

Dieter Best

Mythen und Fakten zur Psychotherapie

In den 41 Jahren seit ihrer Anerkennung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung hat sich die Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen fest etabliert. In dieser Zeit hat sich auch die Einstellung der Bevölkerung und der Medizin zu psychischen Krankheiten und zur psychotherapeutischen Behandlung positiv verändert. Für viele Betroffene ist es keine Schande mehr, ihre psychische Krankheit zu erkennen zu geben, und in der Regel reagieren Hausärzte angemessen und bieten Hilfe an, wenn ein Patient entsprechende Symptome berichtet.

Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999, das die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen integrierte, nahm die Psychotherapie einen starken Aufschwung. Psychotherapeuten leisten ihren Beitrag nicht nur bei der Behandlung von psychischen Krankheiten, sondern unterstützend und begleitend auch bei vielen somatischen Krankheiten. Moderne Krankheitsbehandlung ist interdisziplinär, Ärzte arbeiten in Krankenhäusern und als Niedergelassene eng mit Psychotherapeuten zusammen. Nur ein Beispiel: In einer neuen Patienteninformation zum chronischen Kreuzschmerz weist die KBV auf die Notwendigkeit eines fachübergreifenden Therapieplans hin, der auch psychotherapeutische Hilfen beinhaltet.

Dass die Erfolgsgeschichte der Psychotherapie auch Konkurrenz, Verteilungskämpfe, Ängste und Neid hervorruft, ist kein Wunder – auch nicht, dass deswegen Mythen und Vorurteile gepflegt und gestreut werden.

In den letzten Jahren konnten viele neue Erkenntnisse zur Psychotherapie gewonnen werden. Diese sollen im Folgenden einigen der Mythen, die im gesundheitspolitischen Raum kursieren, entgegen gestellt werden.

„Psychotherapeuten behandeln überwiegend leichte Störungen...“

Seit einigen Jahren behaupten psychiatrische und Nervenarztverbände, es gäbe eine einseitige Ressourcenverteilung zugunsten der Psychotherapie und zu Lasten der Psychiatrie. Protagonist dieser Behauptung ist Dr. med. Heiner Melchinger, Psychiater in einem Hannoveraner Krankenhaus. Meist werden zwei Behauptungen vermischt. Erstens: Psychotherapeuten behandeln überwiegend leichte Fälle. Zweitens: Sie behandeln wenige Patienten mit hohem finanziellem Aufwand.

Die Behauptungen Melchingers sind zum Teil in der Politik aufgegriffen worden. So hat sich Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, im vergangenen Jahr mehrfach entsprechend geäußert. Auch die universitäre

Fachwelt sitzt gelegentlich Melchingers Behauptungen auf. In Heft 4/2011 der Zeitschrift *Verhaltenstherapie* behauptet im Editorial Prof. Winfried Rief, Universität Marburg, dass viele Psychotherapeuten schizophrene Patienten ablehnen würden, obwohl neuere Erkenntnisse eindeutig belegten, dass Psychotherapie bei Personen mit schizophrenen Erkrankungen ähnliche Effektstärken bringen wie die Behandlung mit Psychopharmaka. Rief führt keinen Beleg für seine Behauptung der *Zurückweisung* dieser Patienten an. Trotzdem ist es natürlich richtig, dass bestimmte Personengruppen offenbar einen erschwerten Zugang zur Psychotherapie und teilweise zur Psychiatrie haben (z.B. geistig Behinderte, alte Menschen, Migranten). Die Gründe dafür sind vielschichtig und bedürften einer eigenen Untersuchung¹. Die platte Behauptung, Psychotherapeuten lehnten diese Patienten ab, ist eine Unterstellung.

Fakt ist:

Im Abschlussbericht des Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse zum

Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie von 2011 wird festgestellt, dass „die Patienten in dieser Studie ... sich sowohl in allgemeinen als auch in störungsspezifischen Instrumenten durchgängig mindestens genauso belastet zeigen wie klinische Vergleichsstichproben. Sie überschreiten im Mittel deutlich die Grenzwerte für klinisch relevante Belastung, in einigen Instrumenten liegt der Mittelwert sogar im Bereich für starke Belastung (vergleichbar mit stationär behandelten Patienten)“². Mehr als 90% der Patienten wiesen mittelschwer und schwer ausgeprägte psychische Krankheiten auf.

Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandeln das gesamte Spektrum psychischer Krankheiten, wobei sich übrigens das Diagnosespektrum dieser beiden Gruppen kaum unterscheidet. Nach einer Auswertung der KV Nordrhein des Quartals 2/2011 behandeln Psychologische Psychotherapeuten zu 30,0% Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, ärztliche Psychotherapeuten zu 26,1%, Psychologische Psychotherapeuten behandeln zu 14,8% rezidivierende depressive Störungen, ärztliche Psychotherapeuten zu 14,7%, Persönlichkeitsstörungen werden zu

1 Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R.: Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010, Berlin, Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung 2011: Geschlechts-, alters- und kohortenspezifische Zugangshemmnisse sollten hier genauer untersucht und eventuell Zuweisungswege an spezifische Hemmschwellen angepasst werden. Hier erscheint insbesondere die Fortbildung der Hausärzte über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten wichtig.“ (S. 98)

2 Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie – Abschlussbericht, Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V, S. 161

7,8% von Psychologische Psychotherapeuten und zu 8,9% von ärztlichen Psychotherapeuten behandelt. Auch bei allen anderen Diagnosen liegen die Zahlen eng beieinander.

Dass Psychiater und Nervenärzte zu einem wesentlich höheren Anteil Psychosen behandeln als Psychotherapeuten, verwundert nicht, sind sie doch Spezialisten auf diesem Gebiet, vor allem bei der psycho-pharmakologischen Behandlung. Zwischen Psychiatern und Psychotherapeuten besteht in der realen Versorgung in der Regel eine gut funktionierende Arbeitsteilung. Dass somatisch tätige Ärzte wie Psychotherapeuten auch leichte Krankheiten behandeln, gebietet die Sicherstellungspflicht. Zur Verhinderung von Chronifizierungen ist es auch fachlich sinnvoll, möglichst frühzeitig zu behandeln. So bevorzugt die Nationale Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression bei leichten depressiven Störungen den Einsatz von Psychotherapie statt einer antidepressiven Medikation, wenn aktiv-abwartendes Beobachten nach 2 Wochen nichts gebracht hat.³

Tatsache ist aber auch, dass es eine lange Tradition in der Psychotherapie gibt, Diagnosen leichter zu kodieren, als es vom Schweregrad und der Komplexität der Krankheiten her angemessen wäre. Aus der Erfahrung heraus haben Versicherte mit psychischen Diagnosen große Probleme, z.B. eine private Krankenversicherung oder eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu erhalten, geschweige denn die Chance, in ein Beamtenverhältnis übernommen zu werden. Erst mit der Einführung des Morbiditätsbezugs in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Bedeutung der Abrechnungsdiagnosen für die Steuerung der Geldströme setzt allmählich ein Umdenken in der Psychotherapeuten-schaft ein. Welches Ausmaß der Down-Coding-Effekt hat, wird derzeit in einer Studie, die vom ZI der KBV in Auftrag gegeben wurde, erforscht.⁴

3 NVL Unipolare Depression 2009, Version 1.0, Langfassung, Empfehlung Nr. 3-39

4 Mühlig, S. u.a.: Analyse der Konsistenz der Diagnosekodierungen sowie der Berichtqualität im Rahmen des Gutachterverfahrens zum Antrag auf ambulante Psychotherapie, TU Chemnitz

Eine Vorstudie hatte Hinweise auf diesen Effekt gegeben.⁵

...und verbrauchen dafür drei Viertel der Gesamtausgaben.“

O-Ton Melchinger: „Nervenärzte behandeln 72% aller Fälle, erhalten dafür aber nur ein Viertel der Gesamtausgaben, ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten behandeln 28% der Fälle und erhalten dafür rund Dreiviertel der Gesamtausgaben“ und: „Die Psychotherapie boomt, doch schwer und chronisch kranke Patienten haben das Nachsehen, wenn es um adäquate Behandlung geht.“⁶

Eine Variante, die gelegentlich in der KV-Welt auftaucht, lautet: „Ein Hausarzt erhält für die gesamte Betreuung eines Patienten 60 € im Quartal, der Psychotherapeut für eine Sitzung Psychotherapie 81 €“.

