

# Keine Sicherstellung von Gruppenpsychotherapie als Kassenleistung

## Dringend notwendige Reform der PT-Richtlinien und EBM-Ziffern

Hans-Ulrich Köhlke

**G**ruppenpsychotherapie wird als Leistung der ambulanten gesetzlichen Krankenversorgung äußerst selten angeboten und so gut wie gar nicht durchgeführt.

Obwohl Bedarf und Effizienz von Gruppentherapie wissenschaftlich außer Frage stehen, wird sie fast ausschließlich nur im stationären Setting angewendet, dort dann allerdings häufig sogar als Schwerpunkt des stationären Psychotherapieangebots.

Warum die ambulante Praxis kaum Gruppenbehandlungen leistet, ist seit Jahren bekannt: Die Rahmenbedingungen in den Psychotherapie-Richtlinien und die EBM-Ziffern für Gruppentherapie als Kassenleistung sind völlig inadäquat, nicht praxisgerecht und legenden- und honorarspezifisch nicht durchdacht.

Es scheint eine brisante Frage, wer ein Interesse daran haben könnte, daß die z. T. absurden Bedingungen und faktischen Verunmöglichungen ambulanter Gruppentherapie trotz der seit Jahren verlautbarten Kritik (vgl. Köhlke, 1992) nicht geändert werden, so daß hier eine bedarfsentlastende wirksame Psychotherapiemethode der ambulanten Versorgung fast völlig entzogen ist.

Zu vermuten ist, daß den Krankenkassen dieser Mißstand noch gar nicht richtig deutlich geworden ist, denn ihnen kann die Vorenthaltung einer solchen Versorgungsressource auf keinen Fall recht sein. Vordergründig könnten sie allerdings dieses „Einfrieren“ entsprechender Leistungsziffern sogar begrüßen, denn im Vergleich zu den Ausgaben für Einzelpsychotherapie geht ihr Aufwand für Gruppentherapie als Kassenleistung gegen Null:

### Anteil Gruppentherapie, gemessen an Einzeltherapie-Umsätzen 1997

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: 1,2%,
- Psychoanalyse: 2,6%
- Verhaltenstherapie: 0,7%

Mit der Vorenthaltung dieses Leistungsangebots ist eine kritische Sicherstellungslücke im System einer effektiven psychotherapeutischen Versorgung verbunden, so daß hier sowohl Qualitätssicherungs- als auch Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte berührt sind.

### Bedarf an Gruppentherapie

Die ambulante psychotherapeutische Praxis ist in einem ganz erheblichen Maße mit Krankheitssymptomen konfrontiert, die auf „interpersonelle Störungen“ zurückzuführen sind: Selbstkonzept- und Selbstsicherheitsstörungen, mangelnde Konflikt- und Abgrenzungskompetenzen, Beziehungsstörungen, depressogene Introversion, soziale Isolation etc. Zur effizienten Behandlung solcher interpersonellen Störungen erweist sich das soziale Beziehungs- und Lernfeld einer Gruppentherapie als besonders geeignet, da hier die Patienten in einem beschützten, realitätsabbildenden „Wirklichkeitsausschnitt“ sehr direkt und konkret veränderungswirksame Erkenntnisse und Erfahrungen neu erwerben können.

Darüber hinaus stellt sich eine Gruppenbehandlung (etwa in der Verhaltenstherapie) für viele weitere Störungsbereiche als Methode der Wahl dar – auch aus motivationalen und übungstechnischen Gründen.

Gruppenpsychotherapie ist ein Aliud gegenüber Einzelbehandlung und nicht adäquat durch Einzeltherapie zu ersetzen, wohl aber sich gegenseitig ergänzend.

Angesichts dieser Therapierrelevanz besteht insofern ein (auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen) ernstzunehmendes Sicherstellungsproblem, daß so eklatant selten Gruppenbehandlungen im System der gesetzlichen Krankenversorgung durchgeführt werden.

