Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung

Voraussetzungen für eine funktionierende Selbstverwaltung*

THERESA UNGER,
CHRISTINA TOPHOVEN

Dr. Theresa Unger ist Wissenschaftliche Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Berlin

Dr. Christina Tophoven ist Geschäftsführerin bei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Berlin

Die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung stellt den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vor Herausforderungen. Die Akteure im G-BA haben unter ökonomischen Gesichtspunkten ein gleichgerichtetes Interesse, die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung nicht voranzutreiben. Will die Gesundheitspolitik sicherstellen, dass psychisch kranke Menschen angemessen ambulant versorgt werden, dann sollte sie dem G-BA zu Beginn der nächsten Legislaturperiode präzise inhaltliche Vorgaben machen und die Interessenlage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung so modifizieren, dass diese sich für die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung einsetzen kann, ohne gegen die Belange der bereits im System tätigen Ärzte und Psychotherapeuten handeln zu müssen. Es wird ein fachlich fundiertes Konzept vorgestellt, mit dem eine bedarfsgerechtere ambulante psychotherapeutische Versorgung sichergestellt werden kann.

Relevanz der Bedarfsplanung für psychisch kranke Menschen

Es liegt in der Verantwortung des G-BA, durch seine Entscheidungen dazu beizutragen, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit dem Ausreichenden, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen versorgt werden (§ 92 Absatz 1 SGB V). Über die Bedarfsplanungs-Richtlinie determiniert der G-BA die Versorgungsdichte im hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich. Da bei fast allen psychischen Erkrankungen Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie das Mittel der Wahl ist, entscheidet der G-BA im Kontext der Bedarfsplanung darüber, ob psychisch kranke Menschen Zugang zu einer leitliniengerechten ambulanten Versorgung erhalten oder ob sie wochen- bzw. monatelange Wartezeiten in Kauf nehmen oder ganz auf eine psychotherapeutische Versorgung verzichten müssen.

Seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie (in Kraft seit 16. Februar 2017) bieten Psychotherapeuten flächendeckend Sprechstunden an. Der Zugang zu den Sprechstundenterminen innerhalb von vier Wochen wird den Versicherten garantiert. Hierdurch wissen die GKV-Versicherten frühzeitiger als bisher, ob

* Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung der Autorinnen wieder.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

DOI: 10.5771/1611-5821-2017-3-4-44

sie eine psychotherapeutische Versorgung brauchen. Aber nur, wenn eine Akutbehandlung notwendig ist, weil Patienten zum Beispiel von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind oder ansonsten eine Krankenhauseinweisung notwendig wäre, dürfen sie auch mit einer zeitnahen psychotherapeutischen Behandlung rechnen. Da Psychotherapeuten mit der Sprechstunde und der Akutbehandlung neue Aufgaben übernehmen, die Anzahl der Vertragspsychotherapeuten jedoch nicht steigt, bestehen für viele Patienten, bei denen dringend eine Richtlinienpsychotherapie indiziert ist, die Wartezeiten aber fort oder verlängern sich sogar.

G-BA – bewährte Selbstverwaltung?

Seit seiner Einführung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (in Kraft seit 1. Januar 2004) stehen Struktur und Prozesse des G-BA in der Diskussion. Diskutiert wird aktuell vor allem die demokratische Legitimation seiner Entscheidungen, die Repräsentanz der Versicherten und die Rechtsformen der Trägerorganisationen (Kluth, 2015; Stiftung Münch, 2016). Zu klären ist aber beim Thema Bedarfsplanung insbesondere, welche ökonomischen Rahmenbedingungen für ein systemkonformes Handeln der korporatistischen Akteure im G-BA notwendig sind.

Aktuell wurde insbesondere im Kontext des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes (in Kraft seit 1. März 2017) vorgetragen, dass der G-BA seine Aufgaben angemessen erledige: „Die Erhaltung einer funktionierenden Selbstverwaltung in den Körperschaften und einer gemeinsamen Selbstverwaltung im G-BA mit ihrer bewährten Eigenverantwortung ist kein Selbstweck, sondern vielmehr Voraussetzung für Entscheidungen zum Wohle und Nutzen für Versicherte und Patienten“ (G-BA, Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder vom 11. Januar 2017). Dem wird von Vertretern der Patientenseite entgegengehalten, dass es den Entscheidungen des G-BA an der Gemeinwohlorientierung fehle. Als Beispiel für strukturelle Defizite wird die Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie angeführt (Verbraucherzentrale Bundesverband, Stellungnahme vom 11. Januar 2017).

Mit der Reform der Bedarfsplanung war der G-BA bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (in Kraft seit 1. Januar 2012) beauftragt worden. Mit einem ersten Reformschritt zum 1. Januar 2013 konnte die Versorgung in besonders ländlichen Gebieten (Kreistyp 5) verbessert werden, indem zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für circa 1.300 Psychotherapeuten entstanden. Damit verbesserte sich die Versorgung von etwa 26 Prozent der Einwohner in Deutschland, die in besonders ländlichen Regionen leben und bis dahin durchschnittliche Wartezeiten auf ein Erstgespräch von über 15 Wochen in Kauf nehmen mussten. Nicht verbessert hat sich hingegen die Versorgung für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung, die in den Versorgungszonen (Kreistypen) 1 bis 4 und in der „Sonderregion“ Ruhrgebiet leben und dort mit Wartezeiten zwischen 9 und 17 Wochen rechnen müssen (BPtK, 2013).

GKV-VSG: Die psychotherapeutische Versorgung im Fokus

Konsequenz des Gesetzgebers war, mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG, in Kraft seit 23. Juli 2015) den Auftrag an den G-BA zu präzisieren und die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den Fokus zu rücken. Er hat klargestellt, dass mit der Reform der Bedarfsplanung insbesondere die psychotherapeutische Versorgung bedarfsgerechter und wohnortnäher gestaltet werden soll. Hierbei sollen die Verhältniszahlen überprüft, die Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung berücksichtigt und die Morbiditäts- und Sozialstruktur einbezogen werden. Der Gesetzgeber hat dem G-BA zur Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung den 1. Januar 2017 als Frist gesetzt (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V).

Der G-BA hat seine Frist nicht gehalten

Der G-BA hat diese Frist zur Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung nicht gehalten. Im Bericht der Vorsitzenden des G-BA an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags vom 31. März 2017 dokumentiert der G-BA, dass er von 69 einmalig durchlaufenden Verfahren mit gesetzlicher Frist 63 innerhalb der gesetzlichen Frist abgeschlossen hat. Zu den sechs, bei denen ihm dies nicht gelang, gehört das Verfahren des Unterausschuss Bedarfsplanung zur Anpassung für eine bedarfsgerechtere Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen. Angesichts der Tragweite der Verzögerung dieser Entscheidung, z. B. für psychisch kranke Menschen, fällt es schwer, von bewährten Strukturen zu sprechen und es stellt sich – neben der grundsätzlichen Debatte um den G-BA – die konkrete Frage danach, welche Ursachen die Dysfunktionalität der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. des G-BA an diesem Punkt hat.

Ursachen für Dysfunktionalität

Das deutsche Gesundheitssystem ist in weiten Teilen korporatistisch organisiert. Akteure des korporatistischen Systems sind zum Beispiel die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband. Zusammen bilden sie mit Weiteren die gemeinsame Selbstverwaltung und tragen Verantwortung für die Entscheidungen des G-BA. Im G-BA sollen gegenläufige Interessen von Krankenkassen und Leistungserbringern verhandelt werden. Es obliegt ihnen, den Leistungskatalog der GKV zu präzisieren. Die Prämisse ist, dass die Akteure des korporatistischen Systems gemeinsam über den notwendigen Sachverstand verfügen, fachlich fundierte Entscheidungen in einem hochkomplexen Feld zu treffen, und dass sie dabei angemessen die Konsequenzen ihrer Entscheidung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung berücksichtigen. Außerdem gilt es als zentral, dass die Akteure des korporatistischen Systems in ihren jeweiligen Organisationen für die Umsetzung der Entscheidungen des G-BA eintreten und für die Akzeptanz der Entscheidungen werben.

Es stellt sich die Frage, ob die Akteure im G-BA ein Interesse daran haben, den Auftrag zur Reform der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur zu erfüllen.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

In Anbetracht der geringen Bereitschaft, die Bedarfsplanung anzupassen, stellt sich die Frage, ob bzw. inwieweit die im G-BA zu gemeinsamen Entscheidungen verpflichteten Akteure Interesse daran haben, den mit dem GKV-VSG an sie ergangenen Auftrag zur Reform der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur zu erfüllen.

KBV trägt Arztzahlrisiko

Für die Positionierung der KBV bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Bedarfsplanung sind vor allem die Regelungen zur Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) nach § 87a SGB V handlungsleitend. Für die Weiterentwicklung der MGV und damit die Einkommensposition der KV-Mitglieder sind unterschiedliche Veränderungen zu berücksichtigen, unter anderem die Zahl der Versicherten der Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV und die Veränderung der Morbiditätsstruktur dieser Versicherten. Nicht genannt wird die Anzahl der niedergelassenen Ärzte bzw. Psychotherapeuten im jeweiligen KV-Bereich. Das sogenannte „Arztzahlrisiko“ geht damit zulasten der KV. Das bedeutet, dass jede Reform der Bedarfsplanung, die zu zusätzlichen Niederlassungen führt, die Einkommensposition derjenigen Ärzte bzw. Psychotherapeuten schmälert, die bereits niedergelassen sind.

Für den Bereich der Psychotherapie wird dieser Sachverhalt dadurch abgemildert, dass ein großer Teil des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten außerhalb der MGV vergütet wird. Dennoch wird ein relevanter Teil der Leistungen von Psychotherapeuten weiterhin aus der MGV finanziert. Darüber hinaus gilt die Überlegung, dass gesetzliche Krankenkassen jeden Euro nur einmal ausgeben können und Verhandlungen über die Gesamtvergütung auf KV-Ebene auch durch das Ausgabenvolumen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung beeinflusst werden. Diese Regelungen setzen sehr nachhaltige ökonomische Anreize für die KBV und für die KVen, einen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung über die Bedarfsplanung nicht zu befördern. Eine Korrektur im Sinne einer Übertragung des Arztzahlrisikos für alle Facharztgruppen an die GKV käme einer sehr weitreichenden honorarpolitischen Kursänderung gleich, deren Dimensionen hier nicht ausgelotet werden können. Fakt ist jedenfalls, dass ein korporatistisches System seine vorgegebenen Steuerungsaufgaben nur begrenzt wahrnehmen kann, wenn einzelne Akteure gegen die Interessen ihrer Mitglieder handeln sollen.

Darüber hinaus wird die Reformbereitschaft der KBV dadurch gehemmt, dass bei vielen Arztgruppen eine Reform der Bedarfsplanung im Sinne einer Differenzierung der Arztgruppen und einer Verbesserung der Verhältniszahlen aufgrund des Ärztemangels in vielen Regionen mit dem Risiko behaftet ist, dass neue Niederlassungsmöglichkeiten stets zulasten bereits schlecht versorgter strukturschwacher Regionen gehen können. Dieses Argument kann jedoch für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht gelten. Es gibt ausreichend Psychotherapeuten, die sich auch in ländlichen Regionen niederlassen würden. Das hat sich bereits im Zuge der Bedarfsplanungsreform 2013 gezeigt. Die circa 1.300 neuen psychotherapeutischen Sitze konnten innerhalb kurzer Zeit besetzt werden.

Ein korporatistisches System kann seine Steuerungsaufgaben nur begrenzt wahrnehmen, wenn einzelne Akteure gegen die Interessen ihrer Mitglieder handeln sollen.

Gleichgerichtetes Interesse von KBV und GKV

Für die gesetzlichen Krankenkassen führt die extrabudgetäre Vergütung eines großen Teils der psychotherapeutischen Leistungen – bei kurzfristiger und sehr verengter Betrachtung – zu mit den Interessen der KBV übereinstimmenden ökonomischen Anreizen – nämlich den Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung möglichst zu verhindern. Hinzu tritt die Befürchtung der Krankenkassen, dass Reformen der Bedarfsplanung – und damit die Differenzierung und/oder der Ausbau der ambulanten ärztlichen Versorgung – grundsätzlich nicht nur zusätzliche Ausgaben für ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungen mit sich bringen, sondern über die Verordnung und Veranlassung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln weitere Kostenrisiken bergen. Es liegt also auf ökonomischer Ebene kein gegenläufiges, sondern ein gemeinsames Interesse der zentralen Akteure im G-BA vor, in der Bedarfsplanung Reformen möglichst zu verzögern bzw. zu verhindern.

Ausweichverhalten der korporatistischen Akteure

Für psychisch kranke Menschen bedeuten diese Verzögerungen, dass ihnen der Zugang zu einer evidenzbasierten Versorgung versperrt ist bzw. sie monatelang auf eine ambulante Psychotherapie warten müssen. Würden die korporatistischen Akteure diese Problemdimension zur Kenntnis nehmen, müssten sie eigentlich entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags handeln. Es kommt daher aus ihrer Sicht darauf an, das Problem zu negieren. Deshalb wird zum Beispiel argumentiert, dass circa 4.400 psychotherapeutische Sitze in der Bedarfsplanung über einem Versorgungsgrad von 140 Prozent liegen und damit ein Überversorgungsproblem bestehe. Die Bedarfsplanung macht aber keine Aussagen zur realen Versorgungssituation, da die ihr zugrundeliegenden Zahlen in Verhandlungen normativ gesetzt wurden. Dass Patienten wochen- und monatelang auf eine Psychotherapie warten, belegt dies.

Als weitere Ausweichreaktion wird auf die Versorgung im europäischen Ausland verwiesen. De facto ist die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern einmalig – sowohl hinsichtlich der Strukturqualität als auch des Leistungsumfangs, den die GKV gewährt. Hieraus impliziert die Schlussfolgerung ziehen zu wollen, dass psychisch kranke Menschen, die in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind, keinen Anspruch auf das Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige hätten, wäre allerdings abwegig. Das Benchmark für die Versorgung psychisch kranker Menschen können nicht andere Länder sein, sondern das, was bei der Versorgung

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

anderer Erkrankungen in Deutschland als selbstverständlich gilt.

Schließlich wird das Verstreichen der gesetzlichen Fristen bei der Reform der Bedarfsplanung auch damit begründet, dass aktuell noch nicht ausreichend Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung vorliegen, um eine verlässliche Entscheidungsgrundlage für eine fachlich fundierte Reform der Bedarfsplanung zu haben. Um die notwendigen Informationen zu erhalten, hat der G-BA nach langen Beratungen erst Anfang 2017 ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben.

Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung

Der G-BA müsste jedoch nicht auf die Ergebnisse des Gutachtens warten, um eine fachlich fundierte Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten umzusetzen. Die wissenschaftlichen Voraussetzungen sind gegeben, um die ambulante psychotherapeutische Versorgung bedarfsgerechter zu planen und hierbei die Morbiditäts- und Sozialstruktur einzubeziehen.

Im Folgenden wird ein Konzept vorgestellt, mit dem der gesetzgeberische Auftrag zeitnah umgesetzt werden könnte. Ausgangspunkt ist, dass für den Bereich der psychischen Erkrankungen mit dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH) bevölkerungsrepräsentative Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen vorliegen (Jacobi et al., 2014). Da die DEGS1-MH-Daten alle für die psychotherapeutische Versorgung wesentlichen psychischen Erkrankungen erfassen, können sie für die Abbildung der Morbiditätsstruktur in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung herangezogen werden.

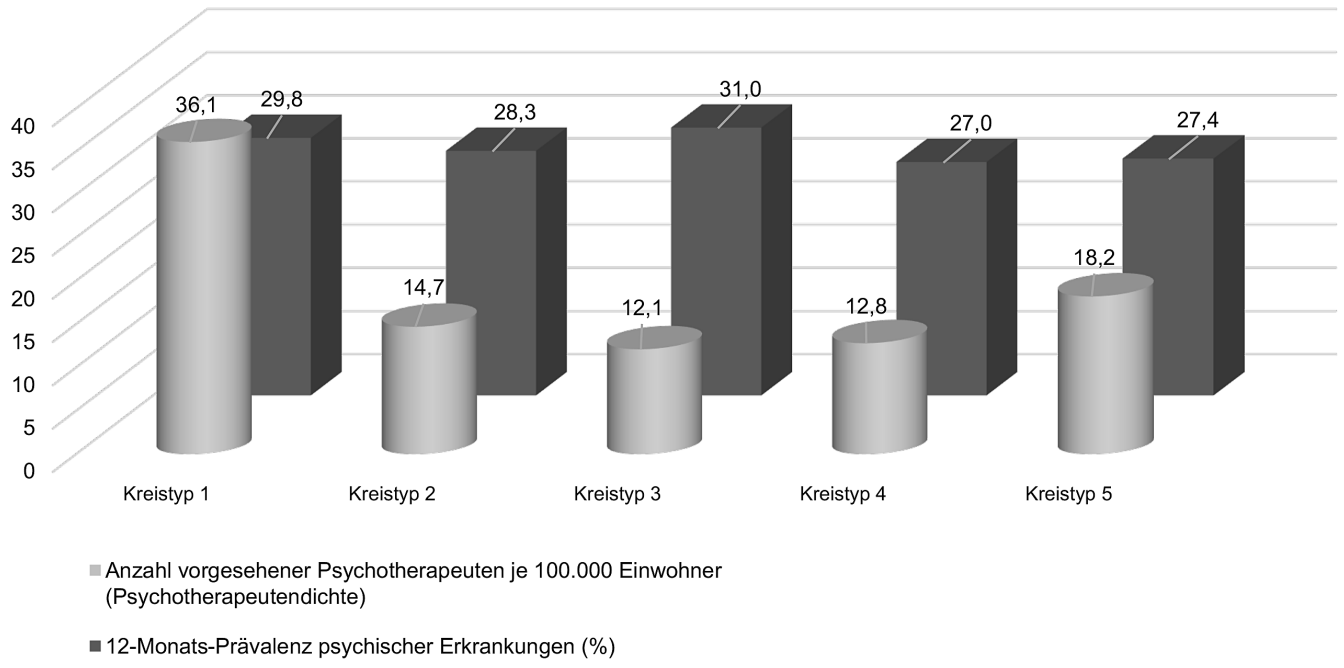
Morbiditätsstruktur widerspricht Spreizung der Verhältniszahlen

Dass ein stärkerer Einbezug der Morbiditätsstruktur in die Bedarfsplanung dringend notwendig ist, zeigt der Vergleich der Häufigkeit psychischer Erkrankungen mit der entsprechend der aktuellen Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehenen Psychotherapeutendichte je Kreistyp. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich wird, spiegelt sich die Spreizung der vorgesehenen Psychotherapeutendichte zwischen städtischen und ländlichen Regionen nicht in entsprechenden Unterschieden in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen (vgl. DEGS1-MH-Studie) zwischen den Kreistypen der Bedarfsplanung wider. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen schwankt zwischen städtischen und ländlichen Regionen nur geringfügig in einer Spannbreite zwischen 27 und 31 Prozent (Albrecht et al., 2016). Die aktuell vorgegebene Psychotherapeutendichte variiert hingegen zwischen städtischen und ländlicheren Regionen sehr stark. So ist für Großstädte (Kreistyp 1) eine doppelt so hohe Psychotherapeutendichte vorgesehen wie für ländliche Regionen (Kreistyp 5). Eine annährend angemessene psychotherapeutische Versorgung insbesondere ländlicher Regionen Deutschlands ist so nicht erreichbar.

Morbiditäts- und Sozialstruktur berücksichtigen

Wie ein Einbezug der Morbiditätsstruktur über die DEGS1-MH-Daten des Robert Koch-Instituts in die Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gelingen kann, hat das IGES-Institut in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe um Frank Jacobi gezeigt (Albrecht et al., 2016). Grundgedanke des Konzepts ist es, dass dort, wo Menschen häufiger psychisch krank sind, sich auch mehr Psy-

Abbildung 1: Vorgesehene Psychotherapeutendichte und Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Kreistyp



Quelle: Daten aus Albrecht et al., 2016; eigene Darstellung.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

chotherapeuten niederlassen können und sollten – und umgekehrt. Die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten sollte auf der Basis einer bundeseinheitlich geplanten Versorgung regional so variieren, dass sie die regionale Häufigkeit psychischer Erkrankungen berücksichtigt.

Dieser Grundgedanke wurde durch IGES in einem Bedarfsindex für die psychotherapeutische Versorgung umgesetzt (Albrecht et al., 2016). Mit diesem Bedarfsindex können regionale Abweichungen im psychotherapeutischen Versorgungsbedarf anhand von Unterschieden in der Morbidität ermittelt werden. Ist zum Beispiel in einem Planungsbereich die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt um sieben Prozent erhöht, wird geschlussfolgert, dass dort auch der Behandlungsbedarf um sieben Prozent höher liegt als im Bundesdurchschnitt.

Die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten sollte auf Basis einer bundeseinheitlich geplanten Versorgung regional so variieren, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen berücksichtigt wird.

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen je Planungsbereich kann jedoch aus dem DEGS1-MH-Datensatz nicht direkt abgeleitet werden. Hierfür bedarf es eines Zwischenschritts, der soziodemografische Merkmale einbezieht: Ob jemand unter einer psychischen Erkrankung leidet, hängt mit verschiedenen soziodemografischen Faktoren zusammen. So ist zwar die Wahrscheinlichkeit, psychisch krank zu sein, in der Stadt kaum höher als auf dem Land (vgl. Abbildung 1). Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen ist jedoch dort höher, wo mehr Frauen, mehr junge Menschen, mehr Arbeitslose und mehr Menschen ohne Schulabschluss leben. So können Daten von Morbiditäts- und Sozialstruktur zusammengebracht werden, um Unterschiede im psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zwischen den Planungsbereichen zu bestimmen. Die Entwicklung des Bedarfsindex für die psychotherapeutische Versorgung nach Albrecht et al. (2016) erfolgte in drei Schritten:

Schritt 1: Soziodemografische Merkmale

Anhand der DEGS1-MH-Daten wurde untersucht, welche soziodemografischen Merkmale mit dem Vorliegen psychischer Erkrankungen zusammenhängen. Um dies für die Bedarfsplanung nutzbar zu machen, müssen diese soziodemografischen Merkmale auch in amtlichen Statistiken für jeden einzelnen Planungsbereich der Bedarfsplanung vorliegen (vgl. INKAR-Datenbank, www.inkar.de). Erst durch die Kombination der INKAR-Daten mit den DEGS1-MH-Daten lassen sich Aussagen über die regionale Morbidität treffen, die genau genug sind, um damit den Bedarf in einzelnen Planungsbereichen festzulegen. Soziodemografische Merkmale, die diese Anforderungen erfüllen, sind Geschlecht, Alter, Bildungsniveau und Arbeitslosigkeit:

- Frauen sind häufiger psychisch krank als Männer. Sie haben ein 1,5-fach erhöhtes Risiko, psychisch erkrankt zu sein (34,4 vs. 22,4 Prozent).
- Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nimmt mit dem Alter ab. Bei 18- bis 34-Jährigen liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei 36,2 Prozent, bei Über-65-Jährigen bei 20,5 Prozent.
- 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 geht mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen einher. Arbeitslose Menschen sind etwa doppelt so häufig psychisch erkrankt wie Menschen, die berufstätig sind (49,6 vs. 27,2 Prozent).

Schritt 2: Regionale Häufigkeit

Indem soziodemografische Merkmale mit der Morbidität verbunden werden, kann die Häufigkeit psychischer Erkrankungen für jeden einzelnen Planungsbereich empirisch ermittelt werden. So ist zum Beispiel die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in einem Planungsbereich erhöht, in dem im Vergleich zum Bundesdurchschnitt viele junge, arbeitslose Frauen leben. Die so ermittelte Häufigkeit psychischer Erkrankungen variiert je nach Planungsbereich der psychotherapeutischen Bedarfsplanung innerhalb einer Bandbreite von 23,4 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 wurde gleichgesetzt mit einem Mehr- oder Minderbedarf an psychotherapeutischer Versorgung. Daraus ergeben sich regionale Unterschiede beim psychotherapeutischen Versorgungsbedarf in einer Spanne zwischen +/- 15 Prozent. Ausgehend von einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl kann nun die Verhältniszahl[1] pro Planungsbereich je nach ermitteltem Mehr- oder Minderbedarf berechnet werden.

Bundeseinheitliche Verhältniszahl versorgungsorientiert berechnen

Die geringen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen der Bedarfsplanung widersprechen der großen Spreizung der entsprechend der aktuellen Bedarfsplanung als notwendig erachteten Psychotherapeutendichte je Kreistyp (vgl. Abbildung 1). Die Morbiditätsstruktur legt im ersten Schritt vielmehr eine gleichmäßigere Verteilung der Psychotherapeutensitze nahe. Die zu ziehende Konsequenz wäre daher – anstelle von kreistypenspezifischen Verhältniszahlen – der Planung der Psychotherapeutensitze eine bundeseinheitliche Verhältniszahl zugrunde zu legen.

1 Der Kennwert „Verhältniszahl“ legt fest, für wie viele Einwohner ein Leistungserbringer zur Verfügung stehen soll. Beispielsweise besagt eine Verhältniszahl von 3.300, dass ein Leistungserbringer für die Versorgung von 3.300 Einwohnern zur Verfügung stehen soll. Daraus wird berechnet, wie viele Leistungserbringer einer bestimmten Arztgruppe der Bedarfsplanung sich in einem Planungsbereich niederlassen dürfen. Beispielsweise sollen sich in einem Planungsbereich mit 99.000 Einwohnern und einer Verhältniszahl von 3.300 für die Arztgruppe der Psychotherapeuten 30 Leistungserbringer niederlassen (bei einem Versorgungsgrad von 100 Prozent; anschließend Hochrechnung auf Versorgungsgrad von 110 Prozent).

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Es gibt keine belastbaren Befunde zur Höhe des tatsächlichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs in Deutschland. Deshalb muss auch eine bundeseinheitliche Verhältniszahl, die Basis einer regionalen Variation über den Bedarfsindex ist, weiterhin normativ gesetzt werden. Diese Setzung sollte jedoch so versorgungsorientiert wie möglich erfolgen. Sie sollte der Tatsache gerecht werden, dass deutlich mehr Psychotherapeuten gebraucht werden, als die Bedarfsplanungs-Richtlinie aktuell vorsieht. Dies belegen die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz (BPtK, 2011; DIE ZEIT, 2014) und die in den letzten Jahren gestiegene Zahl psychotherapeutischer Leistungen, die im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V erbracht werden (BPtK, 2014). Psychische Störungen sind kein medizinisches Randphänomen. Mehr als ein Viertel aller Deutschen leidet innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung (Jacobi et al., 2014). Psychische Erkrankungen werden zunehmend häufiger erkannt und psychisch kranke Menschen sind immer öfter bereit, sich professionelle Hilfe zu holen. Dadurch ist der psychotherapeutische Behandlungsbedarf in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen.

Fehler der bisherigen Bedarfsplanung korrigieren

Der erste Schritt hin zu einer versorgungsorientierten bundeseinheitlichen Verhältniszahl für die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist die Korrektur der Fehler, die bei der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht worden sind. Die Festlegung des Stichtags (31. August 1999) ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, mit dem Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als größte Leistungserbringergruppe in diesem Versorgungsbereich erstmalig regulär in die ambulante psychotherapeutische Versorgung integriert wurden, führte dazu, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – im Gegensatz zu den Verhältniszahlen anderer Arztgruppen – keine über viele Jahre gewachsene Versorgungsstruktur abbilden.

Zudem wurden mit dem festgelegten Stichtag nicht einmal diejenigen Psychotherapeuten auch nur annähernd vollständig erfasst, die vor dem Psychotherapeutengesetz über das Delegationsverfahren oder über die Kostenerstattung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beteiligt gewesen waren. Es kann davon ausgegangen werden, dass erst Ende 2004 abschließend über alle Zulassungsverfahren entschieden worden war.

Darüber hinaus wurde bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Anzahl der Psychotherapeuten in Gesamtdeutschland zugrunde gelegt und nicht – wie bei anderen Facharztgruppen – in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern waren die ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen 1999 jedoch erst noch im Aufbau begriffen. Dass die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten in den neuen Bundesländern in der Berechnung der Verhältniszahlen berücksichtigt wurde, trägt bis heute dazu bei, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht annährend Vorgaben für eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung machen.

Im Zuge der Bedarfsplanungsreform, die zum 1. Januar 2013 in Kraft trat, wurde lediglich die Verhältniszahl für den Kreistyp 5 angepasst. Hier waren die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten mit über 15 Wochen besonders lang. Für drei Viertel der Bevölkerung führte die Reform der Bedarfsplanung 2013 jedoch nicht zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, obwohl auch hier Menschen wochen- und monatelang auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten warten mussten (BPtK, 2013).

Gestiegene Nachfrage berücksichtigen

Schließlich berücksichtigen die historisch gesetzten Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auch nicht, dass die Nachfrage nach Hilfe wegen psychischer Beschwerden seit den 1990er Jahren gestiegen ist. Psychische Erkrankungen sind inzwischen weniger stigmatisiert, sie werden häufiger erkannt und psychisch kranke Menschen suchen zunehmend häufiger Hilfe. Eine Abschätzung, wie stark die Nachfrage nach professioneller Hilfe wegen psychischer Beschwerden gestiegen ist, ermöglicht ein Vergleich der Ergebnisse der zwei bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts – dem Bundes-Gesundheitssurvey (1998) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2012). Hierbei zeigt sich, dass zwischen 1998 und 2012 der Anteil derer, die berichteten, schon einmal wegen psychischer Probleme Hilfe in Anspruch genommen zu haben, um knapp 20 Prozent gestiegen ist (Wittchen & Jacobi, 2001; Mack et al., 2014).

Die historisch gesetzten Verhältniszahlen berücksichtigen nicht, dass die Nachfrage nach Hilfe wegen psychischer Beschwerden seit den 1990er Jahren gestiegen ist.

Unter „Hilfe“ wurde in den Studien jede Form von Beratung und Behandlung gefasst – von Beratungsstellen und Hausärzten über ambulante Psychotherapie bis hin zu stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Aufgrund der Breite der erfassten Hilfsangebote von niedrig- bis hochschwelligen Angeboten kann davon ausgegangen werden, dass die Zunahme der Inanspruchnahme nicht allein auf eine Zunahme der entsprechenden Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. So ist zum Beispiel die Anzahl der Allgemein- bzw. Praktischen Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und vorrangig die hausärztliche Versorgung übernehmen, von 1998 bis 2012 nicht gestiegen, sondern sogar um rund 5.000 gesunken (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de). Zugleich wird ein großer Teil der Versicherten wegen ihrer psychischen Erkrankungen vor allem hausärztlich versorgt. Die 20-prozentige Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe wegen psychischer Erkrankungen, die im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre festgestellt werden konnte, ist daher kein Ausdruck einer angebotsabhängigen Nachfrage, sondern ist im Sinne einer tatsächlich gestiegenen Nachfrage zu interpretieren. Diese sollte bei der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Ein Psychotherapeut je 3.300 Einwohner

Um die beschriebenen Fehler bei der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu korrigieren, sollten als Basis für eine bundeseinheitliche Verhältniszahl als neuer Stichtag der 31. Dezember 2004 (zu diesem Zeitpunkt war der Großteil der Zulassungsverfahren abgeschlossen) und als Regionsbezug die alten Bundesländer (wie bei anderen Facharztgruppen auch) gewählt werden. Zudem sollte die Zunahme der Nachfrage nach professioneller Hilfe wegen psychischer Erkrankungen seit Ende der 1990er Jahre in Höhe von knapp 20 Prozent einbezogen werden. Berücksichtigt man diese Aspekte, liegt die bundeseinheitliche Verhältniszahl für die Arztgruppe der Psychotherapeuten bei rund 3.300.

Mitversorgungseffekte berücksichtigen

Neben regionalen Unterschieden in der Morbiditätsstruktur gibt es weitere Faktoren, die eine regionale Anpassung der bundeseinheitlichen Verhältniszahl notwendig machen. Ein solcher Faktor sind die Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen. In der derzeitigen Bedarfsplanungs-Richtlinie werden solche Mitversorgungseffekte nicht explizit berücksichtigt. Die kreistypenspezifischen Verhältniszahlen führen zwar dazu, dass insbesondere Kernstädte ihr Umland mitversorgen. Die unterschiedlichen Verhältniszahlen begründen sich jedoch nicht darauf, dass Patienten aus ländlichen Regionen die Versorgung in Kernstädten in Anspruch nehmen *wollen*. Die Spreizung der Verhältniszahlen nach Kreistypen ergibt sich vielmehr aus dem Niederlassungsverhalten der Ärzte und Psychotherapeuten bei Einführung der Bedarfsplanung. Deshalb ist noch heute in Kernstädten die geplante Psychotherapeutendichte deutlich höher als in ländlichen Regionen. Viele Patienten *müssen* daher trotz langer Wege in die nächste Kernstadt fahren, um überhaupt eine Psychotherapie erhalten zu können. Damit kann die Mitversorgung durch Kernstädte auch Ausdruck einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten sein. Patienten in ländlichen Regionen finden wohnortnah keinen Psychotherapeuten und müssen daher teilweise unzumutbar lange Wegzeiten auf sich nehmen (vgl. auch Czihal, von Stillfried & Schallock, 2013). Vielen Patienten in ländlicheren Regionen bleibt eine psychotherapeutische Versorgung sogar gänzlich verwehrt, weil sie die Entfernung zum nächsten Psychotherapeuten nicht überbrücken können.

Mitversorgungsbeziehungen sollten daher unabhängig von den Angebotsstrukturen über externe Indikatoren erfasst und in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Es sollte erhoben 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. Diese Präferenzen könnten in einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung ermittelt und über bundeseinheitliche Regelungen in die Bedarfsplanung aufgenommen werden.

Solch eine Befragung ist aufwendig und braucht Zeit. Eine Alternative stellt die Schätzung regionaler Mitversorgungseffekte über Berufspendlerbewegungen dar. Die Prämisse dieses Ansatzes ist, dass Berufspendler Psychotherapie in der Regel in der Nähe ihres Arbeitsplatzes wahrnehmen möchten, die nicht-berufstätige Bevölkerung (v. a. Kinder und ältere Menschen) hingegen in der Regel eine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung präferiert. Die Daten zu den Ein- und Auspendlerquoten liegen in der INKAR-Datenbank für jeden Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt vor. Die Mitversorgung kann über die Differenz von Ein- und Auspendlerquote je Planungsbereich geschätzt werden.[2] Beispielsweise liegt in Frankfurt am Main die Differenz zwischen Ein- und Auspendlerquote bei einem Plus von 35,3 Prozent. Berücksichtigt man, dass in Frankfurt 51,9 Prozent der Bevölkerung berufstätig ist, dann bedeutet das, dass Psychotherapeuten in Frankfurt prinzipiell 18,3 Prozent mehr Menschen versorgen müssen. Dies sollte sich auch in der Verhältniszahl für den Planungsbereich widerspiegeln. Auf diese Weise kann die bundeseinheitliche Verhältniszahl auf Grundlage von tatsächlichen Berufspendlerbewegungen je Planungsbereich angepasst und so Mitversorgungseffekte in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Vielen Patienten in ländlicheren Regionen bleibt eine psychotherapeutische Versorgung verwehrt, weil sie die Entfernung zum nächsten Psychotherapeuten nicht überbrücken können.

Höheres Nachfrageverhalten in Großstädten berücksichtigen

Menschen unterscheiden sich nicht nur darin, wo, sondern auch darin, *ob* sie eine Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen möchten. Auch dieser Faktor sollte in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Daten aus der DEGS1-MH-Studie zeigen, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe wegen psychischer Beschwerden mit dem Urbanisierungsgrad steigt (Mack et al., 2014). In Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern geben 42,8 Prozent derjenigen mit einer psychischen Erkrankung an, jemals in ihrem Leben Hilfe wegen psychischer Beschwerden in Anspruch genommen zu haben. In Orten mit einer Bevölkerungsgröße von 100.000 bis 500.000 Einwohnern sind es 41,9 Prozent, zwischen 20.000 und 100.000 Einwohner 41,7 Prozent und in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern 39,3 Prozent. Wenn man den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf an dieses Inanspruchnahmeverhalten anpasst, führt das beispielsweise dazu, dass der Bedarf in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern etwa neun Prozent über dem Bedarf in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern liegt.

In der DEGS1-MH-Studie wurde jede Form von Hilfe wegen psychischer Erkrankungen erfasst – von Beratungsstellen und Hausärzten über ambulante Psychothe-

2 In den Fällen, in denen Kreis und Planungsbereich übereinstimmen, wurde die Differenz aus Ein- und Auspendlerquote gebildet. Dort, wo ein Planungsbereich aus mehreren Kreisen besteht, wurde ein bevölkerungsgewichteter Mittelwert der Differenz der Ein- und Auspendlerquote der Kreise gebildet. Die Differenz der Ein- und Auspendlerquote wurde nur für den Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Bevölkerung berücksichtigt, die sich in der INKAR-Datenbank auf die Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 65 Jahren bezieht. Dadurch können sich minimale Verzerrungen ergeben, wenn die Anzahl der Psychotherapeutensitze für die gesamte Bevölkerung berechnet wird.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Kasten 1: Anpassung der bundeseinheitlichen Verhältniszahl aufgrund von regionalen Morbiditätsunterschieden, Mitversorgungseffekten und Unterschieden bei der Versorgungsnachfrage für den Planungsbereich Leipzig, Stadt.

Ausgangspunkt ist eine bundeseinheitliche Verhältniszahl von 3.300.

Berücksichtigung der Morbidität über den Bedarfsindex:

Im Planungsbereich Leipzig, Stadt liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen 5,2 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Daraus ergibt sich ein entsprechender psychotherapeutischer Mehrbedarf. Wenn dieser in der Verhältniszahl berücksichtigt wird, reduziert sich diese auf 3.137. Ein Psychotherapeut stände demnach für 3.137, statt für 3.300 Einwohner zur Verfügung.

Berücksichtigung von Mitversorgung durch Berufspendlerbewegungen:

Die Berufseinpendlerquote beträgt für Leipzig 38,2 Prozent. Die Auspendlerquote liegt bei 26,7 Prozent. Berücksichtigt man, dass die Beschäftigungsquote in Leipzig 55,3 Prozent beträgt, dann ergibt sich für den Planungsbereich Leipzig, Stadt ein Versorgungsmehrbedarf durch Mitversorgung von Patienten, die ihre Leistung in der Nähe ihres Arbeitsortes in Anspruch nehmen möchten, von 6,4 Prozent. Berücksichtigt man diesen Mehrbedarf, reduziert sich die Verhältniszahl für Leipzig weiter auf 2.949.

Berücksichtigung eines höheren Nachfrageverhaltens in Großstädten:

In Leipzig leben etwa 560.000 Menschen. In Städten mit einer Bevölkerungsgröße von mehr als 500.000 liegt der Anteil derjenigen, die wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Nachfrageverhalten) 8,9 Prozent über dem Anteil in Orten mit einer Bevölkerung von weniger als 20.000 Menschen. Berücksichtigt man den sich daraus ergebenden Versorgungsmehrbedarf, reduziert sich die Verhältniszahl für den Planungsbereich Leipzig auf insgesamt 2.708.

Aufgrund der Berücksichtigung von regionalen Unterschieden in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen, von Mitversorgungseffekten und von Unterschieden im Nachfrageverhalten je Urbanisierungsgrad weicht die Verhältniszahl für den Planungsbereich Leipzig, Stadt ($VHZ_{Leipzig}$ = 2.708) von der bundeseinheitlichen Verhältniszahl (EVZ_{Bund} = 3.300) ab.

rapie bis hin zu stationärer Versorgung. Aufgrund der Breite der erfassten Hilfsangebote kann davon ausgegangen werden, dass prinzipiell für jeden psychisch kranken Menschen mindestens eines der Hilfsangebote zur Verfügung stand und er es in Anspruch hätte nehmen können, unabhängig davon, ob er in einer städtischen oder ländlichen Region lebt. Deshalb können die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen städtischen und ländlichen Regionen nicht allein im Sinne einer angebotsabhängigen Nachfrage interpretiert werden. Die Daten weisen vielmehr darauf hin, dass Menschen in Großstädten eher Hilfe wegen psychischer Beschwerden suchen als Menschen aus eher ländlichen Regionen. Das mit dem Urbanisierungsgrad steigende Nachfrageverhalten sollte daher im Sinne eines Mehrbedarfs in der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten berücksichtigt werden.

Zusätzliche Psychotherapeutensitze auf dem Land

Legt man eine bundeseinheitliche Verhältniszahl von rund 3.300 zugrunde und berechnet die Abweichungen je Planungsbereich, die sich aus den Unterschieden in der Morbiditätsstruktur und im Nachfrageverhalten sowie aus den Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen ergeben, dann variieren die Verhältniszahlen der rund 370 Planungsbereiche zwischen 2.200 und 4.400 (für eine Beispielrechnung vgl. Kasten 1). Aktuell liegt die Spreizung (ohne Berücksichtigung des Demografiefaktors) zwischen 3.079 für Kreistyp 1 und 9.103 für Kreistyp 3. Damit ermöglicht das vorgeschlagene Konzept eine gleichmäßigere ambulante psychotherapeutische Versorgung als die bisherige Bedarfsplanung. Regionale Unterschiede in der geplanten Versorgungsdichte sind begründet durch empirisch erhobene Unterschiede in der Morbiditätsstruktur und im Nachfrageverhalten sowie durch über tatsächliche Berufspendlerströme ermittelte Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen. Eine gezielte Steuerung von zusätzlichen Niederlassungen in die besonders schlecht versorgten ländlichen Regionen wird so über die Bedarfsplanung möglich.

Durch das Konzept würden etwa 7.000 neue Psychotherapeutensitze vor allem in ländlicheren Regionen entstehen können. Im Gegensatz zu anderen Arztgruppen, bei denen mangels qualifizierter Leistungserbringer neue Zulassungsmöglichkeiten zu einer weiteren Verschärfung der Unterversorgung in strukturschwachen Kreisen führen können, stehen qualifizierte psychotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung, um diese freien Sitze sukzessive zu besetzen. Das hat sich schon bei der Umsetzung der Bedarfsplanungsreform 2013 gezeigt. Die infolge der Reform neu entstandenen rund 1.300 psychotherapeutischen Sitze in ausschließlich ländlichen Regionen konnten innerhalb kurzer Zeit besetzt werden. Aktuell werden lediglich 27 freie Psychotherapeutensitze bundesweit ausgewiesen (KBV-Gesundheitsdaten, www.kbv.de). Das ist lediglich rund ein Promille der derzeitigen Niederlassungen.

Gesetzliche Vorgaben notwendig

Das vorgestellte Konzept zeigt, dass ausreichend empirisch fundierte Informationen vorliegen, um zumindest für die Arztgruppe der Psychotherapeuten den Auftrag des Gesetzgebers umzusetzen. Die für die Entscheidungen des G-BA maßgeblichen korporatistischen Akteure, die KBV und der GKV-Spitzenverband, haben jedoch aufgrund der mit den Regelungen im SGB V gesetzten ökonomischen Anreize ein gemeinsames Interesse daran, die Reform der Bedarfsplanung möglichst zu verzögern bzw. nur zu Ergebnissen zu kommen, die Differenzierungen und/oder einen Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur so gering wie möglich halten. Vor diesem Hintergrund ist nicht davon auszugehen, dass sie bereit sind, die mit dem GKV-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

VSG verfolgte Intention des Gesetzgebers fachlich fundiert umzusetzen.

Vollständig extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Es wird notwendig sein, für die KBV und die KVen für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung andere ökonomische Anreize zu setzen, indem die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen umfassend extrabudgetär erfolgt. Angesichts des Ausmaßes der notwendigen Korrekturen in der Bedarfsplanung wäre ein sukzessiver Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung gekoppelt mit Vereinbarungen zur Finanzierung ein gangbarer Weg. Dies wäre – der Logik der korporatistischen Steuerung folgend – eine notwendige systemimmanente Voraussetzung für eine funktionsfähige Selbstverwaltung.

Präzise Vorgaben für psychotherapeutische Bedarfsplanung

Zusätzlich müsste der Gesetzgeber dem G-BA zu Beginn der nächsten Legislaturperiode präzise inhaltliche Vorgaben zur Ausgestaltung der Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung machen. Er sollte vorgeben, dass die Grundlage der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten eine bundeseinheitliche Verhältniszahl ist. Bei der Festlegung der Höhe dieser Verhältniszahl sollten die Fehler, die bei der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht wurden, korrigiert und die um 20 Prozent gestiegene Nachfrage nach Hilfe wegen psychischer Beschwerden seit Ende der 1990er Jahre berücksichtigt werden. Damit läge die bundeseinheitliche Verhältniszahl für die Arztgruppe der Psychotherapeuten bei rund 3.300. Dies entspricht annährend der Verhältniszahl, die sich ergeben würde, wenn man die Gesamtzahl der Vertragspsychotherapeutensitze im Jahr 2014 zugrunde legen würde. Für eine gesetzliche Regelung bietet sich daher aus pragmatischen Gründen an, dass der Gesetzgeber in § 101 Absatz 4 SGB V für die Arztgruppe der Psychotherapeuten festschreibt, dass die Basis zur Festlegung der bundeseinheitlichen Verhältniszahl die Zahl der zum 31. Dezember 2014 zugelassenen Psychotherapeuten ist.

Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber vorgeben, dass eine Anpassung der bundeseinheitlichen Verhältniszahl anhand von regionalen Unterschieden in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen, anhand von Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen und anhand von Unterschieden im Nachfrageverhalten erfolgen soll (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Notwendige gesetzliche Vorgaben für die Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung zu Beginn der nächsten Legislaturperiode

Ziel

↓

Bedarfsgerechte und wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung

↓

Verbesserung der Versorgung auf dem Land,
Erhalt der aktuellen Versorgung in Ballungsgebieten

↓

Gesetzliche Vorgaben	Umsetzung Bedarfsplanungs-Richtlinie
Auftrag an den G-BA, die Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung mit Frist zum 1. September 2018 umzusetzen	Fristgerechte Reform der Bedarfsplanung entsprechend der gesetzlichen Vorgaben
Einführung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl (EVZ_{Bund}) für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auf Basis des Stichtages: 31. Dezember 2014	Festlegung der Höhe der EVZ_{Bund} für die Arztgruppe der Psychotherapeuten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ($EVZ_{Bund} \approx 3.300$)
Vorgabe der Anpassung der EVZ_{Bund} für die Arztgruppe der Psychotherapeuten anhand von regionalen Unterschieden in der Morbiditätsstruktur, anhand von Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen und anhand von Unterschieden im Nachfrageverhalten	Festlegung, wie die EVZ_{Bund} für die Arztgruppe der Psychotherapeuten anhand von Unterschieden in der Morbiditätsstruktur, anhand von Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen und anhand von Unterschieden im Nachfrageverhalten anzupassen ist Vorschlag: Anpassung der EVZ_{Bund} aufgrund von (1) regionalen Unterschieden in der Morbiditätsstruktur über den Bedarfsindex (vgl. Albrecht et al., 2016); (2) Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen über Berufspendlerströme (vgl. INKAR-Datenbank); (3) Unterschieden im Nachfrageverhalten je Urbanisierungsgrad über DEGS1-MH-Daten (vgl. Mack et al., 2016) Stufenplan zum Aufbau der psychotherapeutischen Versorgung in ländlicheren Regionen

Quelle: Eigene Darstellung

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Regionale Entscheidungsspielräume sichern

Regionale Besonderheiten des Versorgungsbedarfs können nicht vollumfänglich durch bundeseinheitliche Regelungen berücksichtigt werden. Deshalb ist es im Rahmen des vorgeschlagenen Konzeptes notwendig, regionale Entscheidungsspielräume für Abweichungen von den Bundesvorgaben bei der Bedarfsplanung zu sichern.

Informationsbasis für regionale Abweichungen verbessern

Ziel sollte es sein, den Zulassungsausschüssen eine breitere Informationsbasis zur Verfügung zu stellen, um regionale Abweichungen bei der psychotherapeutischen Bedarfsplanung begründen zu können. Hierzu zählen vor allem das Ausmaß der „Kompensation" der vertragspsychotherapeutischen Unterversorgung durch Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V (vgl. auch Urteil des BSG vom 28. Juni 2017; B 6 KA 28/16 R). Aber auch das Ausmaß, in dem eine Unterversorgung durch Psychiatrische Institutsambulanzen kompensiert wird sowie die Versorgungsbedarfe für besondere Patientengruppen (z. B. Menschen mit psychotischen Erkrankungen) und für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen mit Migrationshintergrund) sollten hierbei einfließen können.

Damit die Zulassungsausschüsse diese Informationen systematisch erhalten und berücksichtigen können, ist es notwendig, hierzu gesetzliche Regelungen zu treffen. So sollte der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichten, Daten zum Systemversagen nach § 13 Absatz 3 SGB V regionalisiert auszuweisen. Außerdem sollten Psychiatrische Institutsambulanzen verpflichtet sein, zu dokumentieren und in geeigneter Weise auf Landesebene zu veröffentlichen, ob der Anlass der Versorgung der psychisch kranken Patienten ein Versorgungsengpass im ambulanten Bereich war oder ob es sich um Patienten handelte, die aufgrund der Schwere und der Chronizität der Erkrankung die spezifische Versorgung durch eine Psychiatrische Institutsambulanz benötigten.

Räumlichen Planungszuschnitt regional bestimmen

Der Gesetzgeber hat den G-BA damit beauftragt, im Rahmen einer Reform der Bedarfsplanung auch die Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung zu prüfen. Der Effekt einer kleinräumigen Planung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auf Mittelbereichsebene wurde in der IGES-Studie zur psychotherapeutischen Bedarfsplanung (Albrecht et al., 2016) untersucht. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass „die Effekte der kleinräumigen Planung […] bei weiterhin kreistypenspezifisch unterschiedlichen Verhältniszahlen über alle Regionen hinweg sehr gering aus[fallen würden]" (Albrecht et al., 2016, S. 31). Eine kleinräumige Planung, z. B. auf Mittelbereichsebene, wäre daher nur in Zusammenhang mit einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl als Basis für regionale Abweichungen, wie im vorliegenden Beitrag beschrieben, denkbar.

Eine kleinräumige Planung kann notwendig werden, wenn sich z. B. in einem flächenmäßig großen Planungsbereich durch Ungleichverteilung der Sitze weite Fahrtwege ergeben oder wenn in einem Ballungsgebiet die einzelnen Stadtteile ungleichmäßig gut versorgt sind (vgl. z.B. für Berlin Albrecht, Brenck & Ochmann, 2017). Um eine kleinräumigere Planung sicherzustellen, wenn diese erforderlich ist, sollte in § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie die regionale Ebene verpflichtet werden zu überprüfen, ob die Versorgung durch den in der Bedarfsplanungs-Richtlinie definierten Raumbezug sichergestellt werden kann. Andernfalls sollte regional kleinräumiger geplant werden.

Außerdem ist es wichtig, die regionalen Entscheidungsspielräume auch bei der Frage der Nachbesetzung freiwerdender Sitze in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent zu sichern.

Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen

Da für psychisch kranke Kinder und Jugendliche keine eigene Bedarfsplanung eingerichtet, sondern deren Versorgung über die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten geregelt ist, ist es auch im Rahmen des vorgeschlagenen Konzepts notwendig, die Mindestquote für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, beizubehalten, um die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu sichern.

Fazit

Die Akzeptanz der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere des G-BA, ist davon abhängig, dass seine Entscheidungen „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten [gewährleistet]" (§ 70 Absatz 1 SGB V). Gelingt dies erkennbar nicht, stellt sich die Frage, inwieweit man bezüglich der gemeinsamen Selbstverwaltung wirklich von bewährten Strukturen sprechen kann und inwieweit es notwendig ist, über eine Reform der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht nur hinsichtlich ihrer demokratischen Legitimation oder Struktur, sondern auch hinsichtlich der Voraussetzung für ihre Funktionalität zu diskutieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der G-BA – und damit die Akteure des korporatistischen Systems – von gesetzlichen Vorgaben „überfordert" sind, wenn sie dadurch gezwungen werden, gegen ihre eigenen ökonomischen Interessen zu handeln. Möglicher Ausweg zu Beginn der nächsten Legislaturperiode ist, für systemimmanent angemessene Steuerungsimpulse zu sorgen, z. B. indem das Arztzahlrisiko im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr zulasten der KV-Mitglieder geht. Es ist dafür sicherzustellen, dass der mit einer Reform der Bedarfsplanung einhergehende Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung umfassend von der GKV getragen wird.

Zusätzlich sollten die gesetzlichen Vorgaben für die Reform der Bedarfsplanung arztgruppenspezifisch präzisiert und verdichtet werden. Im Gegensatz zu anderen Arztgruppen liegen für eine umfassende Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung die erforderlichen empirischen Daten vor. Auch stehen für eine wirksame Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung ausreichend qualifizierte Leistungserbringer zur Verfügung. So ist eine gezielte und angesichts des Ausmaßes der notwendigen Korrektur stufenweise Steuerung von Niederlassungen in unzureichend versorgten Planungsbereichen möglich, ohne dass sich Versorgungsprobleme andernorts verschärfen.

Das hier vorgestellte Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung basiert auf einer

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

bundeseinheitlichen Verhältniszahl und zielt damit grundsätzlich auf eine gleichmäßigere regionale Verteilung der Psychotherapeutensitze ab. Die gegenwärtig bestehenden Unterschiede in der regionalen psychotherapeutischen Versorgungsdichte würden durch eine Steuerung der Niederlassungen in ländlichen Regionen erheblich abgemindert. Fortbestehende regionale Abweichungen wären über bundeseinheitliche Vorgaben zur Berücksichtigung von Unterschieden in der Morbiditäts- und Sozialstruktur, von Mitversorgungseffekten und von Unterschieden im Nachfrageverhalten je nach Urbanisierungsgrad fachlich und empirisch begründet und damit gerechtfertigt. ■

Literatur

Albrecht, M. et al. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. Abrufbar unter: www.iges.com.

Albrecht, M., Brenck, A. & Ochmann, R. (2017). Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln – Grundlagen für die Entwicklung eines Versorgungskonzepts. Abrufbar unter: www.iges.com.

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Abrufbar unter: www.bptk.de.

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2013). BPtK-Spezial: Bedarfsplanung 2013 – ein Überblick. Abrufbar unter: www.bptk.de.

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2014). Pressemitteilung: Ausgaben für Kostenerstattung fast verzehnfacht – Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten reicht immer weniger. Abrufbar unter: www.bptk.de.

Czihal, T., von Stillfried, D., Schallock, M. (2013). Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Abrufbar unter: www.versorgungsatlas.de.

DIE ZEIT (2014). Die Seele muss warten. Abrufbar unter: www.zeit.de.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss. Bericht des Vorsitzenden des G-BA über die Einhaltung der Fristen bei Beratungsverfahren des G-BA an den Ausschuss für Gesundheit vom 31. März 2017. Ausschuss für Gesundheit, Ausschuss-Drucksache 18(14)251.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss. Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des G-BA vom 11. Januar 2017. Ausschuss für Gesundheit, Ausschuss-Drucksache 18(14)0230(6). Abrufbar unter: www.g-ba.de.

Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 304-319.

Kluth, W. (2015). Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 91 SGB V. Abrufbar unter: www.g-ba.de.

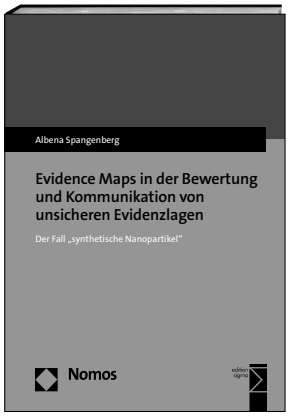
Mack, S. et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 289-303.

Stiftung Münch (2016). Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Abrufbar unter: www.stiftung-muench.org.

Verbraucherzentrale Bundesverband. Selbstverwaltung muss gemeinwohlorientiert arbeiten. Stellungnahme vom 11. Januar 2017. Ausschuss für Gesundheit, Ausschuss-Drucksache, 18(14)0230(8). Abrufbar unter: www.vzbv.de.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

Unsichere Gesundheitsrisiken und die Evidence Map –
Eine kommunikative Herausforderung und ihre mögliche Lösung?



Evidence Maps in der Bewertung und Kommunikation von unsicheren Evidenzlagen

Der Fall „synthetische Nanopartikel"

Von Dr. Albena Spangenberg

2017, 438 S., brosch., 84,– €
ISBN 978-3-8487-4105-2
eISBN 978-3-8452-8414-9
nomos-shop.de/29639

In diesem Band werden Evidence Maps (EM) erstmals an gesundheitsrelevanten Effekten durch synthetische Nanopartikel (SNP) getestet. Es zeigt sich, dass sich die Methode zu wissenschaftlichen Standards entsprechender Bewertung und grafischer Darstellung unsicherer nanotoxikologischer Evidenzlagen gut eignet und zur Aufklärung nicht fachkundiger Entscheidungsträger beitragen kann.

Nomos eLibrary Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

Nomos

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-44
Generiert durch IP '3.137.181.106', am 12.10.2024, 05:33:59.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.