Fakt ist:

Die Gesamtausgaben für die vertragsärztliche Versorgung betragen im Jahre 2009 28,7 Milliarden € (zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten). Davon wurden für psychotherapeutische Behandlungen 1,416 Milliarden € aufgewendet, d.h. 4,9% der Gesamtausgaben. Für die psychiatrische und nervenärztliche Behandlung waren es 456 Millionen €, d.h. 1,6%. *Damit werden insgesamt für die fachspezifische ambulante Versorgung psychisch Kranker nur 6,5% der Gesamtvergütungen aufgewendet!*

Die psychotherapeutische Versorgung kostete also das 3,1-Fache der nervenärztlich-psychiatrischen Versorgung.⁷

Fakt ist aber auch, dass es mit 19.504 etwa 7-mal mehr Psychotherapeuten als Psychiater bzw. Nervenärzte gibt⁸. Insofern geht an die Psychotherapeuten, bezogen auf ihre Anzahl, ein deutlich kleinerer Teil der Gesamtvergütung

5 Best, D. (2008). Diagnosequalität und Häufigkeit spezifischer Vorbehandlungen in der ambulanten Verhaltenstherapie, in: Forum Psychotherapeutische Praxis, Heft 3/2008

6 In: Neurotransmitter, Heft 6/2010

7 Nicht berücksichtigt ist dabei, dass ein Teil der nervenärztlich-psychiatrischen Versorgung auch Psychotherapie umfasst.

8 Die Angaben variieren stark zwischen den Angaben der BT-Drucksache 17/4000 mit 2.842 Nervenärzten und Psychiatern und den Angaben im Bundesarztregister von 2009 mit 5.493, hier allerdings einschließlich der Neurologen.

als an die Nervenärzte/Psychiater. Das liegt an den unterschiedlichen Einkommen, auf die weiter unten eingegangen wird. Die geringe Anzahl von Psychiatern/Nervenärzten ist übrigens ein Ergebnis der Bedarfsplanung und kann nicht den Psychotherapeuten angelastet werden.

Dass die eingesetzten Mittel je Fall (Fallwerte) so unterschiedlich sind, liegt am völlig unterschiedlichen Zeiteinsatz je Patient. Eine Sitzung Psychotherapie dauert mit Vor- und Nachbereitung *eine Stunde*. Die psychiatrische Sprechstunde kommt in der Regel mit deutlich weniger Zeit je Patient aus. Insofern ist es auch logisch, dass die Fallzahlen (Patienten pro Quartal und Arzt) beim Psychiater wesentlich größer sind.

Fallzahlen und Fallwerte sind wichtige Kennwerte für das Versorgungsspektrum, das eine Arzt- oder Psychotherapeutengruppe anbietet. Eine Auswertung der offiziellen Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen⁹ zeigt, dass die Fallzahlen bei Psychiatern und Nervenärzten um ein Vielfaches höher liegen (etwa bei 700) und die Fallwerte um ein Vielfaches geringer (etwa 55 €) als bei den Psychotherapeuten (Fallzahl etwa 50, Fallwert etwa 350 €).¹⁰

Psychotherapie zielt auf eine möglichst dauerhafte Veränderung von Verhalten und Erleben mit psychologischen Mitteln, was einen höheren zeitlichen Aufwand voraussetzt als z.B. eine medikamentöse Behandlung.

Die psychiatrische und die psychotherapeutische Tätigkeit zu vergleichen ohne ihre Besonderheiten zu sehen, heißt Äpfel mit Birnen vergleichen. Ebenso wenig lässt sich ein fachärztlicher Grundversorger mit hohem Zuwendungsanteil mit einem technisch gut ausgestatteten Spezialisten vergleichen, der die mehrfache Anzahl von Patienten behandelt.

9 Best, D.: Zahlen und Fakten zur Psychotherapie. Erkenntnisse aus dem Bericht des Bewertungsausschusses zur „Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung“, in: Psychotherapie Aktuell, Heft 3/2010

10 Die Fallwerte und -zahlen der Psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterscheiden sich übrigens kaum voneinander, da beide Gruppen weit überwiegend psychotherapeutisch arbeiten.

Auch der Vergleich der Versichertenpauschale beim Hausarzt (Honorar für die Behandlung eines Patienten in einem Quartal) von 60 € mit einer Sitzung Psychotherapie für 81 € ist unsinnig. Denn dabei wird unterschlagen, dass die hausärztliche Betreuung bei vielen Patienten in 5-Minuten-Kontakten und im Abholen des Überweisungsscheines besteht, so dass in der Mischkalkulation zwischen diesen „Verdünnfällen“ und den intensiv Betreuten ein Einkommen zustande kommt, das dem der Fachärzte entspricht (und das weit über dem Einkommen der Psychotherapeuten liegt).