Prägnant formuliert: Ein notwendiges, zweckmäßiges und sparsames, wissenschaftlich fundiertes und oftmals angezeigtes Psychotherapieverfahren kommt nicht zur Anwendung und wird den Patienten vorenthalten.

## Vorteile ambulanter Gruppentherapie

- *Bedarfsorientierte Indikation:* Nicht selten liegt eine Indikation für eine Gruppenbehandlung sogar als therapeutische „Methode der Wahl“ vor. Nach Expertenschätzungen würde ein sehr großer Teil der Psychotherapiepatienten (in der Verhaltenstherapie: „bis zu 80%“ – siehe DVT, 1994) eindeutig von einem qualifizierten psychotherapeutischen Gruppensetting profitieren.
- *Verringerung struktureller Versorgungsschwachstellen:* Durch Gruppentherapie lassen sich erheblich mehr Patienten mit Psychotherapie versorgen. Hierdurch könnten noch vorhandene strukturelle Versorgungsengpässe und damit Wartezeiten, Chronifizierungen und odysseische Arztkontakte reduziert werden.
- *Kostenökonomie:* Die gleichzeitige Behandlung mehrerer Patienten durch Gruppentherapie stellt sich aus der Kostenperspektive der Krankenkassen als eine sowohl effektive (wirksame) als auch effiziente (wirtschaftliche) Methode des psychotherapeutischen Leistungsspektrums dar.
- *Therapieförderliche „örtlich-soziale Netzwerke“:* Kurative, präventive und gesundheitspolitisch wünschenswerte Effekte gerade durch ambulante Gruppentherapie am Heimatort, da das sich entwickelnde „Beziehungsgeflecht“ einer therapeutischen Gruppe zumeist auf die konkreten alltäglichen Lebensbedingungen der Patienten ausstrahlt. Hierdurch wird nicht nur ein verbesserter Psychotherapietransfer erreicht, sondern

gleichzeitig die psychisch stabilisierende Funktion von „Netzwerken sozialer Unterstützung und Kontakte“ gefördert.

## Evidente derzeitige Schwachpunkte

Die Defizite der derzeitigen Bedingungen ambulanter Gruppenpsychotherapie (GT) sind struktureller Natur. So finden sich inadäquate Regelungen sowohl in den Psychotherapie-Richtlinien und Vereinbarungen als auch in den EBM-Leistungslegenden und –bewertungen. Insbesondere sind hier zu nennen:

1. inadäquate EBM-Ziffern,
2. Antragsprocedere,
3. unangemessene Anrechnung von Gruppenbehandlungen auf das Therapie-Sitzungskontingent,
4. fehlende Kleingruppen-Alternative (insbes. für die übungsorientierte Verhaltenstherapie).

### ad 1. Unangemessene EBM-Bewertung

Die derzeitige Gebühr pro GT-Teilnehmer (225 Pkt. entspricht 15% der Einzeltherapiegebühr), bei der erst ab einer Gruppengröße von 7 Teilnehmern in etwa das gleiche Honorar wie bei Einzeltherapie zu erzielen ist, ist völlig inadäquat. Diese Bewertung stellt nicht nur keinen Anreiz für den erheblichen GT-Aufwand dar, sondern erweist sich für die ambulante Praxis als inakzeptabel und unzumutbar.

Die Anwendung von Gruppenbehandlung erfordert einen erheblichen Mehraufwand gegenüber Einzeltherapie. Dieser Mehraufwand hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen, die hier nur angedeutet werden können (vgl. hierzu Köhlke, 1992).

Organe der Selbstverwaltung werden sich grundsätzlich von der schlichten Vorstellung trennen müssen, Gruppentherapie sei im Prinzip dasselbe wie Einzeltherapie, nur verteilt auf mehrere Personen.

Zum einen sind der Planungs-, Organisations-, räumliche und technische Mehraufwand ganz erheblich.

