

**Versorgung
psychisch kranker Menschen
Herausforderungen
für eine Reform der Bedarfsplanung
BPtK-Standpunkt**

6. Oktober 2010

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	3
II.	Bedarfsplanung – Probleme des Status quo	3
III.	Perspektivenwechsel notwendig.....	5
	□ Kleinräumige Versorgungssteuerung	5
	□ Sektorenübergreifende Versorgungsanalysen	7
	□ Prospektive Versorgungsplanung.....	8
IV.	Zusammenfassung	10

I. Einleitung

Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen eine wohnortnahe Versorgung, die auf der regionalen Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer und auch Kostenträger fußt. Für psychisch kranke Menschen können die Behandlung durch Psychotherapeuten, Ärzte, Soziotherapeuten oder ambulante psychiatrische Krankenpflege sowie die Angebote der gemeindepsychiatrischen Dienste notwendige Bestandteile der Versorgung sein. Das stetig wachsende Wissen um eine evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen erfordert andere Schwerpunktsetzungen und ermöglicht eine neue Aufgabenteilung. Dies zusammen genommen stellt eine spezielle Herausforderung für die Reform der Bedarfsplanung dar.

II. Bedarfsplanung – Probleme des Status quo

Ziel der aktuellen Bedarfsplanung ist die Vermeidung von Überversorgung. Sie beruht auf den Verhältnisrelationen Arzt pro Einwohner bzw. Psychotherapeut pro Einwohner. Die Bedarfsplanung geht von zehn Planungsbereichskategorien aus. Das sind neben Agglomerationsräumen verstädterte und ländliche Räume sowie die Sonderregion des Ruhrgebiets. Für die Planungskategorien werden jeweils unterschiedliche arztgruppenspezifische Verhältniszahlen bundesweit einheitlich festgelegt.

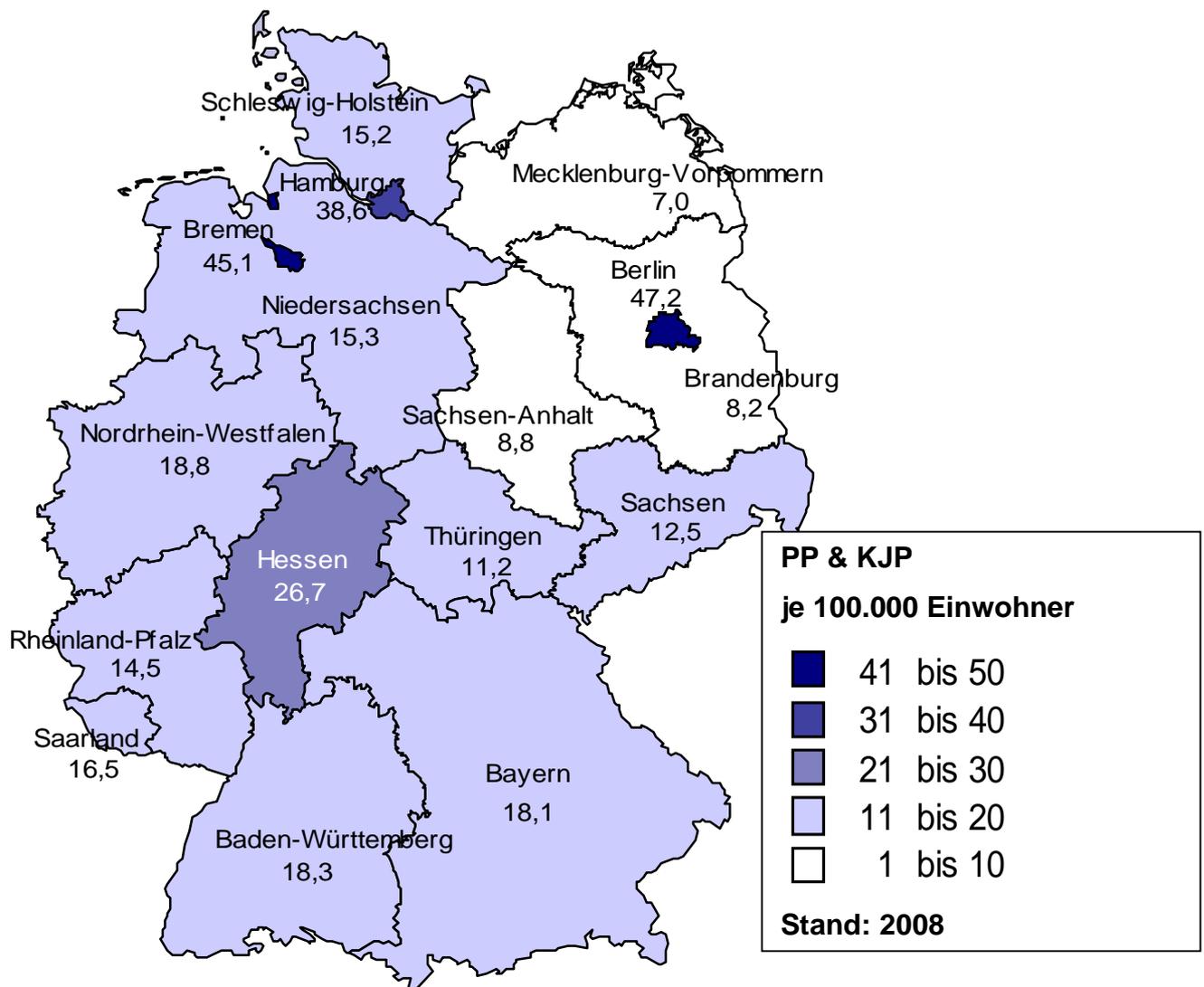
Die Verhältniszahlen für Psychotherapie entsprechen der Angebotssituation zum 30. August 1999. Anders als Vertragsärzte haben Psychotherapeuten bis 1999 im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren gearbeitet. Praxisgründungen fanden nicht im Kontext planbarer und stabiler Rahmenbedingungen statt, wie dies für Vertragsärzte seit langem Standard war, für Psychotherapeuten jedoch erst mit dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz realisiert wurde.

Konsequenz war eine zwischen Agglomerations- und ländlichen Räumen besonders unterschiedliche Niederlassungsdichte. In ländlichen Regionen kam ein Psychotherapeut auf durchschnittlich 23.106 Einwohner und in Kernstädten ein Psychotherapeut auf 2.577 Einwohner. Dieser historische Ist-Zustand wurde zum Versorgungs-Soll erklärt. In der Konsequenz ist die Aussicht auf eine Psychotherapie für Men-

schen mit psychischen Erkrankungen im ländlichen Raum neunmal geringer als in größeren Städten. Insgesamt ist die Versorgungsdichte in den Bundesländern höchst unterschiedlich. In eher ländlich geprägten Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg oder Sachsen-Anhalt kommen auf 100.000 Einwohner zwischen 7,0 und 8,8 Psychologische Psychotherapeuten (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). In Bundesländern mit mehr verstäderten Räumen, wie z. B. Bayern, Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen, kommen 18,1 bis 18,8 PP bzw. KJP auf 100.000 Einwohner.

Abbildung 1:

Quelle: BPtK 2010



III. Perspektivenwechsel notwendig

- **Kleinräumige Versorgungssteuerung**

Ziel einer kleinräumigen Versorgungssteuerung soll es sein, für Patienten in strukturschwachen Gebieten, aber auch im städtischen Raum einen vergleichbar guten Zugang zum medizinischen Versorgungsangebot zu gewährleisten. Entscheidend für psychisch kranke Menschen wird dabei sein, ob tatsächlich ausreichend Versorgungssitze für Psychotherapeuten ausgewiesen werden

Im Planungsbereich Uckermark, dem flächenmäßig größten Landkreis Deutschlands (flächenmäßig größer als das Bundesland Saarland), liegt die Grenze zur Überversorgung bei der Niederlassung von sieben Psychotherapeuten. In einem Planungsbereich, der größer ist als ein Bundesland, können sieben Psychotherapeuten keine flächendeckende Versorgung gewährleisten.

Ein für einen Planungsbereich ausgewiesener Versorgungsgrad von 100 Prozent kann je nach zugrundeliegenden Verhältniszahlen bedeuten, dass zwischen 4,3 und 38,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner in einem Planungsbereich tätig sind (vgl. Tabelle 1). Prozentuale Angaben zum Versorgungsgrad geben keinen Einblick in die tatsächliche Versorgungssituation.

Für psychisch kranke Menschen führt die Varianz der Versorgungsdichte dazu, dass sie – je nach Wohnort bzw. Bundesland – gar nicht behandelt werden oder Haus- bzw. Fachärzte auf eine nicht leitliniengerechte Pharmakotherapie zurückgreifen müssen. Auch müssen Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl – ein entsprechendes ambulantes Versorgungsangebot vorausgesetzt – eine Krankenhauseinweisung vermeidbar gewesen wäre.

Tabelle 1: Psychotherapeuten-Einwohner-Relation, faktischer und rechnerischer Versorgungsgrad

Planungsbereich	Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner ^{*1}	faktischer Versorgungsgrad ^{*2}	rechnerischer Versorgungsgrad ^{*3}
Baden-Württemberg (Stand: 24.02.2010):			
Stuttgart	44,4	114,4 %	114,4 %
Tübingen	69,6	584,0 %	584,0 %
Bremen (Stand: 31.12.2009):			
Bremen Stadt	61,6	158,7 %	158,7 %
Bremerhaven Stadt	36,5	116,8 %	116,8 %
Hessen (Stand: 30.06.2010):			
Frankfurt/Main	68,8	177,4 %	177,4 %
Schwalm-Eder-Kreis	19,3	320,5 %	320,5 %
Niedersachsen (Stand: 10.03.2010):			
Göttingen-Landkreis	55,5	465,7 %	465,7 %
Lüchow-Dannenberg-Landkreis	20,0	463,2 %	463,2 %
Nordrhein (Stand: 23.11.2009):			
Essen	18,0	157,4 %	157,4 %
Köln	63,0	162,5 %	172,6 %
Rheinland-Pfalz (Stand: 07.06.2010):			
Birkenfeld	4,7	78,7 %	137,8 %
Stadt Ludwigshafen	43,7	112,6 %	113,4 %
Westerwaldkreis	12,4	103,7 %	113,3 %
Sachsen-Anhalt (Stand: 17.02.2010):			
Altmarkkreis Salzwedel	8,8	202,7 %	245,6 %
Bördekreis	4,1	67,4 %	112,5 %
Halle	31,7	101,6 %	110,5 %

Ausgewählte Planungsbereiche

^{*1}**Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner:** gibt an, wie viele Psychotherapeuten tatsächlich pro 100.000 Einwohner im Planungsbereich niedergelassen sind.

^{*2}**faktischer Versorgungsgrad:** gibt an, wie hoch der nach den Verhältniszahlen berechnete Versorgungsgrad ist, wenn nur tatsächlich vorhandene Psychotherapeuten berücksichtigt werden.

^{*3}**rechnerischer Versorgungsgrad:** Es werden bei der Berechnung auch psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehaltene, aber nicht besetzte Sitze mitgezählt. Ab 110 Prozent ist ein Planungsbereich gesperrt und es kann sich dort regulär niemand mehr niederlassen.

- **Sektorenübergreifende Versorgungsanalysen**

Um ein am Bedarf orientiertes regionales Versorgungsangebot definieren zu können, brauchen die Planungsgremien auf Landesebene eine ausreichend differenzierte Darstellung der Versorgungssituation. Einwohner/Arzt- oder Einwohner/Psychotherapeuten-Relationen sind dafür geeignet, die Wirtschaftlichkeit einer Niederlassung zu beurteilen. Wegezeiten sind ein erster Indikator für die Patientenzentriertheit des Angebots. Beide erlauben aber noch keine Beurteilung der tatsächlichen Versorgungssituation und sind daher eine unzureichende Datenbasis für die Vereinbarung eines bedarfsorientierten Versorgungsangebots.

Die Darstellung diagnose- und patientenbezogener Versorgungsmuster gibt einen Einblick in die reale Versorgungslage. Dies ist auf Basis der Diagnose- und Leistungsdaten der Krankenkassen möglich. Eine pseudonymisierte versichertenbezogene Zusammenführung der Diagnose- und Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt bereits heute für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf der Basis des § 268 SGB V beim Bundesversicherungsamt.

Eine analoge Regelung sollte für ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragendes Institut gefunden werden. Auf der Basis dieser Daten könnte das Institut nach Vorgaben des G-BA sektorenübergreifende Analysen der Versorgungssituation erstellen. Anders als in der Vergangenheit würde damit nicht das Versorgungs-Ist zum Versorgungs-Soll erklärt. Die diagnose- und patientenorientierte Analyse erlaubt die Identifikation von Versorgungsdefiziten und die Vereinbarung anzustrebender Angebotsstrukturen bzw. Leistungsmengen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Diagnose- und Leistungsdaten der Krankenkassen – und damit die Darstellung der Versorgungssituation – das von vielfältigen Modifikatoren abhängige Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten darstellen. Diese sind für die Inanspruchnahme von Psychotherapie auf Seiten der Patienten, z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand und Erwerbsstatus, Art der psychischen Erkrankung, Dauer und Chronizität. Dazu treten auf der Seite der Leistungserbringer als Modifikatoren Umfang und Zugänglichkeit des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangebots, Kooperations- und Überweisungsverhalten ins-

besondere zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten sowie alternative stationäre oder komplementäre Versorgungsangebote und deren Zugänglichkeit. Da die realisierte Inanspruchnahme den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht abbildet, sollte entscheidender Bestandteil einer Reform die Festlegung regionaler Gestaltungsspielräume für eine prospektive Planung sein.

- **Prospektive Versorgungsplanung**

Eine Versorgungsplanung, deren Ziel nicht eine begrenzende Zugangssteuerung, sondern die Gestaltung einer patientenbezogenen Versorgung ist, wird nicht mehr den Status quo verwalten, sondern prospektiv planen. Die Planung von Angebotsstrukturen bzw. Leistungsmengen sollte auf der sektorenübergreifenden Analyse regionaler Versorgungsmuster aufbauen. Die für eine effiziente patientenbezogene Versorgung angestrebte Angebotsstruktur bzw. Leistungsmenge ist Ergebnis eines Verhandlungsprozesses. Diesen führen die Partner der Selbstverwaltung, die Bundesländer sowie Patientenvertreter und die einschlägigen Heilberufekammern auf Landesebene. Der G-BA sollte in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Kriterien, Verfahren und Maßstäbe für die Bewertung der jeweiligen Versorgungssituation und die Vereinbarung der angestrebten Angebotsstrukturen bzw. Leistungsmengen definieren.

Um das ambulante Versorgungsangebot angemessen abzubilden, ist es nicht sinnvoll, pauschal ganze oder halbe Versorgungsaufträge zu zählen. Zukünftig sollten Vollzeitäquivalente, die abbilden, in welchem Umfang Ärzte oder Psychotherapeuten der Versorgung zur Verfügung stehen, Planungsgrundlage sein. Damit trägt man den sich wandelnden Anforderungen berufstätiger Frauen und Männer an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die flexiblere Gestaltung von Arbeitszeiten Rechnung. Da insbesondere Frauen Vorreiter bei der Suche nach einer angemessenen Work-Life-Balance sind, erfordert die Feminisierung der Heilberufe eine entsprechende Reaktion in der Bedarfsplanung. Für die Psychotherapeuten kann man festhalten, dass von den ca. 34.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwei Drittel Frauen sind. Der Frauenanteil wird in Zukunft weiter wachsen. Bei den über 50jährigen liegt er noch bei 61 Prozent, in der Altersgruppe der 30- bis 34jährigen sind bereits neun von zehn Psychotherapeuten weiblich.

Eine prospektive Versorgungsplanung sollte die mit dem medizinisch-technischen Fortschritt mögliche differenzierte Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe berücksichtigen. Erst die Realisierung und Berücksichtigung der unter Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkten notwendigen und möglichen Arbeitsteilung erlaubt Aussagen zum Ausmaß des Ärztemangels. Ein sinnvoller Ansatz ist es z. B., den Prozess der Integration der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung konsequent zu Ende zu führen, indem im § 73 SGB V Psychotherapeuten die Befugnis erhalten zur Verordnung von Heilmitteln, Krankenhausbehandlung sowie die Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit. Eine solche Regelung würde Patienten überflüssige Wege ersparen und insbesondere die hausärztlichen Praxen entlasten.

IV. Zusammenfassung

Die bisherige Bedarfsplanung erklärt das historische Niederlassungsverhalten von Ärzten und Psychotherapeuten zum aktuellen Versorgungs-Soll. Sie ist damit ungeeignet, Probleme der Unter- bzw. Überversorgung zu lösen und bietet den Akteuren auf Landesebene keine ausreichenden Gestaltungsspielräume für eine am tatsächlichen Bedarf orientierte prospektive Versorgungsplanung. Die BPtK schlägt die folgenden Eckpunkte für eine Reform der Bedarfsplanung vor:

- Die für die Bedarfsplanung zuständigen Gremien auf Landesebene erhalten eine bundeseinheitliche sektorenübergreifende Darstellung der regionalen Versorgungssituation als Planungsgrundlage.
- Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dafür in pseudonymisierter Form, versichertenbezogen und regionalisiert, Diagnose- und Leistungsdaten an ein vom G-BA zu beauftragendes Institut zu liefern.
- Das Institut entwickelt die Planungsgrundlage auf der Basis einer vom G-BA zu verabschiedenden Richtlinie.
- Die Gremien auf Landesebene analysieren die Versorgungssituation und definieren auf der Basis von Versorgungszielen die angestrebten Angebotsstrukturen bzw. Leistungsmengen. Die Richtlinien des G-BA legen bundeseinheitliche Kriterien, Maßstäbe und Verfahren für die Bemessung der angestrebten Versorgung fest.
- Der Gesetzgeber gibt die Besetzung der für die Versorgungsplanung zuständigen Gremien auf Landesebene vor. Er berücksichtigt dabei neben den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung die Bundesländer, Patientenvertreter und die Vertreter der einschlägigen Heilberufekammern.