



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Stellungnahme

zur

Anfrage des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum vom 27.04.2007

Kabinettsausschuss Ländlicher Raum „Soziale und gesundheitliche Versorgung“

Fragenkatalog für die Expertenanhörung am 21.5.2007

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Stuttgart, 18.05.2007

Korrespondenzadresse:
Dr. Dipl.-Psych. R. Nübling
LPK Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@ljk-bw.de
www.ljk-bw.de

Zusammenfassung

Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ist die Aussage, dass "keine Unterversorgung" besteht, nur vor dem Hintergrund der geltenden Bedarfsplanung richtig. Mit der Einführung der Bedarfsplanung wurde ein bestehender IST-Zustand als SOLL festgelegt und damit die bereits vorhandene Unterversorgung bis heute fortgeschrieben.

Vor allem in Bezug auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche besteht aktuell eine deutliche Unterversorgung, dies insbesondere in ländlichen Kreisen. Wie eine Versorgungsanalyse der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg ergeben hat, liegt der Versorgungsgrad landesweit bei durchschnittlich ca. 40%, einigen Landkreisen unter 20%. Bezogen auf die kommenden 10-20 Jahre muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Zahlen weiter verschlechtern werden. Dabei ist es eher unwahrscheinlich, dass sich die Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Versorgung ohne korrigierende Maßnahmen zu Gunsten des ländlichen Bereichs verändern werden. Die Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müsste für eine annähernd ausreichende Versorgung mindestens verdoppelt werden. Demgegenüber steht, dass der Anzahl der die Altergrenze erreichenden Kollegen heute schon nicht durch Neuapprobationen ausgeglichen werden kann. Die notwendige Erhöhung ist ohne Anreize schon im Studium nicht zu realisieren.

Auch für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener kann nicht von einer ausreichenden Versorgung gesprochen werden. Nach wie vor sind lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz sowie hohe Chronifizierungszeiten zu verzeichnen. Zwar werden nach Hochrechnungen der LPK Baden-Württemberg bis 2027 etwa 25% mehr Psychologische Psychotherapeuten für die Versorgung zur Verfügung stehen als heute. Da aber auch im Erwachsenenbereich die nicht am tatsächlichen Bedarf orientierten Bedarfsplanungsrichtlinien gelten, wird die bestehende Unterversorgung weitgehend erhalten bleiben.

Die aktuelle Bedarfsplanung geht für den ländlichen Raum von einem etwa um den Faktor 10 geringeren Bedarf aus als im städtischen Umfeld. Ein solcher Unterschied zwischen Stadt und Landbevölkerung ist bzgl. der Prävalenz psychischer Erkrankungen epidemiologisch nicht nachweisbar.

Anreize seitens der Kommunen machen nur Sinn in zulassungsoffenen Gebieten. Derzeit bestehen Möglichkeiten der Zulassung nur für ärztliche Psychotherapeuten, von denen aber viel zu wenige vorhanden sind mit der Konsequenz, dass viele Kassenarztsitze unbesetzt bleiben. Sonderbedarfszulassungen, die vor allem für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten notwendig wären, und die durch die Zulassungsausschüsse der KVen möglich sind, werden sehr restriktiv gehandhabt.

Den heutigen Studenten der Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik sollten verstärkt Anreize dafür gegeben werden, eine psychotherapeutische Ausbildung nach dem Studium anzustreben, z.B. die durch eine veränderten Bedarfsplanung verbesserten Chancen auf eine Niederlassung oder strukturellen Änderungen in der psychotherapeutischen Aus-, Fort und Weiterbildung, insbesondere deren Finanzierbarkeit sowie mancher Rahmenbedingungen (meist unentgeltliches Psychiatriejahr, für darüber hinaus viel zu wenig Plätze zur Verfügung stehen).

Vorbemerkung

Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg nimmt zu Punkt I. (ambulante medizinische Versorgung) Stellung. Sie unterscheidet dabei eine Versorgung im Erwachsenen- und im Kinder- und Jugendlichenbereich. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass mehrere Fragen des vorgelegten Fragenkatalogs valide nur auf der Grundlage der Verfügbarkeit entsprechender Versorgungsdaten im Sinne einer fundierten Versorgungsforschung beantwortet werden können. Diese sind im Gesundheitssystem Baden-Württembergs derzeit nur in Ansätzen vorhanden. Dies gilt insbesondere für den Bereich der psychosozialen Versorgung. Insofern sind alle im folgenden gemachten Aussagen, v.a. wenn sie prognostisch ausgerichtet sind, mit Unsicherheiten verbunden.

Darüber hinaus muss darauf hingewiesen werden, dass die vom Ministerium für die Bearbeitung des Fragenkatalogs eingeräumte Zeit (ca. 3 Wochen) in Anbetracht der Komplexität der Fragestellungen für eine differenziertere Bewertung und Beantwortung nicht ausreichend war. Lediglich für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können – auf der Grundlage einer auf Initiative der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg in den vergangenen 12 Monaten bereits durchgeführten Versorgungsanalyse – ausführlichere Angaben zum aktuellen Stand gemacht werden. V.a. die in der vorgelegten Stellungnahme getroffenen prognostischen Einschätzungen bedürfen einer zeitlich weit umfangreicheren und sorgfältigeren Analyse, als sie hier in Ansätzen durchgeführt werden konnte. Sie sind deshalb mit besonderer Vorsicht zu interpretieren. Aus Sicht der LPK Baden-Württemberg ist – nicht nur aus diesen Gründen – eine umfassende Versorgungsforschung zu fordern.

I. Flächendeckende ambulante medizinische Versorgung

Frage 2: Derzeit besteht keine vertragsärztliche Unterversorgung in Baden-Württemberg. Wie wird die künftige Entwicklung (der Versorgung) jeweils von Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den nächsten 10-20 Jahren eingeschätzt?

Frage 3: Wie viele ... Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden in den einzelnen Planungsbereichen unter Angabe der jeweilig prognostizierten Einwohner/Psychotherapeuten-Relation in den kommenden Jahren voraussichtlich in den Altersruhestand gehen?

Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ist die Aussage "keine Unterversorgung" nur dann richtig, wenn sie vor dem Hintergrund der geltenden Bedarfsplanung gesehen wird. Mit der Einführung der Bedarfsplanung 1999-2000 wurde der seinerzeit bestehende IST-Zustand als SOLL festgelegt und damit die bereits vorhandene Unterversorgung bis heute fortgeschrieben.

a) Bereich Versorgung von Kindern und Jugendlichen

In Bezug auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche besteht aktuell eine deutliche Unterversorgung. Wie eine jüngst durchgeführte Analyse der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg ergab, kann selbst bei optimistischer Berechnungsgrundlage (7% behandlungsbedürftige Kinder, Einbeziehung aller Versorgungsbereiche inkl. Jugendhilfe) nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden (Nübling, Raymann und Reisch, 2006, Reisch, Raymann & Nübling, 2007; vgl. Anlage).

Mehr noch als die Schätzung der aktuellen Versorgungssituation ist die Prognose der künftigen Entwicklung von der Validität der Schätzparameter abhängig. Für eine Prognose der Situation in 10-20 Jahren müssen insbesondere folgende Parameter einbezogen werden:

- ⇒ Entwicklung der Anzahl der Kinder- und Jugendlichen bis 18 Jahre
- ⇒ Entwicklung des Anteils behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher (Epidemiologie)
- ⇒ Entwicklung der Versorgungsstrukturen ambulant und stationär, v.a. Anzahl niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Anzahl Kinder- und Jugendpsychiater etc, Kapazität Plätze/Betten Beratungsstellen, Jugendhilfe, stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ⇒ allgemeine Entwicklungen im Gesundheitssystem, insbesondere dessen Finanzierung, finanzielle Rahmenbedingungen für Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen.

