



BPtK

- *Spezial*

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe November 2016

Kurswechsel in der Bedarfsplanung

Kurswechsel in der Bedarfsplanung

Inhalt:

- *Kurswechsel in der Bedarfsplanung*
- *Die Fehler der bisherigen Bedarfsplanung*
- *Bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutenpraxen*
- *Hin zu einer echten Reform der Bedarfsplanung*
- **BPtK-Dialog:**
Bedarfsgerecht planen und Abbau verhindern - Interview mit Dr. Dietrich Munz

Schon bald nach dem Psychotherapeutengesetz wurde klar, dass mit der Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung etwas nicht stimmen kann. Obwohl Patienten in vielen Regionen monatelang auf einen Therapieplatz warten, gelten nach der bisherigen Bedarfsplanung fast 4.500 psychotherapeutische Praxen als angeblich überflüssig.

Handwerkliche Fehler von Anfang an

Ein Grund für diese Diskrepanz ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die die Gesamtzahl der Psychotherapeuten grundsätzlich auf die Zahl begrenzt, die bis zum 31. August 1999 eine Zulassung erhalten hatten. Das war für viele Psychotherapeuten kaum möglich. Denn am 1. Januar 1999 war das Psychotherapeutengesetz überhaupt erst in Kraft getreten. Über 5.000 Psychotherapeuten, die vorher bereits tätig waren, hatten bis zum 31. August 1999 daher noch gar keine Zulassung. Die Obergrenze für Psychothe-

rapeuten, die grundsätzlich zugelassen werden können, wurde aber nicht nur durch den falschen Stichtag heruntergerechnet. Anders als bei den anderen Arztgruppen wurden bei den Psychotherapeuten außerdem die neuen Bundesländer einbezogen, in denen es bis dahin nur sehr wenige Praxen gab. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fordert deshalb schon seit Langem, diese handwerklichen Fehler der Bedarfsplanung zu korrigieren.

Strittige Annahmen des G-BA

Die Entscheidung, die Zahl der Praxen als Indikator für den Bedarf zu nehmen, beruht auf der Annahme, dass sich sowohl Psychotherapeuten als auch Ärzte dort niederlassen, wo Bedarf besteht. Diese These war von Anfang an strittig.

Ärzte wie Psychotherapeuten lassen sich in der Regel in der Region nieder, wo sie sowohl arbeiten als auch wohnen und leben wollen, solange dort

ausreichend Patienten ihre Hilfe in Anspruch nehmen. Das ist natürlich zunächst einmal legitim, aber es führte dazu, dass sich Psychotherapeuten genau wie Ärzte häufiger in Großstädten als auf dem Land niederließen. In der Konsequenz ist es für Patienten in der Regel auf dem Land und auch in weniger attraktiven städtischen Bereichen deutlich schwieriger, manchmal sogar unmöglich, einen Termin bei einem Arzt oder Psychotherapeuten zu finden. Bedarfsplanung ist aber eigentlich dazu da, den Versorgungsbedarf der Patienten und das Angebot an Praxen überein zu bringen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) übernahm die regionale Ungleichverteilung in seine Bedarfsplanung. Er legte für Stadt und Land mit unterschiedlichen Obergrenzen fest, wie viele Psychotherapeuten dort jeweils zugelassen werden können. Deshalb

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesundheitspolitik beschäftigt sich immer wieder mit der Frage: Wie lassen sich psychisch kranke Menschen besser als bisher und bedarfsgerecht versorgen? Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss daher psychotherapeutische Sprechstunden eingeführt, sodass Patienten schneller und umfassender von einem Psychotherapeuten beraten werden können.

Offen ist aber die Frage, ob diejenigen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird, auch einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz finden können. Deshalb soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 1. Januar 2017 insbesondere die psychotherapeutische Versorgung bedarfsgerechter und wohnortnäher planen und dabei auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigen.

Für die Bundespsychotherapeutenkammer geht es dabei um den Einstieg in eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung. Wie häufig Menschen in einer Region psychisch krank sind, muss – anders als heute – eine Rolle dabei spielen, wie viele Psychotherapeuten sich dort niederlassen dürfen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat deshalb gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung das IGES-Institut und Prof. Dr. Frank Jacobi beauftragt, ein Modell für eine bedarfsgerechte Planung der psychotherapeutischen Praxissitze zu entwerfen.

Über die Ergebnisse und unsere Bewertung möchten wir Sie in diesem Spezial informieren. Eine Bedarfsplanung, nach der zurzeit bundesweit rund 4.500 psychotherapeutische Praxissitze abgebaut werden sollen, obwohl in vielen Regionen monatelange Wartezeiten bestehen, muss gravierende Fehler haben. Die Bundespsychotherapeutenkammer möchte mit ihren Positionen Impulse für einen Kurswechsel in der Bedarfsplanung geben.

Herzlichst

Ihr Dietrich Munz

sollen nach derzeitiger Bedarfsplanung für psychisch kranke Menschen in den Großstädten doppelt so viele Psychotherapeuten zur Verfügung stehen wie auf dem Land.

Gesetzgeber fordert Kurskorrektur

Der Gesetzgeber sieht inzwischen Korrekturbedarf. Er hat den G-BA mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 beauftragt, insbesondere die psychotherapeutische Versorgung bedarfsgerechter und wohnortnäher zu gestalten. Dabei soll er neben der demografischen Entwicklung zukünftig auch die Morbiditäts- und Sozialstruktur berücksichtigen.

möglich, weil empirische Daten für eine solche morbiditätsorientierte Bedarfsplanung vorliegen.

Morbiditätsorientierung möglich

Das Robert Koch-Institut hat bereits zwei große Gesundheitssurveys zu psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland durchgeführt. Diese Surveys untersuchen, wie häufig Menschen in Deutschland unter einer psychischen Erkrankung leiden. Die Daten des letzten Surveys (DEGS1-MH) wurden im IGES/Jacobi-Gutachten verwendet. Sie zeigen, dass das Risiko, psychisch zu erkranken, kaum davon abhängt, ob

sentlichen Einfluss darauf, wie häufig Menschen psychisch erkranken.

Ausgangspunkt der BPTK-Überlegungen und des IGES/Jacobi-Gutachtens für eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung ist deshalb ein einheitliches Verhältnis von Psychotherapeuten je Einwohner für die gesamte Bundesrepublik. Diese bundeseinheitliche Verhältniszahl muss jedoch abhängig von der Häufigkeit psychischer Erkrankungen regional angepasst werden. Das ist über den im IGES/Jacobi-Gutachten vorgeschlagenen Bedarfsindex möglich.

Gesetzgeberischer Auftrag umsetzbar

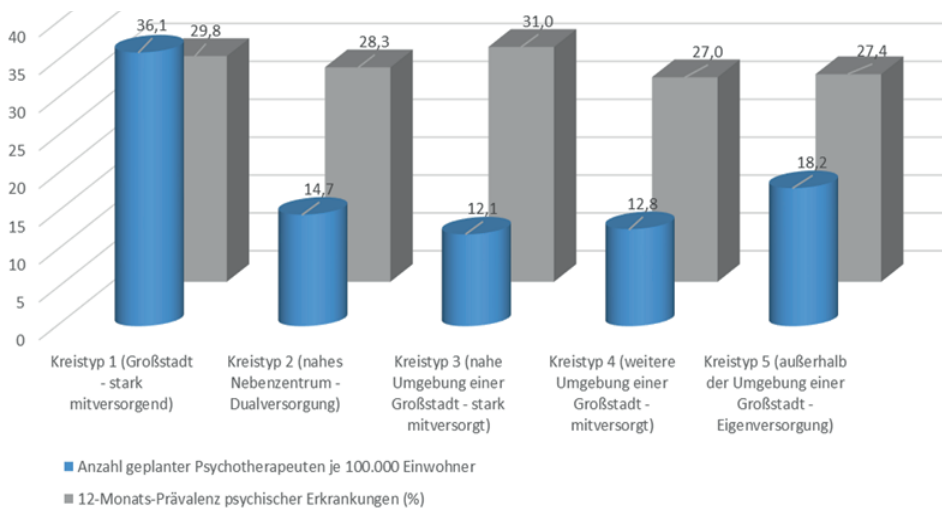
Das IGES-Institut und Prof. Jacobi konnten mit ihrem neuen Bedarfsindex zeigen, dass Morbiditäts- und Sozialstruktur in die psychotherapeutische Bedarfsplanung einbezogen werden können. Der Einstieg in eine bedarfsgerechtere Planung der psychotherapeutischen Praxisplätze ist also machbar. Die Forderung des Gesetzgebers, eine Bedarfsplanung zu entwickeln, die Morbidität und Sozialstruktur berücksichtigt, ist umsetzbar.