Zum anderen stellt die schwierige Leitung von zielorientierten Gruppenprozessen (bei spontaner Gruppendynamik) eine für den GT-Therapeuten äußerst anstrengende und qualifizierte „Höchstleistung“ dar. (Daher werden Gruppentherapien stationär häufig nur unter Leitung von zwei Therapeuten durchgeführt.)

Die spezifisch dem Gruppentherapeuten abverlangte Kompetenz zur fachgerechten Steuerung von kompliziert verlaufenden Gruppenprozessen (insbesondere bei neurotisch gestörten Personen) und damit qualifizierter Schutz vor einem destruktiven,

schadhaften Verlauf kommt schließlich ja auch in den Nachweiskriterien einer über die Einzeltherapieausbildung hinausgehenden, umfangreichen Spezialausbildung zum Gruppentherapeuten zum Ausdruck.

Beurteilt man unter diesem Leistungs- und Qualitätsaspekt das derzeitige Gruppentherapie-Honorierungssystem im EBM und bedenkt hierbei noch die (bei Gruppentherapie unvermeidlichen) Terminausfälle und erhöhte Abbrecherquote, dann zeigt sich eine evidente Unterbewertung.

## ad 2. Wenig praktikable vorherige Antragsstellung

Die geltende Regelung verlangt vom Therapeuten, sich im Antrag vor Therapiebeginn bei jedem geplanten Gruppenteilnehmer auf den Anteil der Gruppentherapiesitzungen am Gesamtkontingent festzulegen.

Diese Regel ist praktisch kaum durchführbar, da verschiedene Planungsgesichtspunkte (GT-Indikation, Motivierbarkeit für Gruppentherapie, homogene Zusammenstellung zeitgleicher und „passender“ Teilnehmer etc.) zum Antragszeitpunkt noch gar nicht beurteilt werden können. Dementsprechend müßte dann häufig nachträglich eine umständliche Korrektur beantragt werden, was bei dem schon derzeitigen extremen Antragsaufwand (Köhlke, 2000) unzumutbar ist.

## ad 3. Kritische Verknappung des Sitzungskontingents

Bisher wird eine geleistete Doppelstunde Gruppentherapie wie eine Stunde Einzeltherapie auf das Gesamtstundenkontingent angerechnet. Diese Anrechnungsregel von 2:1 entbehrt einer fachlichen und sachlichen Grundlage. So erscheint es willkürlich, davon auszugehen, daß 100 Min. Gruppentherapie, verteilt etwa auf neun Patienten, gleich effektiv sein sollen wie eine 50 Minuten dauernde Einzeltherapie.

Dieser Anrechnungsmodus führt bei den kurzen Therapieverfahren zu einer problematischen Reduzierung des knapp kalkulierten Sitzungs-Gesamtkontingents. Insofern sind hiervon (im Gegensatz zu den Psychoanalytikern) die Verhaltenstherapeuten und „Tiefenpsychologen“ besonders betroffen.

Die mit dieser überhöhten Anrechnungsregel verursachte massive Verknappung des Therapiezeitbudgets bei den kurzen Therapieverfahren ist abträglich für einen effektiven Therapieverlauf. Auch aus diesem Grund ist gerade bei den Verhaltenstherapeuten die vorfindliche Gruppentherapie-Abstinenz zu erklären.

Die bisherige Kontingenz-Anrechnungsregel hat auch zur Folge, daß Gruppenpsychotherapien (mit einem typischen Mindestzeitbedarf von etwa 20

Doppelstunden) nur selten im Rahmen von Kurzzeitverfahren durchgeführt werden können (weil dann zu wenig Einzeltherapiezeit übrigbleibt). Dies ist aber besonders nachteilig, weil gerade das Kurzzeitverfahren sehr flexibel, weniger antrags-(und wartezeit-)aufwendig ist und damit für das punktuelle Zusammenstellen einer Gruppe und den gleichzeitigen Gruppenstart häufig gut geeignet erscheint.