Bevölkerungsvorausberechnung; Anzahl der Kinder und Jugendlichen im Jahr 2017 und 2027 – Nach Berechnungen des statistischen Landesamts BW wird die Anzahl der Neugeborenen wird zwischen 2007 und 2027 voraussichtlich um den Wert von ca. 95.000 pro Jahr (+/- 2-3000) schwanken (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung wird 2027 bei etwa 18% liegen. Bei Annahme einer annähernd konstanten Geburtenrate kann 2017 von ca. 1.8 Mio., 2027 von ca. 1,7 Mio. Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren ausgegangen werden. Ob sich die aktuell beschlossene Ausweitung der Kinderbetreuungsmöglichkeiten durch die bessere Vereinbarung von Beruf und Familie nachhaltig auf die Geburtenrate auswirken wird, bleibt abzuwarten. Optimistisch gesehen, kann damit allerdings höchstens die für 2017 prognostizierte Zahl bis 2027 konstant gehalten werden.

Entwicklung der Prävalenz psychischer Erkrankungen – Bisher gibt es nur wenig Hinweise aus epidemiologischen Daten, die Aussagen über die zukünftige Entwicklung der Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erlauben. Eine kürzlich erschienene Metaanalyse (Wittchen & Jacobi, 2005, 2006) ergab, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen - obwohl (bei Erwachsenen) in einigen Störungsbereichen (z.B. Angsterkrankungen) eine Zunahme zu verzeichnen ist – insgesamt (alle psychischen Erkrankungen zusammen genommen) über die letzten Jahre weitgehend konstant blieb. Nach den ersten Ergebnissen der im Rahmen des Jugendgesundheits surveys durchgeführten Bella-Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Kurth, 2006; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2006, 2007) kann von einer Verlagerung von akuten zu chronischen sowie von körperlichen zu psychischen Erkrankungen ausgegangen werden. Dies stärkt implizit die Annahme, dass die Prävalenz mit Sicherheit nicht abnehmen wird.

Entwicklung der Versorgungsstrukturen – Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Landespsychotherapeutenkammer kann hier nur zur möglichen Entwicklung der Kapazität niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Stellung nehmen. Nach aktueller Datengrundlage (Mitgliederdatenbank der LPK) werden von landesweit 640 approbierten und niedergelassenen Kinder- und Jugendlichentherapeuten (davon 263 doppelt approbiert, d.h. auch für die Behandlung erwachsener Patienten) bis 2017 etwa 40%, bis 2027 weitere 50% die Altersgrenze erreichen. Dies bedeutet ein jährliches Ausscheiden von ca. 30 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In den Jahren 2000-2006 wurden demgegenüber landesweit jährlich ca. 21 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neu approbiert. Legt man eine konstante Entwicklung der Approbationen als Prognose für die nächsten 10-20 Jahre zu Grunde, so muss davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2017 etwa 90 (14%), im 2027 etwa 180 (28%) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weniger (im Vergleich zu heute) für die Versorgung zur Verfügung stehen. Für die Prognose der Nachwuchssituation bleibt allerdings abzuwarten, welche Effekte mögliche Strukturveränderungen hinsichtlich der Ausbildung zum Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten auf-

grund der Ergebnisse des aktuell seitens des BMG ausgeschriebenen Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz nach sich ziehen werden (s.u.).

