74,3	73,2
Patienten männlich	28,3	25,6	26,6

Tab. 39 zeigt, dass beim Vergleich der 3 Richtlinienverfahren, vertreten durch die 3 Fachgruppen, männliche Patienten in der Analytischen, weibliche bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie etwas überdurchschnittlich repräsentiert sind, gemessen an ihrem durchschnittlichen Gesamtanteil an der psychotherapeutischen Klientel.

Tab. 39. Geschlecht der PatientInnen nach Fachgruppe des Therapeuten (n = 186).

	Fachgruppe			Gesamt
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	
	%	%	%	%
Patienten weiblich	69,8	76,5	72,5	73,2
Patienten männlich	30,0	23,3	27,6	26,6

Ob daraus bereits abzuleiten ist, dass Männer – sofern sie sich überhaupt in psychotherapeutische Behandlung begeben - eine größere Affinität zur Analytischen Therapie haben, muss nicht nur aufgrund der fehlenden Signifikanz der quantitativen Unterschiede bezweifelt werden. Angesichts des bereits erwähnten höheren Anteils von männlichen Patienten in Göttingen im Vergleich zu Kassel, könnte deren stärkere Konzentration auf die psychoanalytische Therapie auch schlicht darauf zurückzuführen sein, dass im K-Bezirk Göttingen die Fachgruppe der Analytiker mit über 50% deutlich gegenüber den beiden anderen Fachgruppen dominiert.

Aufschlussreich sind schließlich die Zusammenhänge zwischen der Geschlechtszugehörigkeit von PatientInnen und jeweiligen TherapeutInnen:

Tab. 40. Geschlecht der PatientInnen nach Geschlecht des Therapeuten (n = 186).

	Geschlecht des Befragten		Gesamt
	Frau	Mann	
	%	%	%
Patienten weiblich	85,1	60,1	73,5
Patienten männlich	15,1	39,3	26,4

Die Zahlen zeigen deutlich, dass Frauen eher weibliche Therapeuten aufsuchen und Männer eher ein männliches Gegenüber wählen. Auf dem Hintergrund des ohnehin hohen Frauenanteils bei den Patienten bedeutet dies insbesondere für die weiblichen Therapeuten unseres Samples, dass bei ihnen ein sehr hohes Ungleichgewicht in der Geschlechterverteilung zugunsten weiblicher Patienten besteht und nur eine Minderheit ihrer Patienten von 15% männlichen Geschlechts ist, während die geschlechtsspezifische Patientenstruktur bei männlichen Therapeuten mit rd. 60% zu 40% ausgewogener ist.

3.3.2 Ausbildungs- und Erwerbsstatus; familiäre Lebenssituation der PatientInnen

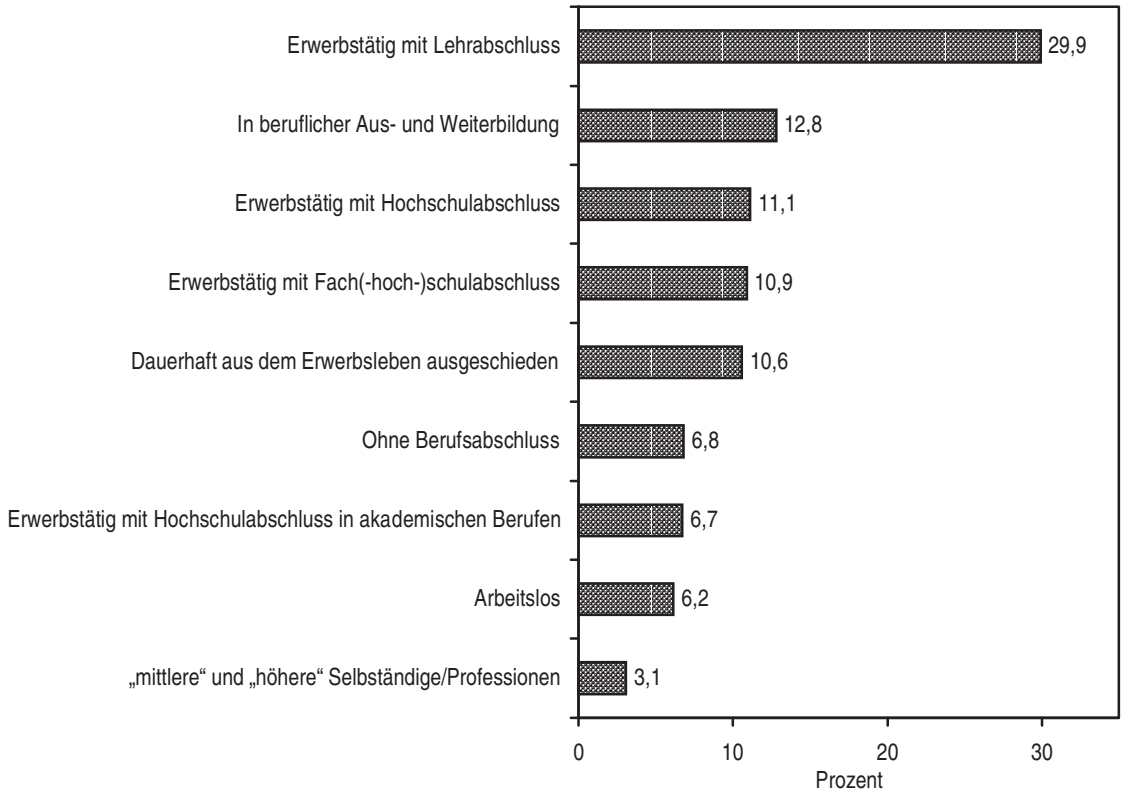

Abb. 14. Berufliche Qualifiktion/Erwerbsstatus der PatientInnen nach durchschnitttlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 161).

Der größte Teil der PatientInnen, nämlich fast 30%, ist erwerbstätig mit einem beruflichen Lehr- bzw. Fachabschluss, wie z. B. FacharbeiterInnen, Bürokaufleute u. ä.. Es folgen interessanterweise nicht die PatientInnen mit mittleren beruflichen Bildungsabschlüssen aus beruflichen Fach(-hoch-)schulen und in mittleren beruflichen Positionen, sondern mit 13% die Personen in beruflicher Aus- und Weiterbildung sowie die Erwerbstätigen mit Hochschulabschluss mit 11%. Fasst man zudem die beiden Untergruppen der in akademischen und nicht akademischen Berufsfeldern tätigen Hochschulabsolventen zusammen, so sind diese mit insgesamt rd. 17% erstaunlich gut vertreten.

Es geht aus dem KV-Bezirks-Vergleich (Tab. 41) hervor, dass es in Göttingen einen hier sehr hohen Prozentsatz von Patienten in beruflicher Aus- oder Weiterbildung gibt. Dies kann unschwer mit der Überrepräsentanz von Studenten in der Universitätsstadt erklärt werden:

Tab. 41. Berufliche Qualifiktion/Erwerbsstatus der PatientInnen nach durchschnitttlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; KV-Bezirke im Vergleich (n = 161).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Ohne Berufsabschluss	3,7	8,3	6,8
Beruflicher Fachabschluss	26,1	31,8	29,9
Erwerbstätig mit Fach(-hoch-)schulabschluss	10,1	11,3	10,9
Erwerbstätig mit Hochschulabschluss	11,8	10,8	11,1
Erwerbstätig mit Hochschulabschluss in akademischen Berufen	7,7	6,2	6,7
"mittlere" und "höhere" Selbständige/Professionen	2,2	3,5	3,1
In beruflicher Aus- oder Weiterbildung	18,8	9,9	12,8
Arbeitslos	6,7	5,9	6,2
Dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	11,7	10,1	10,6

Erstaunlich ist demgegenüber, dass sich die Klientenanteile mit Hochschulabschlüssen nicht nennenswert in Göttingen und Kassel unterscheiden. Dies könnte in aller Vorsicht dahingehend interpretiert werden, dass generell und relativ unabhängig von der regionalen Erwerbsstruktur Personen mit Hochschulabschlüssen in der Klientel ambulanter Psychotherapie besonders gut repräsentiert sind.

Aus dem Erwerbsleben dauerhaft Ausgeschiedene, worunter wir Rentner und Pensionäre, aber auch dauerhaft nicht erwerbstätige Ehepartner bzw. Hausfrauen ohne Arbeitslosenstatus subsumiert haben, bilden immerhin noch einen Anteil von 10,6%, wobei es hier keine nennenswerten Unterschiede zwischen den KV-Bezirken gibt. Auch bei der Gruppe der Arbeitslosen, die insgesamt mit gut 6% vertreten ist, unterscheiden sich die KV-Bezirke nicht nennenswert voneinander. Dieser Anteil scheint uns eine realistische Widerspiegelung der derzeitigen Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt zu sein.[49] Am spärlichsten vertreten sind schließlich die „mittleren“ und „höheren“ Selbstständigen mit nur 3,1%, wobei deren etwas höhere Repräsentanz in Kassel aufgrund der hier im Unterschied zu Göttingen vorherrschenden Erwerbsstruktur wenig überrascht.

[49] Eine ganz andere Frage ist freilich, ob aus diesen Zahlen eine in den letzten Jahren gestiegene Bereitschaft von Arbeitslosen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie abzuleiten ist, die allerdings nur schwerlich mit unseren Daten zu beantworten ist. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass sich unter den Arbeitslosen die unterschiedlichsten Berufsgruppen sammeln- so in Göttingen ein vergleichsweise hoher Anteil an arbeitslosen Akademikern-, die letztlich bedeutsamer für die Therapie-Inanspruchnahme sein dürften als der (vorüber.-gehende) Status der Arbeitslosigkeit.

Aufschlussreich im Hinblick auf bildungs- und statusbezogene Differenzierungen der Klientel in den einzelnen therapeutischen Richtlinienverfahren ist der Fachgruppenvergleich:

Tab. 42. Berufliche Qualifikation/ Erwerbsstatus der PatientInnen nach Fachgruppen der Therapeuten (n = 161).

	Fachgruppe			Gesamt
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	
	%	%	%	%
Ohne Berufsabschluss	3,4	9,5	7,4	6,8
Beruflicher Fachabschluss	22,9	32,5	38,7	29,9
Erwerbstätig mit Fach(-hoch-)schulabschluss	12,8	10,5	7,9	10,9
Erwerbstätig mit Hochschulabschluss	15,0	9,7	6,3	11,1
Erwerbstätig mit Hochschulabschluss in akademischen Berufen	11,5	3,7	4,2	6,7
"mittlere" und "höhere" Selbständige/Professionen	4,3	2,7	1,4	3,1
In beruflicher Aus- oder Weiterbildung	15,2	10,9	12,5	12,8
Arbeitslos	6,1	6,2	6,0	6,2
Dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	7,4	11,8	14,4	10,6

Hier zeigt sich, dass die PatientInnen mit Hochschulabschlüssen und in akademischen Berufen (z. B. höheres Lehramt, Universitätsprofessur) ebenso wie die in beruflicher Aus- und Weiterbildung befindlichen bei der Fachgruppe der Analytischen Therapeuten überdurchschnittlich repräsentiert sind. Dieser Befund stimmt mit der immer wieder geäußerten Annahme überein, dass die Psychoanalyse vor allem von Personen mit höherer Bildung und zumeist bürgerlicher Schichtzugehörigkeit in Anspruch genommen wird[50]. Demgegenüber sind jene Patienten mit fehlenden bzw. gering qualifizierten Abschlüssen bei den TPTn, jene mit Abschlüssen auf Facharbeiterniveau bei den Verhaltenstherapeuten überrepräsentiert. Auch die dauerhaft aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen sind leicht überdurchschnittlich bei den Verhaltenstherapeuten vertreten. Bemerkenswert ist schließlich, dass sich Arbeitslose etwa gleich auf alle drei Fachgruppen und damit der durch sie hauptsächlich repräsentierten Richtlinienverfahren verteilen, was sicherlich anders aussehen würde, wenn sich unter den Arbeitslosen weniger Akademiker befinden würden, als dies angesichts der einbezogenen Universitätsstadt Göttingen mit Sicherheit anzunehmen ist.

Insgesamt zeigen diese Verteilungen, dass Personen mit höheren, häufig akademischen Ausbildungsabschlüssen, die zudem weniger als Selbständige oder in freien Professionen tätig, sondern zumeist in höheren Angestellten- oder Beamtenpositionen beschäftigt sind, in der Klientel der Richtlinienpsychotherapie aller Fachgruppen zwar nicht den größten Anteil bilden – dies sind jene mit beruflichem Lehrabschluss –, jedoch – verglichen mit ihrem Anteil in der *Gesamt*bevölkerung – erstaunlich gut vertreten sind. Dieser Trend zur Überrepräsentanz von höheren bzw. Hochschulabschlüssen in der Klientel insbesondere der Analytischen Psychotherapie ist zwar zum Teil auf die spezifische

[50] Eine sorgfältige, repräsentative Analyse für die ganze Bundesrepublik, die dies statistisch einwandfrei belegen könnte, ist uns allerdings nicht bekannt.

Qualifikations- und Erwerbsstruktur in einem der von uns einbezogenen KV-Bezirke, Göttingen, mit der Universität als größtem Arbeitgeber der Region, zurückzuführen; er scheint jedoch auch eine *generelle* Tendenz widerzuspiegeln, da auch in dem weit weniger von der dortigen Gesamthochschule geprägten KV-Bezirk Kassel der Patientenanteil mit Hochschulabschlüssen kaum geringer ist als in Göttingen.

Wenn wir uns nun der familiären Lebenssituation der Patienten unseres Samples zuwenden, dann zeigt Abb. 15, dass die "reguläre" Beziehungsform des Erwachsenenalters, die Ehe- oder Paarbeziehung mit Kindern, den höchsten Rang im Vergleich der verschiedenen Lebensformen einnimmt. Bemerkenswert ist allerdings, dass sie lediglich einen Anteil von einem knappen Drittel aller PatientInnen in Therapie ausmacht.

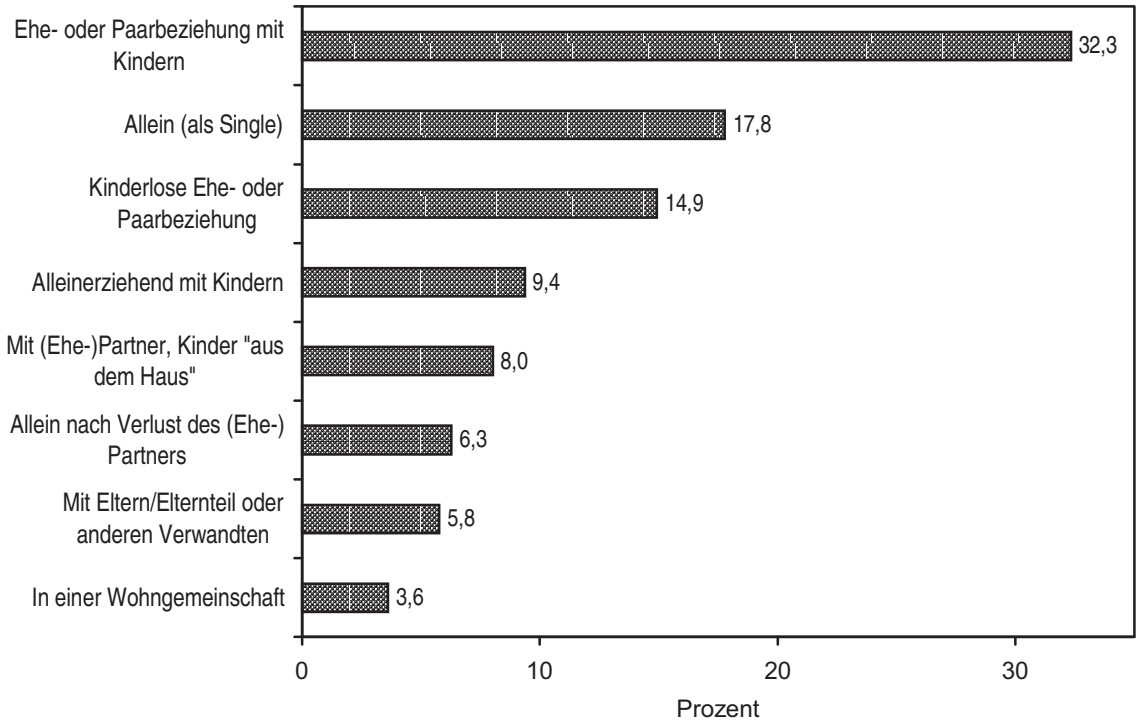

Abb. 15. (Familiäre) Lebenssituation der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 156).

Mit knapp 18% nehmen die alleinlebenden KlientInnen immerhin den zweiten Rangplatz ein, dicht gefolgt von jenen, die in einer kinderlosen Ehe- oder Paarbeziehung leben (15%).

Ein etwas anderes Bild – weniger in der Rangfolge, wohl aber in den Größenordnungen – ergibt sich erwartungsgemäß beim KV-Bezirks-Vergleich:

Tab. 43. (Familiäre) Lebenssituation der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; KV-Bezirke im Vergleich (n = 156).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Ehe- oder Paarbeziehung mit Kindern	25,6	35,7	32,3
Alleinerziehend mit Kindern	8,1	10,0	9,4
Kinderlose Ehe- oder Paarbeziehung	16,0	14,4	14,9
Mit (Ehe-)Partner, Kinder "aus dem Haus"	6,5	8,8	8,0
Allein nach Verlust des (Ehe-)Partners	6,4	6,2	6,3
Mit Eltern/Elternteil oder anderen Verwandten	4,2	6,5	5,8
Allein (als Single)	22,3	15,5	17,8
In einer Wohngemeinschaft	6,9	2,0	3,6

So halten sich im KV-Bezirk Göttingen die Lebensform: Ehe- oder Paarbeziehung mit Kindern und das Single-Dasein mit nur 3 Prozentpunkten Unterschied fast die Waage, während in Kassel sehr viel eindeutiger die „reguläre“ Beziehungsform über die Lebensform als Single dominiert. Die Erklärung liegt zweifellos in der Überrepräsentanz von Studierenden in Göttingen und damit der ihnen am ehesten entsprechenden Lebensformen, wozu neben dem Single-Dasein auch die Wohngemeinschaft gehört, die als Lebensform in Göttingen eine gewichtigere Rolle einnimmt als in Kassel.

In aller Vorsicht lassen sich diese Ergebnisse zur familiären Lebenssituation der psychotherapeutischen Klientel dahingehend zusammenfassen, dass sich darin sowohl der generelle Trend zur Pluralisierung der Lebensformen und zur abnehmenden Bedeutung der „regulären“ Kleinfamilie, als auch die je besondere soziodemografische Struktur in den beiden einbezogenen KV-Bezirken widerspiegelt. Einen spezifischen Zusammenhang zwischen familiärer Lebenssituation und Inanspruchnahme von Psychotherapie vermögen wir aus diesen Zahlen nicht ohne weiteres abzuleiten.[51]

[51] Dies würde eine genaue statistische Analyse der soziodemografischen Struktur der beiden KV-Bezirke erforderlich machen ebenso wie eine Vollerhebung der demografischen Merkmale *aller* Patienten in ambulanter Psychotherapie. Dies sprengt allerdings den Rahmen dieser Untersuchung.

3.3.3 Kassenzugehörigkeit

Die Kassenzughörigkeit der PatientInnen als Indikator für die Finanzierungsmodalitäten in der Richtlinienpsychotherapie spielt in der laufenden Diskussion um die angemessene Honorierung therapeutischer Leistungen einerseits, um die Chancen adäquater therapeutischer Behandlung für Mitglieder aller Kassen bzw. unabhängig vom „Geldbeutel" der Patienten andererseits eine erhebliche Rolle. Bekannt ist, dass Primärkassen wie die AOK in der Regel geringere Stundenhonorare als die Ersatz[52]- und Privatkassen bzw. die Beihilfe zahlen. Andererseits gewähren einige Privatkassen ihre großzügiger bemessene finanzielle Honorierung pro Sitzung häufig nur für eine im Vergleich zu den gesetzlichen Kassen geringere Anzahl von Behandlungsstunden pro Jahr. Allerdings sind Privatkassenmitglieder und Beihilfeberechtigte zumeist eher bereit und in der Lage, auch finanzielle Eigenaufwendungen für psychotherapeutische Leistungen aufzubringen. Die schlechtere Honorierung durch die Primärkassen hat zu der Annahme geführt, dass weniger begüterte PatientInnen, die das Gros der Primärkassenangehörigen stellen, geringere Chancen beim Zugang zum therapeutischen Versorgungssystem haben und seltener in zeit- und kostenaufwendigen (Langzeit-) Psychotherapien behandelt werden, selbst wenn diese indiziert sein sollten.[53]

[52] Dies gilt zumindest für die von uns einbezogenen Bundesländer bzw. Landes-KVen Niedersachsen und Hessen. In anderen Landes-KVen, z. B. Nordrhein, Nordbaden, zahlen Primär- und Ersatzkassen gleiche Honorare, in anderen, z. B. KV Südbaden und Bayern, übersteigt der Honorarsatz der Primärkassen sogar leicht den der Ersatzkassen, allerdings in Südbaden auf insgesamt niedrigerem Niveau. (Stand: 4. Quartal 2000). Generell ist zu berücksichtigen, dass die effektiven Honorarsätze einem häufigen Wechsel ausgesetzt sind.

[53] Zepf et al., die bereits nach Inkrafttreten des PTG in ihrer Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung des Saarlandes die Kassenzugehörigkeit der PatientInnen mit dem verordneten Therapieverfahren korreliert haben, glaubten dies belegen zu können. Sie konstatierten im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine „Zweiklassen-Medizin" derart, dass die weniger zahlungskräftigen Primärkassenangehörigen vergleichsweise länger auf ein Erstgespräch warten und häufiger mit Kurzzeittherapien oder übenden/suggestiven Verfahren bzw. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung behandelt werden. Diese Ergebnisse blieben allerdings umstritten und wurden in ihrer Repräsentativität vor allem von den Kassenärztlichen Vereinigungen kritisiert. In der Folgestudie von Zepf et. al., die sich auf einige ausgewählte Bundesländer und hochgerechnet auf die Bundesrepublik bezieht, wurde dieser Einfluß der Kostenträger auf Zugang und Art der psychotherapeutischen Behandlung offensichtlich bestätigt (Zepf et al. 2001, S. 42ff.;71).

Auch wir haben in unserer Erhebung nach der Kassenzugehörigkeit und damit nach der Bedeutung der unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten beim Patientenstamm der ambulanten Psychotherapeuten gefragt. Die allgemeinen Ergebnisse sind in Abb. 16 wiedergegeben.

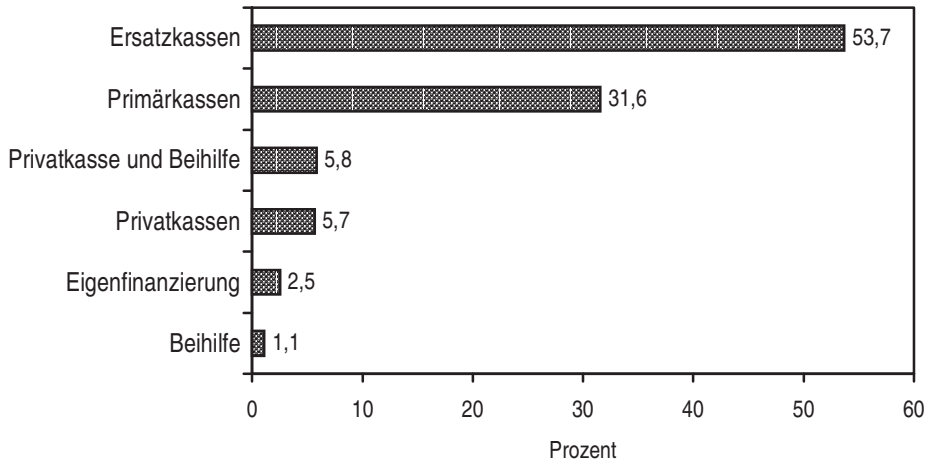

Abb. 16. Kostenträger der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 175).

Es zeigt sich, dass mit Abstand die meisten Psychotherapiepatienten, nämlich über die Hälfte, in einer Ersatzkasse versichert sind. Erst dann folgen mit knapp einem Drittel die Patienten, die über eine Primärkasse abrechnen. Weitaus geringere Bedeutung haben demgegenüber die anderen Kostenträger. Mit anderen Worten: Es sind vor allem die gesetzlichen Krankenkassen und hier – leicht überrepräsentiert gegenüber den realen Versicherungsverhältnissen in der Bevölkerung, wo die Primärkassen-Versicherten einen höheren Anteil stellen dürften –, die i. d. R. besser zahlenden Ersatzkassen, die die hauptsächlichen Kostenträger für psychotherapeutische Behandlungen darstellen.

Ein differenzierteres Bild ergibt der KV-Bezirksvergleich:

Tab 44. Kostenträger der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; KV-Bezirke im Vergleich (n = 175).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Primärkassen	26,7	34,3	31,6
Ersatzkassen	57,5	51,6	53,7
Privatkassen	6,5	5,2	5,7
Beihilfe	1,2	1,0	1,1
Privatkasse und Beihilfe	6,2	5,6	5,8
Eigenfinanzierung	,9	3,5	2,5

Entsprechend der unterschiedlichen Erwerbsstruktur finden sich im Patientenstamm des KV-Bezirks Kassel mit seinem höheren Anteil an unteren Einkommensschichten auch ein höherer Prozentsatz von Primärkassenangehörigen.

Hier sind es immerhin ein gutes Drit tel der Psychotherapiepatienten, die dieser Kasse angehören, während es in Göttingen nur wenig mehr als ein Viertel sind.

Interessant ist allerdings auf der anderen Seite, dass eigenfinanzierte Therapien, die ja eine gewisse Finanzkraft auf Seiten des Patienten voraussetzen, in Kassel

bedeutsamer sind, während sie in Göttingen so gut wie keine Rolle spielen. Eine Erklärung könnte der höhere Anteil an Selbständigen in Kassel sein.

Im Zusammenhang der (Kassen-)Finanzierung ist im übrigen auch der Vergleich der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten von Interesse, da einige Privatkassen nur bei ärztlicher Psychotherapie die Kosten übernehmen. Wie Tab. 45 zeigt, sind tatsächlich Privatkassenversicherte sowie jene Privatversicherte mit zusätzlicher Beihilfeberechtigung häufiger bei Ärztlichen als bei Psychologischen Therapeuten zu finden.

Tab. 45. Kostenträger der PatientInnen nach Berufsgruppen der TherapeutInnen.

	Berufsgruppe		Gesamt
	ÄPT	PPT	
	%	%	%
Primärkassen	30,9	32,1	31,6
Ersatzkassen	49,8	56,9	53,7
Privatkassen	6,9	4,7	5,7
Beihilfe	1,1	1,1	1,1
Privatkasse und Beihilfe	7,5	4,5	5,8
Eigenfinanzierung	2,7	2,4	2,5

Aufschlussreich im Hinblick auf die eingangs erwähnten Unterschiede der Kostenträger bei Lang- und weniger zeit- und kostenträchtigen Kurzzeittherapien dürfte schließlich der Fachgruppenvergleich sein. So kann vermutet werden, dass Analytische Therapeuten aufgrund ihrer zeit- und kostenaufwendigen Behandlungsangebote relativ weniger Primärkassenangehörige in Behandlung haben. Tatsächlich zeigt Tab. 46, dass Primärkassenmitglieder bei den Analytikern deutlich unterdurchschnittlich repräsentiert sind.

Tab. 46. Kostenträger der PatientInnen nach Fachgruppen der TherapeutInnen (n = 175).

	Fachgruppe			Gesamt
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	
	%	%	%	%
Primärkassen	24,7	34,8	37,3	31,6
Ersatzkassen	55,0	53,0	52,7	53,7
Privatkassen	5,6	7,0	3,0	5,7
Beihilfe	1,1	1,1	1,1	1,1
Privatkasse und Beihilfe	8,9	4,2	3,7	5,8
Eigenfinanzierung	4,1	1,6	1,6	2,5

Demgegenüber sind die Mitglieder von Ersatzkassen, die in der Regel bei entsprechender Indikation und Genehmigung die Kosten für Langzeittherapien mit einer Frequenz von maximal 3 Sitzungen pro Woche und bis maximal 300 Stunden zu einem durchaus angemessenen Honorarsatz pro Sitzung voll übernehmen, bei den Analytikern leicht überdurchschnittlich repräsentiert. Doch auch die Privatpatienten mit Beihilfeberechtigung bzw. jene mit Eigenfinanzierung sind beim Vergleich der Fachgruppen vor allem bei den Analytikern vertreten. Dies erscheint angesichts der vergleichsweise hohen Kosten von langjährigen Therapien plausibel, da davon auszugehen ist, dass diese Klientel (Privatkassenmitglieder und/oder Beihilfeberechtigte) hinreichend begütert ist, so dass sie – bei Auslauf der Kassen-

und/oder Beihilfefinanzierung – gegebenenfalls die Therapie auf eigene Kosten fortsetzen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gewichtung der Kostenträger die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen der kassenfinanzierten Psychotherapie gut widerspiegelt, wonach die gesetzlichen Ersatzkassen in der Regel das Optimum zwischen der Höhe des Stundenhonorars und der finanziell unterstützten Zeitdauer der Therapie gewährleisten und daher auch durchweg die mit Abstand gewichtigsten Kostenträger in der Richtlinien-Psychotherapie sind. Differenzierungen sowohl im Hinblick auf die Berufs- als auch die Fachgruppen ergeben sich demgegenüber bei den Primärkassen einerseits (Unterrepräsentanz bei den Analytikern), bei Privatkassen, Beihilfe und Eigenfinanzierung andererseits: Hier sind es vornehmlich die Ärztlichen und bei den Fachgruppen die Analytischen Therapeuten, die Patienten zu diesen Finanzierungsmodalitäten behandeln.

3.3.4 Störungsbilder

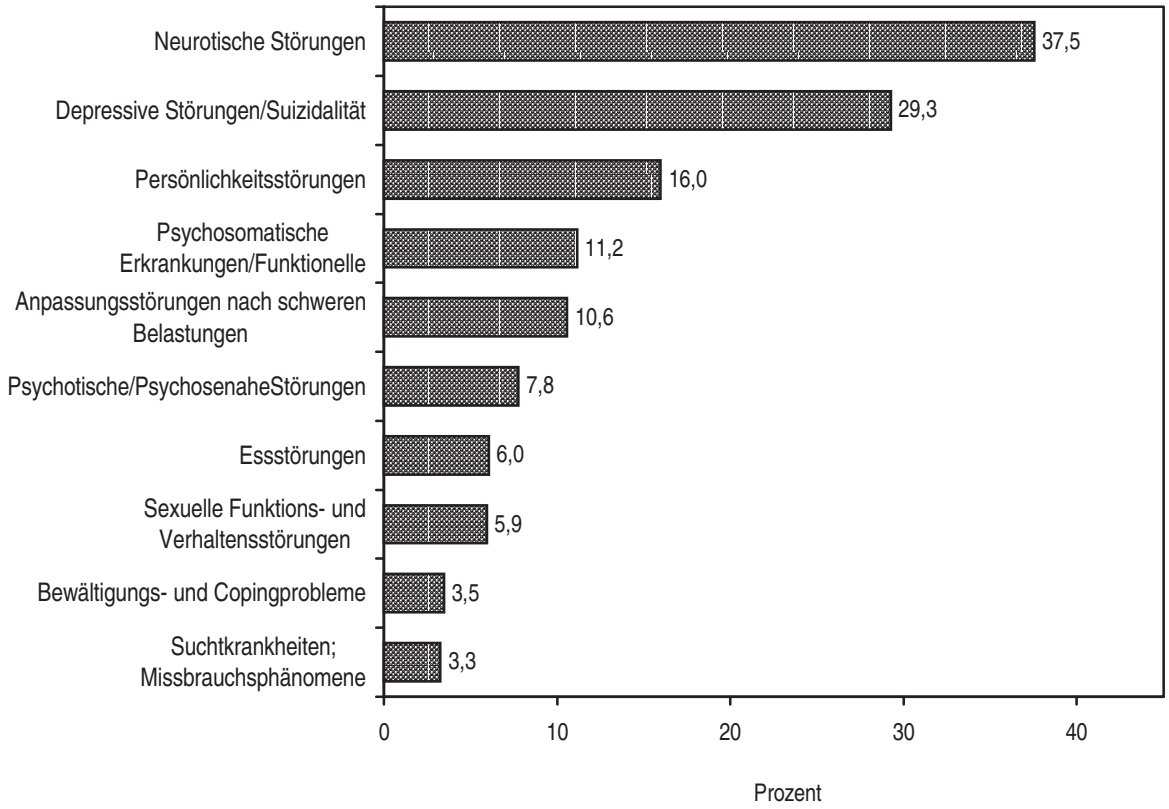

Abb. 17. Störungsbilder der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 180).

Das in Abb. 17 wiedergegebene Gesamtergebnis ist zunächst wenig überraschend. Es dominieren die „angestammten" Störungsbilder der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie: Die klassischen *neurotischen Störungsbilder* wie Phobien, Angst-, Zwangs- und hysterische Neurosen nehmen mit 37,5% den Spitzenplatz ein, gefolgt von den *depressiven Störungsbildern* einschließlich *Suizidalität*, unter denen fast 30% der behandelten PatientInnen leiden. *Persönlichkeitsstörungen,* die – wie etwa narzisstische und Borderline-Störungen – in den

letzten beiden Jahrzehnten offensichtlich immer mehr Gewicht bekommen haben[54], nehmen im Patientenstamm unseres Samples mit 16% den dritten Rang ein, gefolgt von den *psychosomatischen Erkrankungen* und den *Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen*, zu denen auch die posttraumatischen Belastungsstörungen gehören, deren Prävalenz und Behandelbarkeit im Rahmen ambulanter Psychotherapie in jüngster Zeit verstärkt diskutiert wird.[55] Die anderen von uns vorgegebenen Störungsbilder wie etwa *Essstörungen*, *sexuelle Störungen, Suchtkrankheiten*, *Copingprobleme im Kontext körperlicher Krankheiten* und Behinderungen und schließlich *psychotische und psychosenahe Störungen* bleiben sämtlich unter 10%.

Während sich durchweg die KV-Bezirke in dieser Rangfolge und den Größenordnungen kaum unterscheiden, gibt es – wie Tab. 47 zeigt – bei den sexuellen Funktions- und Verhaltensstörungen leichte, bei den psychotischen/ psychosenahen Störungen gravierende Unterschiede:

Tab. 47. Störungsbilder der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 180).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Neurotische Störungen	39,0	36,7	37,5
Depressive Störungen/ Suizidalität	28,6	29,6	29,3
Persönlichkeitsstörungen	17,8	15,0	16,0
Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen	11,3	10,1	10,6
Sexuelle Funktions- und Verhaltensstörungen	8,1	4,8	5,9
Psychosomatische Erkrankungen/ Funktionelle Organstörungen	11,0	11,2	11,2
Essstörungen	6,6	5,8	6,0
Suchtkrankheiten; Missbrauchsphänomene	3,8	2,9	3,3
Psychotische/ Psychosenahe Störungen	16,6	2,9	7,8
Bewältigungs- und Copingprobleme im Kontext organischer Krankheiten und körperlicher Behinderungen	4,5	2,9	3,5

Dass in Göttingen vergleichsweise häufiger Patienten mit sexuellen Funktions- und Verhaltensstörungen in psychotherapeutischer Behandlung sind, könnte mit der hier stärker repräsentierten studentischen Klientel zusammenhängen, bei denen – wie auch aus psychosozialen Beratungsstellen für Studierende bekannt – neben Arbeits- und Lernstörungen Partnerprobleme und sexuelle Beziehungsstörungen die häufigsten Störungsbilder darstellen. Weniger plausible Gründe können wir für den eklatant höheren Patientenanteil mit psychotischen Störungen in Göttingen im Vergleich zu Kassel finden. Zu berücksichtigen ist, dass diese Patienten traditionell überwiegend stationär in psychiatrischen Abteilungen behandelt werden und allenfalls zur Nachbehandlung in ambulanter Psychotherapie sind. Diese Praxis der ambulanten Nachbehandlung von PsychosepatientInnen, die eine enge Verzahnung und eingespielte Überweisungsmodalitäten zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie voraussetzt, ist möglicherweise in Göttingen mit seiner engen Vernetzung zwischen dem Universitätsklinikum mit psychiatrischer,

[54] Zu den Veränderungen in der Auftretenshäufigkeit der Störungsbilder aus Sicht der befragten TherapeutInnen unseres Samples vgl. Kap. 3.5.1 in diesem Bericht.
[55] Vgl. etwa Kernberg, O., Sachsse, U., Dulz, B.: Handbuch der Borderline-Störungen, Stuttgart 2000.

psychosomatischer und psychotherapeutischer Abteilung, dem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, aus dem sich die niedergelassenen Therapeuten zumeist rekrutieren, sowie zwei weiteren hier ansässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Landeskrankenhäusern[56] besser als in Kassel etabliert – eine Annahme, die wir allerdings nicht näher erhärten können.[57]

Betrachten wir die Verteilung der Störungsbilder bei den beiden Berufsgruppen, dann sind es auch hier vor allem die Psychosen, bei denen die größten Unterschiede zwischen Ärztlichen und Psychologischen Therapeuten zu konstatieren sind:

Tab. 48. Störungsbilder der PatientInnen nach Berufsgruppen der TherapeutInnen (n = 180).

	Berufsgruppe		Gesamt
	ÄPT	PPT	
	%	%	%
Neurotische Störungen	36,8	38,2	37,5
Depressive Störungen/ Suizidalität	26,1	32,2	29,3
Persönlichkeitsstörungen	14,9	17,0	16,0
Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen	10,4	10,7	10,6
Sexuelle Funktions- und Verhaltensstörungen	4,3	7,5	5,9
Psychosomatische Erkrankungen/ Funktionelle Organstörungen	10,3	11,9	11,2
Essstörungen	5,7	6,3	6,0
Suchtkrankheiten; Missbrauchsphänomene	3,0	3,5	3,3
Psychotische/ Psychosenahe Störungen	13,1	2,9	7,8
Bewältigungs- und Copingprobleme im Kontext organischer Krankheiten und körperlicher Behinderungen	3,1	3,7	3,5

Während bei den Ärztlichen Psychotherapeuten ein Patientenanteil von immerhin 13% dieses Störungsbild aufweist, das damit innerhalb der 10 von uns vorgegebenen Diagnosegruppen den 4. Rangplatz einnimmt, sind es bei den Psychologischen nur knapp 3% der PatientInnen, die damit an letzter Stelle rangieren. Angesichts der Tatsache, dass Psychosen immer noch überwiegend als psychiatrisches Krankheitsbild eingestuft und zumeist auch medikamentös behandelt werden, kann deren vornehmliche Behandlung durch Ärztliche Psychotherapeuten nicht weiter überraschen.

[56] Niedersächsisches Landeskrankenhaus (NLKH) für Psychiatrie und Psychotherapie und das Landeskrankenhaus Tiefenbrunn für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin.

[57] Ob zudem die Bemühungen um Konzepte der flankierenden psychotherapeutischen (statt nur medikamentösen) Behandlung von psychotischen Krankheitsbildern eine Rolle spielen, die möglicherweise in Göttingen weiter vorangeschritten sind, können wir hier auch nicht weiter belegen.

Überprüfen wir abschließend die Verteilung der Störungsbilder bei den 3 Fachgruppen. Mögliche Unterschiede könnten hier ja als Hinweise auf bestimmte Zusammenhänge zwischen Störungsbild und Therapieverfahren geben.

Tab. 49. Störungsbilder der PatientInnen nach Fachgruppen der TherapeutInnen (n = 180).

	Fachgruppe			Gesamt
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	
	%	%	%	%
Neurotische Störungen	41,1	35,5	35,3	37,5
Depressive Störungen/ Suizidalität	25,5	29,6	35,5	29,3
Persönlichkeitsstörungen	20,2	12,0	17,0	16,0
Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen	10,0	11,7	9,0	10,6
Sexuelle Funktions- und Verhaltensstörungen	9,4	3,9	4,0	5,9
Psychosomatische Erkrankungen/ Funktionelle Organstörungen	10,9	12,0	9,7	11,2
Essstörungen	7,1	5,6	5,0	6,0
Suchtkrankheiten; Missbrauchsphänomene	3,4	3,0	3,5	3,3
Psychotische/ Psychosenahe Störungen	4,8	11,8	4,2	7,8
Bewältigungs- und Copingprobleme im Kontext organischer Krankheiten und körperlicher Behinderungen	3,5	3,0	4,4	3,5

Tatsächlich erhellt aus Tab. 49, dass bei den Psychoanalytikern Patienten mit neurotischen Störungen leicht, mit Persönlichkeitsstörungen deutlich – gemessen am Durchschnitt - überrepräsentiert sind. Es ist davon auszugehen, dass bei den Persönlichkeitsstörungen eher modifizierte analytische Verfahren (analytisch-interaktionell, im Sitzen, z. T. niedrigere Frequenz) bzw. tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, die Psychoanalytiker ja immer auch in ihrem therapeutischen Repertoire haben, zur Anwendung kommen. Dass es - unter Berücksichtigung dieser Modifikationen der klassischen analytischen Technik im Falle der Persönlichkeitsstörungen – vornehmlich die Psychoanalytiker sind, die beim Vergleich der 3 Fachgruppen mit diesem Störungsbild zu tun haben, könnte vielleicht auch darauf zurückzuführen sein, dass sie aufgrund ihrer wenig störungszentrierten Anamnesetechnik die gesamte Persönlichkeit, ihre Ressourcen und Defizite, eher in den (diagnostischen) Blick bekommen.

Bei den Tiefenpsychologischen Psychotherapeuten gibt es eine im Vergleich der Fachgruppen überdurchschnittliche Repräsentanz der psychosomatischen Erkrankungen und insbesondere der psychotischen bzw. psychosenahen Störungen. Letzteres dürfte auf die in dieser Fachgruppe dominierenden Ärztlichen Psychotherapeuten rückführbar sein, während die psychosomatischen Störungsbilder, wie der obige Berufsgruppenvergleich zeigte (Tab. 48), überraschenderweise keine Häufung bei den Ärztlichen ÄPTn erbrachte.

Bemerkenswert ist schließlich, dass bei den VerhaltenstherapeutInnen vor allem die depressiven Erkrankungen überdurchschnittlich repräsentiert sind. Dies muss nicht nur mit der besonderen Eignung von Verhaltenstherapie für die Behandlung depressiver Störungsbilder zu tun haben[58], sondern kann auch die Tatsache widerspiegeln, dass depressive Verstimmungen – obwohl häufig nur Begleitsymptome anderer Störungsbilder - akut derart verhaltenseinschränkend im Sinne von Rückzugs- und Vermeidungsverhalten wirken, dass sich gerade Verhaltenstherapeuten vorrangig auf Diagnose und Behandlung solcher „dysfunktionaler" Verhaltensweisen konzentrieren. Dass auch Copingprobleme im Kontext organischer Krankheiten und Behinderungen in der Praxis von Verhaltenstherapeuten häufiger als im Durchschnitt vorkommen, kann angesichts der Tatsache, dass es hier zumeist um Instruktion und Verhaltenstraining geht, nicht weiter überraschen.

