Verhaltenstherapie: Quo vadis seit dem PTG?

Ein Editorial zum Jahreswechsel verleitet immer wieder zur Reflexion der Entwicklung unseres Faches. In diesem Monat geht das 3. Jahr nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes für Psychologen (PTG) zu Ende. Einige Daten und Gedanken scheinen zu diesem Anlass angebracht; dabei wird lediglich die Entwicklung der Verhaltenstherapie (VT) bei Erwachsenen dargestellt.

Stand der Richtlinien-VT im letzten Jahr des Delegationsverfahrens (1998)

1998 führten etwa 17.000 kassenzugelassene psychologische (7997) und ärztliche (ca. 9000) Psychotherapeuten insgesamt 424.727 Therapien durch: 252.968 Kurzzeit- (KZT), 134.074 Langzeit- (LZT), sowie 37.685 analytische Psychotherapien (PT). In der VT waren mehr als dreimal so viele Psychologen (3736) wie Ärzte (1164) tätig. Tiefenpsychologisch orientierte PT führten dagegen doppelt so viele Ärzte (8571) wie Psychologen (4261) durch. Bei den ärztlichen Psychotherapeuten ist eine exakte Trennung VT – PT/Analyse nur hinsichtlich der abgerechneten Leistungen, nicht aber der Verfahrenszugehörigkeit möglich. Nach Einschätzung der KBV sind die ärztlichen Verhaltenstherapeuten zu etwa 80% für beide Verfahren zugelassen.

Bezogen auf die VT wurden 105.857 VT-KZT durchgeführt, davon 86.995 (also etwa 80%) von Psychologen. VT-LZT erreichten mit 34.886 (davon 29.832 durch Psychologen) nur etwa ein Drittel der KZT Menge. Diese Leistungen wurden von 4.900 (3.736 psychologischen und 1.164 ärztlichen) Verhaltenstherapeuten erbracht. 27 Gutachter (ausschließlich ärztliche Verhaltenstherapeuten) bearbeiteten die LZT-Anträge. 23 anerkannte Institute für Verhaltenstherapie (davon 3 vorläufig anerkannt) bildeten zu diesem Zeitpunkt neue Therapeuten und Therapeutinnen aus.

Entwicklung der Richtlinien-VT im ersten Jahr des PTG (1999)

Mit 176.080 KZT und 67.944 LZT wurden etwa 70% mehr KZT und fast 90% mehr LZT erbracht als im Vorjahr. Die

Gesamtzahl aller Verhaltenstherapien (KZT plus LZT) stieg von 140.000 im Jahr 1998 auf 244.024 an. Eine Aufteilung der Psychologen- und Ärztetherapien ist ab 1999 durch Aufhebung des Delegationsverfahrens nun nicht mehr verfügbar, entsprechende Daten werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht mehr erhoben. Vermutlich ist dieser starke Anstieg auf die erhebliche Einschränkung des Erstattungsverfahrens und den Wechsel vieler Therapeuten (und Therapien) aus diesem in das Richtlinienverfahren zurückzuführen.

Die Zahl der Verhaltenstherapeuten nahm auf 6919 (5498 Psychologen und 1421 Ärzte) zu. Der Anstieg der psychologischen Verhaltenstherapeuten um 1762 im Vergleich zu dem der Ärzte um 257 dürfte wesentlich auf das PTG zurückzuführen sein («Übergangsregelung»). Die Zahl der VT-Gutachter stieg auf 49 (die zusätzlichen überwiegend Psychologen). Der KBV standen die Statistiken von 44 VT-Gutachtern zur Verfügung, die insgesamt 47.427 Gutachten erstellt hatten. Die durchschnittliche Ablehnungsquote lag bei 5% (1–17%) und war damit gegenüber 1998 (nur) leicht gestiegen. Die durchschnittliche Änderungsquote lag bei 14% (1–84%!). Auch hier ergab sich eine leichte Erhöhung. Insgesamt erfolgte also bei einem Fünftel der Therapeutenberichte eine erhebliche Einflussnahme der Gutachter. Bei den 187 Obergutachten (Daten von 2 Obergutachtern) lag die Ablehnungsquote bei 27%, die Änderungsquote bei 8%. Dabei muss berücksichtigt werden, dass viele Therapeuten in das Obergutachtenverfahren geänderte Berichte oder Ergänzungen aufgrund des Erstgutachtens einbringen. Die Ergebnisse im tiefenpsychologischen und analytischen Bereich waren erstaunlich ähnlich.