„Psychotherapeuten lassen sich am liebsten an attraktiven Standorten nieder und nicht dort, wo man sie braucht.“

Richtig ist, dass die regionale Verteilung der Psychotherapeuten-sitze unterschiedlicher ist als bei jeder anderen Gruppe. Die Spreizung der durch die Bedarfsplanung festgelegten Verhältniszahlen reicht derzeit von einem Psychotherapeuten auf 2.577 Einwohner in Ballungsräumen bis zu einem Psychotherapeuten zu 23.106 Einwohner in ländlichen Gebieten.

Fakt ist:

Die sehr ungleiche regionale Verteilung wird durch die Bedarfsplanung bestimmt. Wer sich wo niederlassen kann, richtet sich für jeden Arzt und jeden Psychotherapeuten danach, wo offene Sitze sind. Warum ist dann die Spreizung der Verhältniszahlen bei den Psychotherapeuten größer als bei anderen Arztgruppen? Das Psychotherapeutengesetz und mit ihm die Bedarfsplanung kam zu einem so späten Zeitpunkt – 20 Jahre nach dem ersten Entwurf – dass bis dahin bereits Tausende von Psychotherapeuten ihren individuellen Weg zur Praxis gesucht und gefunden haben mussten.

Wie bei der Bedarfsplanung für Ärzte im Jahr 1993 wurden nach einem statistischen Verfahren Versorgungsgrade nach dem Ist-Stand der Psychotherapeuten-Einwohner-Relation je Raumordnungskategorie festgelegt. Dass sich die Psychotherapeuten in den Zeiten vor der Bedarfsplanung am liebsten dort niederließen, wo sie

studiert hatten oder wo sie – damals noch wichtig – glaubten, eine Klientel vorzufinden, die ggf. die Psychotherapie privat bezahlen konnte, wenn sie die GKV nicht übernimmt, dürfte nachvollziehbar sein.

„Psychotherapeuten arbeiten zu wenig und haben deshalb lange Wartezeiten.“

Diese Aussage wird gegen die von den Psychotherapeuten behauptete Unterversorgung verwendet, und sie eignet sich auch gegen die Klagen der Psychotherapeuten über das geringe Honorar nach dem Motto „Arbeite mehr, dann habst ihr auch mehr“. Auf die finanziellen Aspekte, dass Psychotherapeuten auch mit Höchstauslastung nicht mehr verdienen können als Fachärzte im Durchschnitt, wird weiter unten eingegangen. Beschränken wir uns deshalb zunächst auf die Arbeitszeiten.

Fakt ist:

Vor dem Psychotherapeutengesetz waren Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wegen ihres rechtlich unsicheren Status auf andere Einkommensquellen oder auf die des Ehepartners angewiesen. In den ersten Jahren nach dem In-Kraft-Treten des Gesetzes professionalisierten sich die Praxen und dehnten ihre Arbeitszeiten aus. Inzwischen lassen sich die Arbeitszeiten nicht mehr von denen der Ärzte unterscheiden. Wie die Studie von Walendzik u.a. (a.a.O.) gezeigt hat, leisten Psychotherapeuten bei 10,7 Arbeits-

wochen im Quartal im Durchschnitt 24,5 Sitzungen (Standardabweichung 7,9) pro Woche. Dies entspricht einer wöchentlichen Gesamtarbeitszeit von etwa 36 Stunden¹¹, die knapp unterhalb der normalen Arbeitszeit eines vollzeitbeschäftigten Angestellten liegt.

Dass die Psychotherapeuten im Mittel-feld aller anderen Arztgruppen liegen, zeigt eine Darstellung der KBV (siehe Tabelle unten).

Damit dürfte sich der Mythos, Psychotherapeuten arbeiten weniger als somatisch tätige Ärzte, in Luft aufgelöst haben.

Geringfügig Arbeitende gibt es in jeder Arztgruppe. Wenn diese ihrem Versorgungsauftrag nicht nachkommen, weil sie die Norm des Bundesmantelvertrags¹² nicht erfüllen, stehen der KV geeignete Beratungs- bzw. Disziplinierungsinstrumente zur Verfügung. Diese gelten für alle Arztgruppen gleichermaßen.