Grob zusammengefasst lässt sich für die befragten Erwachsenentherapeuten der beiden KV-Bezirke sagen, dass ihre derzeit behandelten Patienten von 10 vorgegebenen Diagnosegruppen (s. oben) neurotische, depressive und Persönlichkeitsstörungen am häufigsten, Suchtkrankheiten, Copingprobleme und sexuelle Störungen am seltensten aufweisen, wobei es hierbei zwischen den Berufs- und Fachgruppen zwar Differenzierungen, aber keine eklatanten Häufigkeitsunterschiede bei den Störungsbildern gibt. Schlussfolgerungen auf bedeutsame Zusammenhänge zwischen Störungsbild und Therapieverfahren lassen sich daher auf Basis dieser Ergebnisse nicht ableiten. (Vgl. dazu im Weiteren auch die Ergebnisse zur eingeschätzten generellen Auftretenshäufigkeit und Versorgungssituation der Störungsbilder in den Punkten 3.5.1 und 3.5.2 dieses Berichts).

[58] Erwähnt seien hier die ausgearbeiteten Konzepte der kognitiven Verhaltenstherapie für Depressionen nach Beck et al. (1986).

3.3.5 Vorherige Psychotherapie

Hier interessierte uns die Frage, ob und in welchem Umfang Patienten, die bei den Befragten unseres Samples in Therapie sind, bereits vorher eine Psychotherapie abgeschlossen bzw. im Falle der Richtlinienverfahren mit festgelegten Stundenkontingenten vorzeitig abgebrochen haben. Wie aus Tab. 50 hervorgeht, haben insgesamt 28% bereits eine Psychotherapie hinter sich, wobei in Göttingen sich deutlich mehr Patienten wiederholt in Therapie begeben als in Kassel. Dies muss nicht unbedingt auf schlechtere Therapieerfolge in der Ersttherapie zurückgeführt werden, sondern kann auch mit einer höheren Bereitschaft der Göttinger Bevölkerung zur Inanspruchnahme von Therapie und/oder mit der hier anzutreffenden überaus günstigen und fachlich differenzierten therapeutischen Angebotsstruktur zusammenhängen, die bei erneuter Symptomwahrnehmung und Rezidiven seitens des Patienten auch dessen prompte Hilfesuche bei der entsprechenden Fachkompetenz erleichtert.

Tab. 50. PatientInnen, die bereits eine Psychotherapie hinter sich haben nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 173).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen %	Kassel %	%
PatientInnen insgesamt	34,1	25,1	28,3
- davon analytische Pth.	20,1	15,1	16,9
- davon tiefenps. fund. Th.	35,7	47,9	43,5
- davon Verhaltenstherapie	20,8	23,4	22,5
- Sonstige Verfahren	24,4	13,6	17,1

Schaut man sich die Ersttherapien hinsichtlich ihrer Verteilung auf die drei Richtlinienverfahren an, dann zeigt sich, dass diese insgesamt der generellen Verteilung der Patienten auf Therapieverfahren entspricht (vgl. Kap. 3.2.1): die meisten der Patienten, die wiederholt eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, haben bereits eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie hinter sich (43,5%), während 22,5% der Patienten mit erneuter therapeutischer Behandlung zunächst eine Verhaltenstherapie und ein noch geringerer Prozentsatz zunächst eine Analytische Therapie gemacht hat. Letzteres könnte darauf hindeuten, dass analytische Therapien zwar am zeitaufwendigsten, dafür aber auch am wirksamsten sind, weil sie weniger Folgetherapien erfordern. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass ja generell die meisten Patienten in tiefenpsychologischer und die wenigsten in Analytischer Therapie zu finden sind (vgl. Tab. 25 in Kap. 3.2.1 dieses Berichts). Im Weiteren verdienen auch die vor allem in Göttingen relativ hohen Prozentsätze von Patienten Aufmerksamkeit, die vor Beginn einer neuerlichen Therapie in einem genehmigungspflichtigen Richtlinienverfahren offensichtlich Therapieerfahrung *außerhalb* der Richtlinienpsychotherapie haben, wie etwa Gesprächs-, Gestalt-, Körpertherapie und sonstige, hinsichtlich Frequenz und Dauer weniger aufwendige und reglementierte Verfahren. Es muss hier offen bleiben, ob diese vorherigen Therapieversuche außerhalb der Richtlinienpsychotherapie als unerwünschte Umwege, Zeit- und Reibungsverluste auf dem Weg zu einer adäquaten therapeutischen Behandlung gewertet oder aber als im Einzelfall unumgängliches „Herantasten“ bzw.

als vorläufiger „Ersatz“ angesichts eines fehlenden Therapieplatzes in der Richtlinienpsychotherapie aufgefasst werden müssen.

Aufschlussreicher im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Erfolgsbilanzen von Psychotherapien ist die Zahl der vorherigen Therapieabbrüche:

Tab. 51. PatientInnen, die bereits eine Psychotherapie abgebrochen haben nach durchschnittlichem prozentualem Anteil pro Psychotherapeut.

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen %	Kassel %	%
PatientInnen insgesamt	11,4	9,9	10,5
- davon analytische Pth.	35,3	19,5	25,2
- davon tiefenps. fund. Th.	33,7	51,4	45,0
- davon Verhaltenstherapie	21,9	23,6	23,0
- Sonstige Verfahren	9,1	5,5	6,8

Bei einer gesamten Abbruchquote von gut 10% der Patienten, die wohlgemerkt nicht eine laufende Therapie bei den befragten Therapeuten unseres Samples, sondern eine vorherige Therapie bei einem anderen Therapeuten abgebrochen haben, ist allerdings bemerkenswert, dass – gemessen an der generellen Repräsentanz von Patienten in den 3 Richtlinienverfahren - ein überproportional hoher Anteil von Analyse-Patienten nach Aussage der Befragten die Therapie vorzeitig abgebrochen hat. Dies gilt vor allem für den KV-Bezirk Göttingen, wobei dies u. a. mit dem hier vergleichsweise höheren Anteil von Patienten in Analytischer Therapie erklärt werden kann. Generell ist in Rechnung zu stellen, dass das Risiko eines vorzeitigen Abbruchs mit zunehmender Länge der anvisierten Therapiedauer – die ja bei der Analytischen Therapie mit Abstand am längsten ist - steigt. Weitergehende Interpretationen verbieten sich u. E. aufgrund der Heterogenität und Vielfalt der Gründe, die bei einem Abbruch im Spiel sein können.

Die ohnehin recht niedrigen Abbrecherquoten in sonstigen psychotherapeutischen Verfahren außerhalb der Richtlinienpsychotherapie möchten wir hier nicht näher interpretieren, da bei diesen i. d. R. aufgrund fehlender genehmigungspflichtiger Stundenkontingente keine klaren Kriterien für den Abbruch im Unterschied zu einer einvernehmlichen Beendigung der Therapie existieren.

3.3.6 Einzugsgebiet; Anfahrtswege

Kommen wir zum Schluss dieses Kapitels zur Frage, welche räumlichen Entfernungen und damit Zeitaufwendungen PsychotherapiepatientInnen aufbringen (müssen), um einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu bekommen. Die diesbezüglichen Ergebnisse lassen ebenso wie die im folgenden Kap.3.4.1 abgehandelten Überweisungs- und Zugangswege zur Psychotherapie sowohl Schlüsse auf die Therapiebereitschaft und -motivation der Patienten als auch auf mögliche Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung zu. Schauen wir uns vor diesem Hintergrund das Einzugsgebiet der Patienten unter räumlichem und zeitlichem Gesichtpunkt an.

Tab. 52. Einzugsgebiet einer psychotherapeutischen Praxis nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 179).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
PatientInnen unter 10 km entfernt	65,1	60,9	62,4
PatientInnen 11-20 km entfernt	17,1	24,0	21,5
PatientInnen 21-30 km entfernt	7,6	8,3	8,0
PatientInnen 31-40 km entfernt	4,3	2,7	3,3
PatientInnen über 40 km entfernt	5,6	3,6	4,3

Fast zwei Drittel der Patienten eines Psychotherapeuten leben in „erträglicher“ räumlicher Entfernung von ihrem Therapieplatz, nämlich unter 10 km. Weitere 22% nehmen immerhin schon eine Entfernung von 11-20 km in Kauf, um zu ihrem Therapieplatz zu gelangen. Jene 15% Patienten, die Entfernungen von 21 bis über 40 km in Kauf nehmen, geben u. E. einen Hinweis auf eine nicht zufriedenstellende psychotherapeutische Versorgung im Umkreis der jeweiligen Städte unserer KV-Regionen, auch wenn im Einzelfall das Interesse des Patienten an einem *spezifischen* Therapeuten für die Inkaufnahme größerer Entfernungen ausschlaggebend gewesen sein dürfte.

Nehmen wir abschließend noch die entsprechenden Zeitaufwendungen hinzu, dann zeigt Tab. 53 eine ähnliche Tendenz.

Tab. 53. Zeitaufwand für Anfahrt zur Praxis nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 166).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
mehr als eine halbe Stunde	34,1	27,8	30,1
mehr als eine Stunde	9,6	7,2	8,0

Sieht man weniger als eine halbe Stunde als eine zumutbare zeitliche Investition für den Anfahrtsweg an[59], dann sind es immerhin über 60% der Patienten, auf die dieser relativ komfortable Zeitaufwand zutrifft. Allerdings sind es fast ein Drittel – in Göttingen sogar mehr als ein Drittel der Patienten – die mehr als eine halbe Stunde für den Anfahrtsweg aufbringen; und schließlich nehmen fast 10% sogar mehr als eine Stunde Anfahrtsweg in Kauf. Die vergleichsweise höheren Zeitaufwendungen (wie auch Entfernungen), die die psychotherapeutische Klientel im KV-Bezirk Göttingen in Kauf nimmt, könnte auch damit erklärt werden, dass sich hier das psychotherapeutische Angebot für den gesamten KV-Bezirk noch stärker in Göttingen-*Stadt* konzentriert als entsprechend im KV-Bezirk Kassel (vgl. Kap. 2.3 dieses Berichts).

3.4 Zur Praxisauslastung

Dieser Punkt stellt in gewissem Sinne den Kern unserer Untersuchung des tatsächlichen Versorgungsgrades im Bereich ambulanter Kassenpsychotherapie nach dem PTG dar. Wie in Kap. 2 näher ausgeführt, gingen wir in unserer Erhebung von der Vermutung aus, dass es, ungeachtet der nach pauschalen Verhältniszahlen berechneten angeblichen „Überversorgung“ in den von uns einbezogenen KV-Bezirken, einen weiter bestehenden „latenten“ Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung gibt. Dieser müsste freilich über die pauschale Zuordnung von (regional spezifizierten) Einwohner- und Therapeutenzahlen hinaus weiter differenziert werden, etwa nach Therapieverfahren und internen psychotherapeutischen Fachgruppen, Klientengruppen, hier vor allem nach Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen, u. ä. Darüber hinaus müssten auch die real äußerst heterogenen Behandlungskapazitäten der einzelnen ambulanten Psychotherapeuten(-gruppen) bei der Bedarfsplanung stärkere Berücksichtigung finden, da mit der offiziellen, bisher vorgenommenen groben Unterscheidung zwischen „überwiegend/ausschließlich“- und „nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig“ die tatsächlichen Behandlungskapazitäten eher überschätzt werden (vgl. dazu genauer Löcherbach et al. 2000, S. XLVff.).

Erste Hinweise über die Ausgewogenheit von Angebot und Nachfrage bzw. über Umwege und Verzögerungen in der prompten Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung können wir über die unterschiedlichen Zugangs- und Überweisungswege der Patienten erhalten (3.4.1). Als weiterer entscheidender Indikator für ein nach wie vor nicht ausgewogenes Verhältnis von Angebot und Nachfrage im Bereich ambulanter Psychotherapie kann die Diskrepanz zwischen der Anzahl der Neuanfragen bzgl. einer psychotherapeutischen Behandlung und der tatsächlichen Einbestellung zum diagnostischen Erstgespräch bzw. zu probatorischen Sitzungen gelten. Im Weiteren liefert der Zahlenvergleich zwischen diagnostischen Erstgesprächen und den tatsächlich darauf folgenden Behandlungsaufnahmen bzw. -ablehnungen wichtige Anhaltspunkte für ein mögliches Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage. Wohl wissend, dass es hierbei immer eine gewisse Diskrepanz auch bei freier Behandlungskapazität des Therapeuten geben wird, z. B. aufgrund fehlender Indikation, Missverständnissen zwischen Patient und Therapeut oder vorschnellem Rückzug seitens der PatientInnen, scheint uns doch das Ausmaß dieser Diskrepanz schon recht gute Hinweise auf Versorgungsengpässe bzw. allzu große Friktionen bei der prompten und effizienten Behandlungseinleitung im Bereich ambulanter Psychotherapie zu liefern (3.4.2). Differenziertere In-

[59] Wir gehen davon aus, dass sich die Angaben entsprechend der Frage auf die *einfache* Fahrt bezieht, können aber nicht in jedem Fall sicher sein.

formationen erhofften wir uns daher durch unsere Frage nach den *Gründen für die Ablehnung* bzw. vorsichtiger formuliert: das Nichtzustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung beim jeweiligen Psychotherapeuten (3.4.3). Schließlich haben wir zur Abrundung unserer Informationen über die Versorgungssituation noch nach *Existenz und Umfang von Wartelisten* sowie nach (*Veränderungen*) der *durchschnittlichen Wartezeit* auf einen Therapieplatz gefragt (3.4.4). Dies vor dem Hintergrund, dass Wartelisten einerseits mögliche Versorgungsengpässe durch eine - wenn auch zeitlich verzögerte - Gewährleistung einer notwendigen psychotherapeutischen Behandlung abmildern können, andererseits jedoch schon die Existenz von Wartelisten immer die "second best-Lösung“ gegenüber der unmittelbaren Aufnahme einer Therapie angesichts eines diagnostisch ermittelten Bedarfs ist, da die Gefahr einer kostenvermehrenden Verstärkung der Symptomatik und einer Chronifizierung nie ganz auszuschließen ist.

3.4.1 Überweisungs- und Zugangswege der Patienten

Tab. 54. Überweisungs-/ Zugangswege, über die die PatientInnen zum Therapeuten gelangt sind, nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 174).

Überweisungs-/Zugangswege	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	%
	%	%	
Überweisung durch Hausarzt	15,8	24,0	21,2
Überweisung durch psychotherapeutische Fachkollegen, ambulant	17,4	16,8	17,1
Überweisung nach stationärem Aufenthalt	8,5	6,0	6,9
Auf Empfehlung der Koordinationstelle der zuständigen KV	7,9	3,7	5,1
Auf Empfehlung von psychosozialen (Beratungs-) Institutionen u.ä.	11,1	3,8	6,4
Auf Empfehlung von ehemaligen PatientInnen	11,9	16,2	14,7
Eigeninitiative	24,9	24,2	24,5

Die "Eigeninitiative" steht mit fast 25% an der Spitze aller Zugangswege zur Psychotherapie. Dies werten wir als Hinweis darauf, dass die meisten der Nachfragenden wirkliches Interesse für eine Psychotherapie mitbringen. Die weiter unten genauer dargestellten relativ geringen Behandlungsquoten nach Anfrage durch den Patienten dürften daher nicht primär auf vorschnellen Rückzug oder mangelnde Therapiemotivation der KlientInnen zurückzuführen sein (vgl. auch die Ausführungen zur Inkaufnahme von Wartezeiten, weiter unten). Neben der Eigeninitiative spielt allerdings auch der Überweisungsweg durch den Hausarzt eine gewichtige Rolle, der mit 21% an zweiter Stelle der Zugangswege zur Psychotherapie rangiert. Dies verweist darauf, dass psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nicht selten indirekt über „somatische“ Symptome und dadurch auch immer wieder verspätet an das psychotherapeutische Versorgungssystem herangetragen und der adäquaten Therapie zugänglich wird. Dass dieser „indirekte“ und sicherlich auch mit Reibungsverlusten verbundene Weg zur Psychotherapie über den Hausarzt in Göttingen mit seinem vergleichsweise dichten ambulanten und stationären Psychotherapie-Angebot weit weniger gewichtig als in Kassel ist, belegt u. E. ebenso wie die hier häufiger anzutreffende Überweisung durch psychotherapeutische *Fach*kollegen, dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Therapie nicht nur von Merkmalen der Nachfragenden, sondern auch vom größeren und damit „sichtbareren“ therapeutischen Angebot abhängt – dies bei einem unterstellten

gleichen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in den beiden KV-Bezirken. Erwähnung verdienen schließlich die jeweiligen Koordinationsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen als Zugangsweg, ein Steuerungsinstrument, das erst nach dem PTG zur besseren und effektiveren Verteilung der Patientenströme auf die vorhandenen freien Therapieplätze geschaffen wurde.[60] Es überrascht nicht, dass deren Bedeutung in Göttingen deutlich höher ist angesichts des hier anzutreffenden relativ großen und vielfältigen Therapieangebots bei gleichzeitig hoher Nachfrage (vgl. weiter unten), was offensichtlich zu einem höheren Koordinationsbedarf führt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aus der relativen Bedeutung der Zugangswege zur Psychotherapie (hoher Anteil an Eigeninitiative und informeller „Mundpropaganda“, relativ hohe direkte Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Fachkompetenz), in aller gebotenen Vorsicht auf eine relativ „mündige “Klientel zu schließen ist, die dem psychotherapeutischen Versorgungsangebot – sofern sichtbar vorhanden – durchaus aufgeschlossen gegenübersteht. Die nach KV-Bezirk deutlich differierende Bedeutung des indirekten Zugangswegs der Hausarztüberweisung (größeres Gewicht in Kassel, geringeres in Göttingen) lässt auf noch größere Vorbehalte gegenüber Psychotherapie in der Kasseler Klientel gegenüber der aus der Universitätsstadt Göttingen schließen; sie könnte aber auch dem dichteren psychotherapeutischen Angebot in Göttingen geschuldet sein, das generell den Klienten den direkten Zugang zur Psychotherapie erleichtert.

[60] Diese an sich begrüßenswerte Einrichtung scheint allerdings noch lange nicht die Versorgungsprobleme zu lösen. Eine bloß pauschale Zuordnung von PatientInnen zu "freien" Therapieplätzen ohne Berücksichtigung des Störungsbildes, der Indikation, der fachlich-methodischen Spezialisierung und personenbezogener Merkmale von (potentiellem) Patient und Therapeut kann den Patienten zwar einige Um- und Irrwege ersparen, andererseits jedoch auch neuerliche Frustrationen hervorrufen, wenn trotz freiem Therapieplatz und vorhandener Indikation keine Behandlung z. B. aufgrund von fehlender Passung u. ä. zustande kommt. Auch die Koordinationsstellen überschätzen die bloß quantitative Seite des Versorgungsproblems und lassen die *qualitativen* Aspekte als Planungs- und Verteilungskriterium unterbelichtet (vgl. dazu genauer weiter unten)

3.4.2 Verhältnis von Neuanfragen, diagnostischen Erstgesprächen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen (1.Quartal 2001)[61]

Das folgende Diagramm Abb. 18 gibt zunächst einen Überblick über die o. g. Zahlenrelationen, aufgeschlüsselt nach den durchschnittlichen Patientenzahlen pro Psychotherapeut.[62]

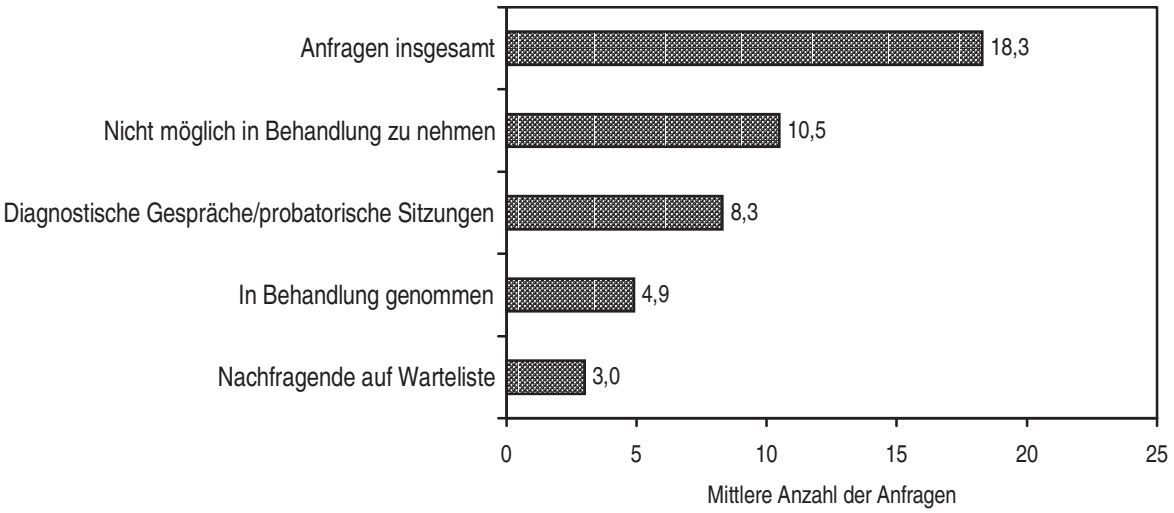

Abb. 18. Verhältnis von Neuanfragen, diagnostischen Erstgesprächen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen (Quartal 2001); durchschnittliche Patientenanzahl pro Psychotherapeut.

Insgesamt haben die Befragten unseres Samples durchschnittlich 18 Anfragen bzgl. einer Therapie im ersten Quartal 2001 erhalten. Von diesen 18 Nachfragenden kommen rd. 8, d. h. nicht einmal die Hälfte, zum Erstgespräch, und nur rd. 5 Patienten (= 27%!) werden *direkt* im Anschluss daran in Behandlung genommen.

[61] Wir weisen hier nochmals darauf hin, dass sich die folgenden Zahlenangaben und -relationen auf die Angaben *eines Quartals*, dem 1. Quartal 2001, beziehen und daher in gewissem Sinne eine Mo mentaufnahme darstellen. Dennoch lassen die diesbezüglichen inhaltlichen Kommentare der Therapeuten den Schluss zu, dass die Quartalsangaben in den meisten Fällen durchaus verallgemeinert werden können. Im übrigen haben auch andere einschlägige Studien Quartals-Angaben zugrundegelegt (Löcherbach et al., 2000; Zepf et al., 2001).

[62] Um überhaupt eine Vorstellung von den absoluten Größenordnungen zu bekommen, haben wir die in Mittelwerten ausgedrückten durchschnittlichen Patientenzahlen zunächst nicht in Prozente umgerechnet. (Vgl. dazu Erläuterungen im Text). Die durchschnittlichen Patientenzahlen auf der Warteliste - sofern vorhanden - haben wir der Vollständigkeit halber hier hinzugefügt, gehen darauf aber erst später in 3.4.4 noch genauer ein. Zu berücksichtigen ist hier auch, dass nicht alle Befragten vollständige Angaben zu allen diesbezüglich relevanten Fragen des Fragebogens gemacht haben, so dass die hier aufgeführten Mittelwerte je nach Kategorie auf eine unterschiedliche Anzahl von Therapeuten, die *hier* geantwortet haben, bezogen sind.

Über das in Abb. 18 dargestellte Gesamtergebnis hinaus zeigt Tab. 55 aufschlussreiche Unterschiede zwischen den KV-Bezirken:

Tab. 55. Neu-Anfragen nach einer Behandlung im 1. Quartal 2001; durchschnittliche Patientenanzahl (Mittelwerte; n = 138).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Anfragen insgesamt	21,8	16,4	18,3
Diagnostische Gespräche/probatorische Sitzungen	8,0	8,5	8,3
In Behandlung genommen	4,3	5,3	4,9
Nachfragende auf Warteliste	2,8	3,0	3,0
Nicht möglich in Behandlung zu nehmen	12,7	9,3	10,5

Hier ist auffällig, dass es im KV-Bezirk Göttingen mit fast 22 Anfragen pro Quartal deutlich mehr Therapienachsuchende gibt als in Kassel. Dies könnte auf die größere "Offenheit" der EinwohnerInnen der Universitätsstadt Göttingen gegenüber Psychotherapie und – so paradox es klingt – auf das hier vergleichsweise dichtere Therapeutenangebot zurückzuführen sein, nach dem Prinzip: "Das Angebot steigert die Nachfrage". Zugleich wird allerdings erkennbar, dass in Göttingen bereits bei den Einladungen zum Erstgespräch stärker selektiert wird als in Kassel. Schließlich ist auch die Quote der direkten Behandlungseinleitung mit knapp 20% in Göttingen ungeachtet des vergleichsweise sehr guten Versorgungsgrads immer noch deutlich geringer als in Kassel mit 32%.

Um im Weiteren genauer das Ausmaß der „Filterungsprozesse“ zwischen Anfrage und Behandlungsaufnahme bzw. -ablehnung zu verdeutlichen, sind in den folgenden Tabellen nicht die in Mittelwerten ausgedrückten Patientenzahlen, sondern die jeweiligen Prozentanteile an der Gesamtsumme der Nachfragenden aufgeführt.[63]

Tab. 56. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten Prozentanteile an allen Anfragen nach KV-Bezirk (n =138).

	Göttingen %	Kassel %	Gesamt %
Diagnostische Gespräche/ probatorische Sitzungen	37,0	52,9	46,4
In Behandlung genommen	20,4	31,8	27,1
Auf Warteliste gesetzt	14,0	17,3	16,0
Nicht in Behandlung genommen	56,1	52,8	54,1

Als erster "Filter" nach der (zumeist telefonischen) Anfrage fungiert die Einladung zum diagnostischen Erstgespräch bzw. zu mehreren probatorischen Sitzungen. Wie Tab. 56 zeigt, sind es nur *46,4% der Nachfragenden, d. h. nicht einmal die Hälfte der Therapienachsuchenden, die es bis zum Erstgespräch „schaffen“.* Beim Vergleich der KV-Bezirke ergibt sich darüber hinaus, dass die Relation in Göttingen mit nur 37% der Nachfragenden deutlich ungünstiger als in Kassel ausfällt, wo immerhin gut die Hälfte der Nachfragenden auch zum diagnostischen Gespräch kommt. Auch wenn man annehmen muss, dass bei einigen Nachsuchenden bereits im Vorfeld keine Indikation für eine Psychotherapie festgestellt oder Missverständnisse hinsichtlich des therapeutischen Angebots vorab geklärt werden können, ist auf Basis dieser Zahlenrelationen davon auszugehen, dass ein *Großteil der Anfragenden trotz Interesse nicht einmal die Chance zu einem Erstgespräch erhält.*

Doch auch diagnostische Erstgespräche garantieren offenbar noch keineswegs die baldige Aussicht auf einen Behandlungsplatz. Hier setzt eine weitere "Filterung" um rd. 19 Prozentpunkte ein. Der Vergleich der KV-Bezirke zeigt, dass nach der Diagnostikphase in Göttingen noch einmal stärker selektiert wird als in Kassel.

Sieht man hier zunächst noch von den "mildernden" Einflüssen einer Warteliste ab, die wiederum in Göttingen weniger gewichtig als in Kassel ist, *dann werden im Gesamtdurchschnitt 27,1% der Nachfragenden in direktem Anschluss an die Diagnostikphase in Behandlung genommen (!).*

Doch selbst die Berücksichtigung der Wartelisten, die freilich nicht jeder Therapeut führt, führt nicht zu einem durchschlagend besseren Ergebnis:. *Demnach*

[63] Um das Ergebnis nicht zu verfälschen, wurden dabei nur die Nennungen derjenigen Psychotherapeuten berücksichtigt, die zu allen 5 Punkten (Anfragen, Erstgespräche, in Behandlung genommen, nicht in Behandlung genommen, auf Warteliste gesetzt) Angaben gemacht haben (n= 138). Streng genommen, sollten sich 100% ergeben, wenn man die Prozente von „In Beh. genommen“¸ “Auf Warteliste gesetzt“ und „Nicht in Beh. genommen“ aufsummiert. Die Prozentsummen bewegen sich jedoch je nach Gruppe zwischen 88,8 und 107,1%. Erklärung könnte sein, dass einige die PatientInnen auf der Warteliste gleichzeitig als nicht in Behandlung genommen klassifiziert haben, sofern die Behandlung nicht im gleichen Quartal aufgenommen wurde, andere wiederum diese gleichzeitig unter die direkt in Behandlung genommen rubriziert haben. Zudem können bei den Ärzten auch andere (psycho-)somatische Behandlungsangebote mit einbezogen worden sein (vgl. dazu weiter unten). Trotz dieser Ungereimtheiten vermitteln die Zahlenrelationen u. E. ein annähernd realistisches Bild vom Ausmaß der Diskrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage und der Wartelisten als Indikator für Versorgungsengpässe als auch in ihrer Funktion der versuchten Abmilderung.

sind es dann insgesamt 43% der Nachfragenden, die sofort bzw. zeitlich versetzt in Behandlung genommen werden (*in Göttingen sogar nur 34%, in Kassel: 49%).*

Umgekehrt, d. h. aus der Perspektive der Ablehnungen formuliert heißt dies: *Im 1. Quartal 2001, d. h. zwei Jahre nach Inkrafttreten des PTG, werden in KV-Bezirken, die gemäß den formellen Kriterien der Bedarfsfeststellung als weit „überversorgt" gelten, über die Hälfte der um Psychotherapie Nachsuchenden nicht in Behandlung genommen. Dabei fallen die Ablehnungsquoten im KV-Bezirk Göttingen trotz eines noch dichteren therapeutischen Angebots noch höher als im KV-Bezirk Kassel aus!*

Für die nähere Interpretation und Differenzierung dieser überraschenden und paradox erscheinenden Ergebnisse bietet sich der Vergleich zwischen den Berufs- und den Fachgruppen an.

Hier zeigt sich**,** dass sich Ärztliche Psychotherapeuten zwar stärker als Psychologische verpflichtet sehen, gemäß ihrem ärztlichen Versorgungsverständnis mit Anfragenden ein Erstgespräch zu führen; sie können dann jedoch kaum mehr als ihre psychologischen Fachkollegen zumindest in direktem Anschluss daran eine psychotherapeutische Behandlung anbieten:

Tab. 57. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten; Prozentanteil an allen Anfragen nach Berufsgruppen (n=138).

	ÄPT %	PPT %	Gesamt %
Diagnostische Gespräche/ probatorische Sitzungen	49,5	44,0	46,4
In Behandlung genommen	28,3	26,2	27,1
Auf Warteliste gesetzt	12,6	18,7	16,0
Nicht in Behandlung genommen	48,6	58,5	54,1

Auch bei Berücksichtigung von Wartelisten, die bei ihnen eine geringere Rolle als bei den PPTn spielen, nehmen sie im Endeffekt nur 40,9% (gegenüber 44,9% bei den PPTn) der Nachfragenden in psychotherapeutische Behandlung.[64]

[64] Dass dennoch die ÄPTn im Vergleich zu den PPTn letztlich prozentual weniger Anfragende als „Nicht in Behandlung genommen" aufführen, stellt eine Ungereimtheit dar, die z. T. mit unstimmigen Angaben bzgl. der Patienten auf der Warteliste (vgl. Anm. 63) erklärt werden kann. Möglicherweise haben einige Ärztliche Psychotherapeuten hier solche Patienten, die sie zwar nicht in (genehmigungspflichtiger) Psychotherapie, wohl aber in sonstiger (psycho-)somatischer Behandlung haben, aus der Liste der „Nicht in Behandlung genommenen" gestrichen, ohne dass sie bei den „In Behandlung genommenen" auftauchen.

Weitere Aufschlüsse ergibt der Fachgruppenvergleich:

Tab. 58. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten; Prozentanteil an allen Anfragen nach Fachgruppen (n=138).

	Analytische Therapie %	Tiefenps. Fund. Pth. %	Verhaltens-Therapie %	Gesamt %
Diagnostische Gespräche/ probatorische Sitzungen	48,0	53,6	33,9	46,4
In Behandlung genommen	22,1	32,6	23,1	27,1
Auf Warteliste gesetzt	6,3	17,1	22,7	16,0
Nicht in Behandlung genommen	63,1	46,8	57,7	54,1

Ein Blick auf die Prozentanteile der diagnostischen Gespräche bei den 3 Fachgruppen macht sofort deutlich, dass die Verhaltenstherapeuten die größten Engpässe haben: Nur gut ein Drittel der Nachfragenden[65] kommt hier zum diagnostischen Gespräch, während es bei den PsaTn immerhin 48% und bei den TPTn sogar über 50% sind.

Bei der zweiten „Hürde", der Übernahme in die Behandlung nach der Diagnostikphase, wird interessanterweise am weitaus stärksten bei den Analytikern "gefiltert": Hier kommen nur 22,1% der Nachfragenden, das sind weniger als die Hälfte von jenen, die zum Erstgespräch bzw. probatorischen Sitzungen eingeladen wurden, auch tatsächlich danach in Behandlung. Dies ist vor dem Hintergrund der Tragweite einer analytischen Therapie durchaus erklärlich. Demgegenüber wird bei den anderen beiden Fachgruppen doch ein großer Teil der Klienten, die zu Erstgesprächen eingeladen wurden, nach der Diagnostikphase auch in Behandlung genommen.

Die mildernden Einflüsse der Warteliste schlagen am wenigsten bei den Psychoanalytikern, am meisten bei den Verhaltenstherapeuten zu Buche.
Zusammengefasst heißt dies für den Fachgruppenvergleich:

Nimmt man das Verhältnis von Neuanfragen und Einladungen zum Erstgespräch als ersten Indikator für einen ungesättigten Versorgungsbedarf, so zeigt sich beim Vergleich der Fachgruppen, dass hier bei den VerhaltenstherapeutInnen die größten Engpässe existieren. Dass dennoch nicht die Vtler, sondern die Analytiker die geringste Quote in der direkten Behandlungsaufnahme haben, liegt an deren vergleichsweise stärkeren Selektion von PatientInnen nach der Diagnostikphase. Berücksichtigt man im Weiteren die Wartelisten, d.h. die Anteile jener Patientinnen, die zumindest später in Behandlung genommen werden, dann sind es vor allem die Verhaltenstherapeuten und die Tiefenpsychologischen Therapeuten, die damit ihre Versorgungsengpässe regulieren. Vergleicht man schließlich die effektiven Ablehnungen, dann zeigt sich, dass es – trotz der größeren Engpässe auf der Nachfrageseite bei den Verhaltenstherapeuten – doch die AnalytikerInnen sind, die – gemessen an den Anfragen – mit 63% die größte Ablehnungsquote haben.

Schauen wir uns vor diesem Hintergrund genauer die angeführten Gründe für die Nichtaufnahme bzw. Ablehnung einer Behandlung an.

[65] Hier sei hinzugefügt, dass es ebenfalls die Vtler sind, die beim Vergleich der Fachgruppen die mit Abstand meisten Anfragen bekommen haben: Sie erhielten im 1. Quartal 2001 durchschnittlich 26,5 Anfragen gegenüber rd. 14 bei den PsaTn und 18 bei den TPTn.

3.4.3 Gründe für die Nichtaufnahme psychotherapeutischer Behandlungen

Einen Gesamtüberblick über die angegebenen Ablehnungsgründe aller befragten Therapeuten gibt zunächst die folgende Abbildung:

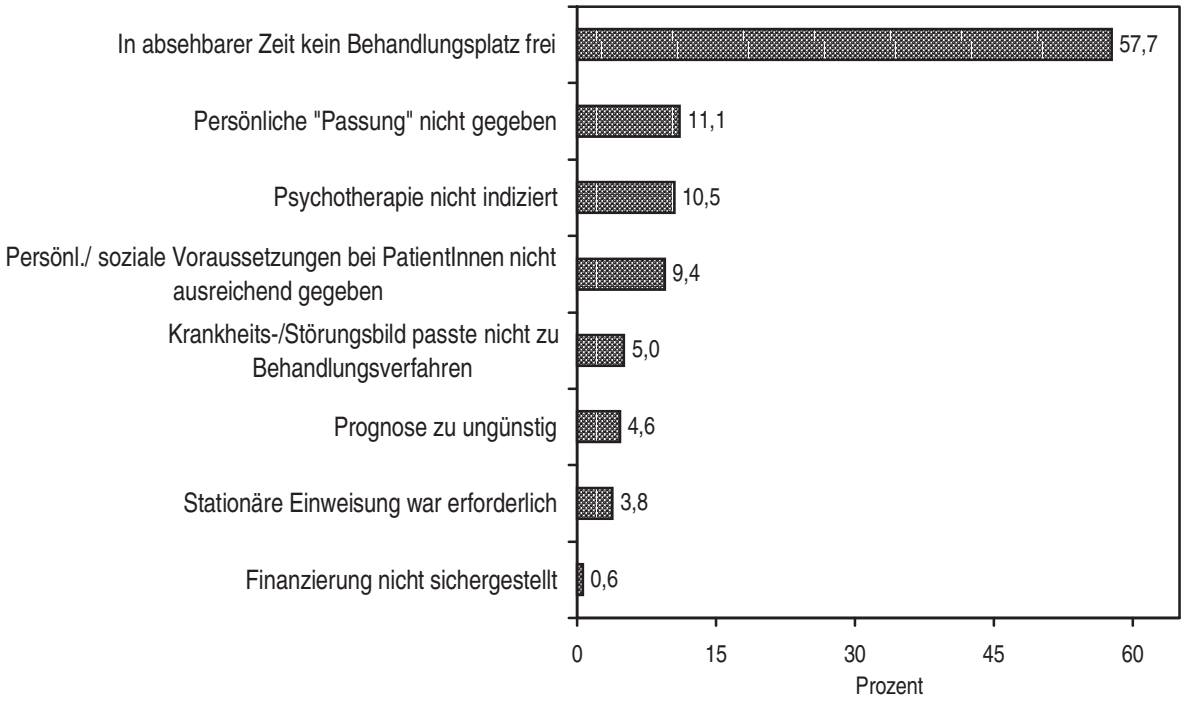

Abb. 19. Gründe für Nichtbehandlung nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 123).

Bei der (Rang-)Liste der Gründe für Nichtbehandlung fällt sofort auf, dass der mit Abstand häufigste Grund der *fehlende Therapieplatz* ist. Dies gilt für fast 58% der abgelehnten Patientinnen. Auch wenn davon auszugehen ist, dass im Einzelfall sich hinter dem fehlenden Therapieplatz noch weitere Gründe für die Ablehnung verbergen können, und auch unter Berücksichtigung, dass es sich hierbei immer um statistische Werte handelt, d.h. die mangelnde Praxisauslastung im einen mit der Überlastung im anderen Fall einhergehen kann, ist dieser Prozentsatz u. E. doch ein ernstzunehmender Beleg für fehlende Behandlungskapazität trotz vermeintlicher Überversorgung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Demgegenüber sind es nur 10,5% der um Therapie nachsuchenden Patienten, die aufgrund *fehlender Indikation* für eine Psychotherapie und nur 4,6 %, die wegen einer zu *ungünstigen Prognose* nicht in Behandlung genommen werden. Hervorhebenswert unter den Ablehnungsgründen scheinen uns weiterhin die fehlende *persönliche "Passung"* und die *mangelnden persönlichen/sozialen Voraussetzungen beim Patienten*, die immerhin in 11,1%, resp. 9,4% der Ablehnungsfälle ausschlaggebend waren. Gerade diese Faktoren spielen im sonstigen ambulanten medizinischen Versorgungssystem eine ungleich geringere Rolle, haben aber in der Psychotherapie aufgrund der Spezifik der Therapeut/Patient-Beziehung eine genuine Bedeutung für den Behandlungserfolg und müssen daher prinzipiell als Kriterium bei der Behandlungsplanung einbezogen werden.

Dass auch die *mangelnde Eignung* der *angebotenen Behandlungsverfahren* für das vorliegende *Krankheitsbild* ein (wenn auch eher weniger gewichtiger) Ab-

lehnungsgrund sein kann, machen die insgesamt rd. 5% der Ablehnungsfälle deutlich, auf die dieser Grund zutrifft.[66]

Beim KV-Bezirks-Vergleich sticht ins Auge, dass der fehlende Therapieplatz als Ablehnungsgrund im vermeintlich weit „überversorgten“ KV-Bezirk Göttingen deutlich mehr Gewicht als in Kassel hat:[67]

Tab. 59. Gründe für Nichtbehandlung nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 123).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
In absehbarer Zeit kein Behandlungsplatz frei	68,1	51,9	57,7
Psychotherapie nicht indiziert	8,3	11,7	10,5
Krankheits-/ Störungsbild passte nicht zu Behandlungsverfahren	4,3	5,4	5,0
Finanzierung nicht sichergestellt	,4	,7	,6
Prognose zu ungünstig	2,8	5,6	4,6
Persönliche/ soziale Voraussetzungen beim Patienten nicht ausreichend gegeben	10,2	9,0	9,4
Persönliche "Passung" nicht gegeben	8,1	12,7	11,1
Stationäre Einweisung war erforderlich	2,6	4,5	3,8

Die sonstigen leichten Gewichtungsunterschiede der Ablehnungsgründe in den beiden KV-Bezirken lassen sich leichter mit Bezug auf die Berufs- und Fachgruppen erklären:

Tab. 60. Gründe für Nichtbehandlung nach Berufsgruppen (n = 123).

	Berufsgruppe		Gesamt
	ÄPT	PPT	
	%	%	%
In absehbarer Zeit kein Behandlungsplatz frei	53,5	61,2	57,7
Psychotherapie nicht indiziert	12,1	9,1	10,5
Krankheits-/ Störungsbild passte nicht zu Behandlungsverfahren	5,4	4,7	5,0
Finanzierung nicht sichergestellt	,7	,5	,6
Prognose zu ungünstig	2,9	6,0	4,6
Persönliche/ soziale Voraussetzungen beim Patienten nicht ausreichend gegeben	10,9	8,2	9,4
Persönliche "Passung" nicht gegeben	14,4	8,3	11,1
Stationäre Einweisung war erforderlich	5,8	2,1	3,8

[66] Wie die inhaltlichen Kommentare der Befragten zu diesem Punkt zeigen, handelt es sich zumeist um PatientInnen mit einer Alkoholsucht oder Drogenabhängigkeit, seltener auch um Patienten mit einer Psychose. Beide Patientengruppen werden tatsächlich i. d. R. stationär therapiert, kommen häufig im Kontext der Nachsorge in ambulanter therapeutischer Behandlung. Natürlich kann die Sucht auch ein Element bzw. Begleitsymptom zu einem andern hauptsächlichen Störungsbild sein, das durchaus im Rahmen ambulanter Psychotherapie zu behandeln wäre. Hier tut sich ein Problemfeld auf, das auch zum Thema adäquater psychotherapeutischer Versorgung gehört, im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nicht weiter aufgegriffen werden kann. Vgl. dazu auch Kap. 3.5 zur Einschätzung der störungsspezifischen Versorgungssituation.

[67] Auch hier dürften wieder die gleichen, bereits oben ausgeführten, auf den ersten Blick "paradoxen" Gründe eines überaus guten therapeutischen Angebots, das seinerseits eine "überbordende" Nachfrage generiert, eine Rolle spielen.

Dass die Ärztlichen PsychotherapeutInnen den auch für sie wichtigsten Ablehnungsgrund des fehlenden Therapieplatzes mit 53% seltener als die Psychologischen mit 61% in Anschlag bringen, dafür etwas häufiger die fehlende Indikation für eine Psychotherapie nennen, mag u. a. mit der etwas anders gearteten Symptomatik und Erwartungshaltung der bei ihnen nachfragenden Klientel zusammenhängen, die möglicherweise eher eine Kombination von psychischer und somatischer Behandlung im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung als eine genuin psychotherapeutische Behandlung erfordern, für die mehr Zeit reserviert werden muss.

Der vergleichsweise gewichtigere Ablehnungsgrund der fehlenden persönlichen "Passung" bei den ÄPTn könnte damit erklärt werden, dass diese bei Psychotherapie- Patienten umso höhere Anforderungen an die *persönliche* Arzt/Patient-Beziehung stellen - gerade wenn sie, wie etwa die Zusatztitler, gleichzeitig Patienten in somatischer Behandlung haben bzw. aus der Zeit vor ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit über somatische Behandlungserfahrungen verfügen, bei denen der patientenspezifische „persönliche Bezug“ notwendigerweise weniger im Vordergrund stand.