Entwicklung der Richtlinien-VT bis 2001

Im Sommer 2001 waren etwa 22.500 psychologische (12.646) und ärztliche (etwa 10.000) Psychotherapeuten zugelassen. In allen drei Therapieverfahren überwiegen nunmehr die psychologischen Psychotherapeuten. In der VT hat sich ihre Zahl seit 1998 um 2488 auf 6224 erhöht. Die (auch) VT-zugelassenen Ärzte sind um etwa 750 angestiegen (820 insgesamt,

auf 9.391 insgesamt). Innerhalb der VT überwiegen die psychologischen Therapeuten gegenüber den ärztlichen (6224 zu 1727) jetzt um das 3,5fache. Dagegen ist im Bereich der tiefenpsychologisch orientierten PT die Entwicklung tendenziell weiter zu Gunsten der Ärzte verlaufen (jetzt 9391/4417). Drei Jahre PTG haben also die vorher bestehenden Unterschiede sogar noch verstärkt. Ob die laufenden Weiterbildungsgänge für den neuen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie daran in den nächsten Jahren etwas ändern werden, lässt sich gegenwärtig nicht abschätzen. Insgesamt war die Zunahme der (insbesondere psychologischen) Verhaltenstherapeuten allerdings nicht mehr so sprunghaft wie im Jahr der Übergangsregelung.

Die Zahl der Behandlungsfälle für 2000 und 2001 liegt noch nicht vor. Für 2000 stellten alle (jetzt 48) Gutachter ihre Statistik zur Verfügung. Bei 110.726 Gutachten (gegenüber 1999 mehr als verdoppelt, vor allem als PTG-Effekt!) lag die durchschnittliche Ablehnungsquote bei 4% (1–7%), war also wieder leicht gesunken. Die Änderungsquote lag bei durchschnittlich 9% (1–29%). Damit fiel der Anteil der Gutachtereingriffe von 19% 1998 auf nurmehr 13%. Bei den 767 (!) Obergutachten (wiederum nur die Daten von 2 Obergutachtern) lag die Ablehnungsquote erneut bei 27%, die Änderungsquote war aber auf 25% angestiegen (also insgesamt 52% «Eingriffe»). Bei den beiden anderen Psychotherapieverfahren lagen Ablehnungs- und Änderungsquote fast gleich. Bei den Obergutachten ergab sich nur bei der Ablehnungsquote ein deutlich niedrigerer Wert von 19%.

Die anerkannten VT-Ausbildungsinstitute nahmen bis zum Jahre 2001 um das Dreifache zu, nachdem sich die Anzahl von 1997 zu 1998 um nur 3 auf 23 erhöht hatte. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt dürften 65–70 Ausbildungsinstitute für VT mit behördlicher Anerkennung (oder fortgeschrittenem Anerkennungsverfahren) nach dem PTG arbeiten. Von diesen werden 16 den «universitären» und die übrigen den «privaten» (davon 30 in der DVT) zugeordnet. Bei den universitären Instituten fällt auf, dass die rechtlichen Konstruktionen von einer GmbH über einen Verein oder ein Trägerinstitut bis hin zum «Institut an der Universität» reichen. Nur an relativ wenigen Universitäten scheinen rechtlich eindeutige «Institute an der Universität» gegründet worden zu sein. An einigen Universitäten kooperieren der FB-Psychologie und der FB-Medizin in der VT Aus- bzw. Weiterbildung (z.B. Freiburg, Marburg). An der Hamburger Universität haben beide FB ein gemeinsames Institut der Universität gegründet, dessen Gründungsleitung Vertreter der analytischen und der tiefenpsychologischen PT, der Gesprächs-Psychotherapie, der Neuropsychologie und der Psychiatrie bilden – unter Ausschluss der seit 25 Jahren gemeinsam Forschung und Ausbildung betreibenden Arbeitsbereiche VT an der Psychiatrischen Universitätsklinik und dem Psychologischen Institut 3 am FB Psychologie. Bei vollem Betrieb dürften all diese Institute jährlich etwa 900–1000 Ausbildungskandidaten für VT neu aufnehmen (sofern die entsprechende Nachfrage vorliegt).