Unter der Annahme einer Bevölkerungsreduktion bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre von heute 2,1 auf 1,7 bis 1,8 Mio., einer annähernd konstanten Prävalenz zwischen 7% und 20% und einer Verringerung der Anzahl der verfügbaren Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist davon auszugehen, dass sich - soweit dies nicht von anderen Professionen kompensiert werden kann - die psychotherapeutische/psychosoziale Versorgung eher verschlechtern wird. Für den Fall, dass sich diese Prognose bewahrheiten sollte, ist es wahrscheinlich, dass sich die Verteilung zwischen städtischer und ländlicher Versorgung ohne korrigierende Maßnahmen nicht wesentlich gegenüber der heutigen Struktur (vgl. Abb. 1) verändern wird.

b) Bereich Versorgung von Erwachsenen

Im Bereich der Versorgung psychisch kranker Erwachsener liegt derzeit keine mit dem Bereich der Kinder- und Jugendlichen vergleichbare Analyse von Versorgungsdaten für Baden-Württemberg vor. Eine solche Analyse befindet sich derzeit seitens der Landespsychotherapeutenkammer in Vorbereitung, erste Ergebnisse sind allerdings nicht vor Herbst 2007 zu erwarten. Im folgenden wird deshalb auf eine – noch nicht abschließend veröffentlichte – Studie im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zurückgegriffen (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, in press; vgl. auch Barghaan, Harfst, Koch & Schulz, 2005).

Ambulante und stationäre Versorgung

Nach dem noch unveröffentlichten Bericht von Schulz et al (in press) zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland liegt Baden-Württemberg hinsichtlich der Versorgungsdichte Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten mit einer Quote von 23,3 je 100.000 Einwohner im oberen Mittelfeld (vgl. Abb. 2). Baden-Württemberg ist in diesem Vergleich der drittbeste Flächenstaat hinter Hessen und Bayern. Nur die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg weisen mit einer etwa doppelt so hohen Psychotherapeutendichte eine deutlich bessere ambulante Versorgungsstruktur auf. Die Analyse beruht auf Daten von 2001, aktuellere Daten sind hierfür derzeit nicht verfügbar.

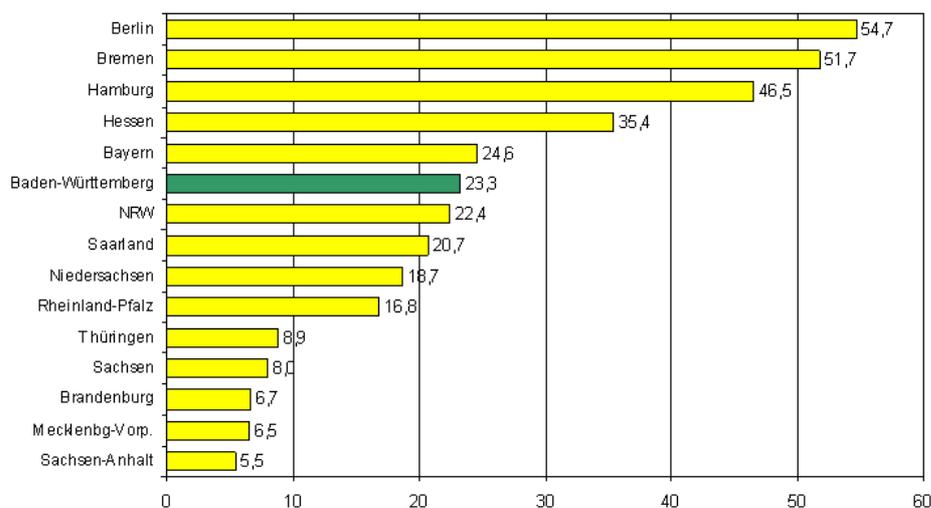


Abb. 2: Versorgung ambulante Psychotherapie Erwachsene, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner (adaptiert nach Schulz et al, in press)

Auch in der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung liegt Baden-Württemberg mit etwa 14 Betten je 10.000 Einwohner im oberen Drittel der Bundesländer. Von den Flächenstaaten liegen nur Bayern, Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen vor Baden-Württemberg. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Ländern weniger ausgeprägt als bei der ambulanten Versorgung (vgl. Abb. 3).