Beim Vergleich der Fachgruppen fällt auf, dass sich offensichtlich vor allem die Verhaltenstherapeuten gezwungen sehen, Behandlungen schlicht aufgrund fehlender Therapieplätze abzulehnen, während alle anderen Gründe hier vergleichsweise marginal bleiben:

Tab. 61. Günde für Nichtbehandlung nach Fachgruppen (n = 123).

	Fachgruppe			Gesamt
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	
	%	%	%	%
In absehbarer Zeit kein Behandlungsplatz frei	58,9	51,0	69,9	57,7
Psychotherapie nicht indiziert	10,4	11,1	9,2	10,5
Krankheits-/ Störungsbild passte nicht zu Behandlungsverfahren	3,1	6,7	5,0	5,0
Finanzierung nicht sichergestellt	,0	,9	1,1	,6
Prognose zu ungünstig	5,1	3,0	7,0	4,6
Persönliche/ soziale Voraussetzungen beim Patienten nicht ausreichend gegeben	9,7	10,2	7,4	9,4
Persönliche "Passung" nicht gegeben	12,8	13,7	2,4	11,1
Stationäre Einweisung war erforderlich	1,8	5,2	4,2	3,8

Dies verweist zweifellos auf einen besonders ausgeprägten Versorgungsengpass im verhaltenstherapeutischen Behandlungsverfahren. Richtig ist aber auch, dass dieser Engpass nicht nur auf die relativ höhere Nachfrage nach diesem Therapieverfahren, sondern auch auf die insgesamt vergleichsweise geringe Anzahl von Therapeuten dieser Fachgruppe zurückzuführen ist, die zudem – wie wir bereits erwähnten – so gut wie gar nicht bei den Ärztlichen PsychotherapeutInnen vertreten ist.

Im Weiteren fällt bei den Verhaltenstherapeuten die im Vergleich zu den beiden anderen Fachgruppen äußerst geringe Bedeutung der persönlichen "Passung" ins Auge. Dies entspricht u. E. der Spezifik dieses Therapieverfahrens, das weniger auf die heilungsfördernden Aspekte der therapeutischen Beziehung als auf Einsicht und kognitiv vermittelte Lernprozesse und Verhaltensänderungen setzt. Demgegenüber spielt der Faktor „persönliche Passung“ erwartungsgemäß bei den psychodynamisch

orientierten Fachgruppen bei der Entscheidung über die Aufnahme und Ablehnung einer Behandlung durchaus eine Rolle.

Die mangelnde Adäquatheit des angebotenen Therapieverfahrens für das diagnostizierte Störungsbild führt - bei insgesamt nur geringfügiger Bedeutung dieses Ablehnungsgrundes - interessanterweise am ehesten bei den Tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten, gefolgt von den VTlern zur Ablehnung der Behandlung, während dies bei den Analytikern, die ja tatsächlich im Vergleich der Fachgruppen am wenigsten störungszentriert arbeiten, eine recht geringe Rolle spielt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass für die konstatierten Versorgungsengpässe in der prompten Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung bei allen Fachgruppen – am meisten jedoch bei den Verhaltenstherapeuten - die fehlende Behandlungskapazität der mit Abstand wichtigste Grund darstellt. Andere Ablehnungsgründe, wie etwa die fehlende Indikation oder die ungünstige Prognose treten demgegenüber als Ablehnungsrund bei allen Fachgruppen deutlich zurück. Die fehlende persönliche „Passung“ zwischen Therapeut und Patient – ein für die Psychotherapie durchaus wichtiges Entscheidungskriterium für die Behandlungsaufnahme -, spielt nach unseren Ergebnissen vor allem bei den analytischen und tiefenpsychologisch arbeitenden Fachgruppen und interessanterweise auch bei der Berufsgruppe der Ärztlichen Psychotherapeuten bei Ablehnungen eine gewisse Rolle, während sie bei den Verhaltenstherapeuten nur marginale Bedeutung für die Nichtaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung hat.

3.4.4 Bedeutung von Wartelisten und durchschnittliche Wartezeiten bis Therapiebeginn; Veränderungen nach dem PTG

Wie bereits erwähnt, führen viele Psychotherapeuten (in unserem Sample sind es immerhin 71% der Befragten) eine Warteliste, mit der sie die offensichtlichen Versorgungsengpässe mehr oder weniger erfolgreich abzufedern versuchen. Dabei ist allein schon die Existenz von Wartelisten ein Indikator für Defizite in der Versorgungssituation, selbst wenn man einräumen muss, dass dies im Einzelfall nicht einer allgemeinen Versorgungslücke geschuldet sein muss, sondern auch dem expliziten Wunsch eines Therapienachsuchenden, von einem spezifischen Therapeuten bzw. in einem spezifischen Therapieverfahren behandelt zu werden.

Ein nochmaliger Blick auf die bereits aufgeführten Tabellen 56-58 ergibt, dass durchschnittlich 16 % der Therapienachsuchenden im 1. Quartal 2001 auf die Warteliste gesetzt, d. h. zeitlich versetzt in Behandlung genommen wurden. Dieser relativ hohe Anteil verweist darauf, dass der zeitliche Aufschub der Behandlungsaufnahme im Bereich der Psychotherapie ein gewichtiges, wenn auch sicher nicht optimales Instrument der Regulierung der Versorgung darstellt. Der Berufsgruppen- und der Fachgruppenvergleich zeigt, dass Wartelisten bei Psychologischen PsychotherapeutInnen eine etwas größere Rolle als bei Ärztlichen spielen (Tab. 57) und es vor allem die Verhaltenstherapeuten sind, die ihre Versorgungsengpässe mit Wartelisten zu mildern versuchen, während dieses Mittel bei den Analytischen Therapeuten eine ungleich geringere Rolle spielt (Tab. 58).

Eine Vorstellung vom Ausmaß der von Patienten auf der Warteliste in Kauf zu nehmenden Wartezeiten vermittelt das folgende Diagramm:

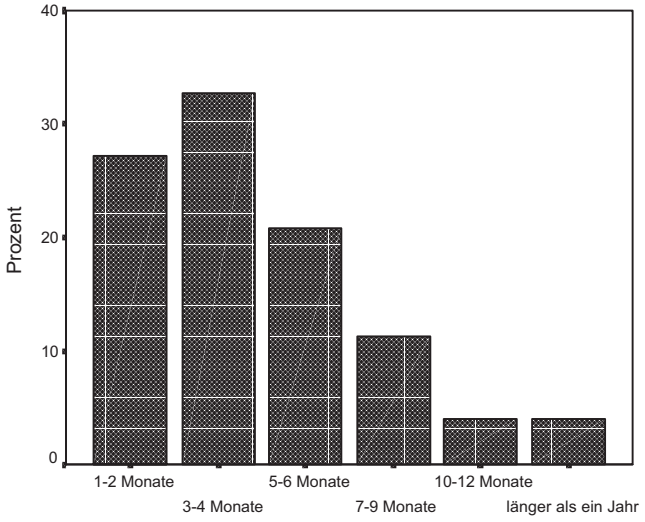

Abb. 20. Durchschnittliche Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn (n = 125).

Es zeigt sich, dass deutlich über die Hälfte der Befragten (60%) Wartezeiten bis zu 4 Monaten angeben, wobei die am häufigsten genannten Wartezeiten sich in der Zeitspanne von 3-4 Monaten bewegen. Setzt man als Grenze ein halbes Jahr Wartezeit an, so sind es mit 81% über drei Viertel der Befragten, bei denen die Wartezeit bis zu dieser Grenze reicht. Immerhin fast 20% haben längere Wartezeiten als ein halbes Jahr; bemerkenswert ist schließlich, dass sogar noch insgesamt 8% der Befragten Wartezeiten von einem Jahr und länger angeben.

Ohne hier im einzelnen auf den Vergleich der Fach- und Berufsgruppen einzugehen, die durchweg keine signifikanten Unterschiede in den durchschnittlichen Wartezeiten aufweisen[68], lässt sich mit Blick auf die psychotherapeutische Klientel aus diesen Zahlen schlussfolgern, dass diese offenbar *in hohem Maße bereit ist, im Interesse einer Therapie erhebliche zeitliche "Durststrecken" und Toleranzen aufzubringen.* Ob dies eher für den geringen Schweregrad der psychischen Erkrankung bzw. die mangelnde Dringlichkeit der Therapie oder aber für die Nachhaltigkeit des Therapiewunsches seitens der PatientInnen spricht, die selbst bei bereits länger andauerndem psychischen Leiden noch einmal einen zeitlichen Aufschub in Kauf zu nehmen bereit sind, ist nur schwer zu entscheiden. Auf jeden Fall stellen längere Wartezeiten immer die schlechtere Lösung im Vergleich zum sofortigen Behandlungsbeginn nach der Diagnose und Indikation dar und müssen daher auch als Indiz für Versorgungslücken gewertet werden, die einer effektiven und wirtschaftlichen psychotherapeutischen Versorgung im Wege stehen.

Abschließend seien hier noch die Antworten auf unsere Frage nach den Veränderungen der Wartezeiten seit dem Inkrafttreten des PTG dargestellt. Unter der Hypothese, dass sich mit der großen Anzahl von Neuzulassungen und auch von sog. „bedarfsunabhängigen“ Zulassungen infolge des PTG und der offiziellen Feststellung eines nunmehr „gesättigten“ Versorgungsbedarfs in unseren KV-Bezirken die Warte-

[68] Lediglich der relativ hohe Prozentsatz von 12,5% bei den AnalytikerInnen, deren Wartezeiten länger als 1 Jahr betragen, sei hier als "Ausreißer" erwähnt. Allerdings könnten bei den Analytikern auch jene hier häufiger vorkommenden Fälle gemeint sein, in denen Anfragende noch vor der diagnostischen Phase auf einen späteren Zeitpunkt vertröstet werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass lange Wartezeiten z. T. als Prestigemerkmal eines individuellen (Star-)Analytikers fungieren.

zeiten deutlich verringern müssten, haben wir eine diesbezügliche Frage in den Fragebogen aufgenommen.

Die Ergebnisse sind in dem folgenden Diagramm zusammengefasst:

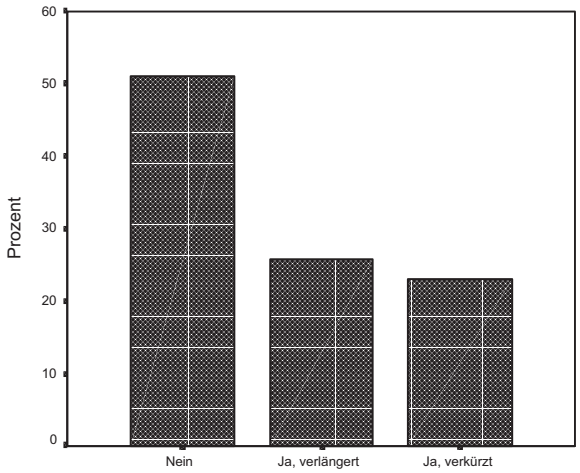

Abb. 21. Veränderung der Wartezeit seit dem PTG (n = 147).

Entgegen unserer Hypothese hat sich die Wartezeit in der Zeit nach dem PTG keineswegs deutlich reduziert. Nicht einmal ein Viertel der Befragten gibt eine Verkürzung an, während gut die Hälfte keine zeitlichen Veränderungen registriert und ein weiteres gutes Viertel sogar eine Verlängerung der Wartezeiten angibt.

Auch in diesem Punkt belegt allerdings der Berufs- und der Fachgruppenvergleich die Notwendigkeit der Differenzierung bei der Bedarfsfeststellung:

Tab. 62. Veränderung der Wartezeit seit Inkrafttreten des PTG nach Berufsgruppen (n = 147).

		Berufsgruppe		
		ÄPT	PPT	Gesamt
		%	%	%
	Nein	58,1	43,8	51,0
	Ja, verlängert	14,9	37,0	25,9
	Ja, verkürzt	27,0	19,2	23,1
Gesamt		100,0	100,0	100,0

So haben sich die Wartezeiten nach dem PTG sehr viel deutlicher bei den Psychologischen als bei den Ärztlichen Psychotherapeuten verlängert, resp. weniger durchschlagend verkürzt, was ja ein Zeichen für die Verbesserung der Versorgungssituation bei dieser Berufsgruppe wäre.

Im Vergleich der Fachgruppen sind es wiederum vor allem die Verhaltenstherapeuten, die seit dem PTG weniger eine Entspannung, sondern eher eine Verschärfung der Versorgungssituation registrieren müssen, wenn man die immerhin 41% der Befragten berücksichtigt, die eine Verlängerung der Wartezeiten ihrer PatientInnen für die Behandlungsaufnahme angeben.

Auch hier – bei den durchschnittlichen Wartezeiten – gilt, wie schon bei den anderen diesbezüglichen Punkten, dass die Versorgungssituation bei den AnalytikerInnen offenbar am stabilsten geblieben ist, allerdings – so muss man hinzufügen – bei einer auch schon vor dem PTG relativ hohen Wartezeit:

Tab. 63. Veränderung der Wartezeit seit PTG nach Fachgruppen (N = 147).

		Fachgruppe			Gesamt
		Analytische Therapie	Tiefenps. fund. Pth.	Verhaltensth.	
		%	%	%	%
	Nein	60,4	52,3	35,3	51,0
	Ja, verlängert	12,5	27,7	41,2	25,9
	Ja, verkürzt	27,1	20,0	23,5	23,1
Gesamt		100,0	100,0	100,0	100,0

Insgesamt werten wir diese Ergebnisse zu den Wartezeiten – auch in Verbindung mit denen zur Veränderung der Wochenarbeitszeit der befragten Therapeuten nach dem PTG, wonach diese sich auch nicht nennenswert verkürzt, sondern bei fast der Hälfte der Befragten verlängert hat, als Belege für nach wie vor bestehende Versorgungsengpässe, auch wenn diese nicht pauschal einer zu geringen *Gesamt*zahl von PsychotherapeutInnen, sondern differenzierter der mangelnden Ausgewogenheit zwischen Nachfragen nach einem *spezifischen* Therapieverfahren auf Seiten der Klientel und den entsprechenden Kapazitäten der jeweiligen Therapeuten(-Fachgruppe) zuzuschreiben ist.

3.5 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation für Erwachsene aus Sicht der Befragten

Da wir keine epidemiologischen Studien zur Auftretenshäufigkeit, deren Veränderung und zum Versorgungsgrad der unterschiedlichen psychischen *Störungen* betreiben konnten, wollten wir durch Ermittlung der diesbezüglichen Einschätzungen der befragten PsychotherapeutInnen zumindest Anhaltspunkte gewinnen. Denn diese können ja, sofern sie bereits eine längere Berufserfahrung als niedergelassene Psychotherapeuten haben, durchaus als "Experten" für den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf bei den verschiedenen, in ihrer Praxis vorkommenden psychischen Störungen gelten (3.5.1). Darüber hinaus haben wir deren Einschätzungen zur *allgemeinen* Versorgungssituation im Bereich der ambulanten Psychotherapie erfragt (3.5.2).

3.5.1 Spezifische Versorgungssituation einzelner Störungsbilder aus Sicht der Befragten

Hier sei zunächst noch einmal an die Ergebnisse zur Verteilung der *aktuell* behandelten Patienten auf die verschiedenen Störungsbilder erinnert (3.3.4). Es ergab sich eine Rangliste der Häufigkeiten, bei denen neurotische, depressive und Persönlichkeitsstörungen die ersten 3 Rangplätze, Suchtkrankheiten, Coping-probleme und sexuelle Funktionsstörungen die letzten 3 Plätze von insgesamt 10 vorgegebenen Diagnosegruppen einnahmen. Interessanterweise unterschieden sich hier auch die Berufs- und Fachgruppen nicht auffällig, sieht man einmal von der deutlich höheren Häufigkeit psychotischer/psychosenaher Störungen bei den Ärztlichen gegenüber den Psychologischen Therapeuten ab.

In Abb. 22 sind die Einschätzungen der Befragten zur Häufigkeit der Störungsbilder wiedergegeben, die sie auf Basis ihrer *gesamten* bisherigen Praxiserfahrungen beurteilen sollten.[69]

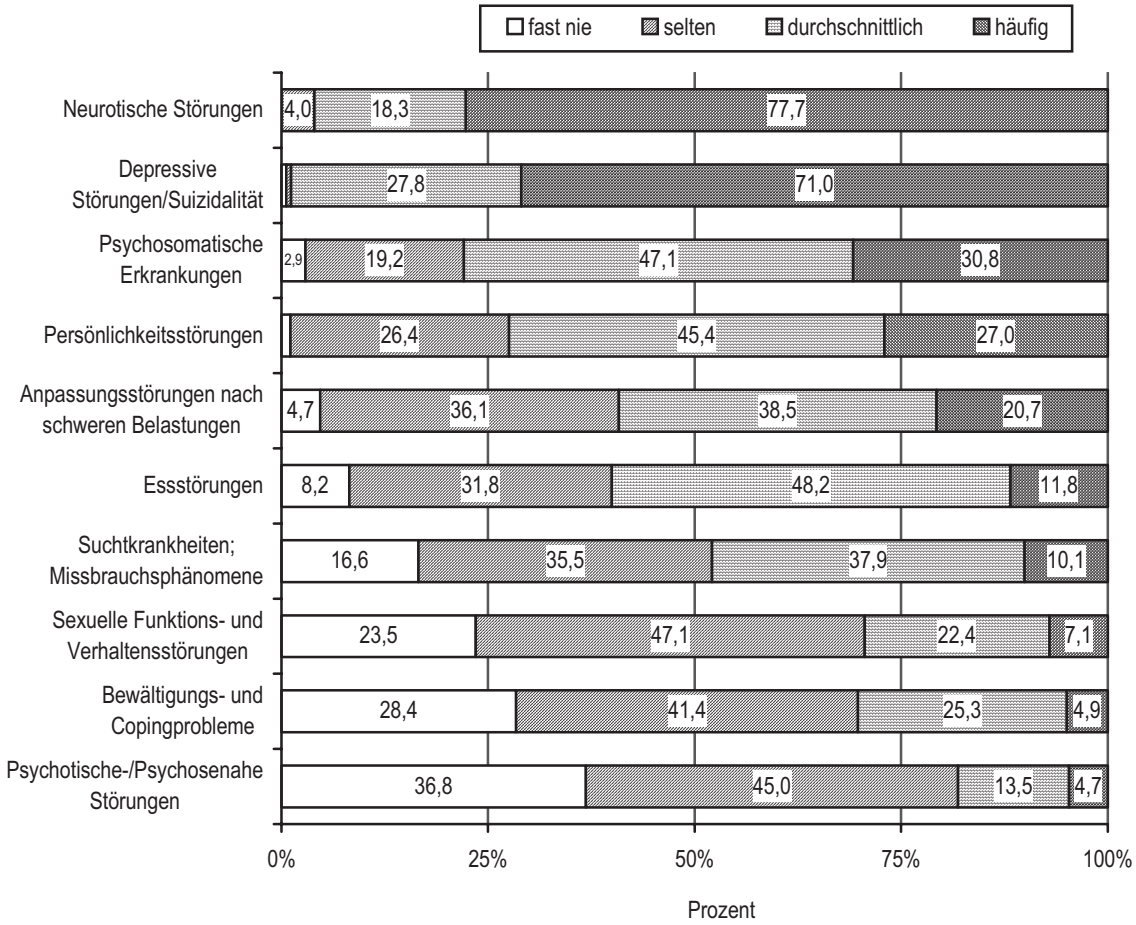

Abb. 22. Einschätzungen der Befragten zur Häufigkeit der Störungsbilder seit Beginn der Praxistätigkeit (n = 176).

Es zeigt sich, dass die Einschätzungen zur Auftretenshäufigkeit im wesentlichen mit ihren Angaben zur Häufigkeit der Störungsbilder der von ihnen behandelten

[69] Bei der Interpretation bietet sich an, die jeweiligen Störungsbilder danach zu beurteilen, in welche der 4 vorgegebenen Häufigkeitsstufen sie jeweils von den meisten Befragten eingeordnet wurden, des Weiteren, in welchem Ausmaß die abgegeben Einschätzungen streuen oder doch eine relative Übereinstimmung widerspiegeln.

Patienten übereinstimmen: *Neurotische Störungen* und - dicht gefolgt - *depressive Störungsbilder* – sind nach Meinung der großen Mehrheit der Befragten die mit Abstand häufigsten Störungsbilder. Geht man davon aus, dass ein gewisser Anteil der PatientInnen mit depressiven Krankheitsbildern auch suizidale Tendenzen zeigen[70], dann beweisen diese Zahlen u. E. die gesellschaftliche Dringlichkeit psychotherapeutischer Behandlungen u. a. auch zur Abwendung von Suizidgefährdung und früher Mortalität. Unter den neurotischen Störungen haben - wie wir aus den Unterstreichungen und Zusatzkommentaren der Befragten zu den diesbezüglichen Antworten des Fragebogens entnehmen konnten - vor allem die *Angstneurosen* und *Phobien* ein besonderes Gewicht.

Die *Persönlichkeitsstörungen* werden von den meisten Therapeuten als durchschnittlich vorkommend eingestuft, aber immerhin von über einem Viertel auch als häufig auftretend angesehen[71]. In der Einschätzung der *Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen*, die - wie etwa die Posttraumatischen Belastungsstörungen - in den letzten Jahren als Feld ambulanter Psychotherapie an Gewicht gewonnen haben, sind sich die Befragten unseres Samples nicht ganz so einig. Mit 38,5% ist die durchschnittliche Häufigkeitsstufe zwar am meisten vertreten; jedoch fast ebenso viele (36, 1%) halten dies für ein seltenes Störungsbild. Diese Divergenzen könnten damit zusammenhängen, dass unter dieser Diagnosegruppe Unterschiedliches verstanden wurde: nämlich einerseits mehr oder minder ausgeprägte Beeinträchtigungen der Anpassungsfähigkeit auf verschiedene Alltagsbelastungen oder kritische Lebensereignisse; andererseits die "schweren" Störungen nach rezenten oder weiter zurückliegenden Traumata. Letztere kommen zwar häufiger als früher auch in der ambulanten Praxis vor, dürften aber für viele ambulante TherapeutInnen immer noch ein eher seltenes Störungsbild darstellen.[72]

Wenn wir uns nun den nicht ausschließlich psychischen Erkrankungen, sondern dem weiten und heterogenen *Feld der psychosomatischen Erkrankungen* und *funktionellen Organstörungen*, wie z. B. Colitis ulcerosa, psychovegetativen Dysregulationen u. ä. zuwenden, dann zeigt sich, dass dieses Grenzgebiet zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen nach den neurotischen und depressiven Störungen inzwischen zu den dritthäufigstigen Störungsbildern in ambulanten psychotherapeutischen Praxen gehört. [73]

Eine weitere Störungskategorie hatten wir in den Fragebogen aufgenommen, weil sie u. E. in den letzten Jahren und auch zukünftig vor dem Hintergrund der jüngsten Entwicklungen der Disease-Management-Programme im Gesundheitswesen[74] zunehmend für die ambulante Psychotherapie an Bedeutung gewinnt: *Bewältigungs- und Copingprobleme im Kontext organischer Krankheiten und körperlicher Behinderungen.* Wie unsere Ergebnisse zeigen, haben diese Problemkonstellationen (inzwischen) zwar durchaus Gewicht, gehören nach Einschätzung der Befragten jedoch noch eher zu den seltenen Störungsbildern in der psychotherapeutischen Praxis. Fast 70% der Befragten schätzen sie als selten bzw. fast nie vorkommend ein.

---

[70] Um die Vorgabeliste der Störungsbilder im Fragebogen nicht zu umfangreich werden zu lassen, hatten wir die „Suizidalität“ zur Diagnosegruppe der „depressiven Erkrankungen“ hinzugefügt. Viele der Befragten haben in ihren Kommentaren darauf hingewiesen, dass eine zumindest latente Suizidalität nicht selten mit depressiven Erkrankungen einhergeht.

[71] Vgl. dazu auch die Angaben zur Zunahme und Versorgungssituation dieser Störungsgruppe weiter unten.

[72] dito

[73] dito

[74] Die in Planung befindlichen Disease- Management- Programme sollen zukünftig Vorgaben für die (somatische) Behandlung von verbreiteten chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Brustkrebserkrankungen) definieren sollen. In diesem Zusammenhang gibt es seitens der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände auch Bestrebungen, auf die wichtige Rolle von begleitender Beratung und stützender Psychotherapie im Kontext von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen aufmerksam zu machen.

Abschließend seien die *Suchtkrankheiten (Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch)* und die *psychotischen/psychosenahen Störungen* erwähnt. Während letztere eindeutig zu den seltenen Störungsbildern in ambulanter psychotherapeutischer Praxis gehören, wird dies bei den Suchtkrankheiten nicht so einheitlich konstatiert: Den Einschätzungen als seltenes Störungsbild steht eine fast ebenso große Gruppe von Befragten - insbesondere aus der Fachgruppe der Analytiker - gegenüber, die dies als durchschnittlich bzw. häufig vorkommendes Störungsbild einschätzen. Zu berücksichtigen ist gerade bei Suchtkrankheiten, dass sie häufig im Sinne der Komorbidität zu anderen psychischen Störungen dazutreten und insbesondere bei Analytikern, die im Vergleich der Fachgruppen am wenigsten symptom- und störungszentriert arbeiten, erst im Verlauf einer aus anderen Gründen beantragten Therapie ins Visier geraten können, ohne dass es zunächst die Therapieindikation bestimmt hat.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass neurotische und depressive Störungen aus Sicht der befragten Psychotherapeuten aller Fach- und Berufsgruppen immer noch die häufigsten Störungsbilder in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis sind. Überraschend ist allerdings die hohe Bedeutung psychosomatischer Erkrankungen, die noch vor Persönlichkeitsstörungen und den Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen den dritten Rangplatz in der Auftretenshäufigkeit einnehmen. Dies verweist u. E. darauf, dass die starre Trennung zwischen psychischen und somatischen Leiden obsolet geworden ist und dass Psychotherapie keineswegs "nur" mit genuin psychischen Leiden zu tun hat, sondern häufig auch für die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit unverzichtbar ist.
Zu den weniger häufigen Diagnosegruppen in ambulanter Psychotherapie gehören demgegenüber (prä-)psychotische Krankheitsbilder und – zumindest bisher – Bewältigungs- und Copingprobleme im Kontext körperlicher Krankheiten und Behinderungen sowie – je nach Fachgruppe differenziert – Suchtkrankheiten.

Über die derzeitige Auftretenshäufigkeit der einzelnen Störungsbilder hinaus haben wir allerdings auch nach diesbezüglichen *Veränderungen* in den letzten Jahren gefragt.

Schauen wir uns vor diesem Hintergrund an, welche Störungsbilder aus Sicht der Befragten an Bedeutung zu- oder abgenommen haben:

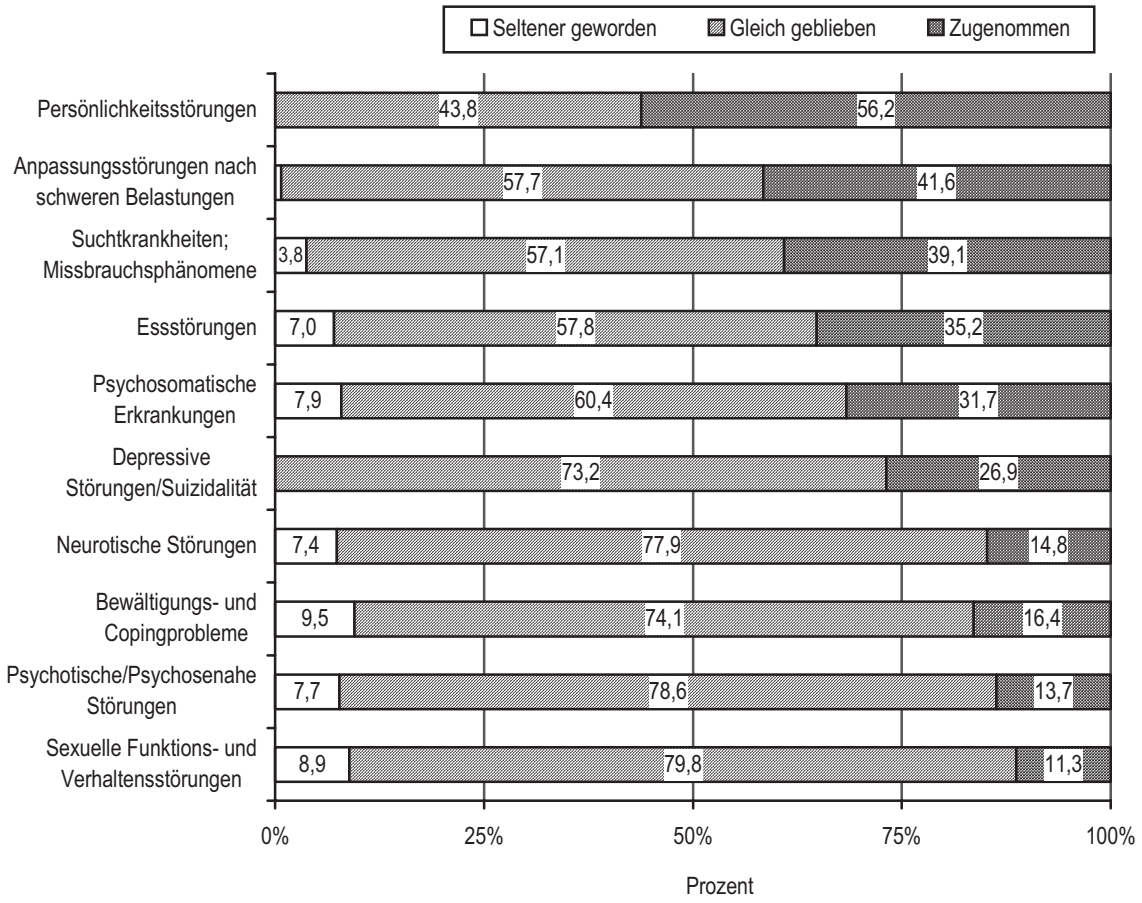

Abb. 23. Zu-/Abnahme der Störungsbilder in den letzten 5 Jahren aus der Sicht der Befragten (n = 162).

Demnach haben die *Persönlichkeitsstörungen* am *meisten,* die *sexuellen Funktions- und Verhaltensstörungen* am *wenigsten zugenommen.* Hier - mit der deutlich konstatierten Zunahme der Persönlichkeitsstörungen, wird aus der Praxis ambulanter Psychotherapie ein seit langem festgestellter Trend zu umfassenderen Persönlichkeitsstörungen zumeist mit Borderline- oder narzisstischem Charakter bestätigt, der die "klassischen“ Konflikt-Neurosen, zumindest jene mit identifizierbarer sexueller Ätiologie, zwar nicht völlig verdrängt, aber doch in ihrer Bedeutung relativiert.

Die Zunahme gerade solcher Störungen, die keine eng einzugrenzende Symptomatik und Konfliktkonstellation aufweisen und häufig bereits bei Therapiebeginn chronifiziert sind, werten wir als ernstzunehmenden Hinweis dafür, dass Therapieverfahren und -settings, die weniger symptomorientiert, sondern auf mittel- bis langfristige Veränderung und/oder Stabilisierung von komplexeren Verhaltensmustern und Persönlichkeitsstrukturen hinarbeiten, keineswegs an Bedeutung verlieren, sondern im Gegenteil zukünftig mehr gefragt sein werden.

Dabei sind aus unserer Sicht übrigens alle drei Richtlinienverfahren gefordert, ihre "angestammten“ Behandlungsmethoden und -settings zu überdenken und gegebenenfalls zu modifizieren.[75]

[75] In welche Richtung dies geht, sei hier nur kurz angedeutet: Psychoanalytische Behandlungen müssten bei diesen Störungen der Persönlichkeitsorganisation weniger regressionsfördernd, sondern überwiegend ich-

Eine bedeutende Zunahme haben im Weiteren die *Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen* zu verzeichnen. Darin spiegeln sich u. E. einerseits die wachsenden psychosozialen Krisensituationen angesichts von Individualisierung und schwindenden familialen und sozialen Netzwerken, andererseits sicherlich auch die gewachsene Sensibilität der Betroffenen und der Behandelnden für Störungen infolge von erlittenen Traumata in Form physischer Gewalt oder sexuellen Missbrauchs wider.

Besondere Aufmerksamkeit verdient u. E. die von den Befragten konstatierte Zunahme im Bereich *psychosomatischer Erkrankungen*, von *Essstörungen* und vor allem auch der *Suchtkrankheiten*, die offenbar mehr als früher nicht nur in stationären psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen, sondern auch in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis auftauchen.[76] All dies sind Störungsbilder, die nicht unbedingt zu den angestammten Behandlungsfeldern von ambulanten Psychotherapeuten und zwar aller drei Richtlinienverfahren gehören und daher zukünftig mehr Beachtung im Hinblick auf adäquate Therapiestrategien wie überhaupt hinreichende Versorgung finden müssen.

Nimmt man schließlich noch den 6. Rangplatz der in Zunahme begriffenen Störungsbilder – die *depressiven Erkrankungen* (einschließlich *Suizidalität)* – hinzu, dann lässt sich das Störungsspektrum, das neben den "klassischen" neurotischen Störungen zukünftig in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis anzutreffen sein wird, zusammengefasst folgendermaßen umreißen:

Es sind die Persönlichkeitsstörungen, die (posttraumatischen) Anpassungsstörungen, Suchtkrankheiten und Störungen des psychosomatischen Formenkreises (unter Einschluss von Essstörungen) sowie schließlich die auch bisher schon zu den eher häufigen Störungsbildern zählenden depressiven Erkrankungen, die aus Sicht der befragten Psychotherapeuten in den letzten Jahren zugenommen haben.

Wie fallen angesichts dieser Ergebnisse die Einschätzungen der Befragten zum störungsspezifischen Versorgungsbedarf aus?

---

stützend vorgehen; tiefenpsychologische Therapien müssten nicht nur fokale Konfliktbearbeitung, sondern deren stärkere Einbettung in die gesamte Persönlichkeitsstruktur im Auge haben; Verhaltenstherapie ist gehalten, nicht nur eng umgrenzte Verhaltensmodifikation zu betreiben, sondern vermehrt auch Verfahren zur Stärkung der selbstreflexiven Fähigkeiten der PatientInnen einzubeziehen u. ä. mehr.

[76] Der Fachgruppenvergleich zeigt, dass die psychosomatischen Erkrankungen offenbar vor allem in der verhaltenstherapeutischen, am wenigsten in der psychoanalytischen Praxis zugenommen haben; bei letzterer scheint die Zunahme der Essstörungen am durchschlagendsten zu sein, während die Suchtkrankheiten durchgängig bei allen Fachgruppen etwa in gleichem Maße zugenommen haben.

Die folgende Grafik bietet dazu einen Überblick:

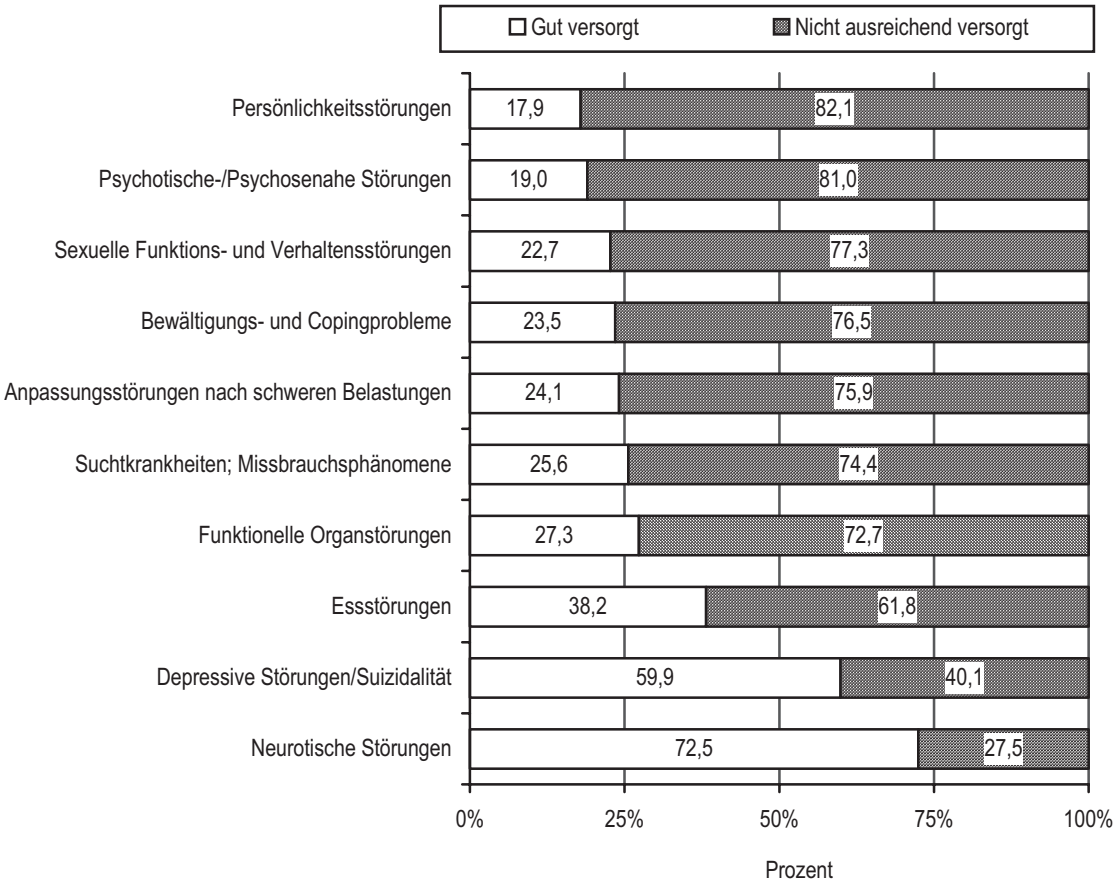

Abb. 24. Einschätzungen der Befragten zum störungsspezifischen Versorgungsbedarf (n = 162).

Ein Blick auf Abb.24 erbringt ein beunruhigendes Ergebnis: Lediglich die neurotischen Störungen und depressiven Erkrankungen, d. h. die „angestammten" Behandlungsfelder ambulanter Psychotherapie, werden mehrheitlich als ausreichend versorgt angesehen, obwohl selbst hier immer noch 27,5% die Neurosen und sogar 40% die depressiven Erkrankungen für nicht ausreichend versorgt einstufen. Die anderen acht der insgesamt zehn vorgegebenen Störungsgruppen werden von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als nicht ausreichend versorgt eingeschätzt. Schauen wir uns zunächst die Störungsbilder an, die aus Sicht der Befragten zugenommen haben, dann halten über 82% Persönlichkeitsstörungen, jeweils rd. 76% Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen und Suchtkrankheiten und 73% funktionelle Organstörungen, d. h. psychosomatische Störungsbilder für nicht ausreichend versorgt.

Doch auch Störungsbilder, bei denen nach Einschätzung der Befragten bisher keine bedeutende Zunahme in der ambulanten Psychotherapiepraxis zu verzeichnen ist, werden von einer deutlichen Mehrheit als unterversorgt eingeschätzt: so die psychotischen und psychosenahen Störungen (81%), die sexuellen Funktions- und Verhaltensstörungen (77,3%) und die Bewältigungs- und Copingprobleme im Kontext organischer Krankheiten (76,5%). In diese Einschätzungen sind offenbar generalisierte Erfahrungen mit dem gesamten Bereich psychotherapeutischer Versorgung, möglicherweise auch mit Anfragen und Überweisungen aus anderen stationären und ambulanten medizinischen Einrichtungen zur (Nach-)Behandlung von Störungsbildern eingeflossen, die die ambulanten Psychotherapeuten aufgrund fehlender Behandlungskapazität oder adäquater Behandlungsmethoden abweisen mussten.

Auch wenn man berücksichtigt, dass bei einigen Störungsbildern nicht alle Befragten eine Beurteilung abgegeben, sondern mit „Weiß nicht" geantwortet haben[77], sind diese Ergebnisse zur störungsspezifischen Versorgungssituation aus Sicht der behandelnden Psychotherapeuten doch ein deutliches Signal, die bisher angewendeten, weder nach Diagnose- noch Klientengruppen differenzierenden Kriterien der Bedarfsfestlegung zu überdenken.[78]

Insgesamt gilt, dass in der Einschätzung der Versorgung der einzelnen Störungsbilder sich weder die KV-Bezirke noch die Berufs- und Fachgruppen gravierend unterscheiden: Vor allem bei Persönlichkeitsstörungen sowie Anpassungs- und (posttraumatischen) Belastungsstörungen gibt es eine hohe Übereinstimmung in den KV-Bezirken und bei allen Gruppen darüber, dass hier die ambulante psychotherapeutische Versorgung gravierende Mängel aufweist.

[77] Die gilt insbesondere für sexuelle Funktions- und Verhaltensstörungen (37,4% „Weiß nicht") und für Copingprobleme (36,8% „Weiß nicht"). Damit wird sicherlich die Repräsentativität der gegebenen Einschätzungen etwas eingeschränkt, gleichzeitig jedoch auch die Glaubwürdigkeit des Antwortverhaltens belegt.

[78] Es kann in diesem Rahmen nur angedeutet werden, dass u. E. die gerade bei diesen Störungsbildern häufig erforderliche spezifische *Expertise* und *Spezialqualifikation* nicht bei jedem Therapeuten vorausgesetzt werden kann und daher noch in zusätzlichen Fortbildungsgängen erworben werden muss . Darüber hinaus kann auch die *fehlende persönliche Bereitschaft zur Behandlung* bei bestimmten Störungsbildern (z. B. Suchterkrankungen, schwere Soziopathien), zu einer Barriere für die Behandlung und daher zu partiellen Versorgungslücken führen, die bei einer differenzierten psychotherapeutischen Angebotsplanung berücksichtigt werden müssten.

3.5.2 Gesamteinschätzung der psychotherapeutischen Versorgungssituation

Schauen wir uns zum Schluss dieses Kapitels die Einschätzungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation *allgemein*, d. h. unter Absehung von spezifischen Störungsbildern an:

Tab. 64. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen durch Erwachsenen-PsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 180).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Gut versorgt	24 39,3%	72 60,5%	96 53,3%
Nicht ausreichend versorgt	37 60,7%	47 39,5%	84 46,7%
Gesamt	61 100,0%	119 100,0%	180 100,0%

Hier zeigt sich ein überraschendes Ergebnis: Es überwiegen zwar - *insgesamt* betrachtet - die optimistischen Einschätzungen gegenüber den pessimistischen.[79] Vergleicht man jedoch die KV-Bezirke miteinander, dann ergibt sich, dass die Einschätzungen der Göttinger und Kasseler Psychotherapeuten geradezu spiegelverkehrt ausfallen: Während 60,5% der Kasseler Psychotherapeuten die psychotherapeutische Versorgungssituation für ausreichend halten, ist es ein gleich hoher Prozentsatz der Göttinger, die diese nicht zufriedenstellend finden. Entsprechend sind es 60% der Göttinger Psychotherapeuten, die die Versorgungssituation für nicht ausreichend halten, während es bei den Kasselern nur knapp 40% sind.

