

**Stellungnahme zum
Entwurf eines Positionspapiers des Bundesgesundheitsministeriums
zum geplanten „Versorgungsgesetz“**

**Bundespsychotherapeutenkammer
10.03.2011**

Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen

Die Wartezeit für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten liegt selbst in besser versorgten Ballungsgebieten bei ca. drei Monaten. Für somatisch kranke Menschen gilt diese Versorgungssituation als inakzeptabel. Das Versorgungsgesetz sollte daher einen Beitrag dazu leisten, dass auch psychisch kranke Menschen mit Wartezeiten von höchstens drei Wochen den Zugang zu einer evidenzbasierten Behandlung finden können. Die Gesundheitspolitik sollte auf den steigenden Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen reagieren, auch um der zunehmenden Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken.

- **Die moderne Gesellschaft fordert ihren Tribut:** Fast jeder dritte Erwachsene in Deutschland erkrankt jährlich an einer psychischen Störung. Die hohe Erkrankungsrate spiegelt sich in den ambulanten und stationären Behandlungsdiagnosen wider. Aber nur jeder zehnte psychisch Erkrankte erhält eine „adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien“. Diese Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys, der bislang besten repräsentativen Untersuchung über psychische Erkrankungen in Deutschland, zeigen: Psychische Erkrankungen werden in Deutschland zu selten korrekt erkannt und viel zu häufig nicht leitliniengerecht behandelt.
- **Die Unterversorgung ist dramatisch:** Die Zahl der Menschen, die nach einem psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen, nimmt ständig zu. Es ist die Regel, dass psychisch kranke Menschen bei mehreren niedergelassenen Psychotherapeuten nachfragen müssen und zunächst nur auf einer Warteliste landen. Wartezeiten gibt es in der Psychotherapie flächendeckend. Selbst in angeblich gut versorgten Großstädten warten die Patienten häufig wochenlang auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten. Nicht selten muss ein Patient stationär behandelt werden, weil das erforderliche ambulante Behandlungsangebot kurzfristig nicht zur Verfügung steht.
- **Psychische Erkrankungen sind auch ein großes wirtschaftliches Problem:** Seit 1990 hat sich die Anzahl der Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen fast verdoppelt. Inzwischen gehen knapp elf Prozent aller Fehltage auf psychische Störungen zurück. Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen von Arbeitnehmern in Deutschland. Werden Arbeitnehmer wegen depressiver Erkrankungen krankgeschrieben, fehlen sie 35 bis 50 Tage pro Jahr.
- **Psychische Erkrankungen führen zunehmend zu Erwerbsunfähigkeit:** Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Berentungen wegen Erwerbsminderung hat sich von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 37,7 Prozent im Jahr 2009 mehr als verdoppelt. In absoluten Zahlen gab es einen Anstieg von 41.409 Neuberentungen im Jahr 1993 auf 64.469 im Jahr 2009, das bedeutet einen Anstieg von

mehr als 50 Prozent. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor diesem Hintergrund vor, den Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten Versorgungsgesetz wie folgt zu präzisieren und zu ergänzen.

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

I. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

- Sektorenübergreifende Arbeitsgemeinschaft

Unter dieser zusätzlichen Zwischenüberschrift sollte Folgendes festgehalten werden:

„Auf KV-Ebene wird eine Arbeitsgemeinschaft als sektorenübergreifendes Gremium eingerichtet, in der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausgesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen, des für Gesundheit zuständigen Landesministeriums, der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer vertreten sind.“

Begründung:

Die Planung regionaler Versorgung erfordert Entscheidungskompetenzen auf Landesebene. Bundesweite Vorgaben können regionalen Vereinbarungen zur Versorgungsstruktur ein Raster bieten, indem z. B. notwendige empirische Daten zur Verfügung gestellt und Maßstäbe bzw. Entscheidungskriterien vorgegeben werden. Dies darf regionale Vereinbarungen jedoch nicht wie bisher determinieren. Auf Landesebene muss es daher ein Gremium geben, das das auf Bundesebene vorgegebene Raster im Sinne einer regionalen Feinsteuerung ausfüllt. Dabei ist für die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung die Infrastruktur im ambulanten und stationären Bereich zu berücksichtigen sowie die Weiterentwicklung von Kooperationsstrukturen zwischen unterschiedlichen Gesundheitsberufen in Rechnung zu stellen.

Damit die Belange psychisch kranker Menschen und somatisch erkrankter Menschen mit hohen psychischen Belastungen oder psychischer Komorbidität bei den Entscheidungen der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung angemessen berücksichtigt werden, gehören die Landespsychotherapeutenkammern den Arbeitsgemeinschaften an.

- Prospektive Versorgungsplanung

Unter dieser zusätzlichen Zwischenüberschrift sollte Folgendes festgehalten werden:

„Die ambulante, arztgruppenspezifische Strukturplanung wird um eine prospektive Planung über prozess- und ergebnisorientierte Versorgungsziele ergänzt. Dies ist Aufgabe der auf Landesebene gegründeten Arbeitsgemeinschaften. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses regeln das Nähere zu den Entscheidungsmaßstäben und -kriterien. Mit der konzeptionellen Entwicklung und Umsetzung der Planungsgrundlagen für die Arbeitsgemeinschaften beauftragt der Gemein-

same Bundesausschuss ein unabhängiges Institut. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut in pseudonymisierter Form versichertenbezogen und regionalisiert Diagnose- und Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen. Der örtliche Bezug ist dabei so zu wählen, dass er für die Analysen der regionalen Versorgung ausreicht, aber Rückschlüsse auf die Identität von Versicherten ausgeschlossen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss benennt – wie bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – turnusmäßig prioritäre Handlungsfelder und legt dazu ein Verfahren fest.“

Begründung:

Eine zukunftsorientierte Gestaltung der Versorgung erfordert die Orientierung an Versorgungszielen für ausgewählte Patientengruppen oder für bestimmte Krankheitsbilder. Aus diesen Versorgungszielen lassen sich Empfehlungen für Kollektiv- und Selektivverträge vor allem für die notwendigen Versorgungskapazitäten im ambulanten und stationären Bereich ableiten. Eine Steuerung der Versorgung über Versorgungsziele ermöglicht eine stärkere Orientierung an der Patientenperspektive. Die Qualität der Versorgung ist nur zum Teil an der Verfügbarkeit von Behandlungskapazitäten festzumachen. Für Patienten sind zusätzlich abgestimmte qualitätsgesicherte Versorgungsprozesse maßgebliche Faktoren.

- Anpassung der Verhältniszahlen

Hier sollte folgender Satz ergänzt werden:

„Vor der Umstellung auf eine Anpassung nach sachgerechten Kriterien sollten die Verhältniszahlen anhand der derzeitigen tatsächlichen Verhältnisse letztmalig stichtagsbezogen neu berechnet werden. Die Versorgung psychisch kranker Menschen muss sich flächendeckend verbessern. Verschlechterungen in der Versorgung psychisch Kranker können nicht hingenommen werden.“

Begründung:

Die massive Unterversorgung psychisch kranker Menschen war vor elf Jahren ein wesentlicher Grund, mit der Schaffung der beiden neuen psychotherapeutischen Heilberufe die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Bis heute wurde dieses Ziel unter anderem nicht erreicht, weil die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung die Angebotssituation des 31. August 1999 festschreiben. Da diese das Niederlassungsverhalten der Psychotherapeuten vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes reflektieren, bilden sie die damalige Unterversorgung ab. Sie hatten und haben nichts mit dem realen Versorgungsbedarf zu tun.