¹¹ Dieser Rechnung liegt die Festlegung des Bewertungsausschusses zugrunde, wonach die „Produktivität“ bei psychotherapeutischen Sitzungen 67,5% beträgt, d.h. dass zusätzlich zurzeit für den reinen Patientenkontakt noch etwa 1/3 der Zeit für den nicht-direkten Patientenkontakt aufgewendet werden muss, z.B. für Dokumentation, Berichte, Praxismanagement usw. Dies ist vergleichbar mit der reinen Unterrichtszeit bei Lehrern und der zusätzlichen Vor- und Nachbereitungszeit.

¹² 20 Stunden Sprechstundentätigkeit bei einem vollen, 10 Stunden bei einem halben Versorgungsauftrag. Anzumerken ist, dass Sprechstundenzeit nicht mit der Anzahl der Sitzungen gleich zu setzen ist (s. dazu Best, D.: Wann erfüllen Psychotherapeuten den Sicherstellungsauftrag? In: Psychotherapie Aktuell, Heft 2/2011.

„Psychotherapien dauern zu lang...“

...ist ein Vorwurf, den Krankenkassenvertreter gerne vorbringen. Verbringen Psychotherapeuten mit wenigen Patienten Jahre, während andere Patienten dringend auf einen Therapieplatz warten?

Fakt ist:

Eine Psychotherapie umfasst im Durchschnitt 46 Sitzungen (Standardabweichung 34 Sitzungen) und dauert 20 Monate (Standardabweichung 16 Monate).¹³ Die außerordentlich große Varianz deutet auf einen individuellen und flexiblen Einsatz der psychotherapeutischen Ressourcen hin. Bei einem Umsatz von 81 € pro Stunde kostet eine Psychotherapie demnach im Durchschnitt 3.725 €.

Wie der Report 2007¹⁴ der (ehemaligen) Gmünder Ersatzkasse – „Schwerpunkt ambulante Psychotherapie“ – gezeigt hat, wird Psychotherapie sparsam eingesetzt. Bei näherer Betrachtung der Häufigkeiten der psychotherapeutischen Sitzungen zeigte sich, dass im Verlauf einer Psychotherapie die Sitzungszahl schnell sinkt. Die Verlaufskurve hat übrigens bei allen untersuchten Krankheitsbildern die gleiche Form: eine höherfrequente Behandlung in der Krise, die schnell in eine niedrigerfrequente übergeht (siehe Diagramm auf nächster Seite). Dies spricht für

¹³ Walendzik u.a., a.a.O, S. 41–47

¹⁴ GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie, S. 206

einen zielgerichteten und sparsamen Einsatz der Psychotherapie.

„Psychotherapeuten sind die Gewinner der Honorarreform 2009...“

...wird in Auseinandersetzungen um die Vergütung der Psychotherapie sowohl von Krankenkassen als auch von KV-Funktionären behauptet.

Fakt ist:

Die Honorarreform 2009 (als Teil der Gesundheitsreform des GKV-WSG) brachte für die Psychotherapeuten ein bundeseinheitliches Honorar von derzeit 81,14 € (Umsatz je Stunde). Da die Psychotherapiesitzungen 90% des Gesamtumsatzes eines Psychotherapeuten ausmachen, ist der Stundenlohn (von dem noch die Praxiskosten und die Vorsorgeaufwendungen abzuziehen sind und der noch versteuert werden muss), das Maß des Einkommens. Über alle KVen hinweg betrug dieser Stundenlohn im Jahre 2008 gewichtet und gemittelt 73,73 €. ¹⁵ Die Steigerung um 10% entspricht prozentual ziemlich genau der Steigerung der Gesamtvergütungen um 3 Milliarden € und damit der Steigerung der Ärzteneinkommen. Psychotherapeuten profitierten von der Vergütungsreform also nicht mehr oder weniger als alle Ärzte. Während die Ärzteneinkommen jedoch seit 2009 weiter gestiegen sind, ist der Stunden-

¹⁵ Weil die Honorare vor der Vergütungsreform von KV zu KV unterschiedlich waren, waren die Zuwächse unterschiedlich, von 22,5% in Sachsen-Anhalt bis -0,5% in Westfalen-Lippe.

KBV Konzept Reform Bedarfsplanung

KBV Vertreterversammlung 09.12.2011

Der Anteil der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die weniger als 25% der ∅ Fälle ihrer Gruppe behandeln bzw. weniger als 60 Stunden pro Quartal an Leistungen erbringen, schwankt.

- Anteil der Vertragsärzte/-psychotherapeuten, die pro Jahr weniger als 25% der ∅ GKV-Fallzahl ihrer Gruppe behandeln

	Haus-ärzte	Anästhesisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Frauen-ärzte	HN0-Ärzte	Haut-ärzte	Fachinternisten	Kinder-ärzte	Orthopäden	Nerven-ärzte	Psychotherap.	Radio-logen	Uro-logen
∅ Fallzahl	4.274	1.039	5.726	3.299	4.935	4.610	6.257	3.601	4.473	4.765	2.835	199	7.204	4.734
25%	1.068	260	1.432	825	1.234	1.153	1.564	900	1.118	1.191	709	50	1.801	1.183
BUND	6,4%	20,8%	6,1%	12,2%	7,0%	6,4%	5,0%	11,9%	5,7%	6,2%	18,3%	6,5%	12,1%	6,3%

- Anteil der Vertragsärzte/-psychotherapeuten, die pro Quartal weniger als 60 Stunden (gemäß Prüfzeiten aus EBM-Anhang 3) GKV-Patienten behandeln

	Haus-ärzte	Anästhesisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Frauen-ärzte	HN0-Ärzte	Haut-ärzte	Fachinternisten	Kinder-ärzte	Orthopäden	Nerven-ärzte	Psychotherap.	Radio-logen	Uro-logen
Anzahl Ärzte	2.542	359	496	259	301	103	144	335	426	132	88	635	297	69
BUND	4,8%	12,7%	9,5%	6,6%	3,0%	2,6%	4,3%	4,1%	7,1%	2,5%	1,9%	3,1%	10,4%	2,6%

➔ Die Neukonzeption der Bedarfsplanung sollte den tatsächlichen Versorgungsbeitrag der Ärzte/Psychotherapeuten berücksichtigen.

umsatz der Psychotherapeuten gleich geblieben.
Der 10%ige Einkommenszuwachs der Psychotherapeuten von 2008 auf 2009 fand auf der untersten Einkommensstufe aller Arztgruppen statt. Eine Auswertung der Abrechnungszahlen der KVen aus 2009 ergibt einen Durchschnittsertrag (Umsatz minus Kosten) je Psychotherapeut von 38.400 €. Selbst bei maximalem persönlichen Einsatz nach der vom Bundessozialgericht aufgestellten „Vollauslastungsthese“¹⁶ von 36 Sitzungen pro Woche¹⁷ und optimaler Praxisauslastung kann ein Psychotherapeut nur einen Jahresertrag von 80.000 bis 85.000 € erzielen¹⁸. Dies ist erheblich weniger als der sogenannte kalkulatorische Arztlohn, den der Be-

wertungsausschuss mit 105.571,43 € festgelegt hat. Diesen Betrag, der dem Gehalt eines 43-jährigen Oberarztes im Krankenhaus entspricht, kann ein niedergelassener Arzt als Ertrag nach Abzug der Kosten erwirtschaften, wenn er im Durchschnitt 51 Stunden pro Woche nur mit GKV-Versicherten arbeitet. Ein Psychotherapeut könnte diesen Ertrag nur mit einem Arbeitseinsatz von 63 Stunden Psychotherapie pro Woche erzielen.

„Psychotherapeuten behandeln bevorzugt Privatpatienten.“

Möglicherweise hängt dieser Mythos mit der Meinung zusammen, Psychotherapie sei etwas für Betuchte. Er wird auch gern in Zusammenhang mit der Behauptung verwendet, den Psychotherapeuten ginge es finanziell doch ganz gut.

Fakt ist:

Der durchschnittliche Ertrag einer KV-zugelassenen Praxis aus der privaten Behandlung beträgt etwa 10%.¹⁹ Er liegt damit mit Sicherheit unter dem Ertrag, den somatisch tätige Ärzte aus der Privatbehandlung, einschließlich sogenannter IGeL-Leistungen²⁰ erzielen. Dies liegt zum einen daran, dass die Versicherungs- und Tarifbedingungen der privaten Krankenversicherungen weniger gesichert sind als in der GKV. So hatte die Zeitschrift Finanztest in ihrer Dezember-Ausgabe 2006 getitelt: „Psychotherapie: Magere Leistung“.

Dass Psychotherapie in der PKV deutlich schlechter wegkommt als in der GKV, ist – leider – immer noch Realität. Nicht nur für den Patienten, son-

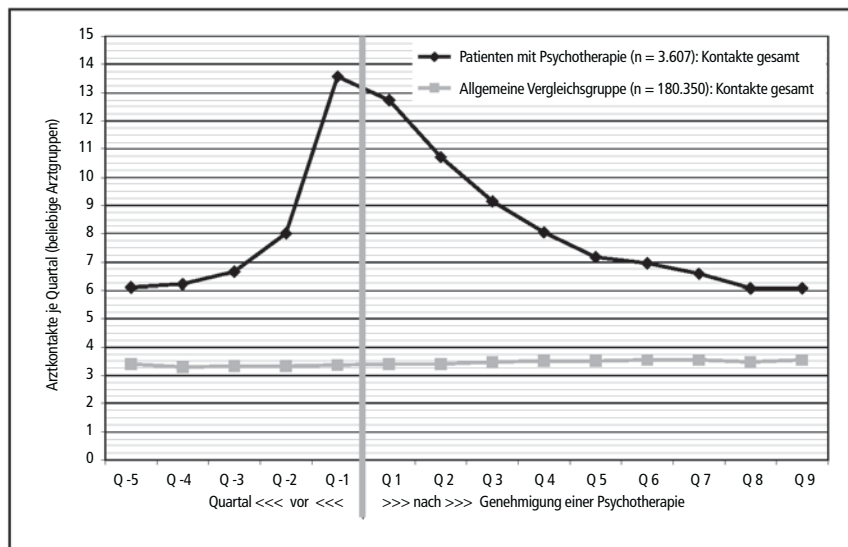
dern auch für den Psychotherapeuten bedeutet es Unsicherheit über das Kostenerstattungsverhalten der Versicherungen.²¹

Diese Nachteile ließen sich mit deutlich höheren Honoraren kompensieren. Tatsächlich beträgt der Unterschied, bezogen auf eine mindestens 50 Minuten dauernde Sitzung nur 14% bei der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und 24% bei der Verhaltenstherapie²². Diese Honorare sind seit 15 Jahren nicht mehr verändert worden. Hinzu kommt das Spezifikum, dass mehrfache Sitzungen, wie sie in der Verhaltenstherapie für Expositionsbehandlungen notwendig sind, nach der GOÄ nicht abrechenbar sind und dass Testleistungen sehr gering honoriert werden. Da alle Leistungen der Psychotherapeuten zeitgebunden sind und persönlich erbracht werden, lassen sie sich nicht zusätzlich zu den sonstigen regulären Leistungen erbringen, sondern substituieren sie. Aus diesen Gründen tragen die bei vielen niedergelassenen Ärzten so beliebten IGeL-Leistungen nicht zur Erhöhung des Einkommens bei. Privatbehandlung ist für Psychotherapeuten alles andere als attraktiv. ■

16 z.B. BSG-Urteil vom 28.05.2008, Az B 6 KA 41/07 R
17 entsprechend 51 Std. Arbeitszeit, was nach den Abrechnungsstatistiken von weniger als 2% aller Psychotherapeuten geleistet werden kann.
18 36 Stunden pro Woche x 43 Wochen pro Jahr x 81 € abzüglich ca. 42.500 € Kosten

19 Exakte Zahlen wird die Auswertung der ZIPP-Kostenanalysen des ZI der KBV ergeben.
20 Individuelle Gesundheitsleistungen, d.h. private Leistungen bei GKV-Versicherten.

Abb.: Ambulante Kontakte je Quartal insgesamt: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe



Quelle: GEK Report ambulant ärztliche Versorgung 2007

21 Zwei Versicherungen (Univisa und LKH Lüneburg) weigern sich bis heute regelhaft, Psychotherapien durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erstatten. Eine Reihe weiterer Versicherungen setzt die Aufsicht eines Arztes voraus.
22 TP/AP nach GOÄ (2,3fach) 92,50 €, VT 100,55 €. Nach EBM bei einem Punktwert von 3,5 Cent: 81,14 €. Die Unterschiede zwischen den Verfahren in der GOÄ liegen in einem historisch bedingten verordnungstechnischen Versäumnis bei der GOÄ-Novelle 1996.