Zu diesen (überwiegend) VT-ausgerichteten Instituten kommen weitere etwa 90 tiefenpsychologisch oder analytisch ausgerichtete Weiterbildungsgänge, die zur Approbation und zum Fachkundenachweis führen. An 21 (von etwa 35) psychologischen Universitätsinstituten wurden inzwischen außerdem im Rahmen des PTG Lehr- und Forschungsambulanzen (vermutlich überwiegend mit VT-Orientierung) mit Kassenzulassung eingerichtet.

Zusammenfassung der Entwicklungen seit Inkrafttreten des PTG, Schlussfolgerungen

Die vorhersehbare Zunahme kassenzugelassener Psychotherapeuten ist eingetreten. Zu Mehrkosten für die Krankenversicherungen dürfte es allerdings nicht gekommen sein, da Gerüchten zufolge in den letzten Jahren vor Einführung des PTG von den Krankenkassen ebenso viele Verhaltenstherapien im Erstattungsverfahren wie in der Richtlinien-VT finanziert wurden. Es zeichnet sich noch stärker als vorher der Trend ab, dass Verhaltenstherapien weit überwiegend von psychologischen Psychotherapeuten, tiefenpsychologisch orientierte und analytische Psychotherapien dagegen zu über der Hälfte von ärztlichen Psychotherapeuten geleistet werden.

Ob und in welchem Ausmaß in den kommenden Jahren die neuen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nach ihrer Niederlassung Verhaltenstherapie durchführen werden, lässt sich gegenwärtig nicht abschätzen. Hier ist, ähnlich wie bei der Übergangsregelung für die psychologischen Verhaltenstherapeuten, auch noch ein Qualitätsproblem zu lösen, da die Bundes-Rahmen-Richtlinien für den neuen Facharzt aus Sicht der Verhaltenstherapie die Erfordernisse an eine qualifizierte Weiterbildung in diesem Bereich noch nicht erfüllen.

Die gegenüber den seit 1999 neu zugelassenen Verhaltenstherapeuten geäußerten Bedenken hinsichtlich der fachlichen Qualifikation lassen sich aus der Summe der Ablehnungs- bzw. Nachbesserungsquoten im Gutachtenverfahren weder für 1999 noch für 2000 bestätigen. Eine spezifische Statistik der Ablehnungs- bzw. Nachbesserungsquote bei den in der Übergangsregelung neu zugelassenen Therapeuten und Therapeutinnen liegt allerdings nicht vor. Die Berufung der zusätzlichen psychologischen Gutachter hat ebenfalls keinen erkennbaren Effekt auf die Höhe der Ablehnungs- oder Nachbesserungsquote. Auch hier liegen aber keine getrennten Zahlen für die ärztlichen und psychologischen Gutachter vor.

Offen bleibt der Effekt im Bereich der direkten Therapeut-Gutachter-Kommunikation, da diese zum größten Teil in den Statistiken nicht erfasst wird, obwohl sie anscheinend in relevantem Ausmaße stattfindet. Insgesamt ist über die letzten Jahre weiterhin ein deutlicher Einfluss des Gutachtenverfahrens auf die Berichterstattung der Therapeuten festzustellen. Bei etwa 20% aller Therapeutenberichte zum Antragsverfahren kommt es zu einer Kommunikation zwischen Therapeuten und Gutachtern. Im Obergutachtenverfahren ist bis 2000 ein erheblicher Anstieg der Einflussnahmen (von Ablehnung bis Nachbesserungsempfehlungen, die dann befolgt wurden) auf

etwas über 50% der Obergutachtenanträge zu verzeichnen. Ob und wie sehr sich dieses positiv auf die durchgeführten Therapien auswirkt, lässt sich gegenwärtig leider nicht beurteilen, wäre grundsätzlich jedoch untersuchbar.

Das PTG scheint bisher keinen wesentlichen Einfluss auf eine bedarfsgerechte Verteilung der Verhaltenstherapeuten über die Bundesländer gehabt zu haben. So führten Fritze u. Schmauß (Deutsches Ärzteblatt, 1998;41:B 2257–2258) kürzlich auf, dass die Versorgungsunterschiede z.B. in der ärztlichen Psychotherapie beim Vergleich Sachsen-Anhalt (etwa 905.000 Einwohner auf einen ärztlichen Psychotherapeuten) gegenüber Hessen (12.500 Einwohner/ärztlichem Psychotherapeuten), bei einem Bundesdurchschnitt von 25.681 Einwohnern/Therapeut, noch krasser sind als bei den psychologischen Psychotherapeuten. Bei letzteren werden in Bremen 2.500 Einwohner von einem Therapeuten gegenüber 29.000 Einwohnern in Mecklenburg-Vorpommern versorgt (Bundesdurchschnitt etwa 6.800). Diese extreme Ungleichverteilung der Therapeuten ist zum einen sicher erheblich auf persönliche Präferenzen, zum anderen aber auch auf die sehr unterschiedliche Finanzierung der psychotherapeutischen Leistungen in den einzelnen Bundesländern zurückzuführen. Darüber hinaus entscheidet auch immer noch die Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenversicherung über die Wahrscheinlichkeit, einen Therapieplatz zu erhalten. Dass dieses «offiziell» so nicht sein darf, ändert wenig an den Realitäten. Die Verdreifachung der zugelassenen Ausbildungsinstitute für Verhaltenstherapie innerhalb der letzten 3 Jahre ist möglicherweise nicht bedarfsgerecht, da in den Ballungsgebieten nach gegenwärtig gültiger Rechtslage auf längere Sicht Neuzulassungen für psychologische Psychotherapeuten nur in Ausnahmefällen möglich erscheinen. Eine Umverteilung der Therapeuten in unterversorgte Bundesländer hat zur Voraussetzung, dass dort ein wirtschaftliches Arbeiten ermöglicht wird.

Durch das PTG sind erhebliche Einflüsse auf das Selbstverständnis der VT im Rahmen der Richtlinien-Regelungen zu

erwarten. Zum einen bemühen sich bereits heute viele zugelassene Verhaltenstherapeuten um die Integration von Therapieelementen aus anderen «Schulen» in ihre tägliche Praxis (mehr oder weniger erkennbar in den entsprechenden Berichten zum Gutachtenverfahren); dieser Trend dürfte durch die in der Übergangsregelung neu zugelassenen Therapeuten eher verstärkt werden. Zum anderen scheinen sich unterschiedliche Orientierungen in den neu zugelassenen Ausbildungsinstituten zu entwickeln: Von einer Fortführung der bisherigen Orientierung (multimodale Verhaltenstherapie) bis hin zu Ansätzen, ein schulenübergreifendes «integratives» Modell umzusetzen, ohne dabei die vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte für die zugelassenen Verfahren zu reduzieren. Welche Konsequenzen sich für das Selbstverständnis der Verhaltenstherapie, für die Handlungsfähigkeit der zukünftigen Therapeuten bei ihren Patienten und für die Kassenfinanzierung von Richtlinien-Verhaltenstherapie ergeben werden, lässt sich gegenwärtig nicht abschätzen. Verhaltenstherapie ist nie ein statisches Verfahren gewesen. Sie hat sich gerade deswegen überzeugend durchgesetzt, weil «Glaubensbekenntnisse» über unabdingbar erforderliche Therapieinhalte durch eigene Forschung immer wieder in Frage gestellt und verändert wurden. Heterogene Auffassungen sind in diesem Rahmen für die kontinuierliche inhaltliche Fortentwicklung das notwendige Spannungsfeld. In diesem Sinne wird gerade in den kommenden Jahren Verhaltenstherapie – im Sinne einer ständig im Fluss befindlichen «geregelten Kreativität» – für alle Beteiligten eine positive Herausforderung bleiben. Standespolitische und andere Machtspiele können auf diesen Prozess allerdings hinderlich oder auch gefährdend wirken – und dafür bietet die gegenwärtige Situation leider auch viel Raum.

I. Hand, Hamburg

Folgenden Personen sei für ihre Hilfestellung bei der Daten- und Informationserhebung sehr herzlich gedankt: Dr. Dahm, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Dipl.-Psych. PD Dr. Fydrich, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs; Dr. Sturm.