

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Anwendung des Demografiefaktors

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
08.11.2011**

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Einschränkung der Anwendung keine Lösung.....	4
1. Gleichsetzung von Bedarf und erbrachten Leistungen.....	4
2. Daten belegen Mehrbedarf, Demografiefaktor kürzt	5
3. Anwendungskriterium unterdurchschnittlicher Leistungen	6
III. Berücksichtigung sachgerechter Kriterien	7
IV. Relevanz der Anpassung der Verhältniszahlen.....	7
V. Beschlussvorschlag	8

I. Einleitung

Mit dem Beschlussentwurf soll der – im Beschlussentwurf selbst so bezeichnete – Konstruktionsfehler des bisherigen Demografiefaktors behoben werden. Der Demografiefaktor hat das Ziel, einem demografiebedingten Mehrbedarf dadurch Rechnung zu tragen, dass die Allgemeinen Verhältniszahlen im Falle eines Mehrbedarfs angepasst werden. Bei den Arztgruppen der Psychotherapeuten und der Frauenärzte wird dieses Ziel nicht nur nicht erreicht, sondern konterkariert. In diesen beiden Fällen verschlechtert der Demografiefaktor die Versorgungslage ausschließlich dort, wo sie ohnehin schon so schlecht ist, dass die dort Niedergelassenen besonders viele Patienten behandeln.

Dieser Konstruktionsfehler soll nun dadurch behoben werden, dass der Demografiefaktor in den Fällen, in denen er zu ungünstigeren Verhältniszahlen führt, nur dann zur Anwendung kommt, wenn in dem betreffenden Planungsbereich die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten eine unterdurchschnittliche Zahl von Behandlungsfällen aufweisen. Der Demografiefaktor könnte dann in diesen Fällen nur zu einer Kürzung von Kapazitäten führen, eine Ausweitung der Kapazitäten wäre ausgeschlossen. Dass heißt, der Demografiefaktor nähme fälschlicherweise zukünftig generell einen sinkenden Behandlungsbedarf für psychische Erkrankungen an, im krassen Widerspruch zur zu erwartenden Entwicklung. Dies veranschaulicht das Grundproblem des Demografiefaktors, der das aktuelle arztgruppenspezifische Leistungsgeschehen zur Grundlage der Ermittlung des Bedarfs macht.

Vor dem Hintergrund des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung plädiert die Bundespsychotherapeutenkammer dafür, den Demografiefaktor insgesamt auszusetzen und die Zahl der Leistungserbringer zukünftig anhand eines durch sachgerechte Kriterien ermittelten Versorgungsbedarfs festzulegen. Diese müssen zwingend zusätzlich zur Demografie weitere Faktoren wie die Morbidität mit einbeziehen. Denn eine isolierte Berücksichtigung von demografischer Entwicklung und derzeit erbrachten Leistungen führt zu nicht sachgerechten Ergebnissen, wie gerade der Demografiefaktor zeigt.

II. Einschränkung der Anwendung keine Lösung

Die Einschränkung der Anwendung des Demografiefaktors auf die Planungsbereiche, in denen unterdurchschnittliche Fallzahlen vorliegen, stellt keine Lösung des Problems des Demografiefaktors dar.

1. Gleichsetzung von Bedarf und erbrachten Leistungen

Das Grundproblem des Demografiefaktors besteht darin, dass auf Mehr- oder Minderbedarf allein aus den tatsächlichen arztgruppenspezifisch erbrachten Leistungen geschlossen wird. Der Demografiefaktor weist damit ein grundlegendes strukturelles Defizit auf. Er kann zwar Veränderungen innerhalb der Bevölkerung erfassen, Defizite und Veränderungen beim Versorgungsbedarf hingegen nicht, da er die aktuell erbrachten Leistungen als verlässlichen Indikator für Versorgungsbedarf wertet und für die Zukunft fortschreibt.

Die schematische Anpassung der Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor wäre damit nur dann sinnvoll, wenn es derzeit keine Defizite in der Versorgung geben würde und sich der Versorgungsbedarf – dabei insbesondere die Behandlungsrate älterer Menschen – künftig nicht verändern würde.

Ein statischer Versorgungsbedarf ist wohl für keine Arztgruppe oder keinen Versorgungsbereich anzunehmen. Das Problem lässt sich am Beispiel psychischer Erkrankungen darstellen. Menschen mit psychischen Krankheiten waren jahrzehntelang stigmatisiert und Psychotherapie wurde deshalb insbesondere von den heute älteren Menschen kaum in Anspruch genommen. Der gesellschaftliche Wandel hat inzwischen zu einem offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten geführt. Die Bereitschaft, sich aufgrund einer psychischen Krankheit behandeln zu lassen, wird in allen Altersgruppen ansteigen. Der Demografiefaktor berücksichtigt dies nicht, sondern kann – wenn er zur Anwendung kommt – nur zu einer Kürzung von Kapazitäten führen. Dass heißt, der Demografiefaktor nimmt fälschlicherweise zukünftig einen sinkenden Behandlungsbedarf für psychische Erkrankungen an, im krassen Widerspruch zur zu erwartenden Entwicklung.

2. Daten belegen Mehrbedarf, Demografiefaktor kürzt

Vorliegende Daten belegen – anders als der Demografiefaktor annimmt – jedoch einen Mehrbedarf an psychotherapeutischen Leistungen. Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat sich von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 37,7 Prozent im Jahr 2009 mehr als verdoppelt. Damit sind die psychischen Erkrankungen seit 2001 die häufigste Ursache für eine vorzeitige Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Während die Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt seit 1993 um 36 Prozent gesunken sind, gab es bei den psychischen Erkrankungen in absoluten Zahlen einen deutlichen Anstieg um 56 Prozent von 41.409 Neuberentungen im Jahr 1993 auf 64.469 im Jahr 2009. Ferner hat sich der Anteil der Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen seit 1990 fast verdoppelt. Inzwischen gehen knapp elf Prozent aller Fehltage auf psychische Störungen zurück. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Rheinland-Pfalz hat den Versorgungsbedarf an Psychotherapie im Jahr 2020 geschätzt. Danach ist dort in allen Kreisen und kreisfreien Städten „mit mehr oder weniger starken Zuwächsen“ zu rechnen.

Anhand der Altersverteilung der Patientenzahlen in den Abrechnungsdaten der KV wurde im Hinblick auf die Bevölkerungsprognose 2020 der zukünftige Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen geschätzt. In den Analysen der KV Rheinland-Pfalz wurden längsschnittliche Daten verwendet. Der künftige Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen wurde für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte über eine Zeitreihenanalyse der Daten von 2006 bis 2011 ermittelt. Dabei wurde jeweils die mittlere jährliche Veränderung der altersspezifischen Patientenrate in das Jahr 2020 fortgeschrieben und die daraus resultierende Patientenzahl auf Basis der Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für 2020 errechnet. Dadurch ergab sich in nahezu allen Kreisen in Rheinland-Pfalz ein meist deutlicher Anstieg der Zahl der zukünftigen Psychotherapiepatienten. In drei Kreisen werden Zunahmen der Psychotherapiepatienten von über 75 Prozent erwartet, in weiteren zehn Kreisen Zunahmen zwischen 50 und 75 Prozent. Die Steigerungen ergeben sich in städtischen und ländlichen Regionen.

Im Unterschied dazu basiert der aktuelle Demografiefaktor auf der Annahme, dass der Anteil von Psychotherapiepatienten in jeder Alters- und Geschlechtsgruppe auf dem Niveau von 2006 konstant bleibt, wodurch sich beispielsweise in Thüringen ein Rückgang der benötigten Psychotherapeutenzahl ergibt, der noch größer ist als der prognostizierte Rückgang der Bevölkerung. Der Demografiefaktor auf dieser Berechnungsgrundlage führt somit zur Kürzung von Kapazitäten, die für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind – und zwar genau dort, wo vom Psychotherapeuten wegen der schlechten Versorgungslage vor Ort besonders viele Patienten behandelt werden müssen.

3. Anwendungskriterium unterdurchschnittlicher Leistungen

Dieser Konstruktionsfehler soll nun dadurch behoben werden, dass der Demografiefaktor nur zur Anwendung kommt, wenn vor Ort eine unterdurchschnittliche Zahl von Behandlungsfällen vorliegt. Am Demografiefaktor selbst ändert sich dadurch nichts. Er geht weiterhin davon aus, dass der Leistungsbedarf im Bereich der Psychotherapie in Zukunft sinkt. Kapazitäten vor Ort sollen jedoch zukünftig nur noch dann gekürzt werden, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine unterdurchschnittliche Zahl von Behandlungsfällen festzustellen ist.

Ziel des Demografiefaktors war es, einem demografiebedingten Mehrbedarf in der Bedarfsplanung Rechnung zu tragen. Auch unter Berücksichtigung der geplanten Anwendung trägt er dazu jedenfalls im Bereich der Psychotherapie nach wie vor nicht bei.

Da zukünftig nicht mit einem Minderbedarf an psychotherapeutischen Leistungen zu rechnen ist, ergibt es keinen Sinn, dort weniger Kapazitäten vorzusehen, wo unterdurchschnittlich viele Behandlungsfälle festgestellt werden.

III. Berücksichtigung sachgerechter Kriterien

Der Behandlungsbedarf kann sich in allen Arztgruppen ändern: Er kann steigen oder sinken. Allein aus historischem Inanspruchnahmeverhalten bzw. den derzeit erbrachten Leistungen kann dies jedoch nicht ermittelt werden. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird aller Voraussicht nach zukünftig die Aufgabe zukommen, die Zahl der Leistungserbringer über eine Anpassung der allgemeinen Verhältniszahl nach sachgerechten Kriterien zu bestimmen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, zunächst das Bündel von Kriterien festzulegen und danach entsprechend die Verhältniszahlen anzupassen. Bei einer entsprechenden Ausgestaltung der Kriterien kann es dabei zukünftig gelingen, sich dem tatsächlichen Bedarf zumindest anzunähern.

IV. Relevanz der Anpassung der Verhältniszahlen

Eine Anpassung der Verhältniszahlen hat nicht nur dann Relevanz, wenn sie zu einer Sperrung oder Entsperrung eines Planungsbereichs führt. Insofern stellt sich die Frage, ob die These in dem Entwurf der Tragenden Gründe zutrifft, dass die Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen wegen der geringen Zahl der durch den Demografiefaktor gesperrten Planungsbereiche insgesamt gering seien.

So spielt die Höhe des Versorgungsgrades eine entscheidende Rolle bei der Frage, ob und wie viele Praxissitze ggf. stillgelegt werden.

Die Frage, ob die allgemeinen Verhältniszahlen aufgrund einer Gleichsetzung der erbrachten Leistungen mit den erforderlichen Leistungen ungünstiger werden, hat daher weitaus grundsätzlichere Bedeutung als die Zahl der Planungsbereiche, die dadurch gesperrt werden.

V. Beschlussvorschlag

Vor einer Anpassung der Verhältniszahlen sollten zunächst sachgerechte Kriterien entwickelt werden, von denen auf den erforderlichen Bedarf geschlossen werden kann. Die isolierte Berücksichtigung der demografischen Entwicklung unter alleiniger Zuhilfenahme der Daten zum Inanspruchnahmeverhalten verzerrt das Gesamtbild. Daher plädiert die BPTK dafür, den Demografiefaktor insgesamt auszusetzen und dem Mehrbedarf bis zu einer Anpassung der Verhältniszahlen anhand sachgerechter Kriterien über Sonderbedarfszulassungen gerecht zu werden (vgl. dazu Stellungnahme der BPTK vom 25.07.2011 zum Beschlussentwurf des G-BA „Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hier: Änderung der Stichtagsregelung zur Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen“).

Die BPTK schlägt dazu den folgenden Beschlusstext vor:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am XX.XX.2011 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom XX.XX.XXXX [Fundstelle], zuletzt geändert am XX.XX.XXXX [Fundstelle] wie folgt zu ändern:

- I. § 8a wird aufgehoben.*
- II. In § 34a Absatz 3 werden nach dem Wort „sind“ folgende Wörter eingefügt:
„oder wenn sich in der Bezugsregion der Anteil der Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber im Vergleich zum Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (West) im Jahre 1990 bzw. nach der letzten aufgrund der veränderten Altersstruktur durchgeführten Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs deutlich erhöht hat“.*
- III. In § 34a Absatz 6 wird in Nummer 3 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende neue Nummer 4 angefügt:
„4. Anhaltspunkte für einen demografiebedingten Mehrbedarf.“*

IV. Dieser Beschluss tritt nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.“

Sollte dennoch am Demografiefaktor festgehalten werden, so sollte entsprechend seinem Ziel, dem demografisch bedingten Mehrbedarf Rechnung zu tragen, die Anwendung auf die Fälle beschränkt werden, in denen nach der Systematik des Demografiefaktors auf einen Mehrbedarf geschlossen werden kann.

Ziffer I. des Beschlussentwurfs sollte dann wie folgt gefasst werden:

I. In § 8a Absatz 1 wird folgender neuer Satz angefügt:

„Der Demografiefaktor findet keine Anwendung, wenn seine Berechnung nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze einen Wert von 1 oder höher ergibt.“