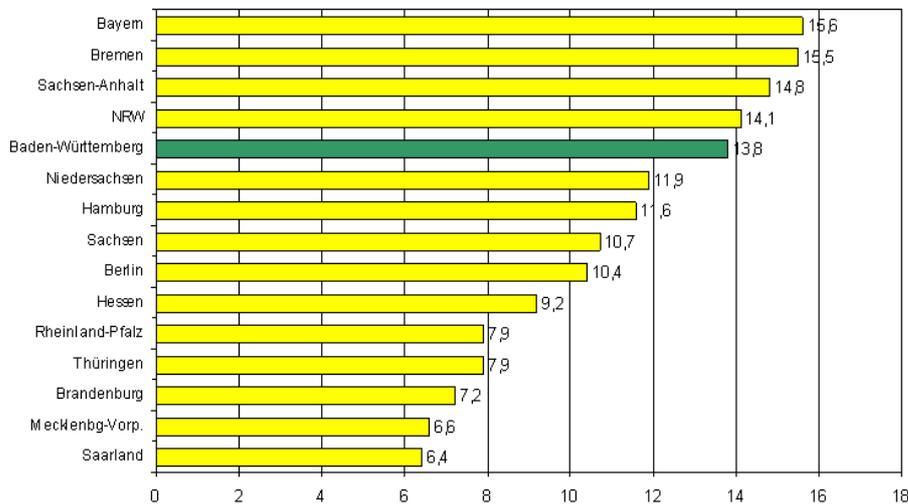


Abb. 3: Versorgung stationäre Psychotherapie Erwachsene, Betten Psychosomatik und Psychiatrie je 10.000 Einwohner (adaptiert nach Schulz et al, in press)

Versorgungsgrad

Schulz et al. (in press) berechnen aus den Daten der ambulanten (einschließlich Beratungsstellen) und der stationären Versorgung (einschließlich Rehabilitation) unter der Berücksichtigung der jeweiligen durchschnittlichen Behandlungsdauer bzw. der Jahresnettoleistung an Therapiestunden bundesweit Behandlungskapazitäten für jährlich ca. 650.000 Behandlungsfälle (ambulant: 280.000, stationär 370.000). Hochgerechnete Fallkapazitäten für die einzelnen Bundesländer werden nicht benannt. Unter Berücksichtigung der sowohl stationär als auch ambulant etwas über dem Durchschnitt liegenden Versorgungsdichte kann für Baden-Württemberg ein ungefähres jährlich verfügbares Fallzahlvolumen von 110.000 (optimistisch geschätzt ca. 17% des bundesweiten Volumens bei ca. 13% Anteil an der Gesamtbevölkerung Deutschlands) angenommen werden. Unter zu Grunde legen des epidemiologisch nachgewiesenen Behandlungsbedarfs (1-Jahres-Prävalenz: Untergrenze ca. 7%, Obergrenze ca. 27%; Wittchen & Jacobi, 2006), nach dem für Baden Württemberg von ca. 600.000 bis ca. 2.3 Millionen betroffenen, d.h. behandlungsbedürftigen Einwohnern über 18 Jahren (derzeit 6,9 Mio.) ausgegangen werden muss, kann auch für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener nicht von einer ausreichenden Versorgung gesprochen werden.

Wie Schulz et al (in press) hervorheben, gibt es nach wie vor lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz sowie hohe Chronifizierungszeiten bei psychischen Erkrankungen. Nach einer aktuellen Metaanalyse aus dem Bereich der psychosomatischen Rehabilitation liegt die Chronifizierungsdauer nach wie vor bei ca. 5-7 Jahren (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007, in press). Gründe liegen neben der unzureichenden Versorgung auch im begrenzten Informationsstand vieler Patienten, in der nach wie vor weit verbreiteten Angst vor Stigmatisierung und in der verspäteten Identifikation von Patienten mit psychischen Störungen v.a. in hausärztlichen Praxen. Wie bei der Versorgung der Kinder und Jugendlicher existiert auch im Erwachsenenbereich ein deutliches Gefälle zwischen städtischen und ländlichen Strukturen. Hierzu kann die Landespsychotherapeutenkammer keine

exakten Zahlen vorlegen, sie können aber aus den gültigen, für die jeweiligen Raumgliederungstypen festgeschriebenen Planzahlen für die Bedarfsplanung abgedeckt werden (s.u.).

Entwicklung der Versorgungsstrukturen – Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten. Wie bei den Kindern und Jugendlichen gilt hier, dass die Landespsychotherapeutenkammer hier nur zur möglichen Entwicklung der Kapazität niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten Stellung nehmen kann. Nach aktueller Datengrundlage (Mitgliederdatenbank der LPK) werden von landesweit 1227 approbierten und niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten (davon 263 doppelt approbiert, d.h. auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen) bis 2017 etwa 35%, bis 2027 weitere 49% die Altersgrenze erreichen. Dies bedeutet ein jährliches Ausscheiden von ca. 52 Psychologischen Psychotherapeuten. In den Jahren 2000-2006 wurden demgegenüber landesweit jährlich ca. 68 Psychologische Psychotherapeuten neu approbiert. Legt man eine konstante Entwicklung der Approbationen als Prognose für die nächsten 10-20 Jahre zu Grunde, so kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2017 etwa 160 (13%), im 2027 etwa 320 (26%) Psychologische Psychotherapeuten mehr (im Vergleich zu heute) für die Versorgung zur Verfügung stehen.

Frage 4: Werden über die bisher gültigen Bedarfsplanungsrichtlinien hinaus gehende spezielle weitergehende Parameter für die Versorgung im ländlichen Gebiet erforderlich? Wenn ja welche?

Die derzeit gültigen Bedarfsplanungsrichtlinien beruhen auf der 1999/2000 getroffenen Festlegung, bei der die Ist-Situation als Soll festgeschrieben wurde. Die seinerzeit bereits bestehende Unterversorgung von psychisch Kranken im ambulanten Bereich wurde in die Bedarfsplanungsrichtlinien übertragen. Der tatsächliche, epidemiologisch begründbare Bedarf wurde hierfür nicht zu Grunde gelegt. So werden für den ländlichen Raum etwa um den Faktor 10 (Planzahl für den Raumgliederungstyp 9 „Ländliche Regionen“ = 1 Psychotherapeut für 23.106 Einwohner gegenüber Raumgliederungstyp 1 „Kernstädte“ = 1:2577) geringere Bedarfe angenommen (vgl. Tab.1). Unterschiede in der Prävalenz psychischer Erkrankungen zwischen Stadt und Landbevölkerung können – zumal in einer solch drastischen Differenz – epidemiologisch nicht nachgewiesen werden. Will man die Situation für den ländlichen Raum verbessern, so müssten zunächst die Unterschiede in Planungszahlen zwischen städtischen und ländlichen Gebieten angepasst und v.a. auf der Grundlage der tatsächlichen Bedarfe festgelegt werden.

Tab. 1: Im Rahmen der Bedarfsplanung 1999 festgeschriebene Planzahlen je Raumgliederungstyp in Einwohner je Psychotherapeut

Raumgliederung	Einwohner je Psychotherapeut
Große Verdichtungsräume	
1. Kernstädte	2577
2. Hochverdichtete Kreise	8129
3. Normal verdichtete Kreise	10139
4. Ländliche Kreise	15692
Verdichtungsansätze	
5. Kernstädte	3203
6. Normalverdichtete Kreise	8389
7. Ländliche Kreise	16615
Ländliche Regionen	
8. Verdichtete Kreise	10338
9. Ländliche Regionen	23106
Sonderregionen	
10. Ruhrgebiet	8743

Quelle: Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Bundesländer West zum 1.1.1999

Frage 6: Welche Strategien zur künftigen Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für ländlich-periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang werden in BW favorisiert? Könnten weitere Anreize z.B. sein: mietfreie Praxisräume von der Gemeinde, Zuschüsse zur Praxisgründung, günstiger Baugrund?