## ad 4. Fehlendes „Kleingruppen“-Angebot

Gerade in der übungs- und trainingsbetonten Verhaltenstherapie wäre eine Kleingruppenvariante (2 bis 5 Teilnehmer) äußerst sinnvoll, da einige verhaltenstherapeutische Verfahren besser in einer größeren Gruppe mit 6 bis 9 Teilnehmern und andere nur in einer kleinen Gruppe mit 2 bis 5 Teilnehmern durchgeführt werden können. So sind beispielsweise Angstkonfrontationsübungen in der realen Außensituation (in vivo) sehr effektiv, aber als Einzeltherapie auch extrem zeit-(und kosten-)aufwendig. Eine Durchführung im Rahmen einer „Standardgruppe“ etwa mit 9 Teilnehmern wäre aus verschiedenen Gründen therapeutisch problematisch. Hier böte sich eine Kleingruppenvariante aus vielerlei Gründen (Störungsspezifität, zielförderliche Bedingungskontrolle, kostenintensive Übungsdauer, „ansteckende“ Motivierung und gegenseitige Unterstützung, Selbsthilfettransfer) geradezu an.

## Änderungsvorschläge

Um die gebotene Sicherstellung der Kassenleistung Gruppenpsychotherapie zu gewährleisten, sind Änderungen folgender Regelwerke unerlässlich:

- Psychotherapie-Richtlinien (B II 5.; E 1.1.3 ff.)
- Psychotherapie-Vereinbarungen (C § 11 (8) )
- EBM (Nr. 873, 874, 878, 883, 884)

Nachfolgende Tabelle listet die Änderungsvorschläge im Überblick auf. Dabei ist eine grundsätzliche Differenzierung zwischen „Standardgruppe“ und (übungsorientierter) „VT-Kleingruppe“ installiert. Änderungsvorschläge erfassen folgende Bereiche:

- A. Gruppengröße
- B. Kontingenzanrechnung
- C. Sitzungseinheiten
- D. EBM-Bewertung

*Tabelle:* Auflistung der bestehenden gegenüber zu verändernden Gruppentherapie-Rahmenbedingungen (Änderungen sind fett und kursiv gedruckt)

| Rahmenbedingungen                                  | Therapie-<br>richtung | Standardgruppe                        |   | <i>VT-Kleingruppe<br/>Übungs-/trainings-<br/>orientiert, auch<br/>Blocksitzungen</i> |
|--|-----------------------|---------------------------------------|---|--|
|  |                       | Bisherige Regelung                    | Änderungsvorschlag                            | Änderungen   |
| A. Gruppengröße                                    | VT                    | 2 - 9                                 | <b>6 - 9</b>                                  | <b>2 - 5</b>   |
|  | PA, TP                | 5 - 9                                 | Keine Änderung                                | -  |
| B. Kontingenz<br>anrechnung<br><br>Gruppe : Einzel | VT                    | 2 : 1                                 | <b>4 : 1</b>                                  | <b>4 : 1</b>   |
|  | PA, TP                | 2 : 1                                 | <b>4 : 1</b>                                  | -  |
| C. Sitzungs-<br>einheiten                          | VT                    | 50 Min. o. 100 Min.<br>Max. 2 pro Tag | Keine Änderung                                | <b>100 Min.<br/>Max 3 pro Tag</b>  |
|  | PA, TP                | 100 Min.<br>Max. 2 pro Tag            | Keine Änderung                                | -  |
| D. Gebühren-<br>bewertung<br><br>pro Teilnehmer    | VT                    | 50 Min.=225 Pkt.<br>100 Min.=450 Pkt. | <b>50 Min.=375 Pkt.<br/>100 Min.=750 Pkt.</b> | <b>50 Min.=750 Pkt.<br/>100 Min.=1.500Pkt.</b>                                       |
|  | PA, TP                | 100 Min.=450 Pkt.                     | <b>100 Min.=750 Pkt.</b>                      |  |