Mitversorgungseffekte berücksichtigen

Außerdem muss zukünftig in der Bedarfsplanung auch berücksichtigt werden, wo Menschen zum Arzt oder Psychotherapeuten gehen wollen und können. Patienten suchen nicht immer dort einen Arzt oder Psychotherapeuten auf, wo sie wohnen. Manche tun dies dort, wo sie arbeiten, z. B. in der nächstgelegenen Großstadt. Ob sie dies tun, weil es dort mehr Praxen mit freien Behandlungsplätzen gibt, weil die Nähe zum Arbeitsplatz eher ihren Wünschen entspricht, oder ob noch weitere Faktoren die Inanspruchnahme der Patienten beeinflussen, wissen wir nicht. Hierzu müssen noch Daten erhoben werden.

Obergrenzen für Psychotherapeutenpraxen und Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Dargestellt sind die fünf Kreistypen der bisherigen Bedarfsplanung (ohne Sonderregion Ruhrgebiet). Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen ist relativ stabil. Unabhängig davon, ob die Menschen in einer Großstadt oder auf dem Land leben, erkranken durchschnittlich 28 Prozent von ihnen innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung (12-Monats-Prävalenz). In einer Großstadt dürfen sich dagegen rund 36 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen, auf dem Land nur 18 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Diese deutlich schlechtere Versorgung ländlicher Regionen ist eines der großen Defizite des deutschen Gesundheitssystems.



Quelle: Daten aus IGES/Jacobi-Gutachten, 2016; eigene Berechnungen der BPTK

Auch aus Sicht der BPTK ist ein Kurswechsel dringend erforderlich. Die BPTK hat daher gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung das IGES-Institut und Prof. Dr. Frank Jacobi beauftragt, nach Wegen zu suchen, wie die Häufigkeit psychischer Erkrankungen als Faktor in die Bedarfsplanung einfließen kann. Das ist in der psychotherapeutischen Versorgung tatsächlich

ein Mensch in der Stadt oder auf dem Land lebt. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen ändert sich vielmehr, je nachdem, ob die Menschen in einer Region einen höheren oder niedrigeren Bildungsabschluss haben, ob sie Arbeit haben oder arbeitslos sind, ob mehr jüngere oder ältere dort wohnen und ob sie männlich oder weiblich sind. Diese Merkmale haben einen we-

Bedarfsgerecht planen und Abbau verhindern

Interview mit BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz

Welche Vorteile hat eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung?

Je mehr Menschen krank sind, desto höher ist der Behandlungsbedarf. Wenn wir für die Planung des Versorgungsangebots die Morbidität einbeziehen – so wie im IGES/Jacobi-Gutachten vorgeschlagen – entspricht die Zahl der Praxen in einer Region viel besser diesem Bedarf. Mit dem Einbezug bevölkerungsrepräsentativer Daten zur Morbidität kann der Gemeinsame Bundesausschuss sachgerechter entscheiden. Es ist ein Einstieg in eine Bedarfsplanung, die durch Patientenmerkmale bestimmt ist.

Lässt sich so der Gesamtbedarf an ambulanter Psychotherapie festlegen?

Nein, eine eindeutige Aussage, wie viele Psychotherapeuten wir insgesamt in Deutschland benötigen, lässt sich auch mit diesen Morbiditätsdaten nicht treffen. Wir wissen zwar, wie häufig die Menschen durchschnittlich an einer psychischen Störung erkranken. Wir wissen aber nicht, wie groß der Behandlungsbedarf deshalb bei einzelnen Patienten ist. Das ist sehr unterschiedlich.

Deshalb brauchen wir zunächst weiter eine Gesamtzahl an Psychotherapeuten, die auf der Annahme fußt, dass die Zahl der bestehenden Praxen dem Bedarf entspricht. Wir halten diese Annahme „Ist = Soll“ zwar für problematisch, praktisch haben wir aber keine andere Berechnungsgrundlage verfügbar.

Wenn wir von dieser Annahme ausgehen, müssen jedoch unbedingt die Fehler in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung korrigiert werden. Dazu gehören vor allem der falsch gewählte Stichtag und die von der ärztlichen Bedarfsplanung abweichende Berechnung der Verhältniszahlen, bei der die ostdeutschen Bundesländer einbezogen wurden, obwohl es damals dort noch viel zu wenige Praxen gab. Eine korrigierte Gesamtzahl, die auf dem Stichtag 2004/Westdeutschland beruht, könnte

als Grundlage für eine bundesweit einheitliche Praxendichte dienen. Diese wird dann in Abhängigkeit von regionalen Unterschieden in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen angepasst. Damit hätten wir künftig nicht mehr fünf Verhältniszahlen (Einwohner pro Psychotherapeuten), sondern zunächst grundsätzlich nur eine Verhältniszahl. Nach der Korrektur dieser einheitlichen Verhältniszahl anhand der regionalen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen ergäbe sich dann für jeden Planungsbereich eine spezifische Verhältniszahl. Diese hätte – im Unterschied zu bisher – einen empirisch belegten Bezug zum realen Versorgungsbedarf.

Spielen Mitversorgungseffekte keine Rolle mehr?

Zusätzlich zur Morbidität muss berücksichtigt werden, wo Patienten behandelt werden wollen: an ihrem Wohnort, in der Nähe des Arbeitsplatzes bzw. im nächsten Ballungszentrum oder – vor allem in ländlichen Regionen – in Abhängigkeit vom öffentlichen Personennahverkehr. Ich bin mir sicher, die Antworten fallen sehr unterschiedlich aus, ob sie Kinder und ihre Eltern, Arbeitnehmer oder Rentner, akut oder chronisch kranke Menschen fragen. Die Bedarfsplanung versucht jetzt schon die Mitversorgung zu berücksichtigen. Sie tut dies jedoch auf einer unzureichenden Datengrundlage. Der Bedarfsindex muss also noch um einen Mitversorgungsindex ergänzt werden.

Müssen dadurch Psychotherapeuten aus Ballungsgebieten in ländliche Regionen umziehen?

Kein Psychotherapeut muss umziehen. Der Prozess der Umstellung auf eine neue Bedarfsplanung wird Jahre dauern. Ein Nachfolger für eine Praxis in der Stadt kann dann z. B. im gleichen Bundesland, aber eben in einem ländlichen Gebiet, seine Praxis eröffnen. In Stadtstaaten kann dies auch bedeuten,

dass bei einer Praxisaufgabe der Sitz in ein anderes Stadtviertel verlegt wird, wie es beispielsweise heute schon in Berlin praktiziert wird. In jedem Fall bleibt es dabei, dass bei einer Praxisaufgabe in einem städtischen Gebiet wie bisher geprüft werden muss, ob diese Praxis dort weiterhin gebraucht wird.

Was bedeutet dies für die psychotherapeutische Versorgung?

Nach der aktuellen Bedarfsplanung gelten bundesweit fast 4.500 Praxen als angeblich überflüssig und sollen abgebaut werden. Die Krankenkassen werden nicht müde, dies zu fordern. Mit einer morbiditätsorientierten Bedarfsplanung, die auf einem neuen Stichtag aufbaut, wäre dieser drohende Abbau von der politischen Agenda. Es ginge nicht mehr um Abbau, sondern um regionale Umverteilung.

Welchen kurzfristigen Nutzen hat dieses Konzept?

Bis der G-BA sich für eine neue Bedarfsplanung entscheiden kann, schlagen wir vor, zumindest den Demografiefaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeuten durch den neuen Bedarfsindex zu ersetzen. Der Demografiefaktor geht davon aus, dass der psychotherapeutische Behandlungsbedarf bei Über-65-Jährigen nur 13,5 Prozent des Behandlungsbedarfs der Unter-65-Jährigen beträgt. Das Gutachten zeigt jedoch, dass dieser tatsächlich bei 67 Prozent liegt. Deshalb wird für ältere Menschen nach der bisherigen Bedarfsplanung eine viel zu schlechte Versorgung geplant. Das Gutachten zeigt auch, dass im Ruhrgebiet ein leicht erhöhter psychotherapeutischer Versorgungsbedarf besteht. Die bisherige Bedarfsplanung sieht dagegen in der „Sonderregion“ Ruhrgebiet vor, dass psychisch kranken Menschen nur ein Drittel der Praxen zur Verfügung steht wie in anderen deutschen Großstädten. Damit muss Schluss sein.

BPtK-Dialog



Dr. Dietrich Munz

Präsident der
Bundespsychotherapeutenkammer

Die Fehler der bisherigen Bedarfsplanung

Der G-BA legte mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie fest, dass sich in Deutschland grundsätzlich nur so viele Psychotherapeuten niederlassen dürfen, wie bis zum 31. August 1999 zugelassen waren. Auch die Reform der Bedarfsplanung 2013 hat daran nicht grundsätzlich etwas geändert.

heute niedriger als die Zahl der Psychotherapeuten, die bereits 1998 für die gesetzliche Krankenversicherung tätig waren.

Nach der Richtlinie dürften derzeit eigentlich nur rund 16.500 Psychotherapeuten bundesweit zugelassen sein. Diese Planung ist allerdings Makulatur. Weil sie für die Versorgung nicht aus-

auf eine Behandlung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Wieso übersieht die bisherige Bedarfsplanung diesen Bedarf? Das liegt daran, dass bei der bisherigen Bedarfsplanung gravierende Fehler gemacht wurden.

Handwerkliche Fehler bei der heutigen Bedarfsplanung

Der Stichtag, nach dem die Obergrenze für zugelassene Psychotherapeuten festgelegt wurde, lag kurz nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Tausende Anträge auf Zulassung waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht entschieden. Die Obergrenze der Bedarfsplanung lag damit unter der Zahl von Psychotherapeuten, die vorher bereits tätig waren. Sie war schon damals um 5.000 Psychotherapeuten zu niedrig. Der Gesetzgeber hatte aber vorgesehen, dass alle Psychotherapeuten, die bereits vor dem Psychotherapeutengesetz tätig waren, in die Bedarfsplanung einbezogen werden sollen.

Außerdem wurde die Obergrenze, bis zu der Psychotherapeuten grundsätzlich zugelassen werden können, noch heruntergerechnet. Anders als bei anderen Arztgruppen wurden bei den Obergrenzen für die verschiedenen Kreistypen auch die ostdeutschen Bundesländer einbezogen, in denen es aufgrund des anderen Aufbaus des Gesundheitssystems in der DDR (Stichwort: Polikliniken) damals noch viel zu wenige Praxen gab. In den neuen Bundesländern gab es zum Stichtag dreimal weniger niedergelassene Psychotherapeuten pro Einwohner als in Westdeutschland.

Anders als bei den anderen Fachärzten gab es 1999 bei den Psychotherapeuten auch keine über Jahrzehnte gewachsenen Versorgungsstrukturen. Psychotherapie ist erst seit Mitte der 1970er Jahre Kassenleistung. Psychotherapeuten nach heutigem sozialrechtlichem Verständnis gab es noch gar nicht. Der Aufbau eines ambulanten psychotherapeutischen Angebots steckte noch in

So funktioniert Bedarfsplanung heute

Im ersten Schritt legte der Gemeinsame Bundesausschuss die Gesamtzahl zugelassener Ärzte- und Psychotherapeutenpraxen fest, indem er die Anzahl der Praxen zu einem bestimmten Stichtag zählte („Ist“) und zum Bedarf („Soll“) erklärte. Im zweiten Schritt teilte er das Bundesgebiet für die meisten Fachärzte und damit auch für Psychotherapeuten in über 300 „Planungsbereiche“ ein.

Jedem dieser Planungsbereiche wurde einer von fünf regionalen Kategorien („Kreistypen“) zugeordnet – von Großstädten über deren Umland bis hin zu ländlichen Regionen. Das Ruhrgebiet wurde zusätzlich als Sonderregion definiert. Dann wurde für jede dieser Kategorien festgelegt, für wie viele Einwohner ein Psychotherapeut bzw. Arzt zugelassen werden kann („allgemeine Verhältniszahl“). Dieses Verhältnis wurde auf Grundlage der Zahl von Ärzten und Psychotherapeuten ermittelt, die in der jeweiligen Planungsbereichskategorie bereits tätig waren.

Diese allgemeine Verhältniszahl wird um den Demografiefaktor korrigiert. Dadurch soll berücksichtigt werden, wie sich der Behandlungsbedarf aufgrund von Alter und Geschlecht verändert. Ob in einem Kreistyp allerdings tatsächlich mehr Menschen krank sind oder nicht, spielt für die Frage, wie viele Praxen es dort geben soll, bisher keine Rolle. Der G-BA korrigierte 2013 seine Planzahlen – allerdings nur für ländliche Regionen. Dort konnten sich dadurch zusätzlich etwa 1.200 Psychotherapeuten niederlassen.

Übersteigt die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten in einem Planungsbereich die festgelegten Obergrenzen, treten spezielle Regelungen in Kraft. Sind in einem Planungsbereich 10 oder mehr Prozent an Ärzten und Psychotherapeuten vorhanden, als in der Bedarfsplanung vorgesehen (Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent), gilt der Kreis als „überversorgt“. Dort darf kein weiterer Arzt oder Psychotherapeut mehr zugelassen werden. Niederlassungen sind nur noch in Privatpraxis möglich.

In überversorgten Planungsbereichen kann es auch sein, dass eine Praxis nicht wiederbesetzt wird, wenn der Praxisinhaber z. B. in den Ruhestand geht. Dies muss aber nicht geschehen. Ob das erfolgt, entscheiden die Zulassungsausschüsse. Ist ein Planungsbereich zu mehr als 140 Prozent überversorgt, soll die Praxis aber grundsätzlich stillgelegt werden, wenn der Praxisinhaber aufhört.

Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte bilden gemeinsam die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Um diese geht es in diesem Spezial.

Daten, wie viele Menschen zu diesem Zeitpunkt psychisch krank waren und wie viele von ihnen eine Psychotherapie benötigen, wurden nicht berücksichtigt. Um den Bedarf zu ermitteln, zählte der G-BA die Zahl der psychotherapeutischen Praxen zum Stichtag und erklärte dieses Ist an Praxen zum Soll. Damit liegt die Obergrenze für zugelassene Psychotherapeuten

reicht, behandeln tatsächlich rund 24.000 zugelassene Psychotherapeuten psychisch kranke Menschen. Ginge es nach der bisherigen Bedarfsplanung, sollen davon fast 4.500 abgebaut werden. Die gesetzlichen Krankenkassen werden nicht müde, diesen Kahlschlag zu fordern.

Tatsächlich warten psychisch kranke Menschen in vielen Regionen wochen- und monatelang

den Anfängen. Deshalb war selbst die Anzahl der westdeutschen Praxen zu niedrig, um psychisch kranke Menschen zu versorgen. Erst mit dem Psychotherapeutengesetz 1999 wurde die Grundlage für die Psychotherapie als selbstständiger Heilberuf geschaffen. Eine derart vor-schnelle Festlegung des Bedarfs in dieser Gründungsphase des Berufes ist sachlich nicht zu begründen.

Bedarfsplanung auf dem Stand von vor 20 Jahren

Trotz dieser grundsätzlichen Fehler legte der G-BA 1999 eine Obergrenze für Psychotherapeuten fest. Diese ist bis heute die Grundlage für die Bedarfsplanung.

Nach dem Stichtag im Jahr 1999 konnten noch rund 5.000 Psychotherapeuten eine Zulassung erreichen. In der Bedarfsplanung sind diese Praxen aber nicht vorgesehen. Auch deshalb gelten heute rund 4.500 Praxen angeblich als überflüssig und sollen abgebaut werden.

Bisher hat der G-BA seine Obergrenzen nur für ländliche Regionen korrigiert. Dort konnten sich inzwischen rund 1.200 Psychotherapeuten zusätzlich niederlassen. Diese Korrektur war allerdings dringend notwendig, da die Bedarfsplanung anfangs etwa neunmal weniger Praxen

auf dem Land als in Großstädten vorsah. Die Bevölkerung auf dem Land ist aber nur geringfügig seltener psychisch krank als in der Großstadt. Doch selbst nach diesen Korrekturen steht der ländlichen Bevölkerung im Vergleich zu Großstädten nur die Hälfte der Psychotherapeuten zur Verfügung. Auch dies ist noch deutlich zu wenig.

Pendlerströme statt überprüfter Mitversorgungseffekte

Als nachträgliche Rechtfertigung der besonders hohen Anzahl von Psychotherapeuten in Großstädten wird häufig angeführt, dass große Städte ihre umliegenden Regionen mitversorgen. Dies kann durchaus möglich sein, weil manche Patienten nicht an ihrem Wohnort, sondern in der Nähe ihres Arbeitsplatzes einen Arzt oder Psychotherapeuten konsultieren. Bei Fachärzten wird jedoch eine deutlich geringere Mitversorgung angenommen als bei Psychotherapeuten. Dies ist erstaunlich, da Patienten viel seltener zum Facharzt müssen als zu einem Psychotherapeuten. Psychisch kranke Menschen gehen in der Regel einmal wöchentlich zum Psychotherapeuten. Viele Facharztbesuche beschränken sich dagegen auf einen Termin im Quartal oder Jahr.

„Sonderregion“ Ruhrgebiet

Das Ruhrgebiet wird in der Bedarfsplanungs-Richtlinie als „Sonderregion“ geführt. Deshalb gelten für ihre Großstädte nicht dieselben Verhältniszahlen wie für alle anderen Großstädte, sondern besonders ungünstige. Dadurch stehen psychisch kranken Menschen im Ruhrgebiet dreimal weniger Psychotherapeuten zur Verfügung als in den Großstädten im übrigen Bundesgebiet.

Das IGES/Jacobi-Gutachten zeigt jedoch, dass im Ruhrgebiet nicht weniger Menschen an einer psychischen Störung erkranken als woanders. Vielmehr besteht tatsächlich sogar ein leichter Mehrbedarf an psychotherapeutischen Praxen. Die „Sonderregion“ Ruhrgebiet ist also nicht bedarfsgerecht. Die BPTK fordert, die Kreise des Ruhrgebiets noch vor einer grundlegenden Reform nach den allgemeinen Verhältniszahlen für den jeweiligen Kreistyp zu planen.

Tatsächlich beruhen die Unterschiede in der Bedarfsplanung nicht auf echten Mitversorgungseffekten, die untersucht wurden. Der G-BA hat nicht ermittelt, wie viele Menschen aus dem Ort X zu dem Psychotherapeuten am Ort Y gehen. Es wurde auch nicht untersucht, ob Patienten einen Arzt oder Psychotherapeuten in einer Großstadt konsultieren, weil nur dort leichter Behandlungstermine zu bekommen sind. Stattdessen hat der G-BA von Pendlerströmen auf Mitversorgungseffekte geschlossen. Diese schematische Annahme, dass große Städte grundsätzlich auch weit entfernt liegende Regionen mitversorgen, ist aber sehr spekulativ und müsste dringend empirisch überprüft werden.

Demografiefaktor

In der aktuellen Bedarfsplanung fließen regionale Bedarfsunterschiede durch den Demografiefaktor ein. Mit dem Demografiefaktor soll berücksichtigt werden, dass ältere Menschen einen anderen Behandlungsbedarf haben als jüngere. Er geht davon aus, dass der psychotherapeutische Behandlungsbedarf bei Über-65-Jährigen nur 13,5 Prozent des Behandlungsbedarfs der Unter-65-jährigen beträgt. Das IGES/Jacobi-Gutachten zeigt jedoch, dass dieser tatsächlich bei 67 Prozent liegt.

Der Demografiefaktor unterschätzt also den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf älterer Menschen erheblich. Er führt letztlich dazu, dass in ohnehin schlecht versorgten ländlichen Gebieten, wo viele ältere Menschen wohnen, eine noch schlechtere Versorgung geplant wird als anderswo.

Der Demografiefaktor erfasst den Bedarf außerdem nur unvollständig. Er berücksichtigt lediglich, ob in der Vergangenheit medizinische Leistungen in Anspruch genommen wurden. Damit werden all diejenigen nicht berücksichtigt, die psychisch krank sind, sich jedoch nicht in Behandlung befinden.

Ältere Menschen nehmen bisher psychotherapeutische Leistungen seltener in Anspruch als jüngere. Leitlinien z. B. zur Behandlung von Depressionen empfehlen jedoch, sie wie alle anderen Altersgruppen psychotherapeutisch zu behandeln (NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression). Nach dem Stand der Wissenschaft ist Psychotherapie bei ihnen genauso wirksam.

Bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze Das IGES/Jacobi-Gutachten

Link zum
IGES/Jacobi-Gutachten:
[www.bptk.de/
publikationen/
bptk-spezial.html](http://www.bptk.de/publikationen/bptk-spezial.html)

Das IGES-Institut hat zusammen mit Prof. Dr. Frank Jacobi ein Konzept zur bedarfsorientierten Planung der Psychotherapeutensitze vorgelegt. Das Gutachten wurde gemeinsam von der Bertelsmann Stiftung und der BPTK in Auftrag gegeben. Mit ihm sollen Impulse für die Arbeit des G-BA gegeben werden. Der G-BA hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 den Auftrag erhalten, die Bedarfsplanung zu reformieren und insbesondere die psychotherapeutische Versorgung bedarfsgerechter und wohnortnäher zu gestalten. Dabei soll er zukünftig die Morbiditäts- und Sozialstruktur berücksichtigen.

Morbidität als Indikator für Bedarf

Die Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung (Morbidität) bestimmt wesentlich den Behandlungsbedarf. Je mehr Menschen erkrankt sind, desto höher ist der Behandlungsbedarf – und umgekehrt. Daher ist es naheliegend, dass in die zentralen Regelungen, wie viele Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in Deutschland zugelassen werden, auch der Faktor Morbidität eingeht.

DEGS – Repräsentative Daten

Um den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf abschätzen zu können, sind also Informationen darüber notwendig, wie häufig psychische Erkrankungen in der Bevölkerung vorkommen. Mit dem Modul zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) des Robert Koch-Instituts liegt solch eine Untersuchung für Erwachsene vor. Mit den Daten dieser Untersuchung können erstmalig bevölkerungsrepräsentative Morbiditätsdaten

zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung genutzt werden.

Regionale Morbidität

Ein Grundgedanke des IGES/Jacobi-Gutachtens ist es, dass sich über regionale Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen ein regionaler Mehr- oder Minderbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung ermitteln lässt.

Diese regionalen Unterschiede ergeben sich vor allem dadurch, dass einzelne Personengruppen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben. So ist das Risiko für eine psychische Erkrankung bei Frauen höher als bei Männern. Auch arbeitslose Menschen haben ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen als berufstätige. Dadurch sind zum Beispiel in Regionen mit besonders hoher Arbeitslosigkeit oder über-

durchschnittlich vielen Frauen psychische Erkrankungen häufiger.

Dort, wo Menschen häufiger psychisch erkranken, bedarf es auch mehr Psychotherapeuten – und umgekehrt. Die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten sollte deshalb auf der Basis einer bundesweit einheitlich geplanten Versorgung regional so variieren, dass sie die Häufigkeit psychischer Erkrankungen berücksichtigt.

Bedarfsindex für Psychotherapeuten

Dieser Grundgedanke wurde durch IGES und Prof. Jacobi für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in einem neuen Bedarfsindex für Psychotherapeuten umgesetzt. Mit diesem Bedarfsindex können regionale Abweichungen im psychotherapeutischen Behandlungsbedarf anhand von Unterschieden in der Morbidi-

DEGS und das Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit

Im Rahmen des Zusatzmoduls zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren untersucht. Die über 4.000 befragten Personen stammen aus 180 Untersuchungsorten, die in 139 Kreisen und kreisfreien Städten liegen.

Mit etablierten computergestützten klinischen Interviews (CIDI) wurde untersucht, ob die Befragten innerhalb des letzten Jahres unter einer psychischen Erkrankung litten (12-Monats-Prävalenz). Die Befragung wurde von klinisch geschulten Interviewern in der Regel vor Ort durchgeführt. Ein Interview dauerte im Durchschnitt eine Stunde.

Im IGES/Jacobi-Gutachten wurden folgende psychische Erkrankungen berücksichtigt: Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten, psychotische Störungen, affektive Störungen (bipolare Störungen und unipolare Depressionen), Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen und Essstörungen.

Weitere Informationen: Jacobi et al. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*. *Nervenarzt*, 85, 77-87.

BPtK-Spezial



Soziodemografische Merkmale und Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Alter: Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nimmt mit dem Alter ab: Bei den Über-65-Jährigen ist die Häufigkeit psychischer Erkrankungen um ein Drittel geringer als bei den Unter-65-Jährigen (20,5 vs. 30,6 Prozent).

Geschlecht: Frauen sind häufiger psychisch krank als Männer. Sie haben im Schnitt ein 1,5-fach höheres Risiko, unter einer psychischen Erkrankung zu leiden (34,4 vs. 22,4 Prozent).

Bildung: Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nimmt mit dem Bildungsniveau ab. Menschen ohne Schulabschluss sind beispielsweise häufiger psychisch krank als Menschen mit Hochschulreife (43,6 vs. 25,0 Prozent).

Arbeitslosigkeit: Arbeitslosigkeit geht mit einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen einher. Arbeitslose Menschen leiden etwa doppelt so häufig unter psychischen Erkrankungen wie Menschen, die berufstätig sind (49,6 vs. 27,2 Prozent).

Quelle: IGES/Jacobi-Gutachten, 2016

(INKAR-Datenbank). Erst durch die Kombination dieser beiden Datensätze lassen sich Aussagen über die regionale Morbidität treffen, die genau genug sind, um damit den Bedarf in einzelnen Planungsbereichen festzulegen. Merkmale, die diese Anforderungen erfüllen, sind Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und Arbeitslosigkeit.

Daneben gibt die DEGS Hinweise darauf, dass in Großstädten etwas mehr Menschen psychisch krank sind als auf dem Land. Um diesen Effekt nicht unberücksichtigt zu lassen, wurde auch das Merkmal „Kreistyp“ der Bedarfsplanung als Indikator für den Urbanisierungsgrad in den Bedarfsindex aufgenommen. Der Zusammenhang zwischen Kreistyp und Häufigkeit psychischer Erkrankungen ist für sich genommen allerdings statistisch nicht bedeutsam.

tät ermittelt werden. Ist zum Beispiel in einem Planungsbereich die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt um sieben Prozent erhöht, dann wird angenommen, dass dort auch der Behandlungsbedarf um sieben Prozent höher liegt. Ausgehend von einem festgelegten Ausgangswert, wird anschließend die Anzahl der Psychotherapeuten regional berechnet. Die Entwicklung des Bedarfsindex erfolgte in drei Schritten (siehe Abbildung):

Schritt 1: Soziodemografische Merkmale
Um regionale Unterschiede in der Morbidität zu ermitteln, wurde anhand der DEGS-Daten untersucht, welche soziodemografischen Merkmale mit psychischen Erkrankungen zusammenhängen. Ziel war es, Merkmale zu finden, die in der DEGS die Häufigkeit psychischer Erkrankungen beeinflussen. Gleichzeitig müssen diese Merkmale auch in amtlichen Statistiken für jeden einzelnen Planungsbereich der Bedarfsplanung vorliegen

Schritt 2:

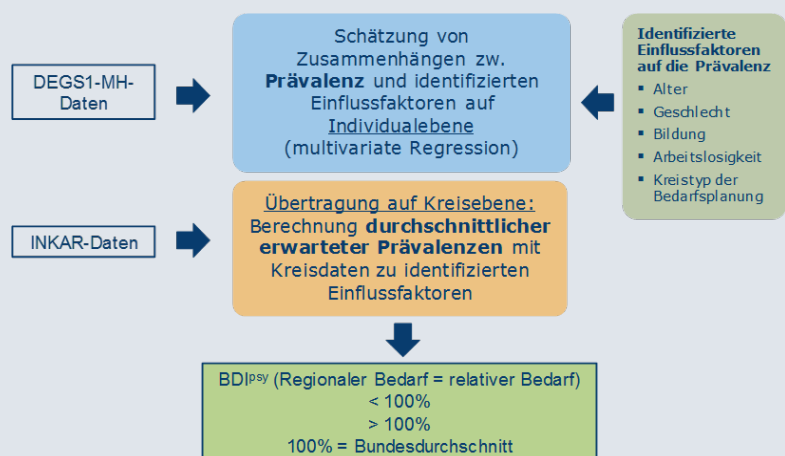
Regionale Häufigkeit

Indem soziodemografische und regionale Merkmale mit der Morbidität verbunden werden, kann die Häufigkeit psychischer Erkrankungen für jeden einzelnen Planungsbereich ermittelt werden. Demnach ist zum Beispiel die Häufigkeit

Fortsetzung auf Seite 8

Entwicklung des Bedarfsindexes für Psychotherapeuten

Dargestellt sind die Schritte bei der Entwicklung des Bedarfsindexes für die psychotherapeutische Versorgung. Im ersten Schritt wurde mit den Daten aus dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit in Deutschland (DEGS1-MH) untersucht, welche Personenmerkmale, die auch in amtlichen Statistiken (INKAR-Datenbank) für jeden Planungsbereich der Bedarfsplanung vorliegen, mit psychischen Erkrankungen zusammenhängen. In einem zweiten Schritt wurde anhand dieser Zusammenhänge die Häufigkeit psychischer Erkrankungen je Planungsbereich ermittelt. In einem dritten Schritt wurde die prozentuale Abweichung der regionalen Prävalenzen vom Bundesdurchschnitt berechnet und daraus ein prozentualer Minder- oder Mehrbedarf an psychotherapeutischen Praxen je Planungsbereich abgeleitet.



Quelle: IGES/Jacobi-Gutachten, 2016

figkeit psychischer Erkrankungen in einem Planungsbereich, in dem im Vergleich zum Bundesdurchschnitt viele junge Frauen mit einem niedrigen Bildungsniveau leben, erhöht.

Die so ermittelte Häufigkeit psychischer Erkrankungen variiert je nach Planungsbereich der Bedarfsplanung innerhalb einer Bandbreite von 23,4 Prozent bis 31,8 Prozent. Der Bundesdurchschnitt beträgt 27,8 Prozent.

**Schritt 3:
Abweichungen vom Bundesdurchschnitt**

In einem dritten Schritt wurde für jeden Planungsbereich die prozentuale Abweichung von der bundesdurchschnittlichen Häufigkeit psychischer Erkrankungen berechnet. Diese Abweichung wird gleichgesetzt mit einem Mehr- oder Minderbedarf an psychotherapeutischer Versorgung.

Daraus ergeben sich regionale Unterschiede beim psychothe-

rapeutischen Versorgungsbedarf, die durchaus erheblich sind: Die Bandbreite reicht von einem Minderbedarf von 15 Prozent bis zu einem Mehrbedarf von 15 Prozent (siehe Abbildung).

Ausgehend von einem festgelegten Ausgangswert kann pro Planungsbereich nun berechnet werden, wie viele Psychotherapeuten mehr oder weniger notwendig sind.