Dieser hoch signifikante Unterschied (p = 0,007) zwischen den KV-Bezirken in der Einschätzung der allgemeinen Versorgungssituation, wonach die Situation von den Göttingern weit pessimistischer als von den Kasselern eingeschätzt wird, muss umso mehr frappieren, als Göttingen mit einem „offiziellen“ Versorgungsgrad von über 300% eine weit befriedigendere Versorgungssituation aufweisen müsste als der KV-Bezirk Kassel, der zwar auch als überversorgt gilt, jedoch längst nicht in der gleichen Größenordnung. Doch ist es offensichtlich so, dass bei der Einschätzung der Versorgungssituation nie nur die Angebots- oder die Nachfrageseite *für sich*, sondern immer die *Relation* zwischen beiden berücksichtigt werden muss. Das heißt*: auch wenn Göttingen im Vergleich zu Kassel - gemessen an den Bevölkerungszahlen - ein deutlich dichteres Netz von Psychotherapeuten aufweist, braucht dennoch die Versorgungssituation nicht günstiger auszufallen, nämlich dann, wenn hier eine deutlich höhere Nachfrage existiert!* Wie wir bereits anhand der Relationen von Nachfragen und Ablehnungen pro Psychotherapeut in den beiden KV-Bezirken verdeutlichen konnten (vgl. Kap. 3.4), hat ein Göttinger Psychotherapeut nicht nur durchschnittlich mehr Neuanfragen als ein Kasseler im Quartal, er lehnt auch prozentual mehr um Therapie nachsuchende Patienten aufgrund eines fehlenden Therapieplatzes ab. Dieses auf den ersten Blick befremdliche Ergebnis wird plausibler, wenn man in Rechnung stellt, dass mit wachsendem Angebot nicht nur die Nachfrage, sondern auch die Spezialisierung wächst, sowohl auf der Seite

[79] Gleichzeitig spielt die Gruppe derjenigen, die hier mit „weiß nicht“ geantwortet haben mit einem Anteil von 3,7% nur eine geringfügige Rolle, so dass wir sie hier unberücksichtigt lassen können.

der Therapeuten als auch bzgl. der Therapiewünsche seitens der PatientInnen. Selbst wenn wir einräumen, dass die Göttinger und Kasseler Psychotherapeuten sich bei ihren abgegebenen Einschätzungen auch noch von anderen Kriterien als von der konkreten Situation in ihrem je eigenen KV-Bezirk leiten ließen[80], war doch sicherlich ihre Erfahrungsbasis in „ihrem“ KV-Bezirk bzw. in ihrer eigenen Praxis Hauptleitlinie für ihre Beurteilung der Versorgung.

Schauen wir uns im Weiteren die diesbezüglichen Einschätzungen bei den Berufs- und Fachgruppen an.

Tab. 65. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen nach Berufsgruppen (n = 180).

	Berufsgruppe		
	ÄPT	PPT	Gesamt
Gut versorgt	57 64,8%	39 42,4%	96 53,3%
Nicht ausreichend versorgt	31 35,2%	53 57,6%	84 46,7%
Gesamt	88 100,0%	92 100,0%	180 100,0%

Auch bei den Berufsgruppen zeigen sich hoch signifikante Unterschiede (p= 0,003). Ärztliche PsychotherapeutInnen schätzen die Versorgungssituation sehr viel günstiger als Psychologische ein. Ob diese Unterschiede möglicherweise auch auf die unterschiedlichen Repräsentanzen der 3 Richtlinienverfahren resp. Fachgruppen bei den Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten zurückzuführen sind, lässt sich anhand des Fachgruppenvergleichs klären:

Tab 66. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen nach Fachgruppen (n = 180).

	Fachgruppe			
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	Gesamt
Gut versorgt	33 52,4%	51 63,8%	12 32,4%	96 53,3%
Nicht ausreichend versorgt	30 47,6%	29 36,3%	25 67,6%	84 46,7%
Gesamt	63 100,0%	80 100,0%	37 100,0%	180 100,0%

Aus Tab. 66 sind deutliche Unterschiede zwischen den 3 Fachgruppen abzulesen (Signifikanz: p = 0,007):Verhaltenstherapeuten schätzen die Versorgungssituation mit Abstand am schlechtesten ein; nur ein knappes Drittel hält sie für gut. Dies überrascht nicht angesichts der tatsächlich schlechteren Versorgungslage bei den Verhaltenstherapeuten. Dies konnte bereits an der bei ihnen besonders hohen Diskrepanz zwischen Neuanfragen und Behandlungsplätzen, den Wartezeiten etc. verdeutlicht werden (vgl. Kap. 3.4). Umgekehrt verhält es sich bei der Fachgruppe der Tiefenpsychologischen Therapeuten, in der ja die Ärztlichen Psychotherapeuten

[80] Hier könnten die Berücksichtigung schlechter versorgter Bezirke, z. B. in den ostdeutschen Bundesländern, der allgemeine Wunsch, auf aktuelle Problemlagen in der ambulanten Psychotherapie hinzuweisen oder auch schlicht der Wunsch nach Aufwertung ihrer Zunft das Antwortverhalten beeinflusst haben.

(mit Zusatztitel) gegenüber den Psychologischen überwiegen. Diese schätzen die generelle psychotherapeutische Versorgungslage ganz überwiegend positiv ein. Überraschend sind die diesbezüglichen Einschätzungen der Psychoanalytiker: Bei ihnen halten sich die optimistischen und die pessimistischen Einschätzungen fast die Waage. Mit anderen Worten heißt dies: Hinsichtlich der Einschätzungen zur Versorgungssituation sind sich die Psychoanalytischen Therapeuten am wenigsten einig, während Verhaltenstherapeuten überwiegend negativ, Tiefenpsychologische überwiegend positiv urteilen.[81]

Schauen wir uns zum Schluss noch die (Fremd-)Einschätzungen der Versorgungssituation in der ambulanten Erwachsenenpsychotherapie durch die von uns auch befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an. Zwar können diese hier aus verständlichen Gründen längst nicht so verlässliche Urteile abgeben wie für ihren eigenen Bereich.[82] Dennoch hielten wir es angesichts der Wichtigkeit des Problems für angebracht, auch die diesbezüglichen Einschätzungen der Kinder - und Jugendlichenpsychotherapeuten einzubeziehen, zumal einige von ihnen zusätzlich über die Zulassung zur Erwachsenenpsychotherapie verfügen oder auch indirekt – etwa über Familien- und Angehörigentherapie – Einblick in therapiebedürftige Probleme und Störungen von Erwachsenen erhalten. Die folgende Tabelle stellt die Einschätzungen von Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichentherapeuten vergleichend gegenüber:

Tab. 67. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen nach Erwachsenen - und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n = 224).

	Pth. für Erwachsene	KJP	Gesamt
Gut versorgt	96 51,3%	9 24,3%	105 46,9%
Nicht ausreichend versorgt	84 44,9%	13 35,1%	97 43,3%
weiß nicht	7 3,7%	15 40,5%	22 9,8%
Gesamt	187 100,0%	37 100,0%	224 100,0%

Das Ergebnis ist aufschlussreich: Bei einer Quote von gut 40% „Enthaltungen“ überwiegen bei jenen Kinder- und Jugendlichentherapeuten, die sich ein (Fremd-)urteil über die Erwachsenenpsychotherapie zugetraut haben, die pessimistischen Einschätzungen. Mehr als ein Drittel glauben auch im Bereich der Erwachsenpsychotherapie Versorgungsdefizite festgestellt zu haben. (Zu den weit pessimistischeren Einschätzungen ihres eigenen Bereichs vgl. Kap. 5).

[81] Schaut man sich zudem den Prozentsatz der „Weiß nicht“ –Antworten bei dieser Einschätzung an, dann zeigt sich, dass bei generell geringer „Enthaltungsquote“ die Fachgruppe der Psychoanalytiker am wenigsten (1,6%), die der Verhaltenstherapeuten die meiste Unsicherheit (5,1%)in der allgemeinen Einschätzung der psychotherapeutischen Versorgung zeigen. Die größere Sicherheit der Psychoanalytiker in der Einschätzung mag mit der länger etablierten und umfassenderen Erfahrung der Analytischen Therapeuten gegenüber den Verhaltenstherapeuten zusammenhängen, die ja erst später in das kassenärztliche Versorgungssystem integriert wurden.

[82] Daher der hier relativ hohe Prozentsatz von 'Weiß Nicht" –Antworten von 40 %, vgl. Tab. 67.

Für den Erwachsenenbereich bleibt abschließend festzuhalten, dass trotz der vergleichsweise günstigen allgemeinen Versorgungslage immer noch ernstzunehmende spezifische Defizite und Engpässe zu konstatieren sind, die sich auf bestimmte Störungsbilder (z. B. Persönlichkeitsstörungen) und Therapieverfahren (v.a. die Verhaltenstherapie)beziehen und die zudem im Kontext eines zunehmend differenzierten und segmentierten „Psychotherapiemarkts" sowohl auf der Angebots- als auch der Nachfrageseite zu sehen sind. Angesichts dieser Differenzierungs- und Spezialisierungsprozesse im Bereich der Psychotherapie, die erst bei relativ guter Versorgung sichtbar werden, sind begründete Zweifel angebracht, ob bei der psychotherapeutischen Bedarfsermittlung überhaupt noch – wie bisher üblich – von der Homogenität dieses Bereichs, analog zu den verschiedenen Fachgebieten der somatischen medizinischen Versorgung, ausgegangen werden kann.

3.6 Meinung zum Gutachterverfahren

Das Gutachterverfahren, das in allen 3 Richtlinienverfahren konstitutiv zur Beantragung einer Therapie dazugehört, ist seit dem Inkrafttreten des PTG in die Diskussion geraten (vgl. etwa Köhlke, 2001). Dies einmal, weil seit dem PTG auch die vorher nicht genehmigungspflichtige Kurzzeittherapie (max. 25 Std.) gutachterpflichtig geworden ist, zum anderen, weil durch ein Urteil des Bundessozialgerichts festgelegt wurde, dass die sog. zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Kassenpsychotherapie nur in Kombination mit der Gutachterpflicht nach festen Leistungssätzen (d.h. auf Basis des viel diskutierten „gestützten Punktwerts") bemessen werden. Mit dieser engen Koppelung des Gutachterverfahren an monetäre Gesichtspunkte der angemessenen Honorierung von psychotherapeutischen Leistungen ist zugleich dessen Funktion als Instrument der Qualitätssicherung zum Gegenstand der Kritik geworden. So wird von vielen bezweifelt, ob die vermeintlich unabhängige Begutachtung der Therapieanträge vor Bewilligung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen wirklich ein geeignetes Instrument zur Sicherung der Qualität der (geplanten) therapeutischen Behandlungen ist oder nicht vielmehr ganz andere "Fähigkeiten" der TherapeutInnen selektiert, wie etwa Routine in der Antragsschreibung, Formulierungskunst, Verfügung über soziale Beziehungen zu Gutachtern etc. Weiterhin wird kritisiert, dass dieses Verfahren nicht unbedingt mehr Transparenz und Objektivität schafft, sondern häufig der Autorität und den theoretischen Vorlieben einzelner Gutachter unterworfen ist. Schließlich werde – so die Kritiker – das vermeintliche Qualitätssicherungsargument durch die gleichzeitige Betonung von Effektivität und Kostenersparnis konterkariert insofern, als ja auch die Antragsschreibung und Gutachtenerstellung Zeitaufwand und Kosten verursachen.

Schauen wir uns vor diesem Hintergrund zunächst die diesbezüglichen Meinungen der befragten ErwachsenentherapeutInnen unseres Samples insgesamt an:

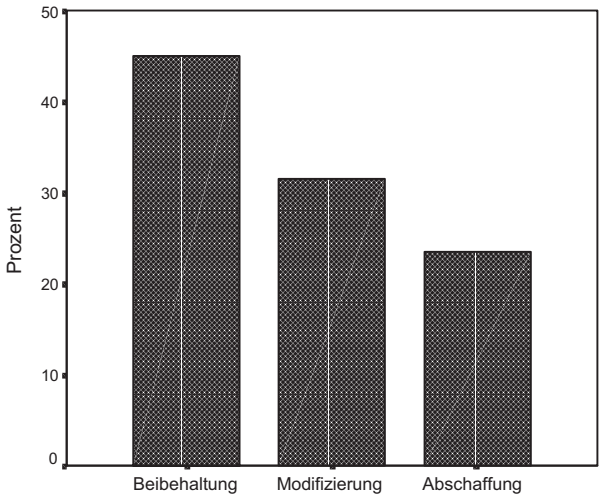

Abb. 25. Meinung zum Gutachterverfahren (n = 191).

Die meisten der Befragten haben sich angesichts der 3 vorgegebenen Alternativen: Beibehaltung – Modifizierung – Abschaffung für die Beibehaltung des Gutachterverfahrens entschieden. Allerdings sind es mit 45% der Befragten nicht einmal die Hälfte, die das Gutachterverfahren in seiner bisherigen Form beibehalten wissen wollen. Immerhin plädiert fast ein Drittel für eine Modifikation und fast ein Viertel der Befragten spricht sich für die Abschaffung aus. Bevor wir näher auf die abgegebenen inhaltlichen Kommentare für die jeweiligen Meinungen eingehen, die hier interessanterweise die meisten zur näheren Erklärung abgegeben haben, sollen zunächst die Unterschiede in den beiden KV-Bezirken sowie bei den Berufs- und Fachgruppen dargestellt werden.

Tab. 68. Meinung zum Gutachterverfahren nach KV-Bezirk (n = 191).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
sollte beibehalten werden	32 47,8%	54 43,5%	86 45,0%
sollte modifiziert werden	14 20,9%	46 37,1%	60 31,4%
sollte abgeschafft werden	21 31,3%	24 19,4%	45 23,6%
Gesamt	67 100,0%	124 100,0%	191 100,0%

Wie aus Tab. 68 hervorgeht, spricht sich in Kassel die ganz überwiegende Mehrheit für Beibehaltung bzw. Modifizierung aus, während sich die Meinungen in Göttingen stärker polarisieren: Zwar sind mit fast 48% überdurchschnittlich viele Göttinger TherapeutInnen für die Beibehaltung, aber auch gut 31% für die ersatzlose Streichung des Gutachterverfahrens. Ob dieser Effekt auf die unterschiedliche

Repräsentanz der Berufs- und Fachgruppen in den beiden KV-Bezirken zurückgeht, erhellt aus den folgenden Tabellen.

Tatsächlich gibt es – wie Tab. 69 zeigt – bei den Ärztlichen Psychotherapeuten, die ja in Kassel stärker repräsentiert sind als Göttingen, eine breitere Zustimmung zur Beibehaltung des Verfahrens als bei den – in Göttingen stärker repräsentierten – Psychologischen Psychotherapeuten: Diese sprechen sich nur zu 38% für Beibehaltung, jedoch zu je 30% für die Abschaffung bzw. Modifikation aus.

Tab. 69. Meinung zum Gutachterverfahren nach Berufsgruppen (n = 191).

	Berufsgruppe		
	ÄPT	PPT	Gesamt
sollte beibehalten werden	49 52,1%	37 38,1%	86 45,0%
sollte modifiziert werden	30 31,9%	30 30,9%	60 31,4%
sollte abgeschafft werden	15 16,0%	30 30,9%	45 23,6%
Gesamt	94 100,0%	97 100,0%	191 100,0%

Hoch signifikante Unterschiede (p = 0,0003) zeigen sich interessanterweise beim Fachgruppenvergleich:

Tab. 70. Meinung zum Gutachterverfahren nach Fachgruppen (n = 191).

	Fachgruppe			
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhaltens therapie	Gesamt
sollte beibehalten werden	50 74,6%	28 32,6%	8 21,1%	86 45,0%
sollte modifiziert werden	12 17,9%	34 39,5%	14 36,8%	60 31,4%
sollte abgeschafft werden	5 7,5%	24 27,9%	16 42,1%	45 23,6%
Gesamt	67 100,0%	86 100,0%	38 100,0%	191 100,0%

Es zeigt sich, dass sich in der Frage des Gutachterverfahrens Analytische und Verhaltenstherapeuten sehr deutlich voneinander unterscheiden. Während die überwältigende Mehrheit der Analytiker, die ja in Göttingen weitaus stärker als in Kassel repräsentiert sind, sich für die Beibehaltung ausspricht und nur eine verschwindende Minderheit von 7,5% für die Abschaffung plädiert, zeigen die Verhaltenstherapeuten eine ausgeprägte Distanz und Ablehnung. Gerade mal 21% der VTn sprechen sich für Beibehaltung, dafür aber 42% für die Abschaffung des Gutachterverfahrens aus. Die Tiefenpsychologischen Psychotherapeuten befinden sich - wie häufig - auch in dieser Frage in einer Mittelposition. Für keine der 3 Alternativen gibt es bei ihnen eine deutliche Mehrheit; am ehesten können sie sich noch auf eine Modifikation des Gutachterverfahrens verstehen.

Die eklatanten Meinungsunterschiede zwischen Analytikern und Verhaltenstherapeuten können auch die o. g. Polarisierung der Meinungen zum Gutachterverfahren in Göttingen erklären, wo die Analytiker deutlich überrepräsentiert sind und zugleich die Verhaltenstherapeuten im Vergleich zu Kassel ein größeres Gewicht haben. Unseres Erachtens ist diese Polarisierung zwischen Analytischen- und VerhaltenstherapeutInnen bezüglich des Gutachterverfahrens vor dem Hintergrund eines recht unterschiedlichen therapeutischen Selbstverständnisses dieser beiden Fachgruppen zu verstehen. Analytiker machen wesentlich länger dauernde Therapien mit weniger Patienten, streben i. d. R. eine weniger störungsspezifische als umfassendere Änderung an, wobei der therapeutischen Beziehung ein ungleich höherer Stellenwert als bei den Verhaltenstherapeuten zukommt. Die "Mühe" der Antragsschreibung dürfte bei ihnen zugleich ein durchaus willkommenes Mittel der Selbstreflexion und -verständigung sowie der Rechenschaftslegung angesichts des langwierigen und daher in Schritten einzuteilenden therapeutischen Prozesses sein. Der dafür aufgebrachte Zeitaufwand wird dann ja auch bei Genehmigung durch finanzielle Sicherung für eine vergleichsweise lange Zeit „belohnt". Außerdem gibt es hier seit langem tradierte, ausgefeilte Standards in der Antragsschreibung, die bereits in der Ausbildung vermittelt und eingeübt, dann in der Praxis verfestigt werden können, so dass die Ausformulierung eines Antrags an den Gutachter nach einer gewissen Zeit keine größeren Probleme bereiten dürfte. Nicht zuletzt dient diese eingespielte Prozedur der Antragsschreibung und Begutachtung der Aufrechterhaltung ihres professionellen Selbstverständnisses und eines fachlichen Berufsprestiges. Dies ist zweifellos bei den Psychoanalytikern mit ihren lang etablierten Fachgesellschaften und ihrem ständigen Bemühen, einer Verwässerung ihrer fachlichen Profession entgegenzuwirken, im Vergleich der 3 Fachgruppen am meisten entwickelt. Demgegenüber bedeutet bei den Verhaltenstherapeuten, in gewissem Maße auch bei den Tiefenpsychologischen Therapeuten, das Antrags- und Gutachterverfahren angesichts eines ungleich größeren „Patientendurchlaufs" oft einen unverhältnismäßig hohen Zeit- und Energieaufwand, der insbesondere in angespannten Zeiten und bei ohnehin vorhandenen Versorgungsengpässen zur besonderen Belastung werden kann.

In diese Richtung der Interpretation weisen auch die inhaltlichen Kommentare für die jeweiligen Meinungen der Befragten:

Die ***Beibehaltung*** wird vor allem mit dem Argument der Qualitätssicherung begründet. Damit zusammenhängend wird auch der „heilsame Zwang" zur Reflexion und Planung der Therapie betont. Dazu einige Beispiele:

Das Gutachterverfahren sollte beibehalten werden ...,

> *„... weil es die einzige vernünftige Qualitätskontrolle unseres Handwerks darstellt."* (Ärztlicher Psychoanalytiker)[83];
>
> *„... weil beim Antragschreiben eine Distanzierung stattfindet, eine spezifische Konzeption der Störung und der Behandlungsform formuliert werden muss und dadurch jeder Therapeut gezwungen ist, sich über die Psychodynamik Gedanken zu machen."* (Psychologische Psychoanalytikerin)

Es gibt allerdings auch weniger emphatische Begründungen für die Beibehaltung. So wird das Gutachterverfahren als das *kleinere Übel* gegenüber direkter Kontrolle durch die Krankenkassen angesehen; oder es wird darauf hingewiesen, dass laut Urteil des Bundessozialgerichts nur bei gutachterlicher Genehmigung die *angemes-*

[83] Zur besseren Sicherung der Anonymität haben wir hier die Zugehörigkeit zum KV-Bezirk weggelassen.

sene Honorierung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen auf Basis des „gestützten Punktwerts“ gewährleistet ist. Diese Gründe werden interessanterweise weniger von den Analytischen, sondern eher von den Tiefenpsychologischen und Verhaltenstherapeuten – sofern sie für Beibehaltung plädieren - angeführt.

Die ***Abschaffung*** des Gutachterverfahrens wird ganz überwiegend mit der als unwürdig und diskriminierend erlebten Fremdkontrolle begründet, vor allem auch im Vergleich mit Ärzten anderer Fachgebiete bzw. mit anderen freien Berufen:

> *„Ich bin gegen jede Prüfung. Jeder andere Arzt muss seine Behandlung auch nicht erst gutachtermäßig absegnen lassen.“* (Ärztlicher Psychoanalytiker);
>
> *„Das Gutachterverfahren ruft Benachteiligungsgedanken gegenüber somatischen Erkrankungen bzw. deren Behandlern hervor.“* (Verhaltenstherapeut)

Weitere gewichtige Argumente für die Abschaffung sind die hohe und schlecht honorierte Arbeitsbelastung bzw. das Missverhältnis zwischen Aufwand und Effekt und schließlich die Bezweiflung der vermeintlichen Qualitätssicherung:

> *„Gutachterverfahren multipliziert nur die Arbeit und Kosten.(...)In der Situation, bei der Belastung kann ich mich nicht weiterbilden; ich schreibe nur Berichte.“* (Psychologische Psychotherapeutin, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie);
>
> *„Die interne Qualitätssicherung durch Intervision etc. genügt. Als Kompensation wäre allenfalls eine Verpflichtung zur regelmäßigen Weiterbildung zu akzeptieren, keinesfalls aber die gläserne Praxis.“* (Verhaltenstherapeut)

Nicht zuletzt bezweifeln auch nicht wenige die Kompetenz und Objektivität der Gutachter:

> *„Gutachterpflicht steuert nicht wirklich Qualität, wenn 98% der Anträge durchkommen und es der kommerziellen Selbstversorgung der Gutachter dient.“* (Psychologischer Psychoanalytiker);
>
> *„Genehmigungen werden wohl eher davon abhängen, wie gut sich der Therapeut in die Lage des Gutachters zu setzen vermag. Erfolg ist nur von der verbalen Geschicklichkeit und der Verwendung von Schablonen abhängig.“* (Verhaltenstherapeutin)

Bei den Begründungen für die ***Modifizierung*** werden vor allem Zeit- und Kostenargumente angeführt. Demnach sollte die Begutachtungspflicht für Kurztherapien (wieder) abgeschafft werden - dies vor allem zur Verkürzung der Wartezeit zwischen Antrag und Anerkennungsbescheid -, und auch bei Langzeittherapien gewisse zeitsparende Modifikationen eingeführt und nach einer gewissen Therapie- und Antragserfahrung nicht mehr erforderlich sein.

> *„Die Kriterien für die Abfassung vor allem des <u>Verlängerungs</u>berichts sollten verdeutlicht und an Variablen des Therapie<u>verlaufs</u> angepasst werden.“* (Psychologischer Psychotherapeut, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)

Vor allem wird aber eine bessere Honorierung der Antragsschreibung als Modifikation vorgeschlagen. Insbesondere die Verhaltenstherapeuten monieren zudem die „Engmaschigkeit“ der Zulassungsschritte in ihrem Verfahren (25, 45, 60, 80 Stunden) und plädieren für die Reduktion auf zwei Genehmigungsschritte (bei 40 und 80 Stunden).

Bemerkenswert scheinen uns schließlich Vorschläge zur Modifikation, die auf eine bessere und kollegialere Kommunikation zwischen Therapeut und Gutachter abheben:

> *„Bei Beibehaltung sollte wenigstens negative Kritik erheblich konstruktiver, kollegialer formuliert werden; insgesamt bessere Kommunikation beispielsweise durch telefonische Rücksprache.“* (Verhaltenstherapeut)

Diese Beispiele mögen genügen, um das Spektrum der „Argumente“ für und gegen das Gutachterverfahren zu verdeutlichen. Die diesbezüglichen kritischen Einwände vor allem der nicht-analytischen Fachgruppen geben u. E. hinreichend Anlass, die vermeintlichen und tatsächlichen Funktionen und Ziele des Gutachterverfahrens zu überdenken und die Praxis der Begutachtung, wenn schon nicht abzuschaffen, so doch in einigen Punkten zu modifizieren. Vor allem scheint wichtig, die Kriterien der Qualitätssicherung innerhalb der Psychotherapie näher zu definieren; denn erst auf dieser Basis lässt sich beurteilen, ob das Gutachterverfahren oder aber andere Methoden (Supervision, Intervision u. ä.) unter Berücksichtigung von inhaltlichen sowie Kosten- und Effektivitätsgesichtspunkten besser zur Qualitätssicherung geeignet sind. Ohne dies in diesem Rahmen näher ausführen zu können, lässt sich aus den abgegebenen Kommentaren der jeweiligen Fachgruppen auch schlussfolgern, dass möglicherweise eine Differenzierung zwischen den Fachgruppen angesichts der unterschiedlichen Tragweite der beantragten Therapien durchaus angebracht sein könnte.

3.7 Berufswahlzufriedenheit

Ausgehend von der Annahme, dass die Berufszufriedenheit immer auch ein Indikator für das gezeigte Engagement und die Qualität der therapeutischen Arbeit ist, und andererseits die Häufung von Problemen und eine anhaltende Defizit-Situation ohne Aussicht auf Abhilfe die Berufszufriedenheit tendenziell negativ beeinflussen kann, haben wir abschließend die PsychotherapeutInnen danach gefragt, ob sie ihren Beruf noch einmal ergreifen würden.

Das Ergebnis ist, wie Abb. 26 zeigt, recht eindeutig:

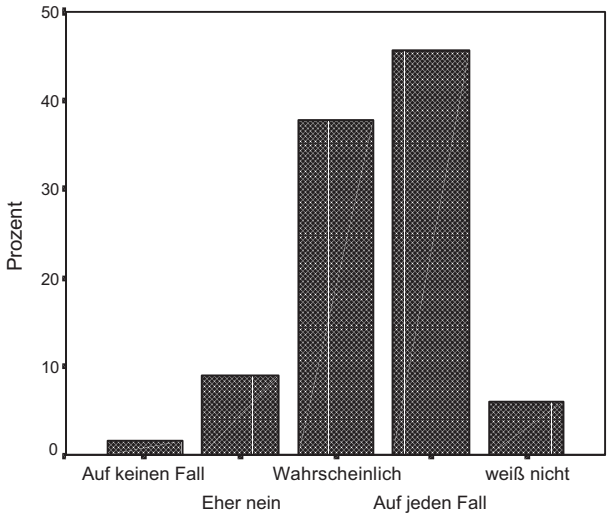

Abb. 26. Antworten zur Frage: Würden Sie nochmal PsychotherapeutIn werden? (n = 199).

Mit Abstand die meisten der Befragten – wenn auch weniger als die Hälfte – würden sich uneingeschränkt für die Wiederwahl ihres Berufes entscheiden. Im KV-Bezirk Göttingen sind es sogar über die Hälfte, die dies von sich behaupten. Nimmt man auch jene Gruppe zu den „zufriedenen“ Psychotherapeuten hinzu, die auf die Frage mit "wahrscheinlich" geantwortet haben, dann lässt sich zusammenfassend sagen, das eine überwältigende Mehrheit der Erwachsenenpsychotherapeuten – trotz aller bestehenden Probleme in der adäquaten therapeutischen Versorgung – mit ihrem Beruf als PsychotherapeutIn zufrieden ist.

Ein Blick auf die Berufs- und Fachgruppen (Tab. 71; Tab. 72) zeigt, dass hier die Differenzen nicht groß und in keinem Fall signifikant sind. So zeigen die Ärztlichen Psychotherapeuten eine etwas geringere Berufszufriedenheit als die Psychologischen, was vielleicht mit möglichen Kontrasterfahrungen und (vor allem finanziellen) Vergleichen mit ärztlichen Tätigkeiten in anderen somatischen Fachgebieten zusammenhängen könnte[84]:

Tab. 71. Antworten zur Frage: Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (nach Berufsgruppen; n = 199).

	Berufsgruppe		
	ÄPT	PPT	Gesamt
Auf keinen Fall	3 3,1%		3 1,5%
Eher nein	9 9,4%	9 8,7%	18 9,0%
Wahrscheinlich	38 39,6%	37 35,9%	75 37,7%
Auf jeden Fall	40 41,7%	51 49,5%	91 45,7%
weiß nicht	6 6,3%	6 5,8%	12 6,0%
Gesamt	96 100,0%	103 100,0%	199 100,0%

[84] So fiel bei den (bereits dargestellten) inhaltlichen Kommentaren zum Gutachterverfahren auf, dass die äußerst niedrige Honorierung der Antragsschreibung wie überhaupt der psychotherapeutischen Leistungen vor allem von Ärztlichen Psychotherapeuten und hier von jenen, die nicht ausschließlich psychotherapeutisch, sondern gleichzeitig als somatisch behandelnde Ärzte tätig sind, beklagt wurde.

Im Vergleich der Fachgruppen stellen sich die AnalytikerInnen als die zufriedensten, die Tiefenpsychologischen und VerhaltenstherapeutInnen als die weniger zufriedenen heraus. Zwar ist bei letzteren die Gruppe der vollauf Zufriedenen mit 48,8% relativ am größten; ihnen stehen jedoch immerhin 12% gegenüber, die den Beruf eher nicht wiederwählen würden:

Tab. 72. Antworten zur Frage: Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (Nach Fachgruppen; n = 199).

	Fachgruppe			
	Analytische Therapie	tiefenps. fund. Pth.	Verhalten stherapie	Gesamt
Auf keinen Fall	1 1,5%	2 2,2%		3 1,5%
Eher nein	4 5,9%	9 10,0%	5 12,2%	18 9,0%
Wahrscheinlich	28 41,2%	35 38,9%	12 29,3%	75 37,7%
Auf jeden Fall	32 47,1%	39 43,3%	20 48,8%	91 45,7%
weiß nicht	3 4,4%	5 5,6%	4 9,8%	12 6,0%
Gesamt	68 100,0%	90 100,0%	41 100,0%	199 100,0%

Dies dürfte vor allem mit der restriktiveren Genehmigungspraxis in kleineren Schritten, den relativ hohen Patientenzahlen, aber auch mit den oben aufgezeigten, besonders großen Versorgungsengpässen bei dieser Fachgruppe zusammenhängen. Umgekehrt heißt das aber auch: Zu geringe Behandlungskapazitäten bei gleichzeitig konstatierter hoher Nachfrage können mittel- bis langfristig auf die Berufszufriedenheit "drücken" und damit – so kann man zu Recht schlussfolgern – langfristig auch die Qualität der therapeutischen Arbeit mindern.

Bei die Frage nach der Berufszufriedenheit – so unsere Vermutung – könnten auch mögliche Alters- bzw. Generationsunterschiede von Interesse sein. Doch auch hier gibt es kaum Unterschiede. Am zufriedensten erweisen sich einerseits die Jüngeren, andererseits die Älteren jenseits der Jahresgrenze von 55 Jahren, während die mittlere Altersgruppe hier etwas zurückfällt:

Tab. 73. Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (nach Alter der Befragten; n = 199).

	Alter des Befragten				Gesamt
	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-64 Jahre	Älter als 64	
Auf keinen Fall		2 1,9%	1 2,9%		3 1,5%
Eher nein	5 8,8%	10 9,4%	3 8,8%		18 9,0%
Wahrscheinlich	23 40,4%	41 38,7%	10 29,4%	1 50,0%	75 37,7%
Auf jeden Fall	26 45,6%	45 42,5%	19 55,9%	1 50,0%	91 45,7%
weiß nicht	3 5,3%	8 7,5%	1 2,9%		12 6,0%
Gesamt	57 100,0%	106 100,0%	34 100,0%	2 100,0%	199 100,0%

Der Vergleich von männlichen und weiblichen TherapeutInnen zeigt (Tab. 74), dass die Zufriedenheit etwas höher bei den Frauen ist; es ist allerdings schwer und angesichts des nur marginalen Prozentunterschieds von 4 Punkten auch nicht notwendig zu entscheiden, ob dies auf genuine Geschlechterunterschiede etwa in der Berufsrollenauffassung oder schlicht auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass die Männer bei den (durchweg etwas weniger zufriedenen) Ärztlichen Psychotherapeuten überrepräsentiert sind.

Tab. 74. Zur Frage: Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (nach Geschlecht der Befragten; n = 199).

	Geschlecht des Befragten		Gesamt
	Frau	Mann	
Auf keinen Fall		3 3,1%	3 1,5%
Eher nein	9 8,9%	9 9,2%	18 9,0%
Wahrscheinlich	36 35,6%	39 39,8%	75 37,7%
Auf jeden Fall	50 49,5%	41 41,8%	91 45,7%
weiß nicht	6 5,9%	6 6,1%	12 6,0%
Gesamt	101 100,0%	98 100,0%	199 100,0%

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die von uns befragten PsychotherapeutInnen in der überwiegenden Mehrheit mit ihrer Berufswahl zufrieden sind. Dies werten wir als Hinweis, dass wir es – ungeachtet der mannigfachen

zeitlichen, organisatorischen, fach- und berufspolitischen Probleme, mit denen sich die PsychotherapeutInnen aufgrund der neuen Anforderungen des PTG derzeit konfrontiert sehen – durchweg mit einer Berufsgruppe zu tun haben, die mit ihrer Berufswahl im Einklang ist und als beruflich motiviert und engagiert gelten kann. Nur etwas weniger zufrieden, vermutlich aus finanziellen Erwägungen, zeigen sich die Ärztlichen, zumeist tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Psychotherapeuten und – beim Vergleich der Fachgruppen – die Verhaltenstherapeuten, was sicherlich mit den dargestellten, vergleichsweise ungünstigen zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der therapeutischen Tätigkeit dieser Fachgruppe in Zusammenhang zu bringen ist.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Erwachsenen-psychotherapie

Im Folgenden sollen mit Blick auf unsere zentrale Fragestellung nach der Versorgungssituation die wichtigsten Ergebnisse aus dem Bereich der Erwachsenenpsychotherapie zusammengefasst werden.

1. **Die insgesamt 205 Erwachsenenpsychotherapeuten unseres Samples haben durchschnittlich 30 PatientInnen in psychotherapeutischer Behandlung.**

   Während sich die *Berufsgruppen* hierin *insgesamt* so gut wie nicht unterscheiden, zeigt der *Vergleich der KV-Bezirke*, dass die Psychologischen PsychotherapeutInnen im KV-Bezirk Göttingen deutlich mehr, nämlich 32, im KV-Bezirk Kassel geringfügig weniger PatientInnen, nämlich 29, als ihre ärztlichen Kollegen in psychotherapeutischer Behandlung haben.

   Der *Fachgruppenvergleich* ergibt, dass die VerhaltenstherapeutInnen erwartungsgemäß mit 44 PatientInnen mit Abstand die höchste Patientenzahl haben gegenüber den AnalytikerInnen, die mit 21 PatientInnen die wenigsten und den Tiefenpsychologischen TherapeutInnen, die 31 PatientInnen in psychotherapeutischer Behandlung haben. Diese Unterschiede in der durchschnittlichen Patientenzahl bei den Fachgruppen können vor allem auf die differenten *zeitlichen* Therapieumfänge und Sitzungsfrequenzen in den drei Richtlinienverfahren zurückgeführt werden, die in der Verhaltenstherapie am geringsten, in der Analytischen Therapie am höchsten sind.

   Durchweg gilt, dass es eine *außergewöhnlich hohe Streubreite in den Angaben zur Patientenzahl gibt* (hier: Standardabweichung s[85] = 21 PatientInnen!), so dass von *großen individuellen Differenzen in der Patientenzahl* auszugehen ist. Die Mittelwerte sind daher als Indikator für den durchschnittlichen Umfang psychotherapeutischer Tätigkeit nur bedingt aussagekräftig. Das heißt aber auch, dass die den offiziellen Bedarfsplanungen zugrundegelegte Annahme einer annähernd gleichen durchschnittlichen Versorgungskapazität eines jeden Vertragspsychotherapeuten aufgrund der Vernachlässigung von großen individuellen bzw. temporären Schwankungen im Patientenumfang irreführend ist und nicht selten zur Unter- bzw. – was gravierender ist – zur Überschätzung der tatsächlichen Versorgungskapazität angesichts des bestehenden Behandlungsbedarfs führen kann.

[85] Angesichts der durchweg hohen Varianzen werden im Folgenden die Standardabweichungen (s oder als ±) immer zu den Durchschnittswerten angegeben.

2. **Die durchschnittliche Anzahl psychotherapeutischer *Behandlungs*stunden beläuft sich auf 23 (± 11) Wochenstunden.**

   Der *Berufsgruppenvergleich* ergibt eine geringfügig höhere wöchentliche Behandlungsstundenzahl von 24,5 (±9) bei den Psychologischen Psychotherapeuten; demgegenüber verwenden die Ärztlichen Psychotherapeuten nur 22 (±12) Stunden in der Woche auf psychotherapeutische Behandlungen. Allerdings weisen letztere, wie man sieht, die größere Streubreite in der Stundenzahl auf.

   Fachgruppenvergleich: Die Analytischen TherapeutInnen weisen mit 27 (±9) die höchste, die Tiefenpsychologischen TherapeutInnen mit 20 (±12) die niedrigste durchschnittliche Behandlungsstundenzahl auf. In der Mitte liegen die Verhaltenstherapeuten, die zwar deutlich mehr Patienten in Behandlung haben, jedoch mit 24 (±9) Wochenstunden eine geringere Stundenzahl als etwa die Analytiker aufweisen. Dies kann u. a. mit den deutlich niedrigeren Behandlungsfrequenzen der VerhaltenstherapeutInnen erklärt werden. Die vergleichsweise niedrige Behandlungsstundenzahl bei den Tiefenpsychologischen PsychotherapeutInnen bei gleichzeitig hoher Streubreite ist u. a. auf den heterogenen zeitlichen Therapieumfang der sich in dieser Fachgruppe sammelnden Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie zurückzuführen, bei denen die psychotherapeutische Tätigkeit nur einen mehr oder weniger großen Anteil an ihrer gesamten medizinischen Behandlungstätigkeit ausmacht (vgl. auch. 4, s.u.).

   Auch die hohe berufs- und fachgruppenspezifische Varianz in der Anzahl psychotherapeutischer Behandlungsstunden verweist ebenso wie die Heterogenität der Patientenanzahl darauf, dass eine auf Durchschnittswerten basierende Berechnung der Versorgungskapazität im Bereich der ambulanten Psychotherapie offensichtlich zu pauschal ist und daher durch differenziertere Analysen der faktischen Versorgungskapazität der Psychotherapeuten(-gruppen) ersetzt werden muss.

3. **Die über die genuine Behandlungstätigkeit hinausgehenden therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten nehmen durchschnittlich 13 (±8) Wochenstunden in Anspruch, wobei die mit Abstand meiste Zeit davon auf die Berichtsschreibung an den Gutachter und die Dokumentation entfällt.**

   Beim Vergleich der *Fachgruppen* fällt auf, dass die die VerhaltenstherapeutInnen mit dem Zeitaufwand für die Berichtsschreibung und Dokumentation an der Spitze der 3 Fachgruppen liegen, was vor allem auf die vergleichsweise hohe Patientenanzahl dieser Fachgruppe zurückgeführt werden kann. Demgegenüber bringen die AnalytikerInnen die relativ meiste Zeit für die eigene Weiterbildung und Supervision/Intervision, aber auch für die Fremdsupervision und für Lehrtätigkeiten auf. Dies kann sicherlich mit dem vergleichsweise intensiven (interkollegialen) Reflexions- und Kontrollbedarf dieser Fachgruppen angesichts des relativ hohen Zeit- und Kostenaufwands dieses Therapieverfahrens in Zusammenhang gebracht werden.

4. **Summiert man die psychotherapeutische Behandlungstätigkeit und die zusätzlich anfallenden Tätigkeiten auf, dann ergibt sich eine durchschnittliche *Gesamt*wochenarbeitszeit von insgesamt 37 (±15) Stunden.**

   Pauschal und im statistischen Durchschnitt gesehen, liegt damit die Wochenarbeitszeit der niedergelassenen PsychotherapeutInnen leicht unter der „normalen" wöchentlichen Arbeitszeit von abhängig beschäftigten Angestellten. Zu berücksichtigen ist allerdings auch hier die sehr hohe Streubreite im wöchentlichen Zeitumfang sowohl der Behandlungs- als auch der notwendigen ergänzenden Tätigkeiten, die auf eine ausgeprägte *individuelle* Gestaltung, besser: Gestaltungs*notwendigkeit* der Arbeitszeit eines Vertragspsychotherapeuten aufgrund der Spezifik der von ihm angebotenen Leistung (hohe Zeitgebundenheit, langfristige Festlegungen) hinweist.

   Auch der *Fachgruppenvergleich* ergibt äußerst heterogene wöchentliche Gesamtarbeitszeiten: An der Spitze stehen die AnalytikerInnen mit 41,5 (±14) Wochenstunden, gefolgt von den VerhaltenstherapeutInnen mit 38 (±9) Wochenstunden und schließlich der Gruppe der Tiefenpsychologischen TherapeutInnen mit 32 (±16) Wochenstunden, wobei hier wiederum die hohe Streubreite auf einen äußerst heterogenen zeitlichen Arbeitsumfang hinweist (vgl. 2).

   Insgesamt ist festzuhalten, dass die Arbeitszeit eines niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten vor allem aufgrund der inhärenten Spezifika seiner Praxistätigkeit (reine „Bestellpraxis", hoher Anteil langfristig zu planender, zeitgebundener Behandlungen bei gleichzeitiger Verpflichtung zu aktueller Krisenintervention) im Unterschied zur organmedizinischen Praxis offensichtlich hohen Schwankungen ausgesetzt ist und immer wieder der individuellen Flexibilisierung bedarf. Zudem gibt es diesbezüglich hohe berufs- und fachgruppenspezifische Differenzen, womit unsere dritte und vierte Untersuchungshypothese bestätigt wird.

   Daraus folgt, dass die pauschale Ableitung von Versorgungskapazitäten aus der Annahme einer „normierten" durchschnittlichen Wochenarbeitszeit eines jeden Vertragspsychotherapeuten – wie es in der derzeitigen Bedarfsplanung, die lediglich zwischen ausschließlicher bzw. überwiegender (= >90%) und nicht überwiegender psychotherapeutischer Tätigkeit (= 40-50%) unterscheidet, zu grob ist und die sehr viel differenziertere zeitliche Arbeitsrealität in der ambulanten Psychotherapie verfehlt.

Die *psychotherapeutische Klientel* der befragten Psychotherapeuten weist die folgenden *demografischen Merkmale* auf:

5. **Die überwiegende Mehrheit der Patienten (60%) ist zwischen 30 und 49 Jahre alt. Immerhin noch 13% fallen in die Altersgruppe der 50-59Jährigen, 4,5% sind sogar 60 Jahre und älter.**

   Vergleicht man die *KV-Bezirke* in dieser Hinsicht, dann zeigt sich, dass in Kassel die ältere Generation, in Göttingen die jüngere Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren überrepräsentiert ist. Letzteres ist zweifellos auf die in Göttingen stark dominierende Studentenschaft zurückzuführen.

6. **Die Geschlechterverteilung der Klientel ergibt auch in unserer Erhebung eine starke Dominanz von Frauen: Fast dreiviertel der ambulanten Psychotherapiepatienten sind weiblich.**

   In dieser Geschlechterverteilung der psychotherapeutischen Klientel spiegelt sich – wohlgemerkt – zunächst nur die *höhere Inanspruchnahme* von kassenfinanzierter Psychotherapie durch Frauen wider. Ob daraus auch auf einen entsprechend höheren psychotherapeutischen *Behandlungsbedarf* von Frauen im Vergleich zu Männern geschlossen werden kann, ist damit noch nicht schlüssig zu belegen.

   Bemerkenswert ist weiterhin, dass männliche Patienten in der Analytischen, weibliche in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie leicht über ihrem durchschnittlichen Anteil repräsentiert sind. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Frauen eher weibliche, Männer eher männliche Therapeuten wählen. Daraus folgt angesichts des ohnehin geringen Männeranteils unter den Patienten, dass weibliche Therapeuten mit nur 15% männlichen Patienten ein weit überdurchschnittliches Ungleichgewicht in der Geschlechterverteilung ihrer Klientel aufweisen, während dieses Verhältnis bei den männlichen Therapeuten mit 40% männlichen, 60% weiblichen Patienten ausgewogener ist.

7. **Hinsichtlich des Ausbildungs- und Erwerbsstatus' der PatientInnen in psychotherapeutischer Behandlung ergibt sich, dass mit fast 30% der größte Teil der PatientInnen über einen beruflichen Lehr- bzw. Fachabschluss auf Facharbeiter- bzw. Sachbearbeiterniveau, verfügt. Insgesamt haben 29% der psychotherapeutischen Klientel einen akademischen Abschluss auf (Fach-)Hochschulniveau, davon gehen rd. 7% auch einer akademischen Berufstätigkeit nach.**

   Der *KV-Bezirksvergleich* zeigt hier interessanterweise keine gravierenden Unterschiede bei den *erwerbstätigen* Akademikern zwischen der Universitätsstadt Göttingen und der ehemaligen Industrie- und Arbeiterstadt Kassel, so dass sich hier eine generelle Tendenz zu höheren Bildungs- und Einkommensschichten in der psychotherapeutischen Klientel widerspiegelt. Lediglich die studentische Klientel ist in Göttingen weit stärker repräsentiert als in Kassel.

   Aufschlussreiche Unterschiede ergeben sich allerdings beim *Fachgruppenvergleich*: Hier zeigt sich, dass Patienten mit Hochschulabschluss und insbesondere jene, die auch in akademischen Berufen tätig sind, bei der Fachgruppe der Analytiker überdurchschnittlich repräsentiert sind. Doch auch die – insgesamt wenigen – Selbständigen und freiberuflich Tätigen unter den Patienten begeben sich offensichtlich am ehesten in Analytische Therapie. Demgegenüber konzentrieren sich Patienten mit niedrigen und mittleren beruflichen Abschlüssen auf Facharbeiterniveau bei den beiden anderen Fachgruppen. Diese Qualifikations- und Statusdifferenzen in der psychotherapeutischen Klientel der drei Fachgruppen können angesichts der Unterschiede im Kostenaufwand und sicherlich auch des professionellen Prestiges der durch sie repräsentierten Therapieverfahren kaum überraschen.

8. **Die Ergebnisse zur familiären Lebenssituation der psychotherapeutischen Klientel zeigen, dass die „reguläre“ Lebensform der Kleinfamilie zwar im Vergleich zu anderen immer noch die häufigste ist, jedoch lediglich einen Anteil von einem knappen Drittel aller Patienten in Therapie ausmacht. Mit knapp 18% nehmen die alleinlebenden KlientInnen immerhin den zweiten Rangplatz ein, dicht gefolgt von jenen, die in einer kinderlosen Ehe- oder Paarbeziehung leben (15%).**

   Hierin spiegelt sich sowohl der generelle Trend zur Pluralisierung der Lebensformen als auch die besondere soziodemografische Struktur in der Universitätsstadt Göttingen mit hohem Studentenanteil und den ihnen entsprechenden Lebensformen wider. Ein Zusammenhang zwischen spezifischer familiärer Lebenssituation und vermehrter Inanspruchnahme von Psychotherapie ist freilich daraus nicht abzuleiten.

9. **Bezüglich der Kassenzugehörigkeit der PsychotherapiepatientInnen zeigt sich, dass die überwältigende Mehrheit (85 %) in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, wobei intern die in einer gesetzlichen Ersatzkasse Versicherten mit über 50% gegenüber den Primärkassenversicherten deutlich überwiegen.**

   Entsprechend der unterschiedlichen Einkommens- und Erwerbsstruktur in den beiden *KV-Bezirken* gibt es in der psychotherapeutischen Klientel in Kassel einen höheren Anteil an *Primär*kassenangehörigen, während sich der *Gesamt*anteil der gesetzlich gegenüber privat Versicherten hier nicht gravierend unterscheidet.

   Beim *Berufsgruppenvergleich* zeigt sich allerdings, dass Ärztliche im Vergleich zu Psychologischen Psychotherapeuten mehr Privatkassenangehörige in Behandlung haben, was damit zusammenhängen könnte, dass einige private Krankenkassen die Kosten nur für ärztliche Psychotherapie übernehmen. Zudem gibt es offensichtlich die Gepflogenheit, dass Ärzte somatischer Disziplinen ihre PrivatpatientInnen im Falle eines vermuteten psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs eher an ärztliche als an psychologische Psychotherapeuten überweisen.

   Aufschlussreich ist auch hier der *Fachgruppenvergleich:* So haben AnalytikerInnen zwar auch ganz überwiegend gesetzlich krankenversicherte Patienten in Behandlung; sie unterscheiden sich jedoch deutlich von den beiden anderen Fachgruppen hinsichtlich der internen Verteilung zwischen Primär- und Ersatzkassenangehörigen: So sind nur ein knappes Viertel ihrer Patienten Primärkassenangehörige, während es bei den Verhaltenstherapeuten immerhin über 37%, bei den Tiefenpsychologischen Therapeuten 35% sind. Unter der Annahme, dass es sich bei Primärkassenangehörigen vornehmlich um weniger finanzkräftige Einkommensschichten handelt, lässt sich in aller Vorsicht schlussfolgern, dass diese vergleichsweise seltener in zeit- und kostenaufwendigen analytischen Langzeittherapien behandelt werden, ohne dass dies auf systematische Unterschiede in Diagnose und Indikationsstellung bei dieser Patientengruppe plausibel zurückgeführt werden könnte. (Vgl. dazu auch die diesbezüglichen Ergebnisse aus der Studie von Zepf et al., 2001, S.45ff.).

Die Angaben zur Verteilung der derzeit behandelten PatientInnen auf (insgesamt 10 vorgegebene) *Diagnosegruppen* erbrachten die folgenden Ergebnisse:

10. **Es dominieren immer noch die „angestammten" Störungsbilder der ambulanten Richtlinienpsychotherapie wie *Neurosen (38%)* und *depressive Erkrankungen* unterschiedlichen Schweregrades einschließlich Suizidalität (29%). Doch auch *Persönlichkeitsstörungen (16%)*, sowie *psychosomatische Erkrankungen* und *Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen* mit je 11% Patientenanteil haben offenbar an Gewicht gewonnen. Demgegenüber gehören *(prä-)psychotische Störungsbilder*, *Suchterkrankungen* sowie *Copingprobleme bei körperlichen Krankheiten* zumindest bisher eher zu den seltenen Störungsbildern in der ambulanten Psychotherapie.**

    Beim *Fachgruppenvergleich* ergibt sich ein überdurchschnittlicher Anteil der Persönlichkeitsstörungen bei den Analytikern, der psychosomatischen Störungen bei den Tiefenpsychologischen und überraschenderweise der depressiven Erkrankungen bei den Verhaltenstherapeuten. Auch wenn es für diese Zusammenhänge zwischen Störungsbild und Fachgruppe plausible Erklärungen geben mag, wie die ausgearbeiteten diagnostischen und therapeutischen Konzepte für Persönlichkeitsstörungen im (modifizierten) analytischen Verfahren (Heigl-Evers; Kernberg) sowie von depressiven Störungen in der kognitiven Verhaltenstherapie (Beck et al.) sowie die Überrepräsentanz der Ärzte mit Zusatztitel bei den Tiefenpsychologischen Psychotherapeuten, die die Konzentration der psychosomatischen Erkrankungen in dieser Fachgruppe verständlich machen können, lassen sich aus diesen Ergebnissen keinerlei weitergehende Schlüsse auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Störungsbild und Therapieverfahren ziehen.

Schaut man sich die Verteilung der Psychotherapiepatienten auf die *genehmigungspflichtigen Therapieverfahren* und *Setting-Varianten* an, dann ergibt sich folgendes Bild:

11. **Mit einem Anteil von gut 40% befindet sich die überwiegende Mehrheit der Patienten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. In verhaltenstherapeutischer Behandlung befinden sich 23% und in Analytischer Therapie rd. 14% der Patienten, wobei interessanterweise etwas mehr im Sitzen als im klassischen Couch-Setting behandelt werden.**

    Auf die Kurz-/Fokaltherapie und die Krisenintervention entfällt ein Patientenanteil von insgesamt 13%, während gut 5% in niedrigfrequenten stützenden Therapieverfahren behandelt werden. Auffällig ist, dass gruppentherapeutische Verfahren mit einem Patientenanteil von nur 3% so gut wie keine Bedeutung (mehr) in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie haben. Dies hat nicht nur mit der bekanntermaßen höheren Hemmschwelle von Patienten gegenüber der „Öffnung" in einer ambulanten Gruppenpsychotherapie, sondern offensichtlich auch mit der derzeit unzureichenden Honorierung gruppentherapeutischer Verfahren nach dem neuen EBM zu tun.

12. **Hinsichtlich der Behandlungsfrequenz zeigen unsere Ergebnisse, dass mit über 50% die meisten Patienten *1mal pro Woche* in Behandlung sind. Weitere 30% der Patienten werden in *größeren zeitlichen Abständen* behandelt.**

    Höherfrequente Therapien spielen – wie der *Fachgruppenvergleich* zeigt – praktisch nur bei den Analytischen Therapeuten eine nennenswerte Rolle, die immerhin ein Viertel der Patienten zweimal und 12 % sogar 3mal pro Woche in Behandlung haben. Jenseits dieser Frequenzen, deren Finanzierung nicht mehr durch die Kassen übernommen werden, befinden sich noch 1,6% Patienten.

13. **Für alle 3 Richtlinienverfahren gilt, dass bei genehmigungspflichtigen Langzeittherapien der größte Patientenanteil jeweils auf der untersten Stufe des insgesamt möglichen und in Schritten zu genehmigenden Stundenkontingents angesiedelt ist.**

    Da die *Fachgruppen* sehr unterschiedliche (minimale und maximale) Stundenkontingente zur Verfügung haben, bedeutet dies, dass AnalytikerInnen die Mehrheit ihrer PatientInnen mit einem Sitzungsumfang von 160 Stunden, die Tiefenpsychologischen TherapeutInnen von 40 und die VerhaltenstherapeutInnen von 45 Stunden therapeutisch behandeln. Es zeigt sich darüber hinaus, dass Analytiker häufiger als die beiden anderen Fachgruppen Therapien über den ersten Genehmigungsschritt hinaus verlängern. Mit anderen Worten: Die Analytiker haben im Vergleich der 3 Richtlinienverfahren nicht nur die größten Stundenkontingente zur Verfügung; sie schöpfen sie auch häufiger bis zur gesetzlichen Höchstgrenze aus. Erinnert sei jedoch an die *insgesamt* deutlich geringere Anzahl von Patienten in Analytischer Therapie im Vergleich zur tiefenpsychologisch fundierten und zur Verhaltenstherapie (vgl. 1).

    In aller Vorsicht kann man im Hinblick auf die durchschnittliche zeitliche Dauer einer ambulanten kassenfinanzierten Psychotherapie daraus ableiten, dass Analytische Therapien bei einer durchschnittlichen Wochenfrequenz von 2 Sitzungen etwa 1½ bis 2 Jahre, Tiefenpsychologische und Verhaltenstherapien mit einer durchschnittlichen Wochenfrequenz von 1 Sitzung i. d. R. kaum länger als 1 Jahr dauern.

14. **Der Anteil von Patienten, die bereits *vorher* eine Psychotherapie absolviert und auch *abgeschlossen* haben, beläuft sich nach Angaben der Befragten auf 28%. Eine vorherige psychotherapeutische Behandlung *abgebrochen* haben 10,5% der Patienten.**

    Dabei haben wiederum die meisten Patienten (43,5%) eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie, 22,5% eine Verhaltenstherapie und immerhin fast 17% eine Analytische Therapie abgeschlossen; der restliche Anteil wurde mit sonstigen therapeutischen Verfahren außerhalb der Richtlinietherapie behandelt.

    Bei den *Abbrecherquoten* stellen sich die Verhältnisse ähnlich dar, allerdings mit einem überproportional hohen Anteil von 25% bei der Analytischen Therapie, im KV-Bezirk Göttingen sogar von 35%, wobei dies auf die hier generell höhere Anzahl von analytischen Therapien zurückzuführen ist. Insgesamt kann das vergleichsweise hohe Risiko eines vorzeitigen Abbruchs bei der Analytischen Therapie aufgrund ihres langfristigen Zeithorizonts nicht sonderlich überraschen.

    Dass (ein bestimmter Anteil von) Patienten sich mehrmals in Therapie begeben, muss nicht in jedem Fall als Indiz für mangelnde Effizienz oder für Fehlversorgung interpretiert werden. Je nach Zeitabstand zwischen den

Therapien und angesichts häufig bereits chronifizierter Störungen – nicht zuletzt auch aufgrund zu langer Wartezeiten bis Therapiebeginn – muss dies – ganz ähnlich wie in der somatischen Medizin – auch in der ambulanten Psychotherapie zunächst als Realität zur Kenntnis genommen und erst dann einer differenzierten Prüfung der Gründe unterzogen werden.

Vor diesem Hintergrund sind die unterschiedlichen *Überweisungs- und Zugangswege,* über die die Patienten in die ambulante psychotherapeutische Fachpraxis gelangen, aufschlussreich:

15. **Die „Eigeninitiative" steht mit fast 25% Patientenanteil an der Spitze aller Zugangswege. Dies sowie die relativ hohe Bedeutung von informeller „Mundpropaganda" werten wir als Hinweis auf eine relativ mündige Klientel, die dem fachpsychotherapeutischen Angebot – sofern sichtbar vorhanden – durchaus aufgeschlossen gegenübersteht. Doch spielt auch der eher indirekte, zumeist über „somatische" Symptome vermittelte und mit zeitlichen Reibungsverlusten verbundene Überweisungsweg durch den Hausarzt mit insgesamt 21% Patientenanteil immer noch eine gewichtige Rolle.**

    Bemerkenswert ist allerdings, dass dieser indirekte Zugangsweg im *KV-Bezirk* Göttingen mit seinem vergleichsweise dichten ambulanten und stationären Psychotherapie-Angebot eine weit geringere Bedeutung hat als im KV-Bezirk Kassel, der eine größere räumliche Ausdehnung hat und nicht über eine vergleichbar engmaschige fachpsychotherapeutische Angebotsstruktur verfügt.

    Dies belegt u. E., dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht nur von Merkmalen der Nachfragenden, sondern schlicht auch vom dichteren und damit „sichtbareren" therapeutischen Angebot abhängt – bei ansonsten gleichem Behandlungsbedarf.

In eine ähnliche Richtung verweisen unsere Ergebnisse zum *Einzugsgebiet der PatientInnen* bzw. zum *Zeitaufwand für die Anreise zur Praxis:*

16. **Zwar lebt die überwiegende Mehrheit der Patienten in „erträglicher" räumlicher Entfernung im Umkreis von 10 km von der Praxis und muss nicht mehr als eine halbe Stunde Zeit für die Anfahrt aufbringen. Dennoch nehmen insgesamt rd. 8% PatientInnen Entfernungen von 30 bis 40 km und darüber sowie Zeitaufwendungen von mehr als 1 Stunde für die Anfahrt in Kauf.**

    Dies ist u. E. ein ernstzunehmendes Indiz für eine nicht zufriedenstellende psychotherapeutische Versorgung zumindest im ländlichen Umkreis der jeweiligen Kernstädte unserer KV-Bezirke.

Betrachtet man auf Basis dieser Ergebnisse die Angaben zur *Praxisauslastung bzw. den Behandlungskapazitäten* der niedergelassenen Vertragspsychotherapeut*In*nen, dann zeigt sich folgendes:

17. **Trotz vermeintlicher Überversorgung in beiden KV-Bezirken gibt es erhebliche Diskrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage, die durch Wartelisten bestenfalls gemildert, aber nicht aufgehoben werden können: Mit 54% wird die überwiegende Mehrheit der um Therapie Nachsuchenden nicht in Behandlung genommen.**

Dabei sieht die Behandlungsquote im KV-Bezirk *Göttingen* trotz dichteren psychotherapeutischen Angebots mit 56% Ablehnungen noch ungünstiger als im *KV-Bezirk Kassel* aus (rd. 53% Ablehnungen).

Beim Vergleich der *Fachgruppen* zeigt sich, dass die *VerhaltenstherapeutInnen die weitaus größten Engpässe haben:* Nur ein Drittel der Nachfragenden kommt hier überhaupt zum Erstgespräch, während es bei den AnalytikerInnen immerhin 48% und bei den Tiefenpsychologischen PsychotherapeutInnen sogar über 50% sind. Dass dennoch beim Vergleich der effektiven Ablehnungsquoten nicht die VerhaltenstherapeutInnen mit 58% Ablehnungen, sondern die AnalytikerInnen mit 63% an der Spitze der Ablehnungen rangieren, liegt zum einen an deren weitaus stärkerer Selektion nach der Diagnostikphase, was angesichts der Tragweite einer analytischen Therapie durchaus erklärlich ist; zum anderen versuchen VerhaltenstherapeutInnen weit mehr als die Analytischen Therapeuten, ihre Versorgungsengpässe durch Wartelisten, d. h. durch Aufschub der prompten Behandlungsaufnahme zu regulieren. Die vergleichsweise günstigste Behandlungsquote weisen noch die Tiefenpsychologischen TherapeutInnen auf, die immerhin die Hälfte der Nachsuchenden in Behandlung nehmen können, allerdings auch nur 33% direkt nach der Diagnostikphase, weitere 17% erst zu einem späteren Zeitpunkt.

18. **Auch die Ergebnisse zur *Länge* der *Wartezeiten* bis Therapiebeginn, sowie zu den diesbezüglichen *Veränderungen nach dem PTG* indizieren nach wie vor bestehende Versorgungsengpässe und Reibungsverluste bei der prompten Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung. So geben 60% der befragten Therapeuten Wartezeiten bis zu 4 Monaten und immerhin noch 23% ein halbes Jahr Wartezeit an. Selbst Wartezeiten von 1 Jahr und länger werden immerhin von fast 5% der Befragten angegeben.**

    An diesen vergleichsweise langen Wartezeiten hat sich auch seit dem PTG, in dessen Folge sich die Wartezeiten aufgrund der vielen, auch „bedarfs*un*abhängigen“ Neuzulassungen deutlich verkürzt haben müssten, kaum etwas verändert. Die Mehrheit von 51% der Befragten konstatiert keine Veränderungen der vergleichsweise langen Wartezeiten und mehr als 25% geben sogar eine Verlängerung der Wartezeiten an. Letzteres trifft vor allem für die Fachgruppe der VerhaltenstherapeutInnen zu, während die Wartezeiten bei den AnalytikerInnen offenbar am stabilsten geblieben ist.

    Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass PsychotherapiepatientInnen immer noch erhebliche zeitliche „Durststrecken“ und Toleranzen aufbringen (müssen), bis sie in Behandlung kommen. Auch wenn dies im Einzelfall auf deren Wunsch nach einem spezifischen Therapeuten zurückzuführen ist, werten wir generell längere Wartezeiten bis Therapiebeginn – auch vor dem Hintergrund der Gefahr von Chronifizierungen – als Indiz für Versorgungslücken, die einer effektiven und wirtschaftlichen psychotherapeutischen Versorgung im Wege stehen.

19. **Auch die Rangliste der angegeben Gründe für die Nichtaufnahme der Behandlung bestätigt eindeutig die defizitäre Versorgungssituation: der mit Abstand häufigste Ablehnungsgrund ist schlicht der fehlende Therapieplatz, der für 58% der abgelehnten PatientInnen ausschlaggebend ist. Demgegenüber sind es nur 11% der Patienten, die aufgrund fehlender Indikation und nur 5%, die wegen einer zu ungünstigen Prognose nicht in Behandlung genommen werden.**

Bemerkenswert ist beim *KV-Bezirks-Vergleich,* dass die fehlende Behandlungskapazität als Ablehnungsgrund im offiziell weit „überversorgten“ Göttingen deutlich mehr Gewicht als in Kassel hat. Zusammen mit der bereits oben konstatierten größeren direkten Nachfrage nach Psychotherapie in Göttingen werten wir dies als Beleg dafür, dass das ökonomische Marktgesetz, wonach das Angebot bei latent vorhandenem Bedarf die Nachfrage steigert, offensichtlich auch im ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssystem Gültigkeit hat und entsprechend bei Bedarfsplanungen berücksichtigt werden muss. (Vgl. auch 20; 21).

Vergleicht man die *Fachgruppen*, so sehen sich offensichtlich die Verhaltenstherapeuten am meisten gezwungen, Behandlungen schlicht aufgrund fehlender Behandlungskapazität abzulehnen. Dieser spezifische Versorgungsengpass bei dieser Fachgruppe ist nicht nur auf die relativ höhere Nachfrage nach diesem Therapieverfahren, sondern auch auf die insgesamt vergleichsweise geringe Anzahl von Therapeuten dieser Fachgruppe zurückzuführen, die in unserem Sample nur einen Anteil von 20% ausmacht. Doch auch bei den quantitativ weit besser repräsentierten beiden anderen Fachgruppen ist der fehlende Therapieplatz der mit Abstand gewichtigste Ablehnungsgrund. Bei diesen Fachgruppen hat allerdings auch der Faktor „fehlende persönliche Passung“ als Ablehnungsgrund noch ein gewisses Gewicht. Dies muss angesichts der besonderen Bedeutung der therapeutischen Beziehung insbesondere bei den psychodynamisch orientierten Therapieverfahren als durchaus legitimes und im Hinblick auf den therapeutischen Erfolg verantwortungsbewusstes Entscheidungskriterium für die Behandlungsaufnahme bzw. -ablehnung akzeptiert und entsprechend bei Bedarfsplanungen berücksichtigt werden.

Die *Versorgungssituation* wird angesichts dieser Ergebnisse sowohl im Hinblick auf einzelne *Störungsbilder* als auch *insgesamt* für den Erwachsenenbereich äußerst pessimistisch beurteilt:

20. Von den 10 vorgegebenen Diagnosegruppen werden lediglich die neurotischen Störungen und depressiven Erkrankungen, d. h. die „angestammten“ Behandlungsfelder ambulanter Psychotherapie mehrheitlich als ausreichend versorgt angesehen. Demgegenüber wird die Versorgungssituation insbesondere bei *Persönlichkeitsstörungen* und *(posttraumatischen) Belastungsstörungen* sowie bei *Suchtkrankheiten (v. a. Essstörungen*) und *psychosomatischen Störungsbildern* als äußerst defizitär eingeschätzt.

Bemerkenswert ist, dass es die höchste Übereinstimmung zwischen den *Berufs- und Fachgruppen* bei der pessimistischen Einschätzung der psychotherapeutischen Versorgung von *Persönlichkeitsstörungen* einerseits, (*posttraumatischen) Belastungsstörungen* andererseits gibt.

Insgesamt handelt es sich bei den o. g. Störungsbildern um solche, die nach Meinung der Befragten in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben und zukünftig mehr Beachtung im Hinblick auf adäquate, und je nach Richtlinienverfahren modifizierte Therapiestrategien finden müssen.

21. **Die *Gesamt*einschätzung der psychotherapeutischen Versorgungssituation ergibt, dass *insgesamt* die optimistischen Einschätzungen mit 53% gegenüber den pessimistischen leicht überwiegen. Ein Vergleich der KV-Bezirke wie auch der Fachgruppenvergleich zeigen allerdings, dass sich hinter dem positiven Gesamtbild gravierende Differenzen und geradezu entgegengesetzte Einschätzungen verbergen:**

So zeigt der *KV-Bezirksvergleich*, dass die Göttinger PsychotherapeutInnen – ungeachtet des dichteren therapeutischen Angebots – die Versorgungssituation signifikant pessimistischer einschätzen als ihre Kasseler Kollegen.

Auch bei den *Fachgruppen* ergeben sich signifikante Unterschiede: Verhaltenstherapeuten schätzen die Versorgungssituation mit Abstand am schlechtesten ein, was angesichts der konstatierten Versorgungsdefizite gerade dieser Fachgruppe nicht weiter verwundert. Umgekehrt fallen die Einschätzungen bei den Tiefenpsychologischen TherapeutInnen aus, die die Versorgungssituation in der überwiegenden Mehrheit als zufriedenstellend einschätzen. Die Analytiker sind in dieser Frage faktisch in „zwei Lager“ geteilt: Optimisten sind zwar geringfügig in der Überzahl, halten sich mit den Pessimisten jedoch faktisch die Waage. Eine genauere Analyse zeigt, dass es auch hier wieder vor allem die Göttinger PsychoanalytikerInnen sind, die – trotz ihrer vergleichsweise guten quantitativen Repräsentanz - überwiegend negative Einschätzungen abgegeben haben.

Wir interpretieren diese vermeintlich paradoxen Ergebnisse zur eingeschätzten Versorgungssituation in den KV-Bezirken und bei den Fachgruppen dahingehend, dass bei einem gegebenen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf mit wachsendem Angebot nicht nur die Nachfrage, sondern auch die Spezialisierung wächst, sowohl auf der Seite der Therapeuten als auch bzgl. der Therapiewünsche der PatientInnen. Dieser Prozess ist im KV-Bezirk Göttingen offensichtlich – ganz im Sinne der Annahmen unserer ersten Hypothese – weiter fortgeschritten, so dass trotz generell größeren therapeutischen Angebots in Teilbereichen Defizite und Engpässe existieren.

Unsere Frage nach der Meinung der Befragten zum aktuell verstärkt diskutierten *„Gutachterverfahren“ in der Richtlinienpsychotherapie* erbrachte folgendes:

22. **Die meisten der Befragten (45%) haben sich angesichts der 3 vorgegebenen Alternativen: Beibehaltung – Modifizierung – Abschaffung für die Beibehaltung des Gutachterverfahrens entschieden; ein Drittel plädiert für eine Modifikation, ein Viertel für die Abschaffung.**

Beim *Fachgruppenvergleich* zeigt sich, dass sich hierbei Analytische und Verhaltenstherapeuten sehr deutlich voneinander unterscheiden: Während die überwältigende Mehrheit der Analytiker sich für die Beibehaltung ausspricht, zeigen die Verhaltenstherapeuten mit 42% eine ausgeprägte Ablehnung. Bei den Tiefenpsychologischen Therapeuten gibt es für keine der 3 Alternativen eine deutliche Mehrheit; am ehesten können sie sich noch auf eine Modifikation im Sinne der Vereinfachung des Verfahrens und seiner (Wieder-)Abschaffung für die Kurztherapie verstehen.

Ohne hier im einzelnen auf die genannten inhaltlichen Gründe einzugehen, die im Falle der Beibehaltung vor allem auf die Qualitätssicherung und den „heilsamen“ Zwang zur Reflexion, im Falle der Abschaffung auf die als diskriminierend erlebte Fremdkontrolle und die faktisch nur vorgeschobene Qualitätssicherung abheben, einzugehen, geben die diesbezüglichen kritischen Einwände „aus der Praxis“ u. E. hinreichend Anlass vermeintliche und

tatsächliche Funktionen und Zeile des Gutachterverfahrens – auch unter Kosten- und Zeitgesichtspunkten – zu überdenken.

23. **Trotz der vielfältigen Defizite und Probleme zeigen sich die Psychotherapeuten unseres Samples – wie die abschließende Frage nach der Berufswahlentscheidung ergab – mehrheitlich mit ihrem Beruf zufrieden.**

    Im Vergleich der *Fachgruppen* stellen sich die Analytiker als die zufriedensten, die Tiefenpsychologischen und Verhaltenstherapeuten als die weniger zufriedenen heraus. Bei den Tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten sind es vor allem die sich hier sammelnden Ärzte, die insbesondere wegen der unzulänglichen Honorierung im Vergleich zur somatischen Medizin nicht zufrieden sind. Bei den Verhaltenstherapeuten spielt dabei neben den geringen Behandlungskapazitäten auch die restriktivere Genehmigungspraxis in kleinen Schritten eine Rolle.

    Daraus folgt: Als unzureichend erlebte Honorierung und zu geringe Behandlungskapazitäten bei hoher Nachfrage können mittelfristig die Berufszufriedenheit und damit auch tendenziell die Qualität der therapeutischen Arbeit einschränken.

Für den Erwachsenenbereich bleibt abschließend festzuhalten, dass ungeachtet der behaupteten günstigen psychotherapeutischen Versorgungslage in den beiden von uns einbezogenen KV-Bezirken Göttingen und Kassel, die als weit „überversorgt“ gelten, tatsächlich immer noch ernstzunehmende spezifische Defizite und Engpässe bei der zügigen Einleitung einer notwendigen psychotherapeutischen Behandlung zu konstatieren sind. Es gab also einen „latenten“ Behandlungsbedarf, der erst jetzt, nach Zulassung weiterer PsychotherapeutInnen nach dem PTG offen in Erscheinung tritt. Dies betrifft insbesondere bestimmte Störungsbilder (z. B. Persönlichkeitsstörungen)und Therapieverfahren (v. a. die Verhaltenstherapie).

Zudem ist der Versorgungsbedarf – wie am KV-Bezirk Göttingen besonders zu erkennen ist –, im Kontext eines zunehmend differenzierten und segmentierten „Psychotherapiemarkts“ sowohl auf der Angebots- als auch der Nachfrageseite zu sehen. Dies betrifft Angebot und Nachfrage nach speziellen Therapieverfahren, zeitlichen und räumlichen Rahmenbedingungen und nicht zuletzt den legitimen Wunsch, von einem bestimmten Therapeuten behandelt zu werden.

Angesichts dieser Differenzierungs- und Spezialisierungsprozesse im Bereich der ambulanten Psychotherapie, die erst bei relativ gutem therapeutischen Angebot sichtbar werden und sich in den nächsten Jahren sicherlich verstärken werden, sind begründete Zweifel angebracht, ob bei der psychotherapeutischen Bedarfsermittlung überhaupt noch – wie bisher üblich – von der Homogenität dieses Bereichs, analog zu den verschiedenen Fachgebieten der somatischen medizinischen Versorgung, ausgegangen werden kann.

5. Ergebnisse zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Erinnert sei noch einmal an die vergleichende Gegenüberstellung von Befragungspopulation und Rücklauf aus Kap. 2 dieses Berichts:

Von den insgesamt 77 verschickten Fragebögen an die KJP-TherapeutInnen unserer beiden KV-Bezirke haben wir 43 ausgefüllt zurückbekommen. Dies entspricht einer erfreulich hohen Rücklaufquote von 55,8%, die damit auch deutlich höher ausfällt als im Erwachsenenbereich:

Tab. 75. Befragte Population und Rücklauf im Vergleich von Erwachsenen- und Kinder-/JugendlichenpsychotherapeutInnen.

	Befragte Population		Rücklaufstichprobe		Rücklaufquote
	N	%	n	%	%
PT-Erwachsene	517	87	205	82,7	**39,7**
KJP-T	***77***	***13***	***43***	***17,3***	***55,8***
Gesamt	594	100	248	100	**41,8**

Angesichts des quantitativ äußerst geringen Anteils der KJPler an allen VertragspsychotherapeutInnen von nur 13% kann deren vergleichsweise hohe Antwortfreudigkeit dahingehend interpretiert werden, dass sie möglicherweise ein besonders hohes Interesse an der Erhellung der spezifischen Praxisrealität im KJP-Bereich haben, für den ja in der bisher praktizierten Bedarfsplanung keine eigenständige Angebotsplanung gemacht wird. In diese Richtung verweist auch die noch höhere Rücklaufquote von 66,7% im KV-Bezirk Kassel, der – wie bereits oben erwähnt – im Vergleich zu Göttingen eine noch ungünstigere Versorgungssituation im KJP-Bereich aufweist:

Tab. 76. Die befragte Population und Rücklaufstichprobe (KJP) im Vergleich der KV-Bezirke.

	Befragte Population	Rücklaufstichprobe		Rücklaufquote
	N	n	%	%
KV-Bezirk Göttingen	50	25	58,1	**50,0**
KV-Bezirk Kassel	27	18	41,9	**66,7**
Gesamt	77	43	100,0	**55,8**

Bevor wir im Folgenden die Ergebnisse aus dem KJP-Bereich darstellen, sei darauf hingewiesen, dass aufgrund des insgesamt recht kleinen KJP-Samples interne Differenzierungen und diesbezügliche statistische Vergleiche und Signifikanzprüfungen – wie wir sie im Erwachsenenbereich etwa zwischen den Fach- und Berufsgruppen anstellen – hier nur begrenzt möglich sind. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse bezieht sich daher zumeist auf die *Gesamt*gruppe der Kinder- und JugendlichentherapeutInnen, die vor dem Hintergrund der Hypothese 2 unserer Untersuchung (vgl. Kap. 2.2) und im Vergleich mit der *Gesamt*gruppe der ErwachsenenpsychotherapeutInnen unseres Samples interpretiert werden.

5.1 Demografische Daten und beruflicher Status der Befragten

5.1.1 Alter/Geschlechterverteilung

Das Durchschnittsalter der befragten TherapeutInnen ist im KJP-Bereich noch einmal deutlich höher als bei den Erwachsenentherapeuten (vgl. Abb.27). Über 70% der Befragten gehört zur Altersgruppe der 45-55Jährigen, weitere 13% sind sogar noch älter. Allein dieses Ergebnis zum außergewöhnlich hohen Durchschnittsalter der KJP-TherapeutInnen, das in eigenartigem Kontrast zum Alter ihrer Klientel steht, lässt den Schluss zu, dass hier zukünftig aufgrund von *Nachwuchs*-Engpässen besonders gravierende Versorgungsprobleme zu erwarten sind.

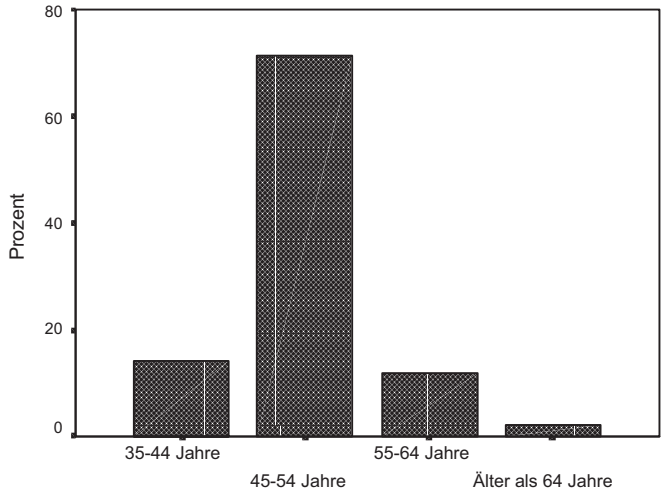

Abb. 27. Alter der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 42).

Vergleicht man die Zahlen aus den beiden KV-Bezirken, so zeigt sich, dass dieser Trend in Göttingen noch stärker ausgeprägt ist als in Kassel:

Tab. 77. Alter der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 42).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
35-44 Jahre	1 4.0%	5 29.4%	6 14.3%
45-54 Jahre	18 72.0%	12 70.6%	30 71.4%
55-64 Jahre	5 20.0%		5 11.9%
Älter als 64 Jahre	1 4.0%		1 2.4%
Gesamt	25 100.0%	17 100.0%	42 100.0%

Ähnlich wie im Erwachsenenbereich ist also auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Göttinger Therapeutenschaft älter als die aus Kassel. Dies dürfte auch hier auf die vergleichsweise längere Ausbildungstradition in

der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Göttingen zurückzuführen sein.

Hinsichtlich der *Geschlechterverteilung* der Kinder- und Jugendlichentherapeuten zeigt sich, anders als im Erwachsenenbereich, mit 66% eine deutliche Dominanz von Frauen:

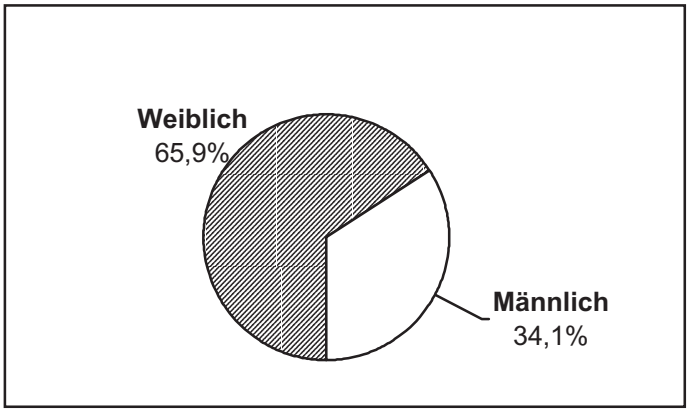

Abb. 28. Geschlecht der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (n = 41).

Dabei fällt der Anteil an weiblichen Therapeuten im KV-Bezirk KS mit 81,3% noch einmal wesentlich höher aus als in GÖ:

Tab. 78. Geschlecht der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 41).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Frau	14 56,0%	13 81,3%	27 65,9%
Mann	11 44,0%	3 18,8%	14 34,1%
Gesamt	25 100,0%	16 100,0%	41 100,0%

Auch diese deutliche Dominanz von weiblichen gegenüber männlichen Therapeuten hat – wie wir im Weiteren noch verdeutlichen werden -, aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede im wöchentlichen Zeitpensum für psychotherapeutische Behandlungen Auswirkungen auf die Versorgungssituation im KJP-Bereich.

5.1.2 Beruflicher Status

Basisstudium

Ein Blick auf Abb. 29 zum Basisstudium zeigt, dass es sich bei den Kinder- und JugendlichentherapeutInnen ganz überwiegend um PädagogInnen handelt; dagegen machen PsychologInnen und vor allem KJP-Therapeuten mit medizinischem Basisstudium jeweils einen wesentlich geringeren Anteil aus:

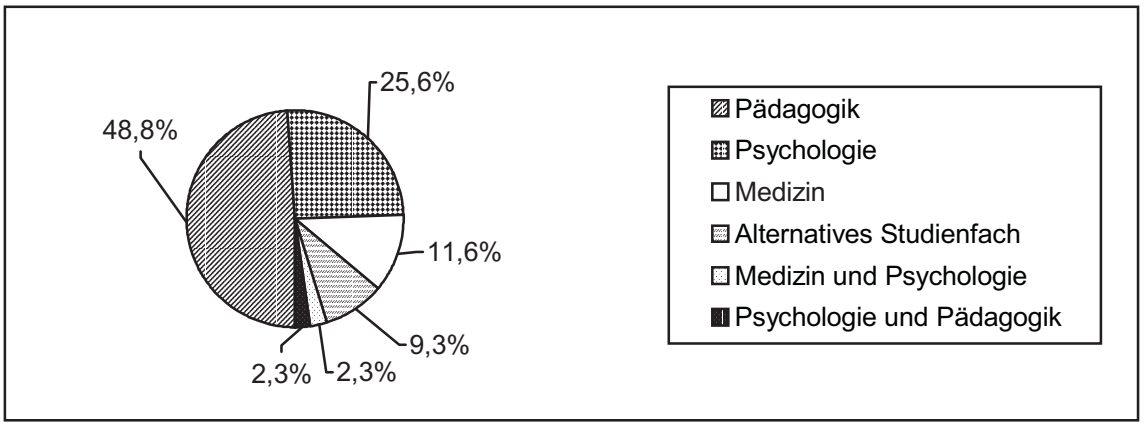

Abb. 29. Basisstudium der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (n = 43).

Auffällig ist weiterhin, dass fast 10% ein alternatives Studienfach, z. B. Sozialpädagogik, Diplomsozialarbeit u. ä aufweisen.

Berufsgruppen

Entsprechend der Verteilung auf die Basisstudiengänge zeigt auch die folgende Tab. 79, dass im KJP-Bereich die Ärztlichen Psychotherapeuten in Form des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ebenso wie die ausschließlich *Psychologischen* Psychotherapeuten nur eine Minderheit darstellen. Weiterhin haben immerhin 8 der 43 Befragten (= 18%) eine Doppelqualifikation als KJ- *und* Psychologischer (Erwachsenen-)Psychotherapeut:

Tab. 79. Berufsbezeichnung der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 43).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Facharzt für KuJ-psychiatrie/ -psychotherapie	4 16,0%	2 11,1%	6 14,0%
KuJ-psychotherapeut	16 64,0%	12 66,7%	28 65,1%
Psychologischer Psychotherapeut	1 4,0%		1 2,3%
KuJ-psychotherapeut u. Ps. Pth.	4 16,0%	4 22,2%	8 18,6%
Gesamt	25 100,0%	18 100,0%	43 100,0%

Die gesamte Untergruppe der „nichtärztlichen“ TherapeutInnen ist mit 86% also wesentlich größer als im Erwachsenenbereich (dort 51,7%).

Zulassung/Ermächtigung für therapeutische Richtlinienverfahren

Die prozentuale Verteilung der Befragten auf die beiden Richtlinienverfahren Psychoanalytische und Verhaltenstherapie mit der entsprechenden Kassenzulassung oder Ermächtigung gestaltet sich wie folgt:

Tab. 80. Zulassung / Ermächtigung der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen für therapeutische Richtlinienverfahren (n = 37).

	keine	zugelassen	ermächtigt
	%	%	%
Analytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (Einzel)	27,0	64,9	8,1
Analytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (Gruppe)	97,3	2,7	
Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche (Einzel)	81,1	18,9	
Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche (Gruppe)	97,3	2,7	

Wie aus Tab. 80 hervorgeht, haben weitaus die meisten Befragten (64,9%) die Zulassung für die Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Dies ist zweifellos darauf zurückzuführen, dass die entsprechenden Ausbildungsgänge an den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten am besten etabliert und ausgereift sind. In der Verhaltenstherapie hingegen – für die in unserem Sample lediglich 19% die Zulassung haben – existieren unseres Wissens bis dato keine vergleichbar eigenständigen Ausbildungsgänge für den Kinder- und Jugendlichenbereich. Daher ist davon auszugehen, dass sich unter der „offiziellen“ Zulassung für Verhaltenstherapie nicht nur genuin verhaltenstherapeutische, sondern auch andere nicht-analytische Kinder- und JugendlichentherapeutInnen sammeln.[86]

[86] Im Unterschied zum Erwachsenenbereich gibt es bisher für KJPler im übrigen auch keinen eigenständigen Ausbildungsgang in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Dieses Therapieverfahren wird nach unseren Kenntnissen entweder als (kürzere) Therapie von den Analytischen oder im Einzelfall auch den verhaltenstherapeutischen KJP-TherapeutInnen angewendet.

Ausbildung/ Anwendung ergänzender Therapieverfahren

Viele Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen haben über die Richtlinienverfahren hinaus Weiterbildungen absolviert, deren Relevanz für die Therapie von Kindern im Falle von Familientherapie, Spieltherapie, Psychodrama sowie Kunst- und Gestaltungstherapie unmittelbar einleuchtet. Dennoch gibt es bei diesen wie auch den übrigen Therapieverfahren außerhalb der Richtlinientherapie ähnlich wie im Erwachsenenbereich immer eine gewisse Diskrepanz zwischen Ausbildung und Anwendung, was u. E. mit Schwierigkeiten bei der eigenständigen Kassenabrechnung zusammenhängt (vgl. Abb. 30):

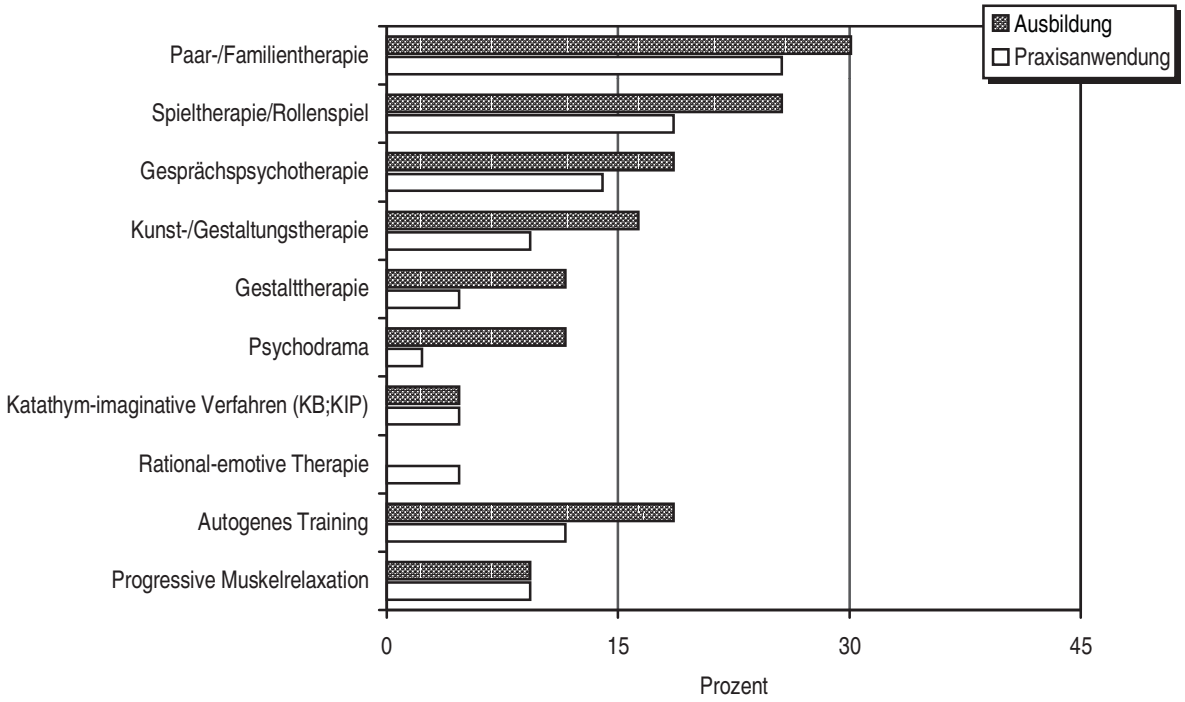

Abb.30. Ausbildung/Praxisanwendung weiterer ergänzender Therapieverfahren bei befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses und der Niederlassung:

Bei der überwiegenden Anzahl der Befragten fiel sowohl der Ausbildungsabschluss als auch die Niederlassung in die neunziger Jahre:

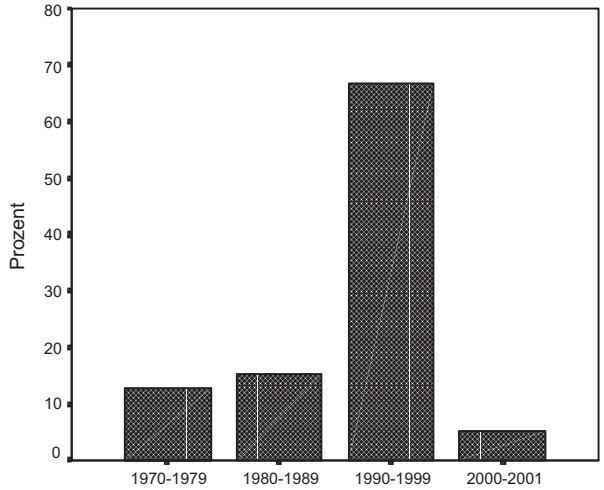

Abb. 31. Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses (n = 39).

In den achtziger Jahren hingegen haben sich relativ mehr niedergelassen als die einschlägige fachtherapeutische Ausbildung abgeschlossen:

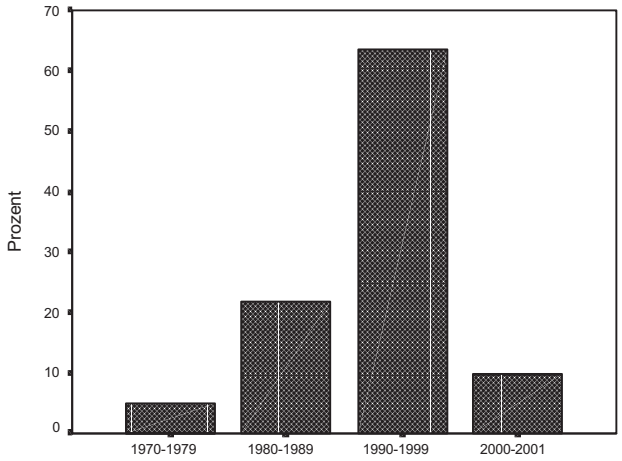

Abb. 32. Zeitpunkt der Niederlassung der befragten TherapeutInnen (n = 41).

5.2 Zur psychotherapeutischen Tätigkeit

5.2.1 Durchschnittliche Anzahl und Verteilung der PatientInnen auf Therapieverfahren und Behandlungssettings

Die durchschnittliche Anzahl der PatientInnen pro PsychotherapeutIn zeigt die folgende Tabelle:

Tab. 81. Anzahl PatientInnen pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach KV-Bezirk (n = 41).

		Mittelwert	Standardab weichung
	Göttingen	17,8	13,5
	Kassel	14,0	5,2
Gesamt		16,1	10,7

Der Durchschnitt von 16 Patienten pro KJP-TherapeutIn liegt erheblich niedriger als die Vergleichszahl bei den Erwachsenenpsychotherapeuten (dort 30 Patienten pro TherapeutIn).

Dies dürfte einerseits auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass die im KJP-Bereich dominierenden analytischen Therapieverfahren aufgrund der relativ langen Dauer und vergleichsweise hohen Wochenfrequenz die Zahl der gleichzeitig zu behandelnden PatientInnen begrenzt; zum anderen wirkt jedoch auch die eingeschränkte zeitliche Verfügbarkeit der Klientel aufgrund der Schulpflicht, die Therapien faktisch nur am Nachmittag möglich macht, begrenzend auf die Patientenzahl; schließlich wirkt sich auch die begrenzte zeitliche Verfügbarkeit der KJP-TherapeutInnen selber, die nicht selten noch anderweitig beruflich tätig sind, restringierend auf die Patientenzahlen aus (vgl. dazu weiter unten).

Im KV-Bezirk Göttingen liegt die durchschnittliche Patientenzahl mit 18 deutlich höher als in Kassel (dort 14 PatientInnen). Dieser Unterschied resultiert möglicherweise aus der Tatsache, dass in Göttingen der Anteil der ärztlichen KJP-TherapeutInnen größer ist als im KV-Bezirk Kassel und diese Berufsgruppe einen höheren „Durchlauf“ an Patienten hat als ihre nichtärztlichen KollegInnen. Auch sind hier die Standardabweichungen erheblich größer, was ja auf eine ausgeprägte interindividuelle Differenz der Patientenzahlen hindeutet.

Große Unterschiede bezüglich der Patientenzahlen offenbart allerdings auch der Vergleich zwischen männlichen und weiblichen KJP-Therapeuten:

Tab. 82. Anzahl PatientInnen pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach KV-Bezirk (n = 41).

			Mittelwert	Standardab weichung
Frau		Göttingen	13,2	11,6
		Kassel	13,8	5,6
	Gesamt		13,5	9,0
Mann		Göttingen	24,9	13,7
		Kassel	17,3	2,5
	Gesamt		23,0	12,2

Demnach versorgen die männlichen KJP-Therapeuten mit durchschnittlich 23 Patienten deutlich mehr Klienten als ihre weiblichen Kollegen, die nur ca. 13 Kinder und Jugendliche in Behandlung haben. Möglicherweise sind gerade viele weibliche Therapeuten nur in Teilzeit psychotherapeutisch tätig, nicht nur aufgrund von Haushalts- und Familienbelastungen, sondern auch aufgrund einer weiteren Erwerbstätigkeit z. B. als Grundschullehrerin. Unter den männlichen Therapeuten ist der Anteil der Ärzte größer, bei denen eher anzunehmen ist, dass sie ganztags arbeiten. Bemerkenswert sind auch hier die großen Streuungen in der Patientenzahl insbesondere bei den männlichen Therapeuten in Göttingen.

Verteilung der Patienten auf Therapieverfahren

Die große Mehrheit der jungen PatientInnen (46,7%), wird mit analytischer oder tiefenpsychologischer Einzeltherapie behandelt, was angesichts der bisher unbestreitbaren Dominanz dieses Verfahrens im KJP-Bereich nicht weiter überrascht.[87]

Die Verhaltenstherapie hingegen spielt mit nur 22,3% Patientenanteil quantitativ eine wesentlich geringere Rolle:

Tab. 83. Verteilung der jungen PatientInnen auf die Therapieverfahren nach Prozentanteil an der Gesamtzahl von PatientInnen in Therapie (n = 42).

	Göttingen %	Kassel %	Gesamt %
Analytische/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel)	34,7	69,1	46,7
Verhaltenstherapie	28,6	10,5	22,3
Kurzzeit-/Fokaltherapie (Einzel)	11,1	14,1	12,1
Krisenintervention	4,2	2,3	3,5
Niederfrequente, stützende Therapie	16,1	2,3	11,3
Analytische/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Gruppe)	1,3	0	0,8
Kurzzeittherapie (Gruppe)	0	0	0
Übende/suggestive Verfahren	4,2	1,6	3,3

Kurzzeittherapien einerseits, niedrigfrequente stützende Therapien andererseits haben zumindest nach unseren Ergebnissen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einen höheren Stellenwert als in der Erwachsenenpsychotherapie. Gruppentherapien kommen ähnlich wie im Erwachsenenbereich auch bei Kindern und Jugendlichen kaum zur Anwendung.

[87] Für die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den beiden KV-Bezirken, wonach in Kassel die analytischen Therapieverfahren gegenüber den verhaltenstherapeutischen sehr viel dominanter sind als in Göttingen, haben wir keine plausible Erklärung gefunden.

Wochenfrequenzen

Die Häufigkeit der Therapiesitzungen bezogen auf eine Woche, gestaltet sich wie folgt:

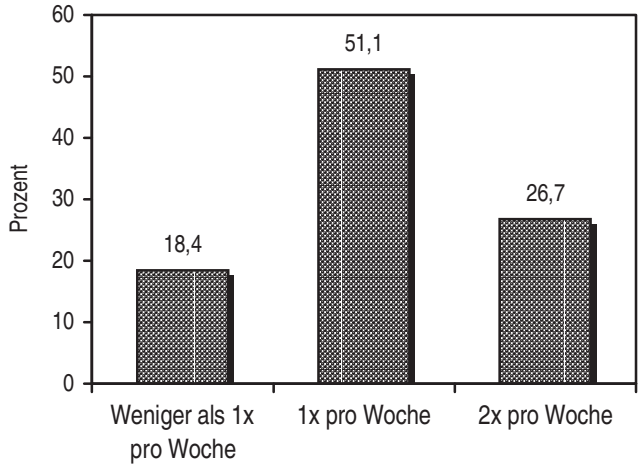

Abb. 33. Wochenfrequenz der Behandlungen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil der PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 43).

Der größte Teil der PatientInnen (51,1%), kommt einmal wöchentlich zur Therapie. Eine Frequenz von zwei Wochenstunden findet sich hingegen bei 26,7% der jungen PatientInnen. Hierbei dürfte es sich überwiegend um psychoanalytische Behandlungen handeln, die ja in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einen besonders hohen Stellenwert haben. Im Vergleich zu den Frequenzen in der Erwachsenen-Psychotherapie, wo neben der auch dort dominierenden einstündigen Wochenfrequenz niedrigere Frequenzen den zweiten Rangplatz einnahmen, liegen sie im KJP-Bereich erst an dritter Stelle mit einem Patientenanteil von 18,4%. Eine noch höhere Wochenfrequenz von 3 Stunden und mehr kommt allerdings im Unterschied zum Erwachsenenbereich bei Kindern und Jugendlichen so gut wie nicht vor.

Therapieumfang

Für die Ermittlung des *Therapieumfangs* wurden die TherapeutInnen gefragt, wie sich ihre PatientInnen auf die möglichen Stundenkontingente in den genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapien verteilen. Die folgenden Diagramme Abb. 34 und Abb. 35, in denen die Ergebnisse für Kinder und Jugendliche aufgrund der unterschiedlichen Stundenkontingente für diese beiden Patientengruppen getrennt aufgeführt werden, geben darüber Aufschluss:

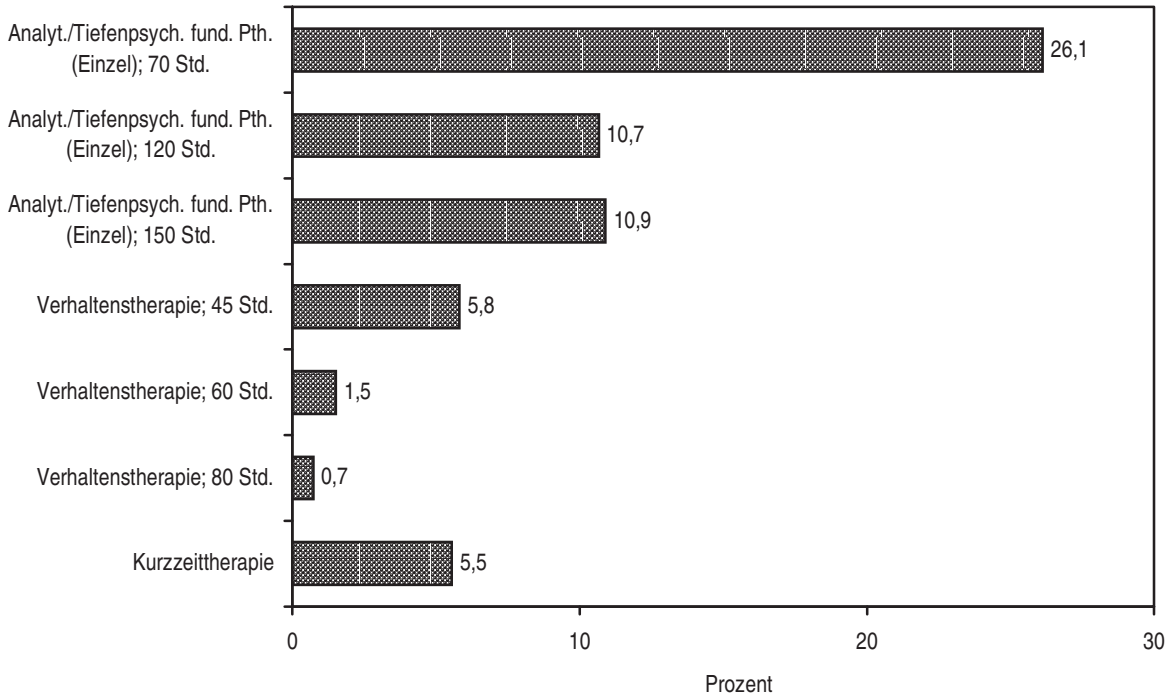

Abb. 34. Therapieumfang für Kinder nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 36).

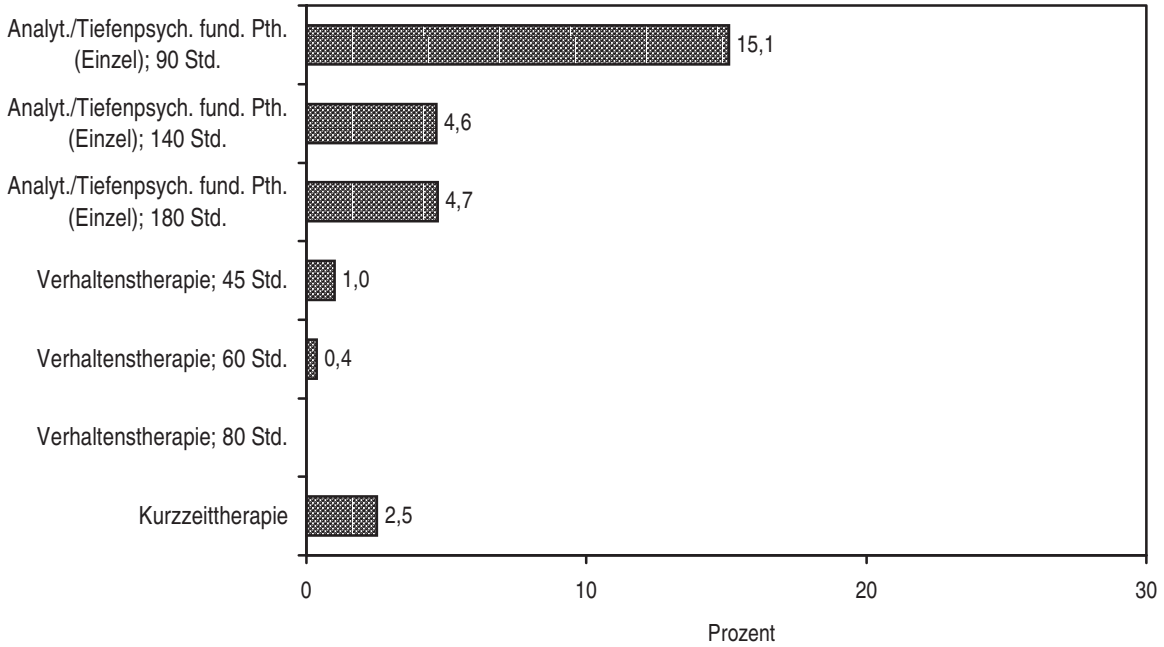

Abb. 35. Therapieumfang für Jugendliche nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 36).

Bei genauer Betrachtung zeigt sich ein ähnlicher Befund wie in der Erwachsenen-psychotherapie: Sowohl bei Kindern als auch den Jugendlichen ist der größte Anteil der PatientInnen auf der unteren Ebene der jeweils möglichen Stundenkontingente angesiedelt. Diese betragen für die psychoanalytische Therapie bei Kindern 70 Stunden, bei Jugendlichen 90 Stunden. Bei einer Verhaltenstherapie liegt das untere Stundenkontingent für beide Gruppen bei 45 Stunden, das Maximum bei 80 Std.

Insgesamt lässt sich aus diesen Ergebnissen ableiten, dass bei Kindern und Jugendlichen sowohl analytisch orientierte Therapien (mit durchschnittlich 2 Std. pro Woche) als auch Verhaltenstherapien (mit durchschnittlich 1 Std. pro Woche oder weniger) in der Regel nicht länger als 1 Jahr dauern.

5.2.2 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Therapeutinnen: zeitliches Verhältnis von Behandlungsstunden, therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten

Informationen zur Zahl der Behandlungsstunden pro Woche liefert die folgende Tabelle:

Tab. 84. Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsstunden pro Kinder - und JugendlichenpsychotherapeutIn nach KV-Bezirk (n = 41).

		Mittelwert	Standardab weichung
	Göttingen	21,3	8,9
	Kassel	22,1	8,9
Gesamt		21,7	8,8

Die durchschnittliche Zahl der Behandlungsstunden pro PsychotherapeutIn beträgt 21,7 mit einer Standardabweichung von ± 8,8 Stunden. Sie ist somit etwas niedriger als der Durchschnittswert von 23 Behandlungsstunden bei den Erwachsenenpsychotherapeuten, die hier allerdings je nach Berufs- oder Fachgruppe wesentlich höhere Streuungen aufweisen.

Der Geschlechtervergleich ergibt hier, dass die Frauen entsprechend ihrer geringeren Patientenzahl auch durchschnittlich weniger Behandlungsstunden als ihre männlichen Kollegen durchführen:

Tab. 85. Durchschnittliche Behandlungsstundenzahl nach Geschlecht der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (n = 41).

			Mittelwert	Standardab weichung
Frau		Göttingen	18,2	7,8
		Kassel	21,8	6,6
	Gesamt		20,0	7,3
Mann		Göttingen	24,7	9,0
		Kassel	25,3	14,5
	Gesamt		24,9	9,7

Im Vergleich zur *Behandlung*szeit der Erwachsenentherapeuten gilt also für den KJP-Bereich, dass es hier einen größeren Geschlechterunterschied zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten gibt. So entspricht die durchschnittliche Behandlungszeit der weiblichen KJP-TherapeutInnen von nicht mehr als 20 Std. faktisch einer Teilzeitbeschäftigung. Dies dürfte, wie bereits erwähnt, auf zusätzliche zeitliche Belastungen durch Haushalts- und Familienaufgaben und/oder auf eine weitere Beschäftigung im außertherapeutischen Bereich (z. B. als Grundschullehrerin) zurückzuführen sein (vgl. dazu auch geschlechtsspezifische Ergebnisse zur Gesamtwochenarbeitszeit weiter unten).

Therapieergänzende/außertherapeutische Tätigkeiten

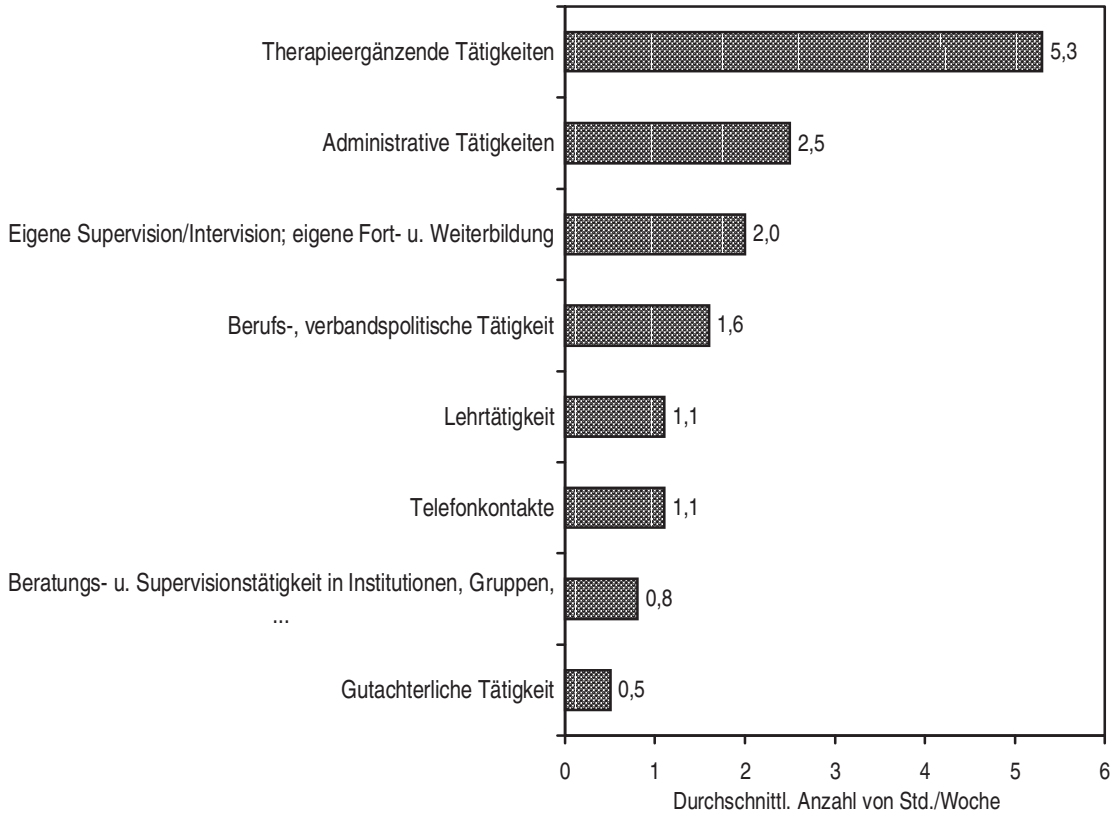

Abb. 36. Durchschnittliche zusätzliche Wochenarbeitsstunden für therapieergänzende/ außertherapeutische Tätigkeiten (n = 40).

Therapieergänzende Tätigkeiten wie das Erstellen von Erst- und Verlängerungsanträgen und die Dokumentation der Therapiestunden schlagen mit 5,3 zusätzlichen Stunden pro Woche zu Buche. Es folgen administrative Tätigkeiten, also Verwaltungsaufgaben, mit 2,5 Stunden sowie eigene Supervision und Fortbildung mit 2 Wochenstunden.

Bei Aufsummierung aller zusätzlichen Tätigkeiten ergibt sich in Relation zur direkten Behandlungszeit eine recht hohe zusätzliche wöchentliche Arbeitszeit von 15 Stunden.[88]

[88] Hier ist die Vermutung naheliegend, dass zumindest einige KJP-TherapeutInnen aus einem Missverständnis heraus auch „therapiefremde" Tätigkeiten aufgeführt haben, die ja im KJP-Bereich in Form einer weiteren Teilzeit-Beschäftigung, z. B. als LehrerIn, durchaus nicht ungewöhnlich ist. Auch könnten ärztliche KJP-Therapeuten fälschlicherweise die Zeit für somatische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit einbezogen haben.

Durchschnittliche Gesamtwochenarbeitszeit

Bei Addition von Behandlungs- und zusätzlichen Tätigkeiten ergibt sich für den KJP-Bereich eine Gesamtwochenarbeitszeit von **36,5 Std**. Im Unterschied zur deutlich niedrigeren direkten Behandlungszeit unterscheidet sich damit die Wochenarbeitszeit der KJP-TherapeutInnen so gut wie gar nicht von jener der ErwachsenentherapeutInnen.

Allerdings gibt es auch hier wieder deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei den weiblichen Therapeuten beläuft sich die Gesamtwochenarbeitszeit lediglich auf 33, bei ihren männlichen Kollegen auf 44,5 Std. Aufgrund der vermuteten Unwägbarkeiten im Antwortverhalten zu den außertherapeutischen Tätigkeiten möchten wir allerdings den Befund zur Gesamtwochenarbeitszeit der Kinder- und JugendlichentherapeutInnen nicht weiter interpretieren.

Es bleibt aber festzuhalten, dass die für die Versorgung relevante genuine wöchentliche *Behandlungszeit* der (überwiegend weiblichen) KJP-Therapeuten mit lediglich 20 Std. sehr gering ausfällt und angesichts der zu vermutenden objektiven und subjektiven Gründe (Beschränkung der Therapien auf den Nachmittag aufgrund der schulpflichtigen Klientel, zeitliche Einschränkungen aufgrund von Haushalts-/ Familienpflichten und/oder einer anderweitigen beruflichen Tätigkeit), auch nicht nennenswert ausgeweitet werden kann, so dass faktisch auch aus diesen Gründen der prinzipiell begrenzten zeitlichen Verfügbarkeit mehr KJP-TherapeutInnen im Interesse einer adäquaten Patientenversorgung zugelassen werden müssten.

5.2.3 Veränderungen der Wochenarbeitszeit nach dem PTG

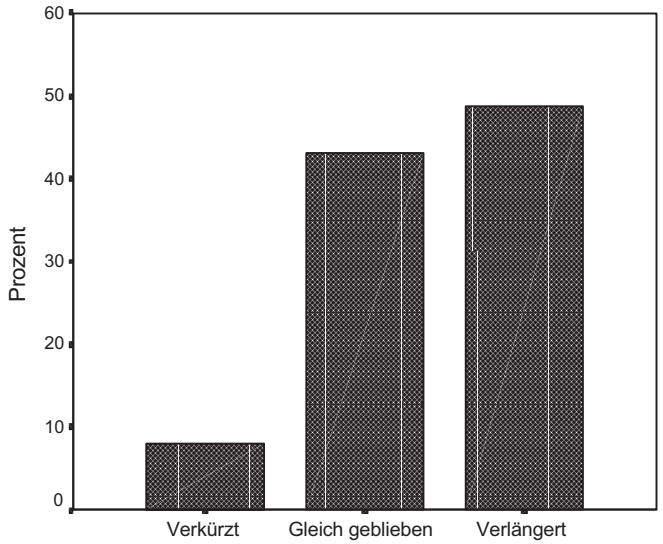

Abb. 37. Veränderung der wöchentlichen Arbeitszeit seit Inkrafttreten des PTG (n = 37).

Insgesamt gibt fast 50% der TherapeutInnen eine Verlängerung der Wochenarbeitszeit seit dem Inkrafttreten des PTG an; nur ein verschwindend kleiner Anteil verzeichnet eine Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit (8,1%).

Vergleicht man die Zahlen mit der Situation in der Erwachsenenpsychotherapie, so fällt auf, dass der Anteil derer mit unveränderter Wochenarbeitszeit bei den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen kleiner ist. Wir vermuten, dass

letztere – sofern sie die Kassenzulassung bekommen haben, anderen Kollegen hingegen die Zulassung verweigert wurde, – schlagartig einen stärkeren Andrang von Patienten zu bewältigen hatten, den sie zwar längst nicht in vollem Umfang in Behandlung nehmen konnten, der aber dennoch Arbeitsaufwand bedeutete (vgl. dazu auch die Ergebnisse zur Praxisauslastung weiter unten).

5.3 Zur Patientenstruktur

5.3.1 Altersstruktur und Geschlechterverteilung

Zur *Altersstruktur* der PatientInnen ergibt sich der folgende Befund*:*

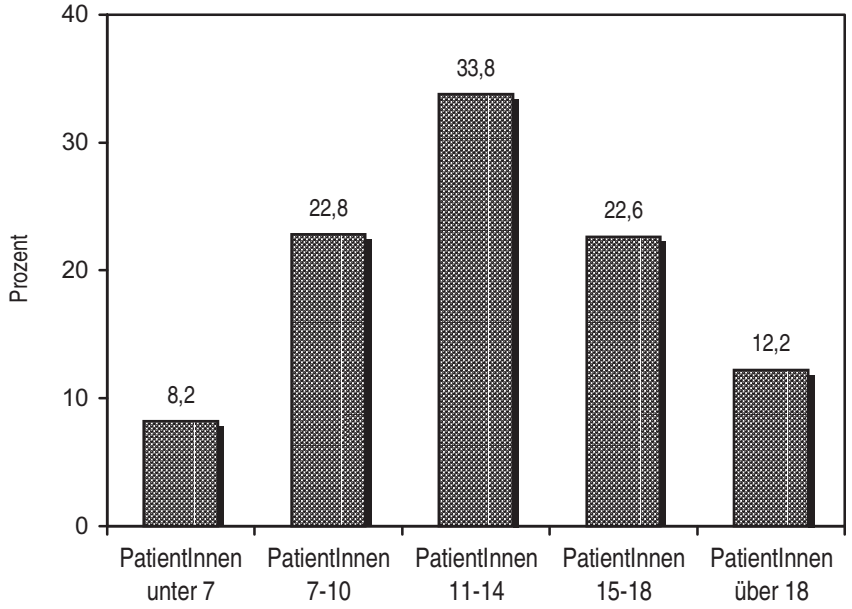

Abb. 38. Die Altersstruktur der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 36).

Wie Abb. 38 dokumentiert, gehören die meisten Klienten zur Altersgruppe der 11-14jährigen und befinden sich somit – wie in unserer Hypothese 2 vermutet – im mittleren Schulalter bzw. in der Pubertätsphase mit den für diese Phase typischen psychosozialen Problemen. Weniger ins Gewicht fallen die kleineren Kinder unter 7 Jahren, die von klassischen Erziehungsproblemen betroffen sind. Sie finden sich im KV-Bezirk KS mit 10,9% deutlich häufiger in psychotherapeutischen Praxen als in GÖ (dort 6,3%). Ein Grund für diesen Unterschied könnte im weiter unten dargelegten Erwerbsstatus der Eltern liegen: Der Anteil beruflich nicht ausgebildeter und arbeitsloser Eltern mit den entsprechenden finanziellen und sozialen Probl emen ist in KS deutlich höher als in GÖ, und die Folgen für die Kinder manifestieren sich schon recht früh.

Eher spärlich vertreten ist schließlich die Untergruppe der jungen Erwachsenen ab 18 Jahren, die sich im Grenzbereich zur Erwachsenenpsychotherapie befinden. Es muss hier offen bleiben, ob und in welchem Ausmaß diese Gruppe der Spätadoleszenten im Bedarfsfall bereits einen Erwachsenenpsychotherapeuten aufsuchen oder faktisch „durch die Maschen fallen“ und daher häufig ohne rechtzeitige und adäquate psychotherapeutische Behandlung bleiben[89] .

Die *Geschlechterverteilung* ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tab. 86. Geschlecht der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn; nach KV-Bezirk und gesamt (n = 42).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Patienten weiblich	41,6	58,4	48,8
Patienten männlich	58,8	40,7	51,0

Während in der Psychotherapie für Erwachsene die weiblichen Patienten klar in der Mehrzahl sind, ist hier mit insgesamt 51% ein leichtes zahlenmäßiges Übergewicht der männlichen Patienten zu verzeichnen. In Abweichung von diesem Gesamtergebnis zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede zwischen den KV-Bezirken: Während die Göttinger KJ-PsychotherapeutInnen eine Mehrzahl von Jungen verzeichnen (58,8%), nehmen in KS deutlich mehr Mädchen psychotherapeutische Angebote in Anspruch (58,4%). Dieser Befund lässt sich nach unseren Ergebnissen nicht durch spezifische regionale Unterschiede in (geschlechtsspezifischen) Störungsbildern erklären wie z. B. durch eine stärkere Präsenz von Essstörungen im KV-Bezirk Kassel, so dass wir keinen wirklich schlüssigen Grund für diesen Unterschied nennen können.

Auffällige Unterschiede offenbart auch die Verteilung auf männliche und weibliche Therapeuten:

Tab. 87. Geschlecht der PatientInnen nach Geschlecht der KJP-TherapeutInnen (n = 42)

	Geschlecht des Befragten		Gesamt
	Frau	Mann	
	%	%	%
Patienten weiblich	59,1	25,4	48,2
Patienten männlich	41,0	75,6	52,3

Die Mädchen suchen überwiegend weibliche Therapeuten auf (59,1%), während sich die Jungen eher einem männlichen Professionellen anvertrauen (75%). Dabei entsteht vor allem bei männlichen KJP-Therapeuten ein Ungleichgewicht in der geschlechtsspezifischen Verteilung ihrer Klientel: so sind Jungen mit über 75% weit überdurchschnittlich bei den (wenigen) männlichen KJP-Therapeuten repräsentiert, während die Geschlechterverteilung der Patienten bei den (quantitativ dominierenden) weiblichen Kollegen gleichgewichtiger ist.

Auf dem Hintergrund der Tatsache, dass männliche Therapeuten im KJP-Bereich nur zu einem Drittel vertreten sind, bei der Klientel jedoch die Jungen sogar leicht

[89] Dies dürfte am ehesten für jene jungen Erwachsenen zutreffen, die bereits in einer betrieblichen Ausbildung oder im Erwerbsleben sind, während Studierende dieses Alters häufig bereits eine Therapie bei einem Erwachsenenpsychotherapeuten in Anspruch nehmen.

überwiegen, deutet sich hier im Hinblick auf männliche Klienten, deren Problematik zudem nicht selten mit (dem Fehlen) einer männlichen Bezugsperson im Zusammenhang steht, ein spezifisches Versorgungsproblem an.

5.3.2 Familiäre Lebenssituation der KlientInnen und Erwerbsstatus der Eltern

Die *familiäre Lebenssituation* der jungen KlientInnen gestaltet sich wie folgt*:*

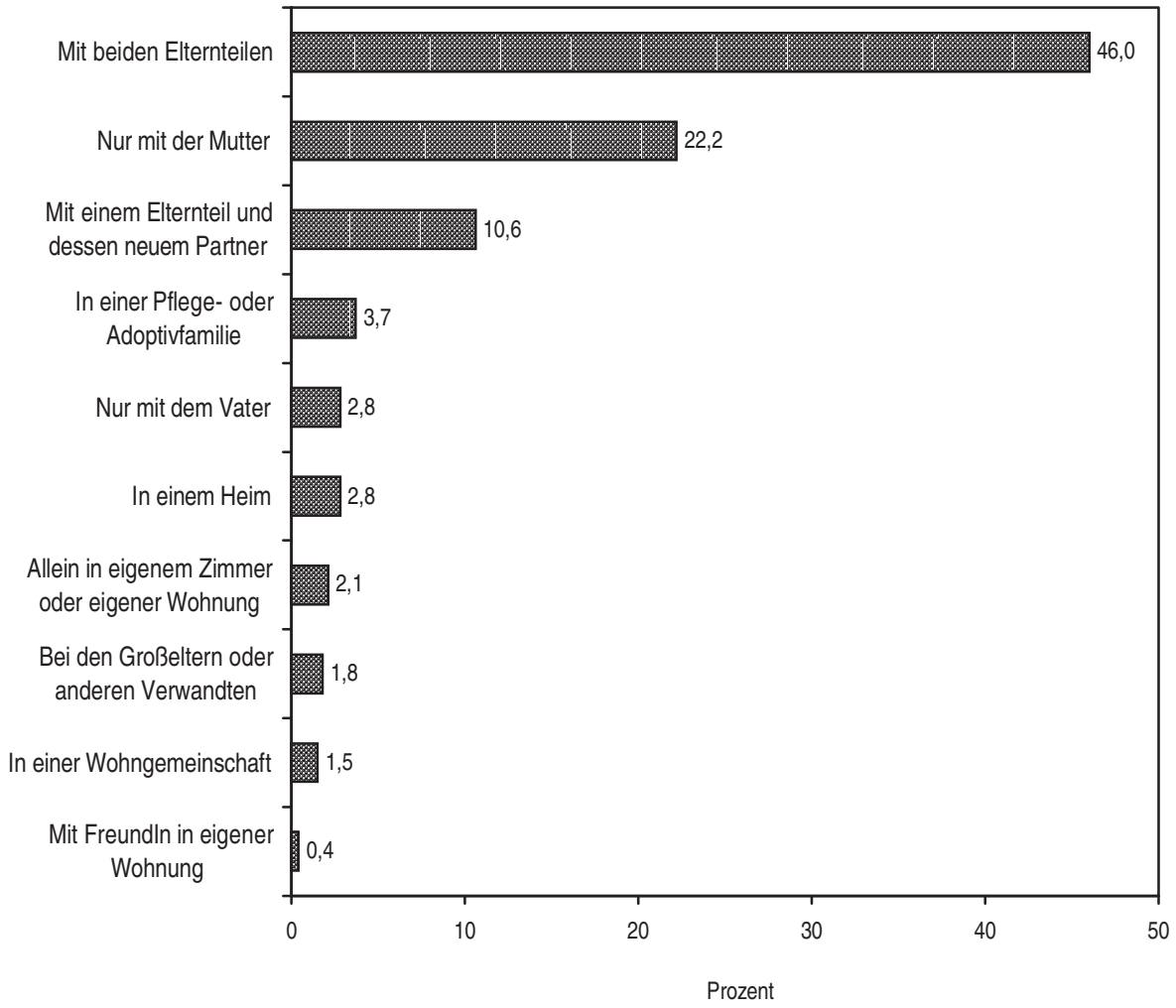

Abb. 39. Die familiäre Lebenssituation der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 35).

Der größte Teil der jungen KlientInnen kommt aus zumindest äußerlich „geordneten“ Verhältnissen und lebt mit beiden Elternteilen zusammen (45,9%). Es folgt die Gruppe derer, die bei der alleinerziehenden Mutter leben (22,2%). Die drittgrößte Untergruppe lebt mit einem Elternteil und dessen neuem Partner in einer „Patchwork-Familie“ (10,6%). Diese Situation findet sich im Bereich KS mit 14,5% deutlich häufiger als in GÖ (dort 7,7%). Andere, zum Teil ausgesprochen schwierige Konstellationen, wie Pflegefamilien, Wohngemeinschaft, Heimaufenthalt, sind dagegen eher selten vertreten.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich u. E. keine weitergehenden Schlüsse auf einen systematischen Zusammenhang zwischen Vollständigkeit der Ursprungsfamilie und Häufigkeit der Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe ziehen.

Die Fragen nach dem *Ausbildungs- und Erwerbsstatus der Eltern* führten zu folgenden Ergebnissen*:*

Tab. 88. Erwerbsstatus der Eltern der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro PsychotherapeutIn; nach KV-Bezirk und gesamt (n = 33).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
Erwerbstätig ohne Berufsabschluss	17,3	15,5	16,6
Erwerbstätig mit Berufsabschluss	40,4	53,3	45,5
Erwerbstätig mit Fach(-hoch-)schulabschluss	15,5	17,2	16,1
Erwerbstätig mit Hochschulabschluss	12,7	25,2	17,6
Erwerbstätig mit Hochschulabschluss in akademischen Berufen	4,4	5,7	4,9
"mittlere" und "höhere" Selbständige/Professionen	5,7	,0	3,4
In beruflicher Aus- oder Weiterbildung	3,1	3,5	3,3
Arbeitslos	4,0	11,7	7,0
Dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	5,6	14,3	9,0

Während die Mehrheit der Eltern einen mittleren beruflichen Status auf Facharbeiter- bzw. Sachbearbeiterniveau aufweist (vgl. Tab. 88), wobei deren Anteil in KS mit 53,3% deutlich höher ist als in GÖ (40,4%), ist bei jenen insgesamt 23,6% PatientInnen, deren Eltern ohne Berufsabschluss bzw. arbeitslos sind, davon auszugehen, dass diese aus wirtschaftlich angespannten Verhältnissen mit den entsprechenden psychosozialen Problemen kommen. Deren Anteil ist im KV-Bezirk Kassel mit 11,7% deutlich höher als in Göttingen (4%).

Auf der anderen Seite gibt es auch hier ähnlich wie im Erwachsenenbereich insgesamt einen relativ hohen Anteil von Eltern mit akademischen Berufsabschlüssen.[90] In aller Vorsicht kann dies dahingehend interpretiert werden, dass Eltern mit höherem Bildungsstatus bei psychischen Problemen ihrer Kinder eher bereit sind, *fach*psychotherapeutische Hilfe (statt Erziehungsberatung o. ä.) in Anspruch zu nehmen.

[90] Überraschend ist hier jedoch, dass der Anteil akademisch ausgebildeter Eltern im KV-Bezirk Kassel auffallend höher ausfällt als im – von der Universitätsstadt dominierten - KV-Bezirk Göttingen. Möglicherweise ist das in Kassel ausgesprochen geringe *fach*therapeutische Angebot im KJP-Bereich bisher überwiegend für höhere Bildungs- und Einkommensschichten zugänglich.

5.3.3 Kassenzugehörigkeit

Die Verteilung auf die Kostenträger lässt sich dem folgenden Diagramm entnehmen:

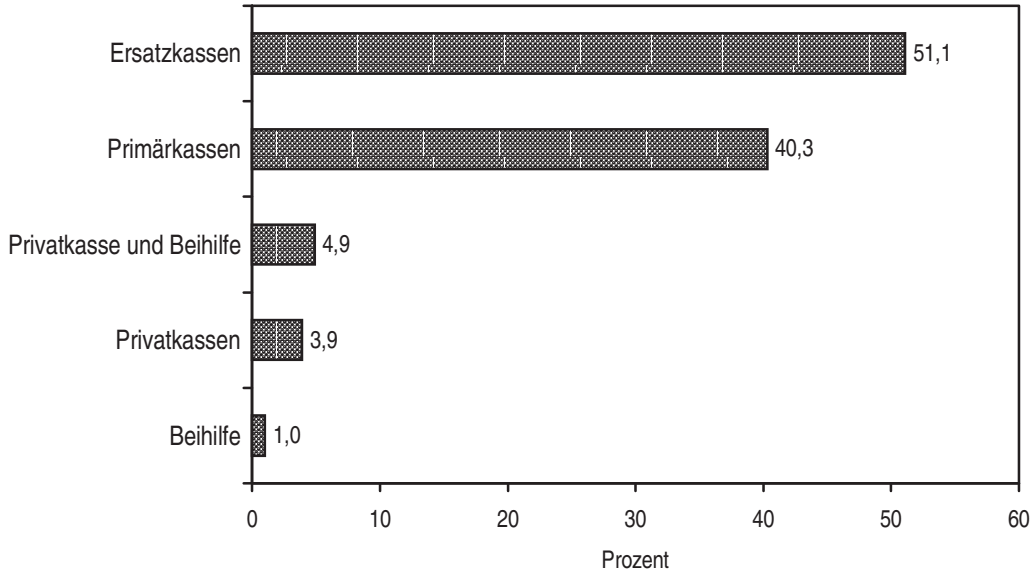

Abb. 40. Kostenträger der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 40).

Weitaus die meisten Patienten sind über die gesetzliche Krankenversicherung versorgt, wobei den Ersatzkassen der größte Teil der Klientel zufällt (51,1%). Lediglich 4,9% der jungen Klienten sind über Privatkassen und Beihilfen versichert. Allerdings spielt im Vergleich zur Erwachsenenpsychotherapie im KJP-Bereich die Finanzierung über eine Primärkasse eine etwas größere Rolle.

5.3.4 Störungsbilder

Die aktuelle Verteilung der jungen Klienten auf die einzelnen Störungsbilder zum Zeitpunkt der Befragung präsentiert sich folgendermaßen:

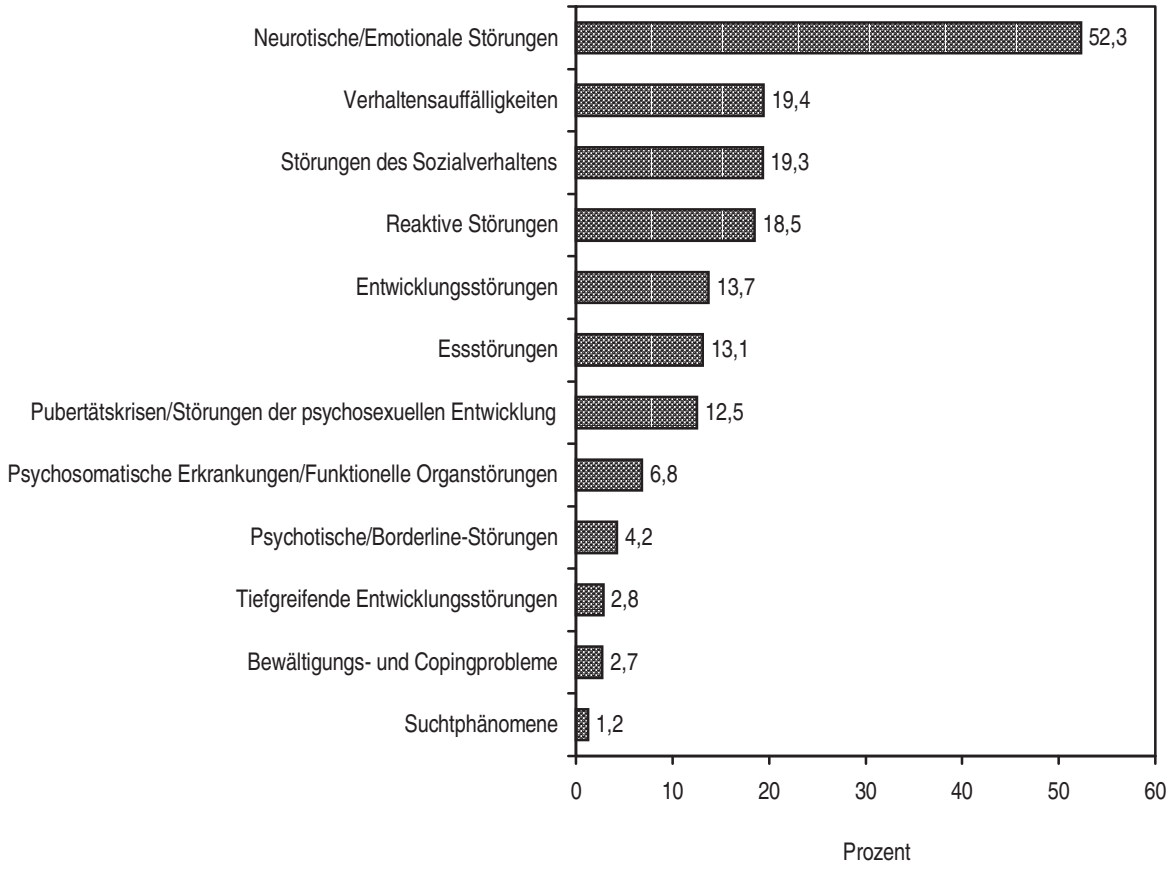

Abb. 41. Prozentuale Verteilung der Auftretenshäufigkeit der wichtigsten Störungsbilder in der Gesamt-Klientel (n = 35).

Auch bei den jungen Patienten dominieren mit 52,3% die „klassischen" *neurotischen und emotionalen Störungen* wie z. B. Angst-, Zwangsneurosen, Depressionen. Immerhin jeweils 19,4% kommen mit *Verhaltensauffälligkeiten* wie z. B. das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) und Tics bzw. *Störungen des Sozialverhaltens* in die psychotherapeutische KJP-Praxis. Bei letzteren handelt es sich um Störungen, die vorwiegend bei Jungen in der Schulsituation auftreten, und zumeist durch Anstoß von LehrerInnen oder über den schulpsychologischen Dienst und die Erziehungsberatung in die fachpsychotherapeutische Behandlung führen.

Ebenfalls fast 20% der jungen PatientInnen weisen *reaktive Störungen*, z. B. nach Trennung der Eltern oder sexuellem Missbrauch auf. *Essstörungen* sind ebenso wie *Pubertätskrisen* jeweils mit ca. 13% vertreten. Vergleicht man diese Befunde mit denen aus der Erwachsenen-Psychotherapie, so fällt der doppelt so hohe Anteil der Essgestörten an der Gesamtklientel bei Kindern und Jugendlichen auf, während er bei Erwachsenen nur 6% beträgt. Dies lässt sich sicherlich auf den Zeitpunkt der Erstmanifestation von Essstörungen zurückführen: Essstörungen in Form von Anorexie und Bulimie stellen eine typische Pubertätsstörung von Mädchen dar.

Kleinere Prozentwerte betreffen *psychosomatische Erkrankungen* und *funktionelle Störungen*, *psychotische* und *Borderline-Störungen* sowie *Coping-Probleme im Kontext organischer Erkrankungen und körperlicher Behinderungen*.

5.3.5 Überweisungs- und Zugangswege

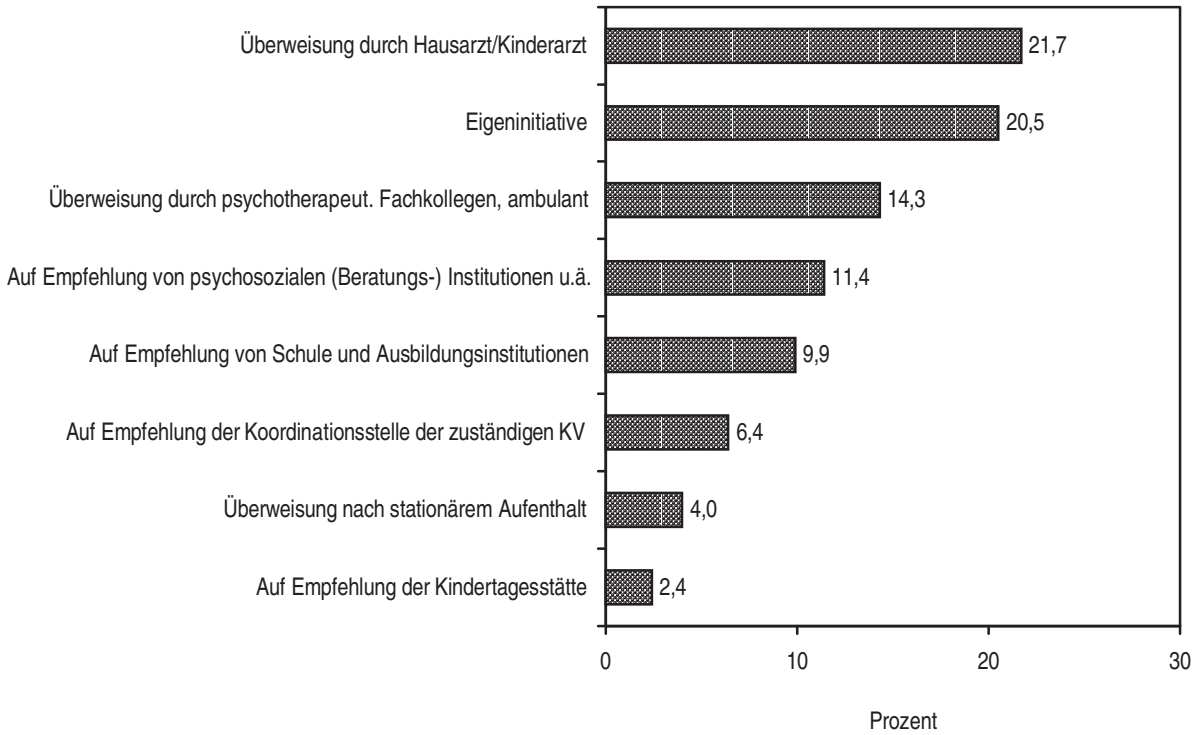

Abb. 42. Überweisungs/-Zugangswege über die die PatientInnen zum Therapeuten gelangt sind, bezogen auf die Gesamtzahl der befragten TherapeutInnen (n = 33).

Die meisten der jungen PatientInnen kommen durch *Überweisung durch den Haus- oder Kinderarzt* in die Psychotherapie (21,7%). Weitere 20,5% gelangen durch „Eigeninitiative“, d. h. im Falle von Kindern meist *durch Bemühungen der Eltern*, in die Therapie. Eine Überweisung durch *psychotherapeutische Fachkollegen* erhalten 14,3% der Kinder und Jugendlichen. Vergleicht man diese Zahlen mit denen aus der Erwachsenen-Psychotherapie, so werden ähnliche Tendenzen sichtbar.

Schulen und Ausbildungsinstitutionen sowie *Kindertagesstätten* haben bei insgesamt 12,3% der Kinder und Jugendlichen den Anstoß zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe gegeben. Als weitere wichtige Anreger für die Durchführung einer Psychotherapie fungieren bei 11,4% der Patienten psychosoziale Beratungsstellen, die in dieser Funktion der Zuweisung eine größere Rolle spielen als im Erwachsenenbereich.

Aufschlussreich im Hinblick auf die Versorgungslage ist schließlich die im Vergleich zur Erwachsenentherapie deutlich höhere Bedeutung der *Koordinationsstellen*, die die KVen zur effektiveren Verteilung der Patientenströme auf freie Therapieplätze eingerichtet haben. Wir werten dies als Indiz dafür, dass es in der Kinder- und Jugendlichentherapie für Nachsuchende offensichtlich schwer fällt, einen freien Therapieplatz auf direktem Wege und in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld zu finden, so dass diese mehr als im Erwachsenenbereich auf vermittelnde Instanzen angewiesen sind, die allerdings immer auch Reibungsverluste mit sich bringen.

5.3.6 Einzugsgebiet; Anfahrtswege

Die Entfernung der Wohnung der jungen PatientInnen von der Praxis und damit die Anfahrtswege und -zeiten, die die Kinder (*und* zumeist noch eine Begleitperson!) in Kauf nehmen (müssen), um eine fachpsychotherapeutische Behandlung zu bekommen, muss insbesondere im KJP-Bereich als wichtiger Indikator für mögliche Versorgungsdefizite angesehen werden. Denn größere Entfernungen vom Therapieplatz schlagen im Falle von kleineren Kindern im Hinblick auf die zeitlichen Aufwände faktisch „doppelt" zu Buche. Die diesbezüglichen Ergebnisse liefert die Abb. 43:

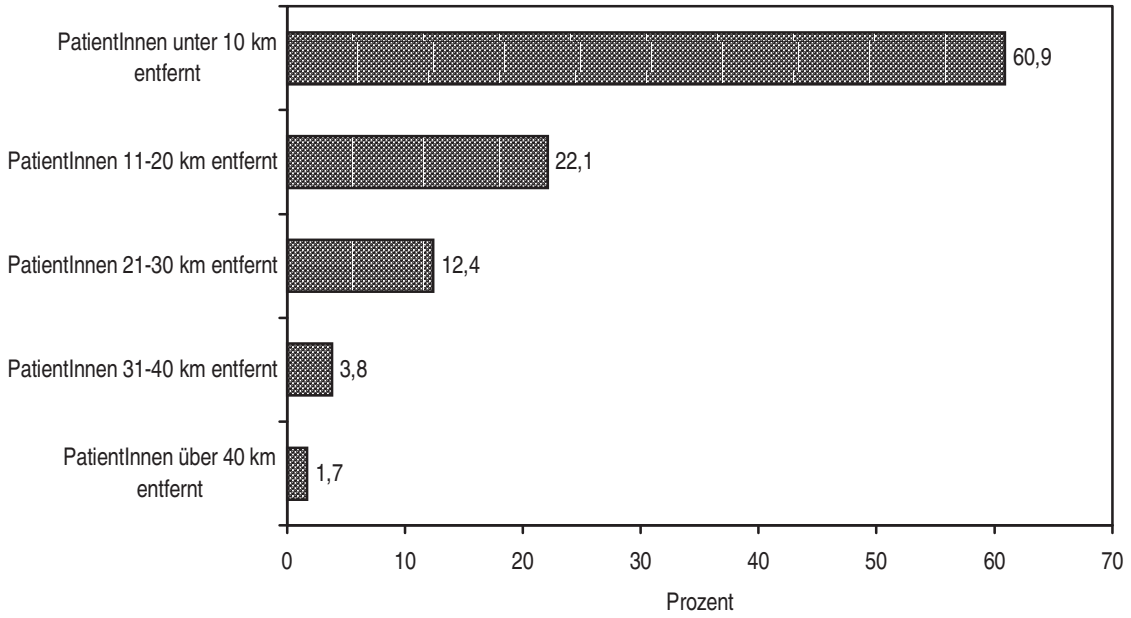

Abb. 43. Einzugsgebiet der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (n = 39).

Die Entfernung zur Therapiepraxis beträgt für den größten Teil der Klienten (60,9%) weniger als 10 Kilometer; aber immerhin weitere 16% der Patienten wohnen zwischen 20 und 40 Kilometern, fast 2% noch weiter von der Behandlungspraxis entfernt. Angesichts der hohen Konzentration der (ohnehin wenigen) KJP-TherapeutInnen in den Kernstädten der jeweiligen KV-Bezirke[91] ist davon auszugehen, dass gerade Kinder und Jugendliche aus dem ländlichen Umfeld von Kassel und Göttingen von diesen längeren Anfahrtswegen betroffen sind, so dass hier angesichts der allgemeinen Ermangelung günstiger öffentlicher Verkehrsverbindungen in vielen Fällen ein Elternteil bzw. eine Begleitperson als „Chauffeur" agieren müssen.

[91] Vgl. die Übersicht 5 in Kap. 2 dieses Berichts.

Der Zeitaufwand für die Anfahrt beträgt den Zahlen zum Einzugsgebiet entsprechend für die meisten Patienten weniger als 30 Minuten. 25,2% der Klienten fahren jedoch länger als eine halbe Stunde und 4,2% brauchen für die Anfahrt mehr Zeit als eine Stunde:

Tab. 89. Zeitaufwand für Anfahrt zur Praxis nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Kinder - und Jugendlichenpsychotherapeut; nach KV-Bezirk und gesamt (n = 38).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
mehr als eine halbe Stunde	24,1	27,0	25,2
mehr als eine Stunde	4,9	3,2	4,2

Ein Vergleich mit den erwachsenen Patienten zeigt, dass letztere etwas häufiger wirklich lange Anfahrtswege in Kauf nehmen, wahrscheinlich deshalb, weil sie selbst verkehrstechnisch mobiler sind als Kinder und Jugendliche.

Die jungen Patienten sind also mehr auf Therapieangebote direkt vor Ort angewiesen. Auf dem Hintergrund der Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Befragung in mehreren Kreisstellen von Göttingen und Kassel gar keine KJP-TherapeutInnen niedergelassen waren[92], erscheinen die organisatorischen Hürden und zeitlichen Belastungen bei Aufnahme einer Psychotherapie für die jungen KlientInnen und ihre Familien aus diesen Regionen noch einmal gravierender.

5.4 Zur Praxisauslastung

5.4.1 Verhältnis von Neuanfragen, diagnostischen Erstgesprächen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen (1.Quartal 2001)

Das Verhältnis von Neuanfragen, diagnostischen Erstgesprächen bzw. probatorischen Sitzungen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen im ersten Quartal 2001 gibt weitere wichtige Hinweise zur Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Wie auch im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie sollen die diesbezüglichen Befunde als wichtigste Indikatoren für vorhandene Versorgungsmängel herangezogen, die wir ja gemäß unserer Hypothese 2 im KJP-Bereich als noch gravierender einschätzen (vgl. Kap. 2).

[92] Dies gilt für Einbeck und Duderstadt im KV -Bezirk Göttingen sowie für den Schwalm-Eder-Kreis im KV-Bezirk Kassel (vgl. die Übersicht 5 in Kap. 2 dieses Berichts).

In Tab. 90 sind die entsprechenden Prozentanteile aufgelistet[93]:

Tab. 90. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten; Prozentanteile an allen Anfragen nach KV-Bezirk (n = 29).

	Göttingen %	Kassel %	Gesamt %
Diagnostische Gespräche/ probatorische Sitzungen	48,8	29,0	40,4
In Behandlung genommen	31,4	15,0	24,5
Auf Warteliste gesetzt	25,3	16,8	21,7
Nicht in Behandlung genommen	57,3	75,2	64,9

Zunächst fällt auf, dass von den durchschnittlich 16 Personen, die telefonisch oder anderweitig um einen Behandlungsplatz nachfragten, weniger als die Hälfte, nämlich nur 40,4%, die Gelegenheit zu einem diagnostischen Erstgespräch bekommen. Konkret bedeutet dies, dass schon am Telefon die Mehrzahl der potentiellen PatientInnen abgewiesen wurde. Im schlechter versorgten KV-Bezirk Kassel ist dieser Anteil erwartungsgemäß noch deutlich höher: Dort kamen lediglich 29%, also ein knappes Drittel der Nachfragenden, überhaupt in ein Erstgespräch!

Tatsächlich in Behandlung genommen wurden dann mit 24,5% ein Viertel der ursprünglich Nachfragenden; auch hier ist der prozentuale Anteil im KV-Bezirk Kassel mit 15% wesentlich kleiner als in Göttingen (dort 31,4%). Auf der Warteliste „parkten“ 21,7% der 16 Therapiesuchenden (in GÖ 25,8%, in KS 16,8%).

Der größte Teil der Nachfragenden wurde jedoch letztendlich nicht in Behandlung genommen, nämlich durchschnittlich 64,9%, also fast zwei Drittel der Therapiesuchenden, wobei hier wiederum der KV-Bezirk KS mit 75% an Ablehnungen gegenüber GÖ mit 57,3% klar vorne lag.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen aus dem Erwachsenen-Bereich, so fallen insbesondere folgende Unterschiede auf:

- Der Anteil derer, die nach Anfrage in ein Erstgespräch kommen, ist bei Kindern und Jugendlichen kleiner als bei erwachsenen KlientInnen (dort 45,6%).
- Die Untergruppe der nicht in Behandlung Genommenen ist hier größer als bei den Erwachsenen (dort 57,2%).

[93] Um eine Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden, wurden dabei nur die Nennungen derjenigen Therapeuten berücksichtigt, die zu allen fünf diesbezüglichen Fragen (Frage 22, 24, 25, 28, 30) geantwortet haben (deshalb n=29). Wenn man die Prozentbeträge der Punkte „In Behandlung genommen“, „Auf Warteliste gesetzt“ und „Nicht in Behandlung genommen“ aufaddiert, müssten sich genau genommen 100% ergeben, was aber nicht der Fall ist. Die Prozentsummen betragen 107% bzw. 114%.
Eine mögliche Erklärung hierfür: Die Patienten, die unter „Auf Warteliste gesetzt“ genannt wurden, wurden zum Teil auch unter „Nicht in Behandlung genommen“ oder auch unter „In Behandlung genommen“ aufsummiert, letzteres, falls sie im Laufe des ersten Quartals 2001 erst auf die Warteliste gesetzt und dann in Behandlung genommen wurden.

All dies deutet darauf hin, dass es um die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche deutlich schlechter bestellt ist als für Erwachsene. Dies gilt weit mehr für den KV-Bezirk Kassel, ohne dass allerdings die Versorgungssituation in Göttingen als zufriedenstellend angesehen werden könnte.

5.4.2 Gründe für die Nichtaufnahme psychotherapeutischer Behandlungen

In die Richtung einer durchweg defizitären Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche verweisen auch die seitens der KJP-TherapeutInnen genannten Gründe für die Ablehnung von Behandlungen:

Tab. 91. Gründe für Nichtbehandlung nach durchschnittlichem prozentualem Anteil der PatientInnen pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn (n = 30).

	KV-Bezirk		Gesamt
	Göttingen	Kassel	
	%	%	%
In absehbarer Zeit kein Behandlungsplatz frei	62,9	74,1	67,8
Psychotherapie nicht indiziert	9,5	21,1	14,5
Krankheits-/ Störungsbild passte nicht zu Behandlungsverfahren	2,7	,0	1,5
Finanzierung nicht sichergestellt	,3	,0	,2
Prognose zu ungünstig	12,8	5,7	9,7
Stationäre Einweisung war erforderlich	7,4	4,3	62,9

Mit Abstand der häufigste Grund für die Nichtaufnahme einer Psychotherapie ist eindeutig die fehlende Behandlungskapazität. Zwar war dies auch in der Erwachsenenpsychotherapie der Fall, jedoch nicht in diesem hohen Ausmaß. So müssen über zwei Drittel der um fachtherapeutische Hilfe nachsuchenden Kinder und Jugendlichen – in Kassel sogar 75%! aufgrund fehlender Behandlungskapazität abgewiesen werden. Im Vergleich dazu spielt die fehlende Indikation oder die ungünstige Prognose bei nur 15% resp. 10% der nachfragenden jungen PatientInnen als Ablehnungsgrund eine Rolle[94], auch wenn sie hier mehr Gewicht als in der ambulanten Erwachsenentherapie haben. Das Problem der mangelnden Passung zwischen dem Störungsbild des potentiellen Patienten und dem angebotenen Therapieverfahren fällt bei der Ablehnung von Behandlungen im Kinder- und Jugendlichen-Bereich mit nur 1,5% kaum ins Gewicht.

Schließlich können auch die wenigen Fälle, in denen es nicht zu einer ambulanten Behandlung kam, weil eine stationäre Einweisung erforderlich war (6%), nicht als „Gegenbeweis“ für die ausgeprägte Unterversorgung in der *ambulanten* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie schlicht aufgrund fehlender Therapieplätze herangezogen werden[95].

[94] Für die diesbezüglichen Prozentunterschiede zwischen Kassel (fehlende Indikation überdurchschnittlich) und Göttingen (ungünstige Prognose überdurchschnittlich) haben wir keine schlüssige Erklärung gefunden.

[95] Allenfalls könnten vergleichsweise häufigere stationäre Einweisungen im KJP-Bereich dafür sprechen, dass angesichts fehlender, aber durchaus indizierter *ambulanter fachpsychotherapeutischer* Behandlungskapazität bei Kindern und Jugendlichen notgedrungen andere therapeutische Wege wie z. B. heilpädagogische oder psychiatrische Behandlungen gewählt werden, auch wenn sie weniger adäquat, z. T. sogar deutlich teurer sind.

5.4.3 Die Bedeutung von Wartelisten und durchschnittliche Wartezeiten bis Therapiebeginn; Veränderungen nach dem PTG

83% der Befragten unseres KJP-Samples führen eine Warteliste, mit der sie ihre Versorgungsengpässe zumindest zu mildern versuchen - beim Sample der Erwachsenentherapeuten waren es 71%.

Schauen wir uns vor diesem Hintergrund die Länge der Wartezeiten in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an (Abb. 44), dann ergeben sich zudem längere durchschnittliche Wartezeiten als im Erwachsenenbereich: Die meisten der KJP-TherapeutInnen mit Warteliste geben Wartezeiten von 5-6 Monaten an, während das Gros der Erwachsenentherapeuten Wartezeiten von „nur“ 3-4 Monaten hat, auch wenn es hier im Einzelfall Wartezeiten von über einem Jahr gibt[96].

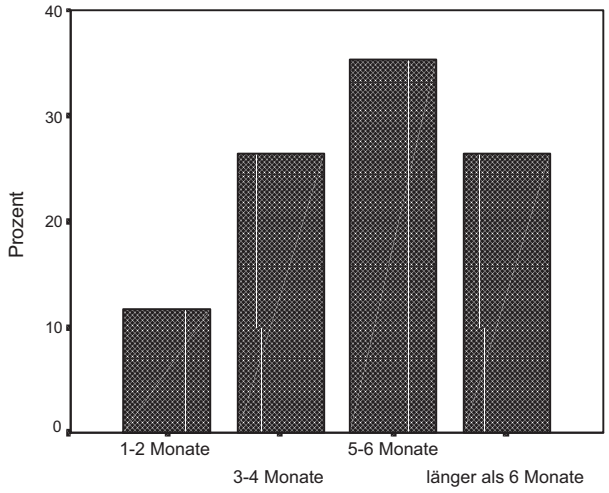

Abb. 44. Durchschnittliche Wartezeit bis Behandlungsbeginn im KJP-Bereich (n = 34).

[96] Derart lange Aufschübe für eine indizierte Psychotherapie verbieten sich u. E. insbesondere bei Kindern- und Jugendlichen, die aufgrund der hier rascher verlaufenden entwicklungsbedingten Veränderungen noch anfälliger für Verschlechterungen und Chronifizierungen ihrer psychischen Störungen sind.

Im Vergleich der KV-Bezirke zeigen sich erwartungsgemäß bedeutsame Unterschiede:

Tab. 92. Durchschnittliche Wartezeit der jungen PatientInnen nach KV-Bezirk (n = 34).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
1-2 Monate	3 15,0%	1 7,1%	4 11,8%
3-4 Monate	8 40,0%	1 7,1%	9 26,5%
5-6 Monate	5 25,0%	7 50,0%	12 35,3%
länger als 6 Monate	4 20,0%	5 35,7%	9 26,5%
Gesamt	20 100,0%	14 100,0%	34 100,0%

Während in Göttingen „kürzere“ Wartezeiten von bis zu vier Monaten überwiegen (insgesamt 55%), sind es in Kassel bei der überwiegenden Mehrheit der befragten KJP-Therapeuten (85%) die längeren Wartezeiten von 5 Monaten und darüber, die potentielle Patienten in Kauf nehmen müssen.

An der Länge der Wartezeiten hat sich im übrigen auch nach dem Inkrafttreten des PTG und mit den damit verbundenen Neuzulassungen von weiteren KJP-TherapeutInnen – wie aus Abb. 45 hervorgeht – faktisch nichts verändert:

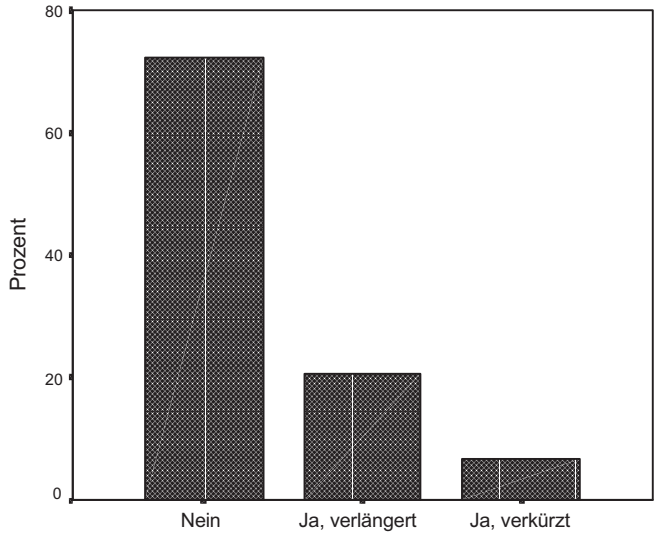

Abb. 45. Veränderung der Wartezeit seit dem PTG (n = 29).

Der weit überwiegende Teil der Antwortenden sieht diesbezüglich keine Veränderung. Lediglich 7% (gegenüber 20% bei den Erwachsenentherapeuten) geben eine Verkürzung an. Die Tatsache, dass sogar 21% der KJP-TherapeutInnen über eine Verlängerung der Wartezeiten berichten, könnte darauf hindeuten, dass nach dem PTG und den mit ihm verbundenen restriktiveren Auflagen an die Kassenabrechnung nicht wenige KJPler, die zuvor therapeutische Behandlungen über Kostenerstattung durchgeführt haben, nunmehr aufgrund des Wegfalls dieser indirekten Abrechnungsmöglichkeit aus dem psychotherapeutischen Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche herausgefallen sind. Die TherapeutInnen mit direkter Kassenzulassung können möglicherweise bis dato den Wegfall der in der Vergangenheit über Kostenerstattung behandelnden KJPler nicht hinreichend kompensieren.

Faktisch hätte sich damit sogar die Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche seit der Geltung des PTG sogar verschlechtert, weil zu wenige KJPler die Kriterien für die Kassenzulassung, z. B. hinsichtlich der Fachkunde und der zeitlichen Verfügbarkeit erfüllen konnten. Von einer quantitativen Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Gefolge des Psychotherapeutengesetzes kann demnach nicht die Rede sein. Insgesamt lässt sich also auch mit den Ergebnissen zur Länge der Wartezeiten im ambulanten KJP-Bereich belegen, dass es hier noch weit mehr als in der Erwachsenenpsychotherapie einen spürbaren Mangel an entsprechend qualifizierten FachtherapeutInnen mit Kassenzulassung gibt.

5.5 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche aus Sicht der Befragten

5.5.1 Spezifische Versorgungssituation einzelner Störungsbilder aus Sicht der Befragten

Die folgende Abb. 46 zeigt zunächst, welche Störungsbilder aus Sicht der befragten KJP-TherapeutInnen in den letzten 5 Jahren an Bedeutung zu- oder abgenommen haben:

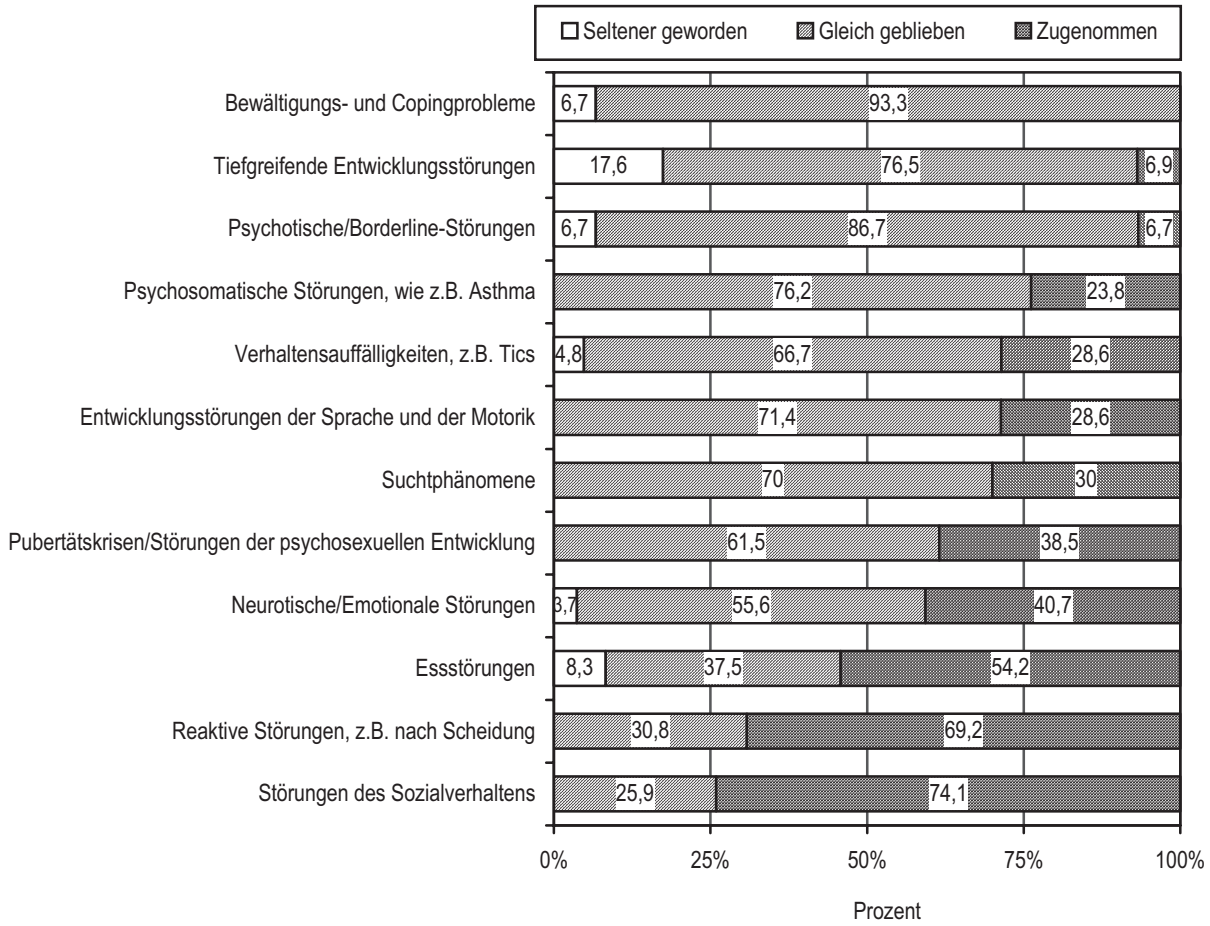

Abb. 46. Veränderung der Auftretenshäufigkeit von Störungsbildern (gesamt; n = 27).

Die Mehrheit der Befragten konstatiert demnach vor allem eine Zunahme bei den Störungen des Sozialverhaltens, den reaktiven Störungen nach (traumatischen) Belastungen und den Essstörungen. Diese Tendenz spiegelt aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen wider, wie z.B. die Zunahme der Scheidungen, die nach Aussagen von Lehrern steigende Zahl von verhaltensgestörten Schülern, die objektiv zunehmende Häufigkeit von Essstörungen (z. T. auch bei männlichen Kindern und Jugendlichen in Form von Adipositas, Überhandnehmen von „fastfood"- Ernährung etc.).

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sind die Einschätzungen zum störungsspezifischen Versorgungsbedarf zu sehen (Abb. 47):

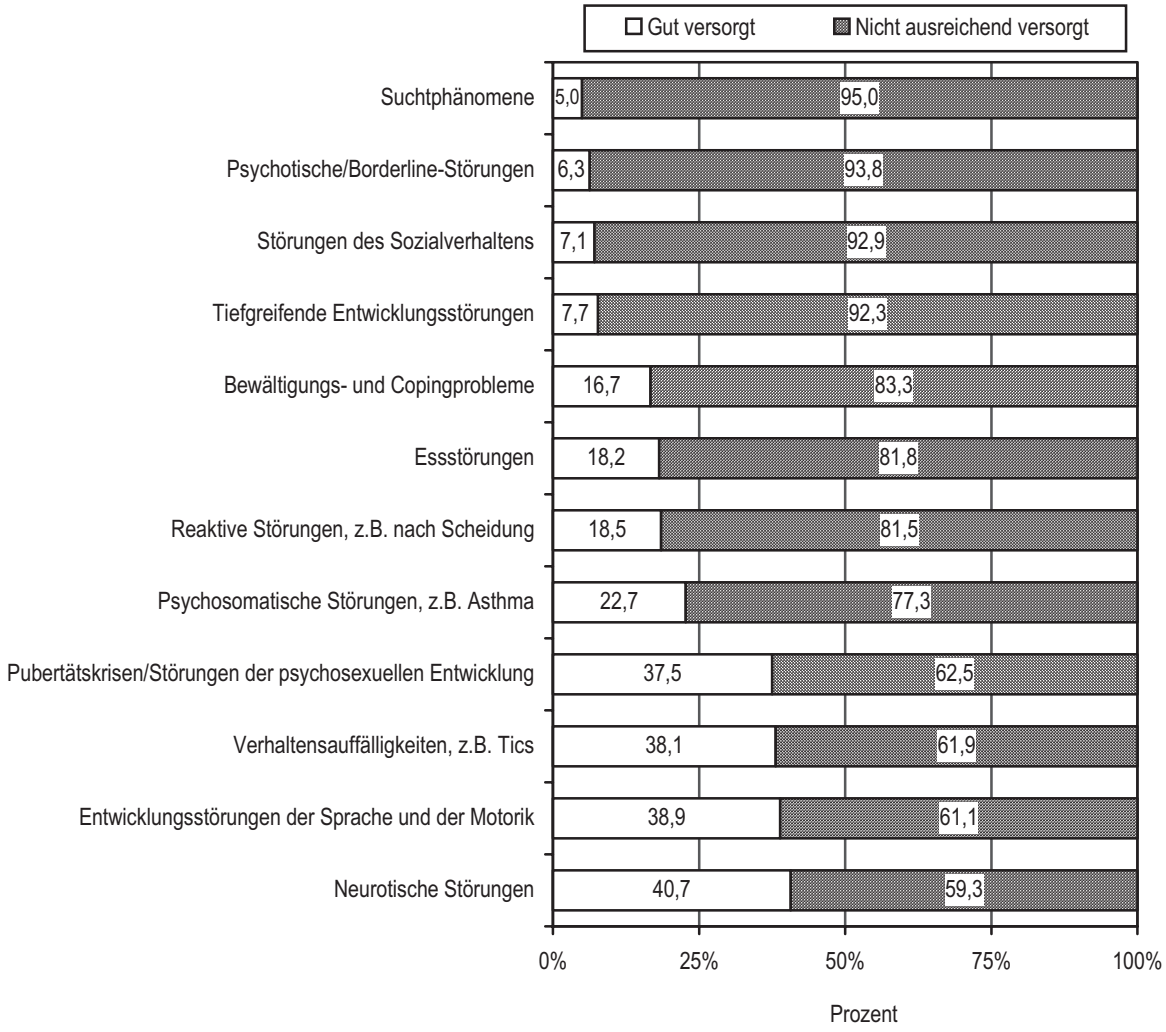

Abb. 47. Einschätzung der störungsspezifischen Versorgungssituation (n = 28).

Es zeigt sich, dass sämtliche der vorgegebenen Störungsbilder von den befragten Experten mehrheitlich als nicht ausreichend versorgt eingeschätzt werden. Besonders eklatante Versorgungsdefizite werden im Bereich der *Süchte*, der *psychotischen und Borderline-Störungen* (beides dürfte vor allem für jugendliche Patienten gelten) und der *Störungen des Sozialverhaltens* konstatiert, die – wie oben dargestellt - an Bedeutung zugenommen haben. Selbst im Bereich der „angestammten" und durch die therapeutische Fachkompetenz der durchweg analytisch ausgebildeten Kinder- und Jugendlichentherapeuten gut „abgedeckten" Störungsbilder der Neurosen im Kinder- und Jugendalter schätzt eine Mehrheit der Befragten die Versorgung als nicht ausreichend ein.

5.5.2 Gesamteinschätzung der psychotherapeutischen Versorgungssituation

Die abgegebenen Einschätzungen der Experten sind so eindeutig wie beunruhigend:

Tab. 93. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Kinder - und Jugendlichentherapeuten nach KV-Bezirk (n = 43).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Gut versorgt	2 8,0%	1 5,9%	3 7,1%
Nicht ausreichend versorgt	23 92,0%	16 94,1%	39 92,9%
Gesamt	25 100,0%	17 100,0%	42 100,0%

Wie aus Tab. 93 hervorgeht, hält die überwältigende Mehrheit der Befragten unseres Samples die Versorgung in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für nicht ausreichend!

Das Bild ändert sich auch nicht, wenn man die „Weiß nicht“ –Antworten einbezieht. Wie Tab. 94 zeigt, hat sich hierbei lediglich eine Person eines Urteils enthalten:

Tab. 94. Allgemeine Einschätzung der Versorgung im KJP-Bereich durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach KV-Bezirk, einschließlich „weiß nicht“ (n = 43).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Gut versorgt	2 8,0%	1 5,6%	3 7,0%
Nicht ausreichend versorgt	23 92,0%	16 88,9%	39 90,7%
weiß nicht		1 5,6%	1 2,3%
Gesamt	25 100,0%	18 100,0%	43 100,0%

Diese durchweg pessimistischen Einschätzungen werden im übrigen auch durch die diesbezüglichen „Fremdbeurteilungen“ der Erwachsenenpsychotherapeuten belegt.

Aufgefordert, die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation im Kinder- und Jugendlichenbereich einzuschätzen bzw. mit der in der Erwachsenentherapie zu vergleichen, haben sie die folgendenden Urteile abgegeben: (Tab. 95):

Tab. 95. Allgemeine Einschätzung der Versorgung im KJP-Bereich durch die Erwachsenenpsychotherapeuten (n = 183).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
Gut versorgt	5 8,3%	12 9,8%	17 9,3%
Nicht ausreichend versorgt	43 71,7%	95 77,2%	138 75,4%
weiß nicht	12 20,0%	16 13,0%	28 15,3%
Gesamt	60 100,0%	123 100,0%	183 100,0%

Zwar haben sich hier aus verständlichen Gründen nicht alle Erwachsenenpsychotherapeuten eine Fremdbeurteilung zugetraut; gleichwohl hält auch hier die große Mehrheit die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für nicht ausreichend bzw. für deutlich schlechter als in ihrem eigenen Bereich der Erwachsenenpsychotherapie (vgl. Tab. 64 aus Kap. 3.5.2).

Es zeigt sich also, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen sowohl in der Eigenbeurteilung als auch der „Fremdbeurteilung“ als nicht zufriedenstellend eingeschätzt wird.

5.6 Meinungen zum Gutachterverfahren

Insgesamt äußern sich die Kinder- und JugendlichentherapeutInnen kritischer zum Gutachterverfahren als ihre KollegInnen aus dem Erwachsenenbereich, wenngleich der Anteil derer, die für eine völlige Abschaffung des Verfahrens plädieren, bei beiden Berufsgruppen etwa gleich groß ist.

Nur etwas mehr als ein Drittel der Antwortenden votieren für die Beibehaltung des Verfahrens in seiner jetzigen Form. Ihr Anteil ist in Göttingen mit 40% deutlich höher als in Kassel (33%):

Tab. 96. Meinungen der Kinder- und JugendlichentherapeutInnen zum Gutachterverfahren (n = 43).