Anreize seitens der Kommunen wie in der Frage vorgeschlagen machen nur Sinn in zulassungsoffenen Gebieten. Davon gibt aufgrund bestehender statischer Bedarfsplanung in Baden-Württemberg derzeit keine, dies trifft für die Psychologischen und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, nicht hingegen weniger für die ärztlichen Psychotherapeuten (40%-Regelung) zu. Es wäre aber sicher begrüßenswert, diese oder ähnliche Angebote als Anreize einzubeziehen. Hier wären auch verbesserte Möglichkeiten zur Eröffnung einer Zweipraxis zu diskutieren.

Fachlich gesehen sollten Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit haben, eigenständig eine Praxis aufsuchen zu können, da die psychische Krankheit oftmals an unselbständiges Verhalten gekoppelt ist und die Selbständigkeit nur durch den eigenständigen Besuch der psychotherapeutischen Praxis gefördert werden kann.

Frage 8: Werden oder sind ... weitergehende Instrumente ... vorhanden bzw. geplant, um im Rahmen des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags rechtzeitig einer Unterversorgung entgegenzuwirken?

Seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen, die ja den Sicherstellungsauftrag haben, ist die Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung durch die Zulassungsausschüsse der KVen gegeben. Diese wird aber sehr restriktiv gehandhabt. Es muss hierbei jedoch unterschieden werden zwischen der Unterversorgung, wie sie aufgrund der Bedarfsplanungsrichtlinien definiert wird und der realen Unterversorgung, wie sie z.B. durch die zitierte Analyse der LPK festgestellt wird. Die Unterversorgung, wie sie auf Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinien festgestellt werden kann, tritt bedauernswerter Weise erst zutage, wenn die reale Unterversorgung längst gegeben ist und dann der Versorgungsauftrag nicht mehr gesichert werden kann. Allein schon von daher sollten die Bedarfsplanungsrichtlinien dringend überarbeitet und den realen Versorgungsnotwendigkeiten angepasst werden. Darüber hinaus müssen aus Sicht der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg von Seiten GKV nachgebessert und für psychotherapeutische Leistungen mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Frage 11: Wie hoch wird der Bedarf an ... Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingeschätzt? Ist der Nachwuchs gesichert?

Wie ausgeführt, liegt der Bedarf an Psychotherapeuten deutlich über den in der Bedarfsplanung festgelegten Obergrenzen. Dies trifft für die ambulante Versorgung Erwachsener, insbesondere aber für die Versorgung Kinder und Jugendlicher zu.

Im Bereich der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher muss bereits heute von einem weit höheren Bedarf an Psychotherapeuten als aktuell verfügbar ausgegangen werden. Um die bestehenden Engpässe in der ambulanten Versorgung zu überwinden, müsste die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens verdoppelt werden. Wollte man zudem eine gesundheitspolitisch wie gesundheitsökonomisch geforderte und notwendige Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor, dann müsste das ambulante Angebot noch weiter ausgeweitet werden. Demgegenüber steht, dass der Anzahl der die Altergrenze erreichenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten heute schon nicht durch Neuapprobationen ausgeglichen werden kann. Für die

Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen zeitnah Anreize für eine Erhöhung der Ausbildungszahlen geschaffen werden, die insbesondere in einer veränderten Bedarfsplanung und damit einer erhöhten Sicherheit für Ausbildungskandidaten für eine spätere Zulassung liegen könnte (s.u.).

Geht man von den aktuellen Bedarfsplanungszahlen aus, so kann für den Bereich der Versorgung erwachsener Patienten durch Psychologische Psychotherapeuten die Versorgungsdichte zumindest gehalten werden. Bei Fortschreibung der durchschnittlichen jährlichen Anzahl der Neuapprobierten und deren Vergleich mit der Anzahl der jährlichen Pensionierungen könnte (unter der Voraussetzung, dass sich die überwiegende Mehrheit der neuapprobierten in eigene Praxis niederlassen würde) der Nachwuchs als gesichert angesehen werden. Legt man allerdings den realen, epidemiologisch begründbaren Bedarf zu Grunde, dann kann dies auch für den Bereich der Erwachsenenpsychotherapie nicht behauptet werden.

Sowohl in der Versorgung von Kinder- und Jugendlichen als auch von Erwachsenen werden sich diese Entwicklungen im ländlichen Raum jeweils stärker auswirken als im städtischen Umfeld – dies insbesondere bei Beibehaltung der derzeitigen Bedarfsplanungspraxis.

Frage 12: Werden aus Sicht der ... Landespsychotherapeutenkammer BW weitergehende, über die derzeit bestehenden Regelungen hinausgehende Maßnahmen zu Steigerung der Attraktivität des entsprechenden Berufs im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung erforderlich?

Wie oben angedeutet, müssten den heutigen Studenten der Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik verstärkt Anreize dafür gegeben werden, eine psychotherapeutische Ausbildung nach dem Studium anzustreben. Hierfür würde einerseits von einer veränderten, der realen Situation entsprechenden Bedarfsplanung und damit Verbesserung der Chancen auf eine Niederlassung eine Signalwirkung ausgehen. Zum anderen würde von einer möglicherweise nach den Ergebnissen eines Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz (das sich schwerpunktmäßig mit den Strukturen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in psychotherapeutischen Verfahren und Methoden beschäftigen soll) veränderten, d.h. finanziell, z.B. durch staatliche Unterstützung weniger aufwendigen Psychotherapieausbildung Anreize gesetzt werden können. Dabei liegt ein besonders wichtiger Punkt in den heutigen Bedingungen für das so genannte, im Psychotherapeutengesetz festgelegte Psychiatriejahr, das die meisten der Ausbildungsteilnehmer unentgeltlich oder mit einem Dumping-Gehalt ableisten müssen. Erst vor kurzem wurde auf Bundesebene beschlossen, dass Psychologen in Ausbildung, die ein Psychiatriejahr absolvieren, weiterhin keinen Anspruch auf ein angemessenes Gehalt haben.

Literatur

- Badura, B., Pfaff, H., Busse, R., Rauch, B., Gostomzyk, J. & Schulz, K.-D. für die Ständige Kongresskommission Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (2003). Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland. Situation – Handlungsbedarf – Strategien. Internetpublikation, z.B. <http://www.zvfk.de/content>.
- Barghaan, D., Harfst, T. Koch, U. & Schulz, H. (2005). Psychotherapeutische Versorgung. In Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie, 3. Auflage (S. 25-32). Stuttgart, Thieme.
- Kurth, B.-M. (2006), Symposium zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 49, 1050-1078.
- Nübling, R., Reisch, M. & Raymann, T. (2006). Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal PTJ, 5, Heft 3, 247-257.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2006). Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie). Vortrag auf dem Symposium „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse“ (KiGGS-Symposium), Berlin, 25.9.2006;

- http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/ppt_bella.pdf
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 871-878.
- Reisch, M., Raymann, T. & Nübling, R. (2007, in press.). Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal PTJ, 6, 129-138.
- Schrappé M., Glaeske, G., Gottwik, M., Kilian, R., Papadimitrio, K., Scheidt-Nave, C., Schulz, K.D., Ziegenhagen, D. & Pfaff, H. für die Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung (2005). Memorandum II zur Versorgungsforschung in Deutschland. Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung. Köln, Berlin. Internetpublikation, z.B. <http://www.zvfk.de/content>.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (im Druck). Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Psychotherapeutische Versorgung.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 49, 175-187.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2005). Die Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg - Eine Herausforderung für unsere Gesellschaft. Statistische Analysen 3/2005, Stuttgart, Statistisches Landesamt.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W. & Nübling, R. (2007, in press). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber (erscheint August 2007).
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology, 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Psychische Störungen in Deutschland und der EU - Größenordnung und Belastung. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 38, 189-192.