

**Mindestversorgungsanteile für psychotherapeutisch
tätige Ärzte und Psychotherapeuten
(§ 101 Abs. 4 S. 5 SGB V): Auslaufen der „Quoten-
regelung“ am 31.12.2008**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 08.01.2008**

1. Hintergrund

Mit Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wurden mit überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Jahr 1999 erstmals unterschiedliche Professionen in der Bedarfsplanung zu einer Arztgruppe zusammengefasst. Die entsprechende Regelung in § 101 Abs. 4 S. 5 SGB V legt zugleich fest, dass für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 sicherzustellen ist, dass jeweils mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 40 Prozent den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten sowie den Psychotherapeuten¹ vorbehalten ist.

Die Festlegung einer auf zehn Jahre befristeten Mindestversorgungsquote hatte mehrere Gründe. So heißt es in der Gesetzesbegründung, dass beide Berufsgruppen mithilfe einer Quote in der Anfangsphase „in einem zahlenmäßig ausgewogenen Verhältnis an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten teilnehmen können“ (BT-Drs. 13/8035, S. 22). Da während des Gesetzgebungsverfahrens noch keine zuverlässigen Daten zur zahlenmäßigen Stärke von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten vorlagen, sollte mit einer Quote verhindert werden, dass zu Beginn der gemeinsamen Bedarfsplanung zufällig eine Berufsgruppe einen zu großen Anteil an den Zulassungen erhielt.

Zugleich sollte eine zehnjährige gesetzliche Absicherung von Versorgungsanteilen jeweils für Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte ermöglichen, Erfahrungen über eventuell bestehende Unterschiede in der Versorgung durch die beiden Berufsgruppen zu sammeln. Insbesondere sollte geprüft werden, „inwieweit sich die auf medizinischer Grundlage aufbauende psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte und die vom psychologischen Ansatz herkommende psychotherapeutische Behandlung durch Psychotherapeuten decken oder notwendigerweise ergänzen“ (BT-Drs. 13/9212, S. 42). Ohne Quotierung in der Einführungsphase, so wurde befürchtet, könnte eine Berufsgruppe schon früh die Versorgung dominieren, wo-

¹ Die Bedarfsplanung für psychotherapeutische Leistungserbringer (§ 101 Abs. 4 SGB V) unterscheidet in der gemeinsamen Arztgruppe zwischen zwei Berufsgruppen: den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten einerseits und Psychotherapeuten andererseits. Als Psychotherapeuten werden in § 101 Abs. 4 SGB V Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) bezeichnet. Die vorliegende Stellungnahme orientiert sich an dieser Bezeichnung der beteiligten Professionen, wobei die Berufsgruppe der „überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte“ in der gemeinsamen Arztgruppe verkürzt als „psychotherapeutisch tätige Ärzte“ bezeichnet wird.

durch es langfristig zu einer Verarmung psychotherapeutischer Therapieinhalte kommen könnte.

Inzwischen hatten die beteiligten Berufsgruppen neun Jahre Zeit, sich in dem geschützten Raum ihrer Quote zu entwickeln. Von einem „Übergangszeitraum“ kann schon lange nicht mehr gesprochen werden. Es lässt sich vielmehr eine Bilanz zu den Effekten der Mindestversorgungsquote auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland ziehen.

2. Entwicklung der Zulassungszahlen im Schutz der Quote

Betrachtet man die Versorgungsanteile im vertragsärztlichen Bereich, ist festzustellen, dass heute in der gemeinsamen Arztgruppe fast mehr als dreimal so viele Psychotherapeuten Patienten behandeln wie psychotherapeutisch tätige Ärzte. Zum 31.12.2006 gab es 4.484 psychotherapeutisch tätige Ärzte und 15.433 Psychotherapeuten, darunter 12.728 Psychologische Psychotherapeuten und 2.705 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland).

Grund für die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung war vor allem der Befund, dass Ärzte die psychotherapeutische Versorgung allein bei Weitem nicht sicherstellen konnten. Zahlenmäßig hat sich an diesem Befund nichts geändert, er wurde trotz der Quote durch die Entwicklung der letzten neun Jahre nur bestätigt.

Es ist in der Anfangsphase insbesondere auch nicht dazu gekommen, dass eine der beiden Berufsgruppen „zufällig“ einen zu großen Anteil an den Zulassungen erhielt. Vielmehr blieb die Zahl der psychotherapeutisch tätigen Ärzte von 1999 bis 2003 und damit während der Hälfte des geplanten Mindestquotierungszeitraums nahezu stabil. Erst seit 2003 steigt ihre Zahl an. Dabei zeigt sich eine unter Qualitätsgesichtspunkten problematische Entwicklung: Der Anstieg bei den psychotherapeutisch tätigen Ärzten ist nicht nur auf Zulassungen von Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin (frühere Bezeichnung) bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (heutige Bezeichnung) zurückzuführen. Stärker noch steigt die Zahl anderer Fachärzte (z. B. Internisten, Gynäkologen, Allgemeinmediziner) mit einer psychotherapeutischen Zusatzqualifikation, die eine Zulassung in der Arztgruppe der psychotherapeutischen Leistungserbringer erhalten. Ihre Zahl in der gemeinsamen Arztgruppe ist von 2002 bis 2006 um 34 Prozent auf insgesamt 1.851 angewachsen. Dieser Trend hat negative Effekte auf die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung, da die Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren oft lange zurückliegt und nicht fortlaufend aktualisiert wurde. Im Vergleich dazu: Der Anstieg der Zulassungen beträgt bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im gleichen Zeitraum lediglich 19 Prozent. Betrachtet man die Entwicklung bei den Psychotherapeu-

ten (PP und KJP), zeigt sich seit Einführung der Arztgruppe ein kontinuierlicher Anstieg.

Im Ergebnis hat die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte allerdings dazu geführt, dass ein großer Teil der gemäß Bedarfsplanung vorgesehenen Sitze nicht besetzt ist. Anfang 2006 waren bundesweit 1.814 freie Sitze für psychotherapeutisch tätige Ärzte nicht besetzt und damit etwa 30 Prozent der aufgrund der Quote reservierten Plätze. Zum Vergleich: Für Psychotherapeuten waren hier lediglich 66 quotenbedingt reservierte Plätze unbesetzt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl der noch möglichen Zulassungen in der Arztgruppe der psychotherapeutischen Leistungserbringer (Grenze bei 110 Prozent), Stand: Anfang 2006

Kassenärztliche Vereinigung	Psychotherapeutische Leistungserbringer	darunter mindestens für:	
	insgesamt	psychotherapeutisch tätige Ärzte	Psychotherapeuten PP und KJP
Baden-Württemberg	134	134	0
Bayerns	107	106	0
Berlin	156	156	0
Brandenburg	89	75	2
Bremen	6	6	0
Hamburg	41	41	0
Hessen	40	40	0
Mecklenburg-Vorpommern	39	39	0
Niedersachsen	153	153	0
Nordrhein	274	273	0
Rheinland-Pfalz	70	70	0
Saarland	37	37	0
Sachsen	425	280	49
Sachsen-Anhalt	169	105	15
Schleswig-Holstein	14	14	0
Thüringen	125	113	0
Westfalen-Lippe	172	172	0
Bundesgebiet insgesamt	2.051	1.814	66

(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Mindestversorgungsquote kaschiert Unterversorgung

Die aus vielen Planungsbereichen berichteten langen Wartezeiten psychisch kranker Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, sind Indizien für die Unterversorgung psychisch kranker Menschen in diesem Leistungsbereich.

Diese Unterversorgung ist auch eine Folge der mit der Einführung der Bedarfsplanung (keine Bedarfsanalyse, sondern Stichtagsregelung nach Status quo) für Psychotherapie zementierten Unterversorgung in einzelnen Planungsbereichen. Gleichmaßen schwer wiegt jedoch, dass aufgrund der Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte bedarfsplanungsrechtlich unterversorgte Planungsbereiche aufgrund fiktiver, nicht besetzter Kassensitze als überversorgt ausgewiesen werden, da diese Sitze ebenfalls in die Berechnung der Versorgungsgrade einbezogen werden. Erst mit dem Auslaufen der Quote wird das Ausmaß der auf diese Weise kaschierten Unterversorgung sichtbar werden. Im Rahmen der gültigen Bedarfsplanungs-Richtlinie könnten dann mehrere Hundert zusätzliche Psychotherapeuten eine Zulassung erhalten – Psychotherapeuten, die heute in der Versorgung fehlen.

3. Quotierung und Versorgungsvielfalt

Mit der zehnjährigen gesetzlichen Absicherung bestimmter Versorgungsanteile jeweils für Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte wollte der Gesetzgeber Erfahrungen über mögliche Unterschiede in der Versorgung durch die beiden Berufsgruppen sammeln. Die Praxis sollte zeigen, ob die auf medizinischer oder psychologischer Grundlage aufbauenden psychotherapeutischen Behandlungen von Ärzten und Psychotherapeuten übereinstimmen, sich unterscheiden bzw. sich sinnvoll ergänzen würden. Die Quote sollte verhindern, dass es zu einer Verarmung psychotherapeutischer Therapieinhalte kommt.

Psychotherapeutische Verfahren

Psychotherapeutisch tätige Ärzte verfügen im Vergleich zu Psychotherapeuten (PP und KJP) seltener über die Fachkunde in Verhaltenstherapie und häufiger über eine Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Abb. 2). Die Struktur der Psychotherapieberechtigungen zeigt keinen grundsätzlichen Unterschied in den Versorgungsangeboten von Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten.

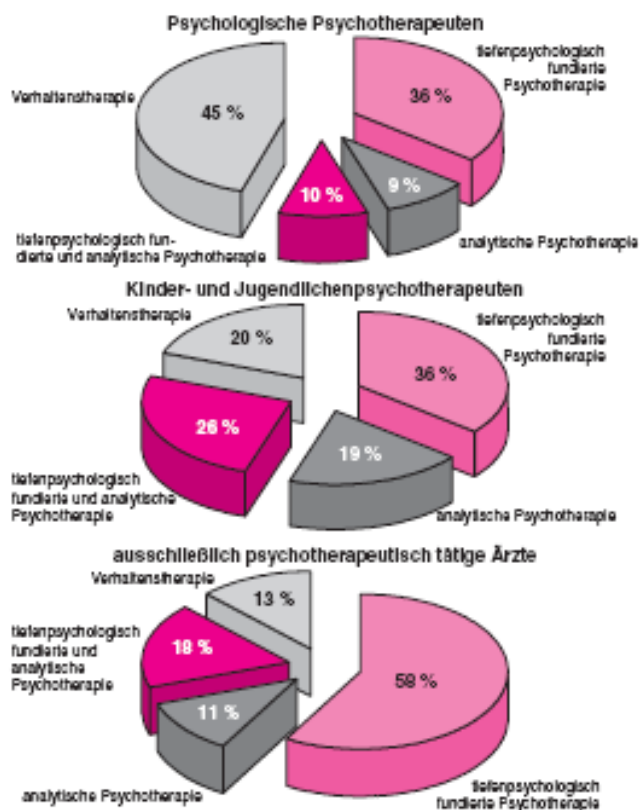


Abbildung 2:
Struktur der Psychotherapie-Berechtigungen nach den Richtlinien-Verfahren zum 31. 12. 2006
 (Quelle: KBV)

Psychosomatik

Psychosomatische Krankheitsbilder mit gesicherter psychischer Ätiologie gehören zu den Anwendungsbereichen der Richtlinienpsychotherapie. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten suchen ebenso wie psychotherapeutisch tätige Ärzte je nach Beschwerdebild eine somatische Abklärung bei einschlägig qualifizierten und praktizierenden Fachärzten im Interesse des Patienten und mit Blick auf eine gesicherte Qualität der Leistungserbringung.

Psychotherapie und Pharmakotherapie

In Kombination mit einer psychotherapeutischen Behandlung kann auch eine Pharmakotherapie indiziert sein. Für Psychotherapeuten ist dazu die Kooperation mit Ärzten obligatorisch, psychotherapeutisch tätige Ärzte können Psychopharmaka selbst verordnen. Dieser Unterschied führt jedoch faktisch nicht zu einer grundsätzlichen Bereicherung der psychotherapeutischen Versorgung.

In den zurückliegenden acht Jahren Mindestquote haben damit beide Berufsgruppen im Bedarfsfall die pharmakologische Behandlung sichergestellt, wobei allerdings Psychopharmaka nur von einer Minderheit der Patienten überhaupt gewünscht werden. Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten haben damit in vergleichbarer Weise die befürchtete Verarmung der psychotherapeutischen Versorgung verhindert.

Einheitlicher Begriff von Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, dem von der Bundesärztl. und der Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam getragenen und von Ärzten und Psychotherapeuten paritätisch besetzten Gremium, unterscheidet nicht zwischen den von Ärzten bzw. Psychotherapeuten erbrachten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten. Seine Definitionen gelten ebenso wie die von ihm ausgesprochenen wissenschaftlichen Anerkennungen einzelner psychotherapeutischer Verfahren und Methoden gleichermaßen für Ärzte und Psychotherapeuten. Die Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat ist Voraussetzung für die Zulassung im sozialrechtlichen Bereich und auch dort wird bei der Beschreibung und Bewertung der Richtli-

nienpsychotherapie nicht danach unterschieden, ob die Leistung durch einen Arzt oder Psychotherapeuten erbracht wird.

Die gemeinsame Definition von Psychotherapie sowohl im berufs- wie im sozialrechtlichen Bereich macht deutlich, dass Ärzte und Psychotherapeuten daran interessiert sind, die Psychotherapie als gemeinsames Versorgungsangebot zu benennen. Mit dem Steuerungsinstrument der Mindestversorgungsquote wird dagegen von einer Heterogenität der Psychotherapie ausgegangen, die von den beteiligten Professionen so nicht gesehen wird. Für die Entwicklung der Arztgruppe der Psychotherapeuten im Sinne der Bedarfsplanung ist das Auslaufen der Quote zum 31.12.2008 daher fachlich überfällig.

3. Fazit

Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte arbeiten auf der Grundlage einer gemeinsamen Definition von Psychotherapie, in der psychische Mittel das Wesen der Behandlung ausmachen. Beide Berufsgruppen nutzen die gleichen Psychotherapieverfahren und die Behandlung sowohl bei Psychotherapeuten als auch bei psychotherapeutisch tätigen Ärzten erlaubt im Bedarfsfall die Kombination mit einer Pharmakotherapie. Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte gewährleisten vergleichbare Versorgungsangebote, so dass einer „Verarmung“ der Versorgung nicht vorzubeugen war. Allerdings hat sich gezeigt, dass Ärzte ihre Versorgungsoptionen, die ihnen aufgrund der Quote zustehen, in großem Umfang nicht ausschöpfen. Die Nachwuchssituation der psychotherapeutisch tätigen Ärzte lässt hier auch für die Zukunft keine grundlegende Trendwende erkennen.

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer hätte es rückwirkend einer Mindestversorgungsquote für Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte als Sicherungsinstrument für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung nicht bedurft. Für diese Feststellung hätte sicher die ursprünglich geplante Frist von fünf Jahren ausgereicht. Umso wichtiger ist es daher, dass im kommenden Jahr die zehnjährige Quotenregelung, wie vom Gesetzgeber seinerzeit vorgesehen, ausläuft.

Sollten sich jedoch innerhalb der gemeinsamen Arztgruppe tatsächlich Versorgungsangebote etablieren, die von der gemeinsamen Definition von Psychotherapie als einer auf psychologischen Mitteln basierenden Behandlung abweicht, sollte dies zu einer eigenen Arztgruppe innerhalb der Bedarfsplanung und nicht zu einer Quotierung innerhalb einer Arztgruppe führen.

Quoten innerhalb einer Arztgruppe ergeben nur dann einen Sinn, wenn sich die Höhe der Quote objektiv und am Bedarf orientiert bestimmen lässt. In der geltenden Form führt die Quote zu dem paradoxen Effekt, dass Unterversorgung als Überversorgung ausgewiesen wird, weil fiktive, nicht besetzte Kassensitze eine Überversorgung suggerieren. Ohne Quote könnten zur Versorgung der Patienten im Rahmen der gültigen Bedarfsplanungs-Richtlinie mehrere Hundert zusätzliche Kassensitze besetzt werden.

Eine bedarfsorientierte Quotierung hatte die BPK in ihrer Stellungnahme zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gefordert mit dem Ziel, die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher abzubauen. Annähernd ein Fünftel der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahre alt und die Prävalenz psychischer Krankheiten ist in dieser Altersgruppe ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Daher sollten mindestens 20 Prozent der Leistungserbringer in der psychotherapeutischen Versorgung im Schwerpunkt Kinder und Jugendliche behandeln. Tatsächlich sind jedoch nur 12 Prozent aller psychotherapeutischen Leistungserbringer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Gefordert wurde daher eine Mindestversorgungsquote von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnde andere Psychotherapeuten und Ärzte, um die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund ihrer Morbidität und ihres Anteils in der Bevölkerung sicherzustellen. Kriterium der Quotierung ist dabei nicht die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe. Maßgeblich ist vielmehr, ob Ärzte bzw. Psychotherapeuten ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln.