

# 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 Jugendlichenpsychotherapeuten die direkte Abrechnungsmöglichkeit ihrer Leistungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. mit den (gesetzlichen) Krankenkassen.

Voraussetzung ist freilich die Approbation<sup>1</sup> und eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung in einem als wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Verfahren der Richtlinienpsychotherapie<sup>2</sup>. 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 Planungsbe- reich 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

---

<sup>1</sup> 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 Ausbildung für Diplompsychologen und psychotherapeutischer Weiterbildung für Ärzte.

<sup>2</sup> 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. Fokalthherapie* (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<sup>3</sup> zugunsten der letzteren ins Wanken geriet; sondern der schlagartig vermehrte Zugriff auf das insgesamt nicht nennenswert ausgeweitete Budget für Psychotherapie<sup>4</sup> 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<sup>5</sup> bis heute an.

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Das Budget für Psychotherapie umfasst derzeit einen Anteil von ca. 2,5% des Gesamtbudgets aller Gebietsärzte.

<sup>5</sup> Inzwischen sind die in *Punktzahlen* 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)\*.

	<b>1999</b>	<b>Änderung/Zunahme zu 1998</b>
<b>Psychotherapeu- ten gesamt</b>	<b>20.970</b>	<b>26,6%</b>
- davon <b>ÄPT</b>	<b>8.951</b>	<b>4,4%</b>
- davon AP u. TP**	8.951	4.4%
- davon VT***	(1.421)***	
- davon <b>PPT</b>	<b>10.465</b>	<b>56,3%</b>
- davon AP u. TP**	4.967	67,9%
- davon VT	5.498	47,2%
- davon <b>KJP</b>	<b>1.554</b>	<b>19,3%</b>
- 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 Psychotherapie;

\*\*\* 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.<sup>6</sup>

Inzwischen gilt der generelle Bedarf an Psychotherapeuten – legt man die Kriterien der o. g. vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugrunde – in fast allen KV-Bezirken als gedeckt<sup>7</sup>; 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.

---

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> 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.