	KV-Bezirk		
	Göttingen	Kassel	Gesamt
sollte beibehalten werden	10 40,0%	6 33,3%	16 37,2%
sollte modifiziert werden	9 36,0%	8 44,4%	17 39,5%
sollte abgeschafft werden	6 24,0%	4 22,2%	10 23,3%
Gesamt	25 100,0%	18 100,0%	43 100,0%

Für die *Beibehaltung* werden folgende Gründe angegeben:

„Das ganze Procedere verlangt eine intensive Beschäftigung mit dem Fall".

„Das Verfahren zwingt den einzelnen Therapeuten dazu, den therapeutischen Prozess in einem größeren zeitlichen Rahmen zu reflektieren. Die Rückmeldungen des Gutachters können unterstützen und ermutigen, sozusagen als Korrektiv wirken".

„Das schriftliche Darlegen der Problematik ist sinnvoll und hilfreich und somit der Behandlung zuträglich".

„Insgesamt dient es der Qualitätssicherung".

Ein etwas größerer Teil der Befragten (39,5%) votiert für eine *Modifizierung* des gegenwärtigen Verfahrens. Hier sind die Kasseler Therapeuten mit 44,4% gegenüber den Göttingern (36%) prozentual in der Mehrheit.
Es finden sich u.a. folgende Begründungen:

„Die Bearbeitung der Anträge ist sehr zeitaufwendig, wenn sie nicht schablonenhaft geschrieben werden. Der Zeitaufwand pro Beantragung beträgt 3-4 Stunden, bei unzureichender Honorierung (Marktwert 165 Euro, KV-Wert 40 Euro)".

„Eine Rücksprache mit qualifizierten Kollegen ist sicher wünschenswert, was aber bei den wenigsten Gutachtern möglich ist".

„Das Verfahren wird den speziellen Erfordernissen der Patienten und deren Familien und entsprechend differenzierten Angeboten nicht gerecht".

Von einigen Befragten wird den Gutachtern eine gewisse Willkür attestiert; ein Therapeut schreibt in diesem Zusammenhang von Machtmissbrauch durch Gutachter.

Es werden folgende *Verbesserungsvorschläge* gemacht:

„In „abgespeckter Form“ sind Diagnostik und Indikation deutlich darzulegen, wie es ja bei der Beihilfe auch gemacht wird“.

„Das Verfahren soll einfacher, gestraffter, strukturierter werden“.

„Die Wartezeiten bis zum Erhalt des Anerkennungsbescheides betragen oft bis zu 8 Wochen und sind einfach zu lang. Eine Kurzzeittherapie sollte für eine rasche Krisenintervention schneller beantragbar sein“.

„Nach einer großen Zahl von verfassten und befürworteten Anträgen (z. B. 300) sollte die Kompetenz des Therapeuten als gesichert gelten und er vom Begutachtungsverfahren befreit werden“.

Ein Viertel der an dieser Befragung teilnehmenden Therapeuten spricht sich klar für eine *Abschaffung* des Gutacherverfahrens aus.
In den Antworten finden sich folgende Begründungen:

„Keine ausreichende Qualitätskontrolle , das Verfahren ist zu zeitaufwendig und unterbezahlt“.

„Die Psychotherapeuten selbst sind für eine eigene Beurteilung eines Falles ausreichend qualifiziert“.

„Schlechte Antrags-Schreiber können gute Therapeuten sein“.

„Die Ärzte müssen für ihre Behandlungen keine Gutachten erstellen lassen, warum also die Psychotherapeuten?“

„Das Verfahren ist wenig effektiv, die Gutachter agieren teils praxisfern, die Bearbeitung dauert lange und der therapiebezogene Nutzen ist gering“.

„Nur eine regelmäßige Supervision gewährleistet eine qualitativ gute Arbeit und dieser Nachweis sollte als Maßstab für eine Qualitätskontrolle gelten“.

Insgesamt sind diese Kommentare zur Modifikation bzw. Abschaffung des Gutachterverfahrens u. E. ein Indiz dafür, dass insbesondere bei einer angespannten Versorgungslage wie im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie das Begutachtungsverfahren leicht als zusätzliche Belastung gesehen wird, die die ohnehin zu geringe Behandlungskapazität weiter einschränkt.

5.7 Berufswahlzufriedenheit

Der Grad der grundsätzlichen Zufriedenheit mit der eigenen Berufstätigkeit spiegelt auf unspezifische Weise die allgemeine „Großwetterlage“ in einem Berufszweig wider. Zur Erfassung dieser „Grundstimmung“, einer Mischung aus hier nicht näher zu spezifizierenden kognitiven und emotionalen Faktoren, eignet sich die Frage danach, ob man bei einer erneuten Wahlmöglichkeit genau diesen Beruf wieder ergreifen würde.

Wie Abb. 48 zeigt, würden immerhin 46,3% der Befragten bei erneuter Berufswahl auf jeden Fall wieder PsychotherapeutIn werden. Nur eine verschwindende Minderheit steht einer Wiederwahl des Therapeutenberufs eher ablehnend gegenüber.

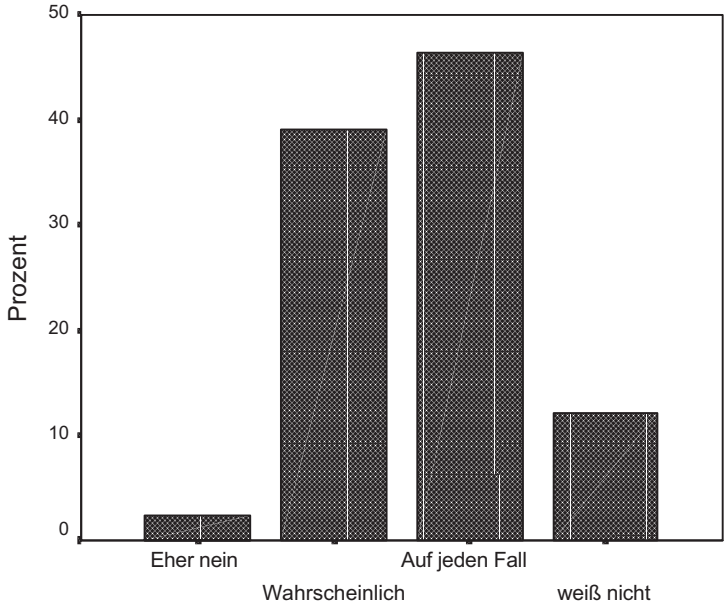

Abb. 48. Antworten der TherapeutInnen im KJP Bereich zur Frage: Würden Sie nochmal PsychotherapeutIn werden? (n = 41).

Mit diesen Antworten, die eine durchweg hohe Berufszufriedenheit dokumentieren, unterscheiden sich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kaum von ihren Kollegen aus dem Bereich der Erwachsenenpsychotherapie.

Interessant erschien uns bei dieser Frage auch der Geschlechtervergleich:

Tab. 97. Antworten zur Frage: „Würden Sie noch einmal Psychotherapeut werden?“ (nach Geschlecht der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten; n = 40)

	Geschlecht des Befragten		
	Frau	Mann	Gesamt
Eher nein	1 3,7%		1 2,5%
Wahrscheinlich	10 37,0%	6 46,2%	16 40,0%
Auf jeden Fall	13 48,1%	5 38,5%	18 45,0%
weiß nicht	3 11,1%	2 15,4%	5 12,5%
Gesamt	27 100,0%	13 100,0%	40 100,0%

Wenngleich sich hier zeigt, dass die Person, die mit „eher nein“ geantwortet hat, weiblichen Geschlechtes ist, so scheinen doch die Männer insgesamt größere Vorbehalte gegenüber dem Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu haben: Der größte Teil der männlichen Befragten, nämlich 46,2%, hat mit „Wahrscheinlich“ geantwortet, während bei den Frauen die Mehrzahl (48,1%) „Auf jeden Fall“ ankreuzte.

Insgesamt zeigen sich die Kinder- und JugendlichentherapeutInnen trotz der unbefriedigenden Versorgungssituation in ihrem Bereich (noch!) mit ihrem Beruf nicht weniger zufrieden als ihre KollegInnen aus dem Erwachsenenbereich. Allerdings verweist die relativ große Gruppe derjenigen, die hier mit „weiß nicht“ geantwortet haben (immerhin 12% gegenüber 6% bei den Erwachsenentherapeuten), auf eine berufliche Verunsicherung hin, die sich – sollte sich auch zukünftig an der angespannten Versorgungssituation nichts ändern – auf das berufliche Engagement und letztlich auch auf die Qualität und Effektivität der therapeutischen Behandlung negativ auswirken könnte.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – insbesondere, soweit sie aufschlussreiche Unterschiede zur Erwachsenentherapie erbrachten – kurz zusammengefasst.

1. **Von 77 befragten KJP-Therapeuten (50 aus Göttingen, 27 aus Kassel) haben 43 den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt. Damit ist die Rücklaufquote mit 55,8% erfreulich hoch und deutlich höher als bei den befragten Erwachsenentherapeuten (39,7%).**

   Möglicherweise haben die befragten KJP-TherapeutInnen ein besonders hohes Interesse an der Erhellung der spezifischen Praxisrealität und der besonderen Versorgungsprobleme in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, für die ja in der bisher von der KV praktizierten Bedarfsermittlung keine eigenständige, d. h. von der Erwachsenentherapie unabhängige Angebotsplanung gemacht wird.

2. **Mit einer Häufung in der Altersgruppe der 45-55Jährigen weisen die KJP-TherapeutInnen ein noch höheres Durchschnittsalter als ihre KollegInnen aus dem Erwachsenenbereich auf.**

   Damit zeichnen sich im KJP-Bereich ausgeprägte Nachwuchsprobleme schon für die nahe Zukunft ab, die die generell ungünstige Versorgungslage zusätzlich belasten.

3. **Anders als im Erwachsenenbereich sind weibliche Therapeuten mit 66% in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie deutlich überrepräsentiert.**

4. **Hinsichtlich des Grundberufs handelt es sich bei den KJP-TherapeutInnen überwiegend um PädagogInnen (Lehramt, Diplom-, Sozialpädagogik). Dagegen machen PsychologInnen und vor allem Ärztliche Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen einen wesentlich geringeren Anteil aus.**

5. **Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird bisher insgesamt und so auch in unserem Sample von psychoanalytisch Ausgebildeten dominiert (65%). Demgegenüber machen die KJP-TherapeutInnen mit Zulassung in Verhaltentherapie nur 22% aus.**

   Eigenständige Ausbildungsgänge mit entsprechender Zulassung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie existieren unabhängig von der Analytischen KJ-Psychotherapie im KJP-Bereich bis dato nicht.

6. **Die durchschnittliche Patientenanzahl liegt mit 16 pro TherapeutIn wesentlich niedriger als im Erwachsenenbereich mit 30 Patienten.**

   Diese auffallend niedrige Patientenzahl im KJP-Bereich muss zunächst mit der begrenzten zeitlichen Verfügbarkeit der jungen, durchweg schulpflichtigen

Klienten in Zusammenhang gebracht werden, die Therapien praktisch auf die Nachmittagsstunden beschränkt.

Darüber hinaus ist sie offensichtlich auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Patientenzahl von männlichen und weiblichen Therapeuten zurückzuführen, die in diesem Ausmaß in der Erwachsenentherapie nicht existieren. So haben die quantitativ dominierenden weiblichen KJP-Therapeuten lediglich 13 Patienten in Behandlung, während ihre männlichen Kollegen auf eine durchschnittliche Patientenzahl von 23 kommen.

Auch wenn man die durchweg relativ hohen inter*individuellen* Streuungen von ± 10 in der Patientenzahl in Rechnung stellt, ist doch hier – anders als in der Erwachsenenpsychotherapie die systematische *geschlechts*spezifische Differenz bedeutsamer und beeinflusst auch – wie die folgenden Ergebnisse zeigen – die Behandlungszeit und damit die Versorgungslage im KJP-Bereich insgesamt.

7. **Die durchschnittliche Zahl der wöchentlichen *Behandlungs*stunden beläuft sich auf 21,7 (±9) Wochenstunden und ist somit um 3 Stunden niedriger als in der Erwachsenentherapie.**

Allerdings gibt es auch hier deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Einer durchschnittlichen Behandlungsstundenzahl von 25 (±10) bei den wenigen männlichen KJP-Therapeuten stehen lediglich 20 (±7) Behandlungsstunden bei ihren weiblichen Kollegen gegenüber.

8. **Rechnet man zur genuinen Behandlungszeit die therapieergänzenden und außertherapeutischen Tätigkeiten hinzu, dann ergibt sich eine durchschnittliche Gesamtwochenarbeitszeit von 36,5 Std.**

Auch wenn diese Stundenzahl – pauschal betrachtet - annähernd einer Vollzeittätigkeit entspricht, zeigt doch der Geschlechtervergleich, dass die Frauen unter den KJP-TherapeutInnen mit knapp 33 Std. unterhalb, die Männer mit 44 Stunden deutlich oberhalb dieses Durchschnittswerts liegen. Erinnert sei jedoch daran, dass nur ein Drittel der KJP-Therapeuten Männer sind.

In aller Vorsicht ist aus diesen Ergebnissen abzuleiten, dass Kinder- und JugendlichentherapeutInnen zumeist nicht in Vollzeit als PsychotherapeutIn tätig sind, sei es, weil die quantitativ dominierenden Frauen aufgrund von Haushalts- und Familienaufgaben ihre Erwerbstätigkeit generell zeitlich reduziert haben, sei es, weil sie noch einer weiteren außertherapeutischen (Teilzeit-)Beschäftigung (z. B. als Lehrerin) nachgehen. Auch bei den ohnehin männlichen KJP-Therapeuten ist davon auszugehen, dass sie nicht alle als Vollzeitpsychotherapeuten tätig sind, sondern - sofern sie Ärzte für Pädiatrie oder Kinder und Jugendpsychiatrie sind -, nur einen Teil ihrer Arbeitszeit auf Psychotherapie verwenden, so dass sie faktisch auch nur „Teilzeit-Psychotherapeuten“ sind.

Dies hat eine prinzipiell reduzierte zeitliche Behandlungskapazität in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Folge, die die Versorgungslage noch einmal ungünstiger beeinflusst als in der Erwachsenentherapie.

Die zum Zeitpunkt der Befragung *behandelte Klientel* der Kinder und Jugendlichen weist die folgenden Merkmale auf:

9. **Die meisten KlientInnen gehören zur Altersgruppe der 11-14Jährigen und befinden sich somit – wie in unserer Untersuchungshypothese 2 vermutet – im mittleren Schulalter bzw. in der Pubertätsphase mit den für diese Phase typischen psychosozialen Problemen. Die geringsten Anteile weisen dagegen die Untergruppen der ganz jungen Patienten unter 7 Jahren und der jungen Erwachsenen ab 18 Jahren auf, die sich im Grenzbereich zur Erwachsenenpsychotherapie befinden.**

10. **Im Unterschied zum Bereich der Erwachsenpsychotherapie, wo in der überwiegenden Mehrheit Frauen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, ist bei den jungen Klienten das Geschlechterverhältnis mit 51% Jungen und 49% Mädchen ausgewogener.**

    Allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen dem KV-Bezirk Göttingen (59% Jungen) und dem KV-Bezirk Kassel (42% Jungen).

    Es zeigt sich zudem, dass die männlichen Patienten sich überproportional auf die wenigen männlichen KJP-Therapeuten konzentrieren, die damit mit 75% Jungen und nur 25% Mädchen ein deutliches Ungleichgewicht in der Geschlechterverteilung ihrer Patienten aufweisen. Hier deutet sich möglicherweise ein zusätzliches Versorgungsproblem im Hinblick auf die Behandlung von Jungen durch einen gleichgeschlechtlichen Therapeuten an, die vor dem Hintergrund häufig fehlender männlicher Bezugspersonen von Kindern und Jugndlichen durchaus indiziert sein kann.

11. **Betrachtet man vor diesem Hintergrund die familiäre Lebenssituation der jungen Patienten, dann zeigt sich tatsächlich, dass diese zwar mehrheitlich (45,9%) mit beiden Elternteilen zusammenleben; jedoch immerhin 22,2% mit der alleinerziehenden Mutter zusammenwohnen.**

    Weitergehende Schlussfolgerungen über einen Zusammenhang zwischen Vollständigkeit der Familie und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter lassen sich aus diesem Ergebnis aufgrund der Komplexität der möglichen Determinanten jedoch keinesfalls ziehen.

12. **Bei den Störungsbildern der jungen Patienten dominieren mit 52,3% die „klassischen“ *neurotischen und emotionalen Störungen* wie z. B. Phobien, infantile Zwangsneurosen und Depressionen. Aber auch *Verhaltensauffälligkeiten* (ADS), *Störungen des Sozialverhaltens* haben ebenso wie *reaktive Störungen z. B. nach Trennung der Eltern* mit je 20% Patientenanteil ein besonderes Gewicht. *Essstörungen* sind ebenso wie *Pubertätskrisen* mit jeweils ca. 13% vertreten, die zudem –wie auch Störungen des Sozialverhaltens – in den letzten Jahren nach den Angaben der Befragten unseres Samples an Bedeutung zugenommen haben.**

    Diese Tendenzen in der Verteilung der Störungsbilder dürften aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen widerspiegeln, wie z. B. die Zunahme der Scheidungen, die steigende Zahl von verhaltensgestörten Schülern, die objektiv zunehmende Häufigkeit von Essstörungen, zumeist in Form von Anorexie und Bulimie bei Mädchen im Pubertätsalter, z. T. aber auch bei jüngeren Kindern beiderlei Geschlechts in Form von Adipositas und ungesunder Ernährung.

13. **Mit Abstand die meisten jungen Patienten erhalten eine Analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Therapie (46,7%), die ja in der Richtlinienpsychotherapie für Kinder- und Jugendliche nicht unabhängig von der Analytischen Therapie beantragt werden kann. Weitere 22% werden verhaltenstherapeutisch, 15% in Form von Kurztherapien oder Kriseninterventi on, fast 12% mit niedrigfrequenten, stützenden Therapieverfahren behandelt. Andere Behandlungsformen wie die Gruppentherapie spielen ebenso wie im Erwachsenenbereich auch bei Kindern und Jugendlichen nur eine marginale Rolle.**

14. **Stellt man die durchschnittlichen Wochenfrequenzen und Therapieumfänge bei Kindern und Jugendlichen in Rechnung, dann ergibt sich, dass bei Kindern und Jugendlichen sowohl analytisch orientierte Therapien (mit durchschnittlich 2 Stunden pro Woche) als auch Verhaltenstherapien bzw. andere nicht-analytische Therapieverfahren (mit durchschnittlich 1 Std. pro Woche oder weniger) in der Regel maximal 1 Jahr dauern.**

Die für die Versorgungssituation relevanten Fragen nach der *Praxisauslastung* erbrachten die folgenden Ergebnisse:

15. **Bei den Überweisungs- und Zugangswegen zur fachpsychotherapeutischen KJP-Praxis steht der indirekte Überweisungsweg über den Haus- oder Kinderarzt mit 21,7% Patientenanteil an der Spitze.**

    Als weitere wichtige Anreger für die Durchführung einer Psychotherapie fungieren bei 11,4% der jungen Patienten *psychosoziale Beratungsstellen*, die in dieser Funktion eine größere Rolle spielen als im Erwachsenenbereich. Dass die von der KV eingerichteten Koordinationsstellen im KJP-Bereich mit 11,2% ein deutlich größeres Gewicht bei der Verteilung der Patientenströme auf freie Therapieplätze haben, werten wir als Hinweis, dass hier die Versorgungsengpässe größer sind und daher mehr der *zentralen Steuerung* bedürfen.

16. **Ebenso belegt das Verhältnis von Neuanfragen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen – exemplarisch ermittelt für das 1. Quartal 2001 - , dass die Diskrepanzen zwischen Nachfrage und Angebot in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie noch einmal deutlich größer sind als in der Erwachsenenpsychotherapie: Lediglich 35% der Nachfragenden werden direkt bzw. nach einer Wartezeit in Behandlung genommen. Das heißt: Die Ablehnungsquote in der KJP-Praxis beläuft sich faktisch auf zwei Drittel der Nachfragenden.**

    Noch ungünstiger sieht die Versorgungsquote im KV-Bezirk Kassel aus: Hier konnten im 1. Quartal 2001 nur 25% der Nachfragenden in Behandlung genommen werden.

17. **Auch die Ergebnisse zur Bedeutung von Wartelisten und zur Länge der Wartezeiten indizieren erhebliche Versorgungsdefizite im KJP-Bereich: 83% der befragten KJP-Therapeuten versuchen, mit Wartelisten die Versorgung zu regulieren, was ja immer mit dem Risiko einer Verschlechterung des Krankheitszustandes verbunden ist. Dabei beträgt die durchschnittliche Wartezeit bis Therapiebeginn 5-6 Monate und ist damit länger als im Bereich der Erwachsenentherapie.**

    An der Länge der Wartezeiten hat sich auch nach dem Inkrafttreten des PTG und den damit verbundenen Neuzulassungen kaum etwas verändert: Über 70% registrieren hier keine Veränderungen, 21% berichten sogar über weitere Verlängerungen. Faktisch hätte sich damit sogar die Versorgungssituation seit der Geltung des PTG verschlechtert, möglicherweise deswegen, weil zumindest einige KJP-Therapeuten, die vorher über Kostenerstattung an der Versorgung beteiligt waren, nunmehr aus dem Versorgungssystem herausgefallen sind, da sie die Kriterien für die Kassenzulassung nicht erfüllen konnten.

18. **Die angegebenen Gründe für die Nichtaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung sind so eindeutig wie beunruhigend: Der mit Abstand häufigste Ablehnungsgrund ist mit 68% der fehlende Therapieplatz. Die fehlende Indikation (14,5%) und die ungünstige Prognose (9,7%) spielen demgegenüber als Ablehnungsgrund eine eher geringfügige Rolle.**

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen können die Einschätzungen der Befragten zur psychotherapeutischen Versorgungssituation nicht mehr überraschen:

19. **Eine überwältigende Mehrheit von 90,7% schätzt die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen als nicht ausreichend ein.**

    Diese pessimistische Einschätzung wird im übrigen auch durch die „Fremdbeurteilung“ der Erwachsenenpsychotherapeuten bestätigt. Sie beurteilen die Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie immer noch zu 77% als nicht ausreichend und damit auch deutlich ungünstiger als die Versorgungslage in ihrem eigenen Arbeitsfeld, die „nur“ 47% als nicht ausreichend ansehen.

Die Ergebnisse zur Beurteilung des *Gutachterverfahrens* und zur *Berufszufriedenheit* fallen im Vergleich zum Erwachsenenbereich zwar nicht prinzipiell anders, aber doch etwas kritischer aus, was sicherlich auch mit der prekären Versorgungslage in Zusammenhang zu bringen ist:

20. **Nur ein Drittel der Befragten spricht sich für eine Beibehaltung des Gutachterverfahrens in seiner jetzigen Form aus. Ein Viertel plädiert für die ersatzlose Streichung, die ähnlich wie bei den Erwachsenentherapeuten mit dem Zweifel an der Tauglichkeit als Instrument der Qualitätssicherung begründet wird. Die große Mehrheit (40%) schlägt eine Modifikation des Verfahrens vor, die sich vor allem auf die zeitliche Straffung und Vereinfachung des Verfahrens bezieht.**

    Mit diesen eher kritischen Einstellungen zum Gutachterverfahren nähern sich die Kinder- und JugendlichentherapeutInnen am ehesten der Fachgruppe der Verhaltenstherapeuten im Erwachsenenbereich an, die ja auch vor dem Hintergrund einer angespannten Versorgungssituation das Gutachterverfahren vor allem unter dem Aspekt der *zeitlichen* Belastung als zu aufwendig beurteilt haben.

21. **Hinsichtlich der Berufszufriedenheit zeigen sich die KJP-TherapeutInnen trotz der unbefriedigenden Versorgungslage durchweg nicht weniger zufrieden als ihre KollegInnen aus dem Erwachsenenbereich: 46,3% würden bei erneuter Berufswahl auf jeden Fall wieder PsychotherapeutIn werden.**

    Allerdings gibt es hier – insbesondere in der Gruppe der jüngeren und der über 55 Jährigen und interessanterweise der männlichen KJP-Therapeuten – eine größere berufliche Verunsicherung, die – sollte sich auch zukünftig nichts an der angespannten Versorgungslage ändern - , sich auf das berufliche Engagement und letztlich auch auf die Qualität und Effektivität der therapeutischen Behandlung negativ auswirken könnte.

Als **Fazit** bleibt festzuhalten:

Die Befunde zur ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zeigen einen eklatanten Mangel in der Versorgung, der noch gravierender ist als im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie. Damit wird unsere Untersuchungshypothese 2 voll bestätigt.

Die Gründe für die konstatierte Unterversorgung im KJP-Bereich liegen – im Unterschied zur Erwachsenenpsychotherapie, wo sich diese je nach Berufs- oder Fachgruppe differenzierter darstellt - *eindeutig in der insgesamt viel zu geringen Anzahl von KJP-TherapeutInnen mit Kassenzulassung,* die zudem im Vergleich zu den ErwachsenentherapeutInnen weit häufiger nur mit reduzierter Stundenzahl arbeiten, sei es aufgrund der eingeschränkten zeitlichen Verfügbarkeit ihrer schulpflichtigen Klientel, sei es aufgrund der zusätzlichen zeitlichen Belastungen der überwiegend weiblichen KJP-Therapeuten durch eine weitere außertherapeutische (Teilzeit-)Beschäftigung, z. B. als Grundschullehrerin, der sie nicht zuletzt aus Gründen der Existenzsicherung nachgehen.

Berücksichtigt man darüber hinaus noch das relativ hohe Durchschnittsalter der KJP-TherapeutInnen von über 45 Jahren, dann folgt aus unseren Ergebnissen, dass für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht nur dringend eine gesonderte Bedarfsplanung erforderlich ist, *sondern auch Abhilfe für den sich abzeichnenden Nachwuchsmangel durch Forcierung der Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich geschaffen werden muss.*

Literatur

Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979/86): Kognitive Therapie der Depression. München: Psychologie Verlagsunion.

Clarkin, J.F.,Yeomans, F. & Kernberg, O.F. (2000): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer.

Freyberger, H.J., Heuft,G., Ziegenhagen,J. (Hrsg.) (2000): Ambulante Psychotherapie – Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. Stuttgart: Schattauer.

Geuter, U. (1999): Die Psychotherapie und die Politik. Anmerkungen zum Psychotherapeutengesetz. (44) *Psychotherapeut,* S. 5-99.

Kallinke, D., Kosarz, P. (2001): Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Sinnvoll und verbesserungsfähig. (98) *Dtsch. Ärztebl.* H. 40, A2554.

Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.) (2000): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Köhlke, H.U. (2001): Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Bonn: dgvt-Verlag.

Lamprecht, F. (1996): Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. (46) *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* S. 283-290.

Löcherbach, P., Henrich, T. Kemmer, H. et al. (2000): Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd.125. Baden-Baden: Nomos Verlags-gesellschaft.

Pollack, T. 2001): Zur aktuellen berufspolitischen Situation der Psychoanalyse. (55) *PSYCHE* H.8, S. 835-862

Radebold, H.(2002):Psychoanalyse und Altern, oder: Von der Schwierigkeit einer Begegnung. (56*) PSYCHE* H. 9/10, S. 1031-1060)

Schmid. R. (1992):Psychotherapiebedarf. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln.

Zepf, S. , Mengele, U., Marx, A. (2001): Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Verzeichnis der Übersichten und Tabellen

Übersicht 1. KV-Zugelassene Psychotherapeuten in der BRD (Stand: 31. 12. 1999)*. ... 3

Übersicht 3. Versorgungsgrad ambulanter Psychotherapie nach Kreistypen in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel (Stand: April 2001). ... 9

Übersicht 4. Verteilung der Befragungspopulation auf die KV-Bezirke und Kreisstellen (Erwachsenen- und KJP-Bereich). ... 14

Übersicht 5. Verteilung der Befragungspopulation auf die KV-Bezirke und Kreisstellen (*nur* KJP-Bereich). ... 15

Tab. 1. Die befragte Population („bereinigt“) und Rücklauf nach KV-Bezirk. ... 16

Tab. 2. Befragte Population („bereinigt“) und Rücklauf nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichentherapeuten. ... 17

Tab. 3. Befragte Population („bereinigt“) und Rücklauf nach Berufsgruppen (*nur* Erwachsenen-PT). ... 17

Tab. 4. Befragte Population („bereinigt“) und Rücklauf nach Geschlecht der Befragten. ... 18

Tab. 5. Alter der Befragten nach KV-Bezirk (n = 201). ... 19

Tab. 6. Studium der Befragten nach KV-Bezirk (n = 205). ... 21

Tab. 7. Zusätzliche Studienfächer zu Medizin oder Psychologie (n = 205). ... 21

Tab. 8. Studium nach Geschlecht (n = 201). ... 22

Tab. 9. Studium der Befragten nach Alter (n = 201). ... 23

Tab. 10. Berufsgruppe der Befragten nach KV-Bezirk (n = 205). ... 24

Tab. 11. Berufsbezeichnung der Befragten nach KV-Bezirk (n = 205). ... 25

Tab. 12. Berufsgruppe der Befragten nach Geschlecht (n = 201). ... 26

Tab. 13. Fachgruppe nach KV-Bezirk (n = 205). ... 27

Tab. 14. Fachgruppe nach Berufsgruppe (n = 205). ... 27

Tab. 15. Fachgruppe nach Alter (n = 201). ... 28

Tab. 16. Fachgruppe nach Geschlecht (n = 201). ... 29

Tab. 17. Zusätzliche Zulassung nach KV-Bezirk (n = 205). ... 29

Tab. 18. Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses (n = 194). ... 31

Tab. 19. Zeitpunkt der Niederlassung (n = 198). ... 31

Tab. 20. Zeitpunkt der Niederlassung nach Fachgruppen (n = 198). ... 32

Tab. 21. Die durchschnittliche Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach KV-Bezirk (Mittelwerte; n = 200). ... 34

Tab. 22. Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach KV-Bezirk (Median; n = 200). ... 35

Tab. 23. Durchschnittliche Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach Berufsgruppen und KV-Bezirk (n = 200). 35
Tab. 24. Durchschnittliche Anzahl PatientInnen pro Psychotherapeut nach Fachgruppen und KV-Bezirk (n = 200)..... 36
Tab. 25. Verteilung der PatientInnen auf Therapieverfahren und Behandlungs-settings nach prozentualem Anteil an der Gesamtzahl von PatientInnen in Therapie. 38
Tab. 26. Therapieumfang nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut. 39
Tab. 27. Wochenfrequenz der Behandlungen nach prozentualem Anteil an der Gesamtzahl von PatientInnen in Therapie nach Fachgruppen. 41
Tab. 28. Durchschnittliche Behandlungsstundenzahl pro Psychotherapeut nach KV-Bezirk (n = 193). 42
Tab. 29. Durchschnittliche Behandlungsstundenanzahl nach Berufsgruppe (n = 193). 42
Tab. 30. Durchschnittliche Behandlungsstundenzahl nach Fachgruppe (n = 193). 43
Tab. 31. Therapieergänzende/außertherapeutische Tätigkeiten; durchschnittliche Wochenstundenzahl nach Fachgruppe (n = 196)..... 45
Tab. 32. Therapieergänzende Tätigkeiten; durchschnittlich Wochenstundenzahl gesamt nach KV-Bezirk (n = 196). 45
Tab. 33. Gesamte durchschnittliche Wochenarbeitszeit nach KV-Bezirk (n = 196). 46
Tab. 34. Durchschnittliche Gesamt-Wochenarbeitszeit nach Fachgruppen (n = 193). 46
Tab. 35. Veränderung der Wochenarbeitszeit nach dem PTG nach Fachgruppe (n = 177). 49
Tab. 36. Altersstruktur der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 187)..... 52
Tab. 37. Altersstruktur der PatientInnen nach Fachgruppe (n = 187). 52
Tab. 38. Geschlecht der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 186)..... 53
Tab. 39. Geschlecht der PatientInnen nach Fachgruppe des Therapeuten (n = 186). 54
Tab. 40. Geschlecht der PatientInnen nach Geschlecht des Therapeuten (n = 186). 54
Tab. 41. Berufliche Qualifiktion/Erwerbsstatus der PatientInnen nach durchschnitttlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; KV-Bezirke im Vergleich (n = 161). 56
Tab. 42. Berufliche Qualifikation/ Erwerbsstatus der PatientInnen nach Fachgruppen der Therapeuten (n = 161). 57
Tab. 43. (Familiäre) Lebenssituation der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; KV-Bezirke im Vergleich (n = 156). 59

Tab 44. Kostenträger der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; KV-Bezirke im Vergleich (n = 175). 61

Tab. 45. Kostenträger der PatientInnen nach Berufsgruppen der TherapeutInnen..... 62

Tab. 46. Kostenträger der PatientInnen nach Fachgruppen der TherapeutInnen (n = 175). 62

Tab. 47. Störungsbilder der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 180)..... 64

Tab. 48. Störungsbilder der PatientInnen nach Berufsgruppen der TherapeutInnen (n = 180). 65

Tab. 49. Störungsbilder der PatientInnen nach Fachgruppen der TherapeutInnen (n = 180). 66

Tab. 50. PatientInnen, die bereits eine Psychotherapie hinter sich haben nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 173). 68

Tab. 51. PatientInnen, die bereits eine Psychotherapie abgebrochen haben nach durchschnittlichem prozentualem Anteil pro Psychotherapeut. 69

Tab. 52. Einzugsgebiet einer psychotherapeutischen Praxis nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 179). 70

Tab. 53. Zeitaufwand für Anfahrt zur Praxis nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 166)..... 70

Tab. 54. Überweisungs-/ Zugangswege, über die die PatientInnen zum Therapeuten gelangt sind, nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 174)..... 72

Tab. 55. Neu-Anfragen nach einer Behandlung im 1. Quartal 2001; durchschnittliche Patientenanzahl (Mittelwerte; n = 138)..... 75

Tab. 56. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten Prozentanteile an allen Anfragen nach KV-Bezirk (n =138). 76

Tab. 57. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten; Prozentanteil an allen Anfragen nach Berufsgruppen (n =138). 77

Tab. 58. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten; Prozentanteil an allen Anfragen nach Fachgruppen (n =138). 78

Tab. 59. Gründe für Nichtbehandlung nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut; Vergleich der KV-Bezirke (n = 123)..... 80

Tab. 60. Gründe für Nichtbehandlung nach Berufsgruppen (n = 123). 80

Tab. 61. Günde für Nichtbehandlung nach Fachgruppen (n = 123)..... 81

Tab. 62. Veränderung der Wartezeit seit Inkrafttreten des PTG nach Berufsgruppen (n = 147)..... 84

Tab. 63. Veränderung der Wartezeit seit PTG nach Fachgruppen (n = 147). 85

Tab. 64. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen durch Erwachsenen-PsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 180). 93

Tab. 65. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen nach Berufsgruppen (n = 180). 94
Tab 66. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen nach Fachgruppen (n = 180). 94
Tab. 67. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Erwachsenen nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n = 224). 95
Tab. 68. Meinung zum Gutachterverfahren nach KV-Bezirk (n = 191)..... 97
Tab. 69. Meinung zum Gutachterverfahren nach Berufsgruppen (n = 191). 98
Tab. 70. Meinung zum Gutachterverfahren nach Fachgruppen (n = 191). 98
Tab. 71. Antworten zur Frage: Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (nach Berufsgruppen; n = 199)..... 102
Tab. 72. Antworten zur Frage: Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (Nach Fachgruppen; n = 199). 103
Tab. 73. Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (nach Alter der Befragten; n = 199). 104
Tab. 74. Zur Frage: Würden Sie noch einmal PsychotherapeutIn werden? (nach Geschlecht der Befragten; n = 199). 104
Tab. 75. Befragte Population und Rücklauf im Vergleich von Erwachsenen- und Kinder-/JugendlichenpsychotherapeutInnen. 117
Tab. 76. Die befragte Population und Rücklaufstichprobe (KJP) im Vergleich der KV-Bezirke. 117
Tab. 77. Alter der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 42). 118
Tab. 78. Geschlecht der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 41). 119
Tab. 79. Berufsbezeichnung der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 43). 120
Tab. 80. Zulassung / Ermächtigung der befragten Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutInnen für therapeutische Richtlinienverfahren (n = 37). 121
Tab. 81. Anzahl PatientInnen pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach KV-Bezirk (n = 41). 124
Tab. 82. Anzahl PatientInnen pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach KV-Bezirk (n = 41). 124
Tab. 83. Verteilung der jungen PatientInnen auf die Therapieverfahren nach Prozentanteil an der Gesamtzahl von PatientInnen in Therapie (n = 42). 125
Tab. 84. Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsstunden pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach KV-Bezirk (n = 41). 128
Tab. 85. Durchschnittliche Behandlungsstundenzahl nach Geschlecht der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (n = 41)..... 128
Tab. 86. Geschlecht der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn; nach KV-Bezirk und gesamt (n = 42). 132

Tab. 87. Geschlecht der PatientInnen nach Geschlecht der KJP-TherapeutInnen (n = 42)..... 132

Tab. 88. Erwerbsstatus der Eltern der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro PsychotherapeutIn; nach KV-Bezirk und gesamt (n = 33)..... 134

Tab. 89. Zeitaufwand für Anfahrt zur Praxis nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; nach KV-Bezirk und gesamt (n = 38). 139

Tab. 90. Diagnostische Gespräche, Behandlungsaufnahmen/-ablehnungen, Wartelisten; Prozentanteile an allen Anfragen nach KV-Bezirk (n = 29). 140

Tab. 91. Gründe für Nichtbehandlung nach durchschnittlichem prozentualem Anteil der PatientInnen pro Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut In (n = 30)..... 141

Tab. 92. Durchschnittliche Wartezeit der jungen PatientInnen nach KV-Bezirk (n = 34). 143

Tab. 93. Allgemeine Einschätzung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Kinder- und Jugendlichentherapeuten nach KV-Bezirk (n = 43)..... 147

Tab. 94. Allgemeine Einschätzung der Versorgung im KJP-Bereich durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach KV-Bezirk, einschließlich „weiß nicht“ (n = 43)..... 147

Tab. 95. Allgemeine Einschätzung der Versorgung im KJP-Bereich durch die Erwachsenenpsychotherapeuten (n = 183). 148

Tab. 96. Meinungen der Kinder- und JugendlichentherapeutInnen zum Gutachterverfahren (n = 43)..... 149

Tab. 97. Antworten zur Frage: „Würden Sie noch einmal Psychotherapeut werden?“ (nach Geschlecht der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten; n = 40)..... 152

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1. Alter der befragten TherapeutInnen (n = 201)..... 19
Abb. 2. Geschlechterverteilung der befragten TherapeutInnen (n = 201). 20
Abb. 3. Berufsgruppen der Befragten mit ärztlichen Untergruppen (n = 205)..... 24
Abb. 4. Prozentuale Verteilung der Befragten auf die Fachgruppen (nach Zulassung für ein Richtlinienverfahren; n = 205)..... 26
Abb. 5. Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses (n = 194)..... 30
Abb. 6. Zeitpunkt der Niederlassung (n = 198)..... 30
Abb. 7. Ausbildung/Praxisanwendung ergänzender Therapieverfahren (Angaben in %; n = 205). 33
Abb. 8. Verteilung der PatientInnen auf verschiedene Therapieverfahren nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 197). 37
Abb. 9. Wochenfrequenz der Behandlungen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 197)..... 40
Abb. 10. Therapieergänzende außertherapeutische Tätigkeiten; durchschnittliche zusätzliche Wochenstundenzahl (n = 196)..... 44
Abb. 11. Veränderung der Wochenarbeitszeit nach Inkrafttreten des PTG (n = 177). 49
Abb. 12. Alter der Patienten nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 187)..... 51
Abb. 13. Geschlecht der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 186)..... 53
Abb. 14. Berufliche Qualifiktion/Erwerbsstatus der PatientInnen nach durchschnitttlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 161). 55
Abb. 15. (Familiäre) Lebenssituation der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 156)..... 58
Abb. 16. Kostenträger der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 175)..... 61
Abb. 17. Störungsbilder der PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 180)..... 63
Abb. 18. Verhältnis von Neuanfragen, diagnostischen Erstgesprächen, Behandlungsaufnahmen und Ablehnungen (Quartal 2001); durchschnittliche Patientenanzahl pro Psychotherapeut..... 74
Abb. 19. Gründe für Nichtbehandlung nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 123)..... 79
Abb. 20. Durchschnittliche Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn (n = 125)..... 83
Abb. 21. Veränderung der Wartezeit seit dem PTG (n = 147)..... 84
Abb. 22. Einschätzungen der Befragten zur Häufigkeit der Störungsbilder seit Beginn der Praxistätigkeit (n = 176)..... 86
Abb. 23. Zu-/Abnahme der Störungsbilder in den letzten 5 Jahren aus der Sicht der Befragten (n = 162)..... 89
Abb. 24. Einschätzungen der Befragten zum störungsspezifischen Versorgungsbedarf (n = 162)..... 91
Abb. 25. Meinung zum Gutachterverfahren (n = 191). 97

Abb. 26. Antworten zur Frage: Würden Sie nochmal PsychotherapeutIn werden? (n = 199). 101
Abb. 27. Alter der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach KV-Bezirk (n = 42). 118
Abb. 28. Geschlecht der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (n = 41). 119
Abb. 29. Basisstudium der befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (n = 43). 120
Abb.30. Ausbildung/Praxisanwendung weiterer ergänzender Therapieverfahren bei befragten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. .. 122
Abb. 31. Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses (n = 39). 123
Abb. 32. Zeitpunkt der Niederlassung der befragten TherapeutInnen (n = 41). 123
Abb. 33. Wochenfrequenz der Behandlungen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil der PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 43). 126
Abb. 34. Therapieumfang für Kinder nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 36). 127
Abb. 35. Therapieumfang für Jugendliche nach durchschnittlichem prozentualen Anteil von PatientInnen pro Psychotherapeut (n = 36). 127
Abb. 36. Durchschnittliche zusätzliche Wochenarbeitsstunden für therapieergänzende/ außertherapeutische Tätigkeiten (n = 40). 129
Abb. 37. Veränderung der wöchentlichen Arbeitszeit seit Inkrafttreten des PTG (n = 37). 130
Abb. 38. Die Altersstruktur der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 36). 131
Abb. 39. Die familiäre Lebenssituation der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 35). .. 133
Abb. 40. Kostenträger der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Psychotherapeut (n = 40). 135
Abb. 41. Prozentuale Verteilung der Auftretenshäufigkeit der wichtigsten Störungsbilder in der Gesamt-Klientel (n = 35). 136
Abb. 42. Überweisungs/-Zugangswege über die die PatientInnen zum Therapeuten gelangt sind, bezogen auf die Gesamtzahl der befragten TherapeutInnen (n = 33). 137
Abb. 43. Einzugsgebiet der jungen PatientInnen nach durchschnittlichem prozentualen Anteil pro Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (n = 39). 138
Abb. 44. Durchschnittliche Wartezeit bis Behandlungsbeginn im KJP-Bereich (n = 34). 142
Abb. 45. Veränderung der Wartezeit seit dem PTG (n = 29). 143
Abb. 46. Veränderung der Auftretenshäufigkeit von Störungsbildern (gesamt; n = 27). 145
Abb. 47. Einschätzung der störungsspezifischen Versorgungssituation (n = 28). 146
Abb. 48. Antworten der TherapeutInnen im KJP Bereich zur Frage: Würden Sie nochmal PsychotherapeutIn werden? (n = 41). 151