Ungleichbehandlung der Psychotherapeuten

Der Bedarfsindex sagt jedoch nichts über den Gesamtbedarf an Psychotherapeuten aus. Wie viele Psychotherapeuten insgesamt als notwendig erachtet werden, wird innerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ausgehandelt und vereinbart. Der G-BA legt dafür das Verhältnis von Psychotherapeuten je Einwohner in der Bedarfsplanungs-Richtlinie fest.

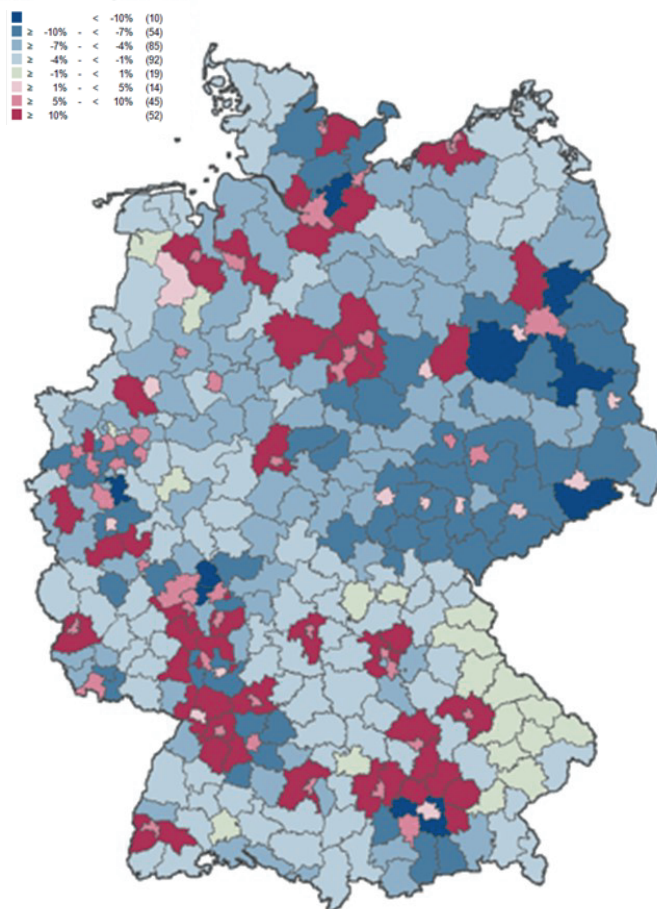
Bei den Psychotherapeuten wurde jedoch ein anderer Stichtag und Regionsbezug als bei anderen Arztgruppen festgelegt. Für diese Ungleichbehandlung gibt es keine fachliche Begründung. Sie führt dazu, dass die aktuell vorgesehene Anzahl von Psychotherapeuten nicht einmal dem Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vor fast 20 Jahren entspricht. Die BPTK fordert, diese Fehler in der bisherigen Bedarfsplanung zu beheben und die Gesamtzahl der Psychotherapeuten genauso wie die Gesamtzahl bei anderen Arztgruppen zu berechnen.

Neuer Stichtag

Grundlage für eine bedarfsrechte Planung ist deshalb die Korrektur des Stichtages. Ziel des Gesetzgebers war es, dass nach dem Psychotherapeutengesetz ungefähr so viele Psychotherapeuten tätig sein sollten, wie vorher für die gesetzliche Krankenversicherung tätig waren. Dafür wählte der G-BA einen viel zu frühen Stichtag,

Relativer Mehr- bzw. Minderbedarf an Psychotherapeutenpraxen je Planungsbereich

Dargestellt sind die Regionen (Planungsbereiche), für die die Bedarfsplanungs-Richtlinie die Obergrenzen an Psychotherapeutenpraxen festlegt. Wendet man den neuen Bedarfsindex an, sind in den blauen Planungsbereichen weniger und in den roten mehr psychotherapeutische Praxen notwendig. Die Unterschiede entsprechen den regionalen Abweichungen der 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen vom Bundesdurchschnitt.



Quelle: IGES/Jacobi-Gutachten, 2016



Auswirkungen eines neuen Stichtags und Regionsbezug in der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten

Dargestellt sind die Folgen für die psychotherapeutische Bedarfsplanung bei einem geänderten Stichtag (31.12.2004 statt 31.08.1999) und einem geänderten Regionsbezug (nur Westdeutschland statt Gesamtdeutschland). Im Vergleich zum Status quo der Bedarfsplanung ändert sich die Obergrenze für die Psychotherapeutenpraxen („Soll-Sitze“), die Anzahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent („Offene Sitze“) sowie die Anzahl der Sitze über einem Versorgungsgrad von 140 Prozent („Vom Abbau bedrohte Sitze“).

	Ist-Sitze	Soll-Sitze	Offene Sitze	Vom Abbau bedrohte Sitze	Saldo vom Abbau bedrohter und offener Sitze
Status quo: Stichtag: 1999/ Gesamtdeutschland	23.949	16.437	123	4.415	-4.292
Neuer Stichtag: 2004/ Westdeutschland	23.949	22.336	1.580	1.227	+353

Quelle: IGES/Jacobi-Gutachten, 2016; eigene Darstellung der BPtK

an dem die Gesamtzahl der Psychotherapeuten gezählt und als Bedarf definiert wurde. Dies war nicht schon am 31. August 1999 der Fall, sondern erst am 31. Dezember 2004.

Neuer Regionsbezug

Die BPtK fordert außerdem, das Verhältnis von Psychotherapeuten je Einwohner nur mittels der westdeutschen Bundesländer zu berechnen. Aufgrund der Versorgungsstrukturen in der DDR gab es in den ostdeutschen Bundesländern damals nur sehr wenige niedergelassene Psychotherapeuten.

Weniger Abbau

Mit einem neuen Stichtag und anderem Regionsbezug verändern sich die Verhältniszahlen im Vergleich zum Status quo. Im Kreistyp 1 sinkt das Verhältnis zum Beispiel von 3.079 auf 2.052. Das heißt, dort muss ein Psychotherapeut nicht mehr rund 3.000 Einwohner versorgen, sondern nur noch etwa 2.000.

Die Anzahl der psychotherapeutischen Praxen, die bis zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent zugelassen werden können („Soll-Sitze“), würden sich deutlich erhöhen,

um insgesamt 5.900 Sitze von rund 16.400 auf etwa 22.300. Dies hätte vor allem zur Folge, dass für die Versorgung eine adäquatere Anzahl von Praxen zur Verfügung stehen würde und weniger Praxen stillgelegt werden müssten.

Ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent sollen Praxen nicht mehr ausgeschrieben werden, wenn der bisherige Praxisinhaber z. B. in den Ruhestand geht. Die Zahl der Praxen, die dann grundsätzlich stillgelegt werden sollen, würde um rund 3.200 Sitze sinken (siehe Tabelle).

Fortsetzung auf Seite 10

Neuer Stichtag und Regionsbezug: 31.12.2004/Westdeutschland

Die Gesamtzahl an Psychotherapeuten sollte in der Bedarfsplanung genauso berechnet werden wie bei anderen Facharztgruppen auch. Die BPtK fordert deshalb einen Stichtag zu verwenden, an dem die zugelassenen Psychotherapeuten als Grundlage für diese Gesamtzahl ermittelt werden. Dieser neue Stichtag ist der 31.12.2004. Erst zu diesem Stichtag ist sichergestellt, dass alle Psychotherapeuten, die vor dem Psychotherapeutengesetz schon tätig waren, auch in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

1999 wurden mit dem Psychotherapeutengesetz die beiden neuen Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen. Erst dann konnten sich Psychotherapeuten um eine Zulassung bewerben. Fünf Jahre danach – also 2004 – waren die allermeisten Gerichts- und Verwaltungsverfahren zur Zulassung abgeschlossen. Außerdem endeten die auf fünf Jahre befristeten Ermächtigungen zur Nachqualifizierung nach den Übergangsvorschriften und die zunächst erteilten Ermächtigungen wurden in Zulassungen umgewandelt. Somit erfasst erst die Anzahl der Zulassungen Ende 2004 den Stand der psychotherapeutischen Versorgung vor Einführung des Psychotherapeutengesetzes.