## Begründung der Änderungsvorschläge

### A. Gruppengröße: Zwei GT-Varianten in der Verhaltenstherapie

Bisher beträgt die vorgesehene Standardgruppengröße in der Verhaltenstherapie „2 bis 9 Teilnehmer“ (gegenüber Psychoanalyse und „Tiefenpsychologie“ mit „5 bis 9 Teilnehmer“). Damit wird einerseits dem o.a. spezifischen Bedarf der Verhaltenstherapie an auch kleineren Gruppengrößen entsprochen, andererseits führt der Versuch, eine solche Spannweite der Gruppengröße innerhalb einer Leistungslegende zu integrieren, zu völlig absurden Honoraren.

Welchem GT-Therapeuten soll denn eine kleine Gruppengröße (2 Teilnehmer) zugemutet werden, wenn erst ab etwa 7 Teilnehmer überhaupt die gleiche Gebühr erreicht wird wie für gleiche Zeit Einzeltherapie?

Zur Korrektur dieses Bewertungsfehlers ist für die Verhaltenstherapie die Einrichtung einer „Stan-

dardgröße“ mit 6 bis 9 Teilnehmern und für ihren besonderen Übungsbedarf eine „VT-Kleingruppe“ mit 2 bis 5 Teilnehmern vorgeschlagen.

### B. Kontingenzanrechnung

Der (insbesondere für die Verhaltenstherapie und „Tiefenpsychologie“) inadäquate Anrechnungsmodus 2:1 (100 Min. GT zählen wie 50 Min. Einzeltherapie) wurde verändert in 4:1, so daß jetzt 100-Min.-GT als 1/2 Sitzung Einzeltherapie angerechnet wird.

### C. Sitzungseinheiten

Hier ist als einzige Änderung die Möglichkeit von „Blocksitzungen“ (max. 3x100 Min. pro Tag) für Übungsverfahren in der VT-Kleingruppe vorgesehen.

## D. Gebührenbewertung: Punktzahl pro Teilnehmer

Eine dem erheblichen GT-Mehraufwand entsprechende Leistungsbewertung sollte für die „Standardgruppe“  $\frac{1}{4}$  der Bewertung für die gleiche Zeit Einzeltherapie sein (375). So hat die kleinste Gruppengröße der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie mit 5 Tln. (1.875 Pkte.) gegenüber der Einzeltherapiebewertung immer noch eine Logik.

In der VT-Kleingruppe sollte die Leistungsbewertung  $\frac{1}{2}$  der Bewertung für die gleiche Zeit Einzeltherapie sein (750 Pkte.), so daß sich die kleinste Gruppengröße in der VT-Kleingruppe mit 2 Tln. (1.500 Pkte.) noch etwas besser als die Einzeltherapie darstellt.

## Fazit

Die hier aufgezeigten Änderungsvorschläge minimieren die Schwachpunkte der derzeitigen Regelung deutlich, ohne daß die Ökonomiegesichtspunkte der

Krankenkassen aus dem Blickwinkel geraten sind. Eine solche Änderung läßt erwarten, daß die dringend notwendige und effiziente Kassenleistung „Gruppen-Psychotherapie“ dann auch tatsächlich in der psychotherapeutischen Praxis zur Anwendung kommt.

## Literatur

DVT (1994). *Empfehlungen der Expertenkommission: Zur Ambulanten Verhaltenstherapie in Gruppen*. Mannheim: Deutscher Fachverband Für Verhaltenstherapie.

Köhlke, H.-U. (1992). Gruppenverhaltenstherapie in der gesetzl. Krankenversicherung. *Verhaltenstherapie*, 2, 55-61.

Köhlke, H.-U. (2000). *Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit*. Tübingen: dgvt-Verlag.

## Neu im dgvt-Verlag:

Sigrid Rotering-Steinberg

# Anleitung zur Kollegialen Supervision

Materialie 49, 1999, 68 S., 16,- DM (für dgvt-Mitglieder ermäßigt 12,-DM)  
ISBN 3-87159-349-4



Kollegiale Supervision ist ein professionelles Beratungs- und Problemlösungsinstrument, das die Professionalität und die Persönlichkeitsentwicklung der beteiligten Gruppenmitglieder fördern kann.

Die obligatorische Reflexion, emotionale Entlastung und Distanzierung vom Berufsalltag verhilft dazu, über das sozial-kognitive Lernen neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln.



Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis an!

Dgvt-Verlag, Hechinger Straße 203, 72072 Tübingen, Tel.: (07071) 79 28 50, Fax: 79 28 51  
E-Mail: dgvt-Verlag@dgvt.de

# ANHANG 1

## Änderungsvorschlag der EBM-Gebührenpositionen: Gruppenpsychotherapie

### 1. Änderung der Ziffer 873

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie) als Gruppenbehandlung (5 bis 9 Teilnehmer) bis zu 25 Sitzungen, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 100 Minuten, höchstens 2 Sitzungen pro Tag) ..... 750

### 2. Änderung der Ziffer 874

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie) als Gruppenbehandlung (5 bis 9 Teilnehmer), je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 100 Minuten, höchstens 2 Sitzungen pro Tag) ..... 750

### 3. Änderung der Ziffer 878

Analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung (5 bis 9 Teilnehmer), je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 100 Minuten, höchstens 2 Sitzungen pro Tag) ..... 750

### 4. Änderung der Ziffer 883

Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie) als Gruppenbehandlung (6 bis 9 Teilnehmer) bis zu 25 Sitzungen, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten oder mindestens 100 Minuten, höchstens 2 Sitzungen pro Tag)..... 375

### 5. Änderung der Ziffer 884

Verhaltenstherapie (Langzeittherapie) als Gruppenbehandlung (6 bis 9 Teilnehmer), je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten oder mindestens 100 Minuten, höchstens zwei Sitzungen pro Tag)..... 375

### 6. Neuaufnahme der Ziffer 885

Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie) als störungs- bzw. übungsspezifische Gruppenbehandlung (2 bis 5 Teilnehmer), bis

zu 25 Sitzungen, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten oder mindestens 100 Minuten, höchstens 2 Sitzungen pro Tag) ..... 1.500

### 7. Neuaufnahme der Ziffer 886

Verhaltenstherapie (Langzeittherapie) als störungs- bzw. übungsspezifische Gruppenbehandlung (2 bis 5 Teilnehmer), je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten oder mindestens 100 Minuten, höchstens 2 Sitzungen pro Tag) ..... 1.500

# ANHANG 2

## Grundlage einer angemessenen Bewertung: Zum Mehraufwand von Gruppenpsychotherapie

Die Unangemessenheit der derzeitigen Regelung von Gruppentherapie als Kassenleistung besteht vor allen Dingen darin, daß in den entsprechenden Leistungsziffern nicht annähernd der erhebliche Mehraufwand abgedeckt ist, den die Durchführung von Gruppenbehandlungen im Gegensatz zur Einzeltherapie mit sich bringt. Es scheint an der Zeit, daß sich endlich damit auseinandergesetzt wird, welcher immense Zeit-, Energie- und Kostenaufwand mit der Kassenleistung „Gruppenpsychotherapie“ verbunden ist, will man verstehen, daß ohne eine Änderung der bestehenden Rahmenbedingungen eine Psychotherapie als Gruppenbehandlung von der ambulanten Praxis weder angeboten noch angewendet werden kann.

## Mehraufwendungen bei Gruppenpsychotherapie

### Mehraufwand an Sachkosten

- **Erhöhter Raumbedarf:**

Die Durchführung von Gruppenpsychotherapie setzt im Verhältnis zur Einzeltherapie ein erheb-

lich größeres Raumangebot mit zusätzlichem Mobiliar voraus. Alleine für den Hauptgruppenraum sind 30-40 qm Raumbedarf zu kalkulieren. In einer übungsbetonten Therapieart wie der Verhaltenstherapie kann daneben noch weiterer Raum für aufzuteilende Kleingruppen erforderlich werden. Bei Zugrundelegung marktüblicher Büromieten inklusive Neben-, Reinigungs- und Renovierungskosten können hier leicht zusätzliche Kosten von DM 1.300,- und mehr monatlich entstehen. Trotz der zumeist nur abends stattfindenden Gruppentermine kann eine kostensenkende Untervermietung zu den ungenutzten Tageszeiten nur in wenigen Ausnahmefällen realisiert werden.

- **Mehraufwand an technischen Einrichtungen:** Insbesondere für die übungsorientierte und psychoedukative Verhaltenstherapie ist heute ein Gruppenraum ohne anspruchsvolle technische Ausstattung kaum noch denkbar. Dazu gehören Kamera, Videoanlage, Tonaufzeichnungs- und Fernsehgerät, Flipchart, z.T. auch Overheadprojektor, Fotokopierer (zur Vervielfältigung von „Gruppenpapieren“) etc. Zu den hier entstehenden Investitionskosten ist der Wartungs- und Verschleißanfall zu kalkulieren.

### **Organisatorischer Mehraufwand**

- **Größerer Verwaltungsaufwand:** Es ist leicht einsehbar, daß die Personenvielzahl einer Gruppentherapie gegenüber einer Einzeltherapie mehr Verwaltungsaufwand kostet: Mehr Aktenführung, mehr Abrechnungen etc.
- **Größerer Antrags- und Berichtsaufwand:** Auch die Durchführung von Gruppentherapien sind einem Krankenkassen-Antragssystem unterstellt, wobei die Durchführung des Gutachterverfahrens für den Psychotherapeuten äußerst zeitaufwendig ist (siehe Köhlke, 2000). Zur Beantragung einer Gruppenpsychotherapie ist zum Beispiel bei der Verhaltenstherapie auch noch besonders zu begründen, warum in welchem Verhältnis Gruppen- zu Einzeltherapie beantragt wird etc.

In einer empirischen Untersuchung im KV-Bezirk Nordbaden haben die befragten Vertragspsychotherapeuten angegeben, daß sie, bezogen auf ihre abrechenbare psychotherapeutische Sitzungszeit, zusätzlich weitere 25-30% an Zeit für „extrafunktionale Leistungen“ aufwenden müssen (Anträge, Berichte, Telefonate, etc.). Wenn schon für die Durchführung von Einzeltherapien fast 30 % Extrazeit veranschlagt wird, so ist leicht vorstellbar wie sich dieser „extrafunktionale“ Zeitaufwand für

die gleichzeitige Behandlung einer Vielzahl von Personen proportioniert.

### **Mehraufwand: Gruppenspezifische Besonderheit**

- **Gruppenzusammenstellung:** Die personale Zusammenstellung einer Gruppe kostet eine erhebliche Vorbereitungszeit, da hier folgende Gesichtspunkte sowohl auf Individual- als auch Gruppenebene bedacht werden müssen: Gruppenhomogenität, Störungsspezifität, Indikation, soziale Gruppenkompetenzen, Antizipation sich evtl. entwickelnder Beziehungsstrukturen, jeweiliger therapeutischer „Entwicklungsstand“ usw.
- **Unterbesetzte Gruppen:** Die soeben angedeuteten Kriterien für eine adäquate Gruppenzusammenstellung erfordern einen großen Patientenstamm in der Planungsphase, um daraus die „passenden“ Teilnehmer auswählen zu können. Solche Patientenzahlen sind für ambulante Psychotherapiepraxen nicht typisch, so daß Gruppentherapien häufig mit geringeren Gruppengrößen durchzuführen sind, als es der maximale (kalkulatorisch interessantere) Rahmen „...bis zu 9 Teilnehmern“ erlaubt.
- **Ausfallrisiko:** Das Risiko von Honorarausfall ist bei der Gruppentherapie ungleich höher als bei der Einzeltherapie: Terminabsagen (z.B. krankheitsbedingt), höheres Abbruchrisiko.
- **Arbeit zur Unzeit (z.T. spätabends):** Gruppentherapien finden zumeist in den Abendstunden statt, da ansonsten eine zeitliche Koordination insbesondere mit den berufstätigen Patienten unmöglich wird.

### **Therapieinhaltlicher Mehraufwand**

- **Spezifische Vor- und Nachbereitungszeit:** Eine Gruppenpsychotherapie oder einzelne Sitzungen zu planen bzw. deren Verlauf zu evaluieren, kostet erhebliche Arbeitszeit. Eine solche intensive Planung oder Analyse ist unbedingt erforderlich, um die konzeptuellen Schritte, steuernden Interventionen und zielführenden Stimulationen kontrolliert und effektiv einsetzen zu können. Ohne eine solche zeitaufwendige Vor- und Nachbereitung wäre die Gefahr von „sprengen-

den" Gruppenprozessen oder Verfehlung der Therapieziele ganz erheblich. Dies gilt insbesondere für die aufgaben-, übungs- und trainingsorientierte Verhaltenstherapie, in der etwa bei einer Selbstsicherheitstherapie genau zu planen ist, welcher Patient – welche Übung – mit welchem Partner – in welchem Gruppenprozeßstadium – bei Beachtung der Beziehungsverhältnisse zu den anderen Teilnehmer ohne Schaden durchführen kann usw.

- **Äußerst starke konzentrierte Beanspruchung:** Die gleichzeitige Behandlung von mehreren Patienten fordert eine permanente kognitive Präsenz und schnelle Flexibilität. Dadurch entsteht eine Daueranspannung, die die Leistungskapazität auf wenige Gruppensitzungen pro Tag begrenzt. Die damit verbundene Anforderung an die gruppen-therapeutische Kompetenz wird nicht schon aufgrund einer formalen Ausbildungsqualifikation erfüllt, sondern setzt darüber hinaus ganz erhebliches therapeutisches Wissen, Störungswissen, Fallwissen, Erfahrungswissen, gereiftes psychologisches Verstehen und eine enorme psychische Stabilität voraus. Die „Eigendynamik der Gruppendynamik“ stellt immer wieder äußerst flexibel und sensibel zu handhabende Interventions- und Lenkungsanforderungen, die wegen ihrer Fremdbestimmung und komplexen Prozeßgeschwindigkeit weit über diesbezügliche Anforderungen bei Einzeltherapien hinausgehen.

- **Erhöhter Qualifikationsaufwand:**

Für die Kassenzulassung zur Durchführung von Gruppenpsychotherapie wird eine spezielle Zusatzqualifikation gefordert: Plus 1/3 Ausbildungszeit (und damit erhebliche Ausbildungs-Zusatzkosten) für die Gruppentherapie-Spezialisierung zusätzlich zur Einzeltherapie-Grundausbildung.

## Ergebnis

Rechnete man diese Mehraufwendungen und Mehrbelastungen betriebswirtschaftlich hoch, so wird der Mißstand eklatant:

Die derzeitigen Leistungsziffern amortisieren nicht einmal die anfallenden Kosten – von einem Einkommen (im Sinne einer „angemessenen Vergütung“) oder sogar „Anreiz“ ganz zu schweigen.

Unter solchen Bedingungen erscheint es geradezu unseriös, einem auch betriebswirtschaftlich denkenden Praxisinhaber die Durchführung von Gruppenpsychotherapie als Kassenleistung zuzumuten.

### Anschrift des Verfassers:

Dr. H.- U. Köhlke  
Dipl.- Psych., Ass.Jur.  
Jöhlinger Str. 36  
76356 Weingarten/Karlsruhe  
E-Mail: Koehlke@t-online.de