Darüber hinaus dürfen für die Berechnung der Gesamtzahl an Psychotherapeuten allein die Praxissitze in Westdeutschland herangezogen werden. Aufgrund der Versorgungsstrukturen in der DDR (Stichwort: Polikliniken) gab es 1999 in Ostdeutschland noch viel zu wenige niedergelassene Psychotherapeuten. Wie bei den Ärzten auch sollte deshalb nur die Praxisdichte in Westdeutschland herangezogen werden.

Mehr Praxissitze

Außerdem ergäben sich bei einem neuen Stichtag und Regionsbezug zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten, weil mehr Planungsbereiche unter einem Versorgungsgrad von 110 Prozent liegen. Im Vergleich zur aktuellen Bedarfsplanung könnten rund 1.500 Praxen zusätzlich zugelassen werden (siehe Tabelle).

Ist = Soll

Durch den neuen Stichtag und den anderen Regionsbezug würde sich – im Vergleich zum Status quo – die vorgesehene Praxendichte der tatsächlichen annähern.

Ziel: Gerechte Versorgung unabhängig vom Wohnort

Die aktuelle Bedarfsplanung sieht ein regional unterschiedliches Verhältnis von Praxen

je Einwohner vor. In Großstädten steht für 3.079 Einwohner ein Psychotherapeut zur Verfügung. Auf dem Land muss ein Psychotherapeut hingegen 5.953 Einwohner versorgen.

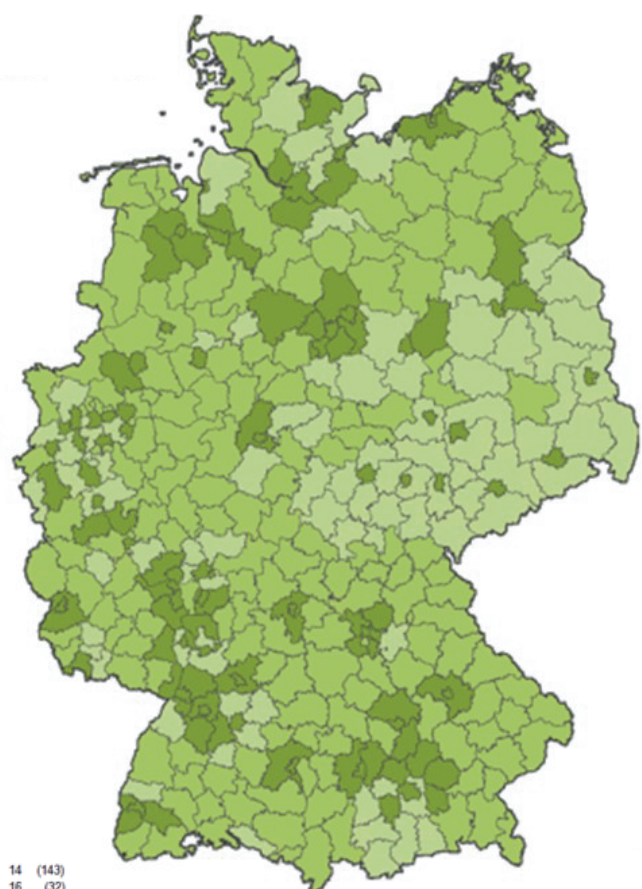
Diese Ungleichbehandlung bleibt auch bei einem neuen Stichtag und Regionsbezug bestehen. Sie widerspricht jedoch dem Grundprinzip,

Bedarfsorientierte Planung: Regionale Umverteilung der Psychotherapeutensitze, die zugelassen werden können

Durch eine einheitliche Verhältniszahl und den IGES/Jacobi-Bedarfsindex kommt es zu einer gleichmäßigeren Verteilung der psychotherapeutischen Praxissitze. In der linken Grafik ist dargestellt, dass sich bisher in den dunkelgrünen Großstädten erheblich mehr Psychotherapeuten niederlassen können als in blassgrünen Regionen. Die rechte Grafik zeigt, dass diese Ungleichverteilung abnimmt, wenn es zu einer neuen bedarfsorientierten Planung der Psychotherapeutenpraxen kommt.

Anzahl geplanter Psychotherapeutensitze je 100.000 Einwohner (**Soll-Dichte bis Versorgungsgrad 110 Prozent**) unter Beibehaltung der **kreistypenspezifischen Verhältniszahlen** (Stichtag: 2004/Westdeutschland)

Anzahl geplanter Psychotherapeutensitze je 100.000 Einwohner (**Soll-Dichte bis Versorgungsgrad von 110 Prozent**), wenn eine bundeseinheitliche Verhältniszahl und der Bedarfsindex (**bedarfsorientierte Planung**) zugrunde gelegt werden (Stichtag: 2004/Westdeutschland)



< 14	(143)
≥ 14 - < 16	(32)
≥ 16 - < 18	(41)
≥ 18 - < 20	(98)
≥ 20 - < 26	(2)
≥ 26	(55)



dass alle Menschen Anspruch auf ein vergleichbares Versorgungsangebot haben – unabhängig davon, wo sie leben. Lediglich regionale Unterschiede, die den Bedarf beeinflussen – allen voran die Morbidität – würden Abweichungen von einer bundesweit einheitlichen Versorgungsdichte in den Planungsbereichen rechtfertigen.

Bundeseinheitliche Verhältniszahl

Eine gleiche Versorgung in den Städten und auf dem Land lässt sich nur durch eine einheitliche Verhältniszahl erreichen, wie sie im IGES/Jacobi-Gutachten vorgeschlagen wird. Durch ein einheitliches Verhältnis von Psychotherapeuten je Einwohner hätten alle Menschen, unabhängig vom Wohnort, grundsätzlich die gleiche Chance, einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten zu finden. Dadurch entfielen die Differenzierung nach Kreistypen mit unterschiedlichen Verhältniszahlen. Diese einheitliche Verhältniszahl soll dann je nach der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in einem Planungsbereich variieren

(IGES/Jacobi-Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeuten-sitze).

Legt man den neuen Stichtag und einen anderen Regionsbezug (2004/Westdeutschland) zugrunde, dann läge die einheitliche Verhältniszahl bei 3.988. Das heißt grundsätzlich stünde ein Psychotherapeut für rund 4.000 Einwohner zur Verfügung. Dadurch läge die geplante Obergrenze bei 22.336 Psychotherapeuten. Wendet man nun noch den Bedarfsindex an, erhöht sich die Gesamtzahl an Psychotherapeuten, die sich bis zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent niederlassen dürfen, um 183 Sitze auf 22.519 Sitze.

Weniger Praxen in Großstädten, mehr auf dem Land

Die Einführung einer bedarfsorientierten Planung von IGES und Prof. Jacobi hätte große Effekte auf die regionale Verteilung der Psychotherapeuten-sitze (siehe Abbildung). Im Vergleich zu den kreistypenspezifischen Verhältniszahlen würde es zu erheblichen Verschiebungen von den

Großstädten auf das Land kommen. Die geplante Anzahl der Praxissitze („Soll-Sitze“) in den Großstädten würde sich – lässt man Mitversorgungseffekte außen vor und legt den neuen Stichtag und Regionsbezug (2004/Westdeutschland) zugrunde – im Vergleich zur kreisgruppenspezifischen Planung um 4.899 Sitze verringern. Dagegen würde sie sich in den übrigen Regionen, vor allem auf dem Land, um 5.082 Sitze erhöhen.

In den Großstädten gäbe es damit im Vergleich zur Beibehaltung der kreistypenspezifischen Verhältniszahlen zusätzlich 3.738 Sitze, die über einem Versorgungsgrad von 140 Prozent lägen. Dem stünden 4.170 zusätzliche Sitze in allen anderen Regionen gegenüber, die unter dem vorgesehenen Versorgungsgrad von 110 Prozent liegen.

Um jedoch zu wissen, wie groß die Umverteilung de facto sein wird, muss noch ein Mitversorgungsindex entwickelt und in einem Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeuten-sitze berücksichtigt werden.

Wohnortnahe Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Entwicklung des Bedarfsindex wurde die Morbiditätsstruktur von Kindern und Jugendlichen nicht berücksichtigt. Mit der DEGS wurde nur die psychische Gesundheit von Erwachsenen untersucht. Vergleichbare Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen nicht vor. In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert Koch-Instituts wurde zwar erfasst, wie viele der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten zeigen. Aus den Ergebnissen können jedoch keine belastbaren Aussagen über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und deren Behandlungsbedürftigkeit gezogen werden.

Das IGES/Jacobi-Konzept einer bedarfsorientierten Planung der Psychotherapeuten-sitze bedeutet gerade für die Versorgung von Kindern und Jugendliche eine erhebliche Verbesserung. Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wird nicht separat über eine eigene Fachgruppe geplant, sondern durch eine Quote. 20 Prozent der geplanten psychotherapeutischen Praxissitze in einem Planungsbereich sind für Psychotherapeuten reserviert, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Die aktuelle Systematik der Bedarfsplanung hält insbesondere in ländlichen Regionen Psychotherapeuten für weniger notwendig als in Großstädten. Dies benachteiligt vor allem Kinder und Jugendliche. Anders als Berufstätige pendeln sie nicht täglich in eine Großstadt und können das dortige Praxisangebot daher nicht nutzen. Kinder und Jugendliche brauchen eine wohnortnahe Versorgung. Ein Konzept, das nicht mehr schematisch für alle Altersgruppen die gleichen Mitversorgungseffekte unterstellt, wäre insbesondere für Kinder und Jugendliche erheblich bedarfsgerechter.

Der Gesetzgeber hat dem G-BA eine Reform der Bedarfsplanung verordnet. Der G-BA muss – eigentlich bis zum 1. Januar 2017 – die Bedarfsplanung umgestalten: hin zu einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung. Morbiditäts- und Sozialstruktur müssen dabei berücksichtigt werden. Der Gesetzgeber greift mit seinen Vorgaben dabei „insbesondere“ die Defizite der derzeitigen Planung psychotherapeutischer Praxen auf.

Kurswechsel 2013 gescheitert

Der letzte Versuch, den G-BA mit gesetzlichen Vorgaben zu einer Umgestaltung der Bedarfsplanung zu bewegen, ist schiefe gegangen. Auch 2013 sollte sich Grundlegendes ändern und die Planung insbesondere der psychotherapeutischen Praxissitze bedarfsgerechter werden. Der Gesetzgeber hatte einen Systemwechsel vor Augen. Der G-BA änderte aber nur einige Kategorien und beließ es im Wesentlichen bei der alten Systematik. Das darf nicht wieder passieren.

Ausgangslage für eine Reform

Die gesetzlichen Vorgaben sind deshalb jetzt klarer (Einbezug von Morbiditäts- und Sozialstruktur) und das IGES/Jacobi-Gutachten zeigt, dass diese Vorgaben umsetzbar sind. Auch der G-BA plant, ein umfassendes Gutachten zur Bedarfsplanung in Auftrag zu geben. Das bietet die Chance, noch offene Fragen zu klären.

Aus Sicht der BPtK kann diesmal eine echte Reform für eine gerechtere Bedarfsplanung gelingen. Um dies zu erreichen, muss aber noch einiges getan werden.

Kurzfristig: Demografiefaktor durch Bedarfsindex ablösen

Mit dem Demografiefaktor soll berücksichtigt werden, dass ältere Menschen einen anderen Behandlungsbedarf haben als jüngere. Der Demografiefaktor geht dabei von der Annahme aus, dass der psychotherapeutische Behandlungsbedarf bei Über-65-Jährigen nur 13,5 Prozent des Behandlungsbedarfs der Unter-65-Jährigen beträgt. Das IGES/Jacobi-Gutachten zeigt jedoch, dass dieser tatsächlich bei 67 Prozent liegt.

Der Demografiefaktor unterschätzt also den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf älterer Menschen erheblich. Er führt letztlich dazu, dass in ohnehin schlecht versorgten ländlichen Gebieten, wo viele ältere Menschen wohnen, eine noch schlechtere Versorgung geplant wird als anderswo. Der Demografiefaktor muss für die Gruppe der Psychotherapeuten daher durch den neuen Bedarfsindex ersetzt werden – kurzfristig vor einer grundlegenden Reform.

Kurzfristig: Sonderregion Ruhrgebiet aufheben

Im Ruhrgebiet steht psychisch kranken Menschen nur ein Drittel der Psychotherapeutenpraxen zur Verfügung als in vergleichbaren anderen Großstädten. Das IGES/Jacobi-Gutachten zeigt jedoch, dass im Ruhrgebiet sogar ein leicht erhöhter psychotherapeutischer Versorgungsbedarf besteht. Das Ruhrgebiet darf deshalb nicht mehr als Sonderregion geplant werden – ebenfalls kurzfristig vor einer grundlegenden Reform.

Mitversorgungsindex entwickeln

Als zentraler Baustein eines morbiditätsorientierten Konzepts ermöglicht der Bedarfsindex, vor Ort mehr oder weniger Praxen zu planen, wenn dort mehr oder weniger

Menschen psychisch krank sind. Das bestimmt aber nicht allein den Behandlungsbedarf. Außerdem muss noch berücksichtigt werden, wo Patienten ihren Psychotherapeuten aufsuchen können und möchten. Patienten sollten befragt werden, ob sie lieber in der Stadt zum Psychotherapeuten gehen wollen, weil sie zum Beispiel dort arbeiten, oder ob sie wohnortnah behandelt werden wollen, weil sie wohntnahe zur Behandlung müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es Patienten gibt, die eine wohnortnahe Versorgung vorziehen, wie z. B. ältere Menschen, aber vor allem Kinder und Jugendliche.

Mit einem Mitversorgungsindex lässt sich planen, wie viele Patienten tatsächlich mehr Praxen in Städten und weniger im Umland in Anspruch nehmen. Ein solcher Index kann kurzfristig aufgrund von Befragungen entwickelt werden. Der G-BA muss ohnehin noch Daten zur Erfüllung seines gesetzlichen Auftrags erheben und hat dazu bereits die Vergabe eines eigenen Gutachtens beschlossen. Patientenpräferenzen müssen ein zentraler Baustein dieses Gutachtens sein.

Gemeinsam mit dem Bedarfsindex können dann die zwei zentralen Punkte berücksichtigt werden, die den Versorgungsbedarf in einer Region bestimmen: Wie viele Menschen vor Ort erkrankt sind und wo diese sich behandeln lassen können und wollen.

Vorgaben des G-BA für regionale Entscheidungen

Damit stehen die zentralen Bausteine einer bedarfsgerechten Planung von Psychotherapeutenpraxen. Der G-BA muss aber noch weitere Einzelheiten klären. Dazu gehören Festlegungen, was in der Bedarfsplanung auf Bundesebene verbindlich festgelegt werden soll und wo und mit welchen Instrumenten auf regionaler Ebene davon abgewichen werden kann oder auch muss.

Stufenweise Einführung

Eine grundlegende Reform kann nur stufenweise umgesetzt werden. Der Standort einer Praxis kann grundsätzlich nur geändert werden, wenn z. B. ein Psychotherapeut in den Ruhestand geht. Hört ein Psychotherapeut in einer Großstadt auf, dann müsste sein Nachfolger die Praxis in ein ländliches Gebiet im gleichen Bundesland verlegen, wenn dort zusätzliche Praxen benötigt werden. In Stadtstaaten könnte dies dann auch bedeuten, dass bei einer Praxisübergabe der Sitz in ein anderes Stadtviertel verlegt werden muss. Solche regionalen Verschiebungen von Praxen werden viele Jahre in Anspruch nehmen. Es muss vor allem die Finanzierung geklärt und ein angemessener Übergangszeitraum definiert werden. Insgesamt kann so schrittweise das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreicht werden.

Impressum

BPtK-Spezial zum Thema
„Kurswechsel in der Bedarfsplanung“

Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Dr. Dietrich Munz
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Judith Gerhardt

Nachdruck und Fotokopien auch aus-
zugsweise nicht gestattet.

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Telefon: 030-278785-0
Fax: 030-278785-44
E-Mail: info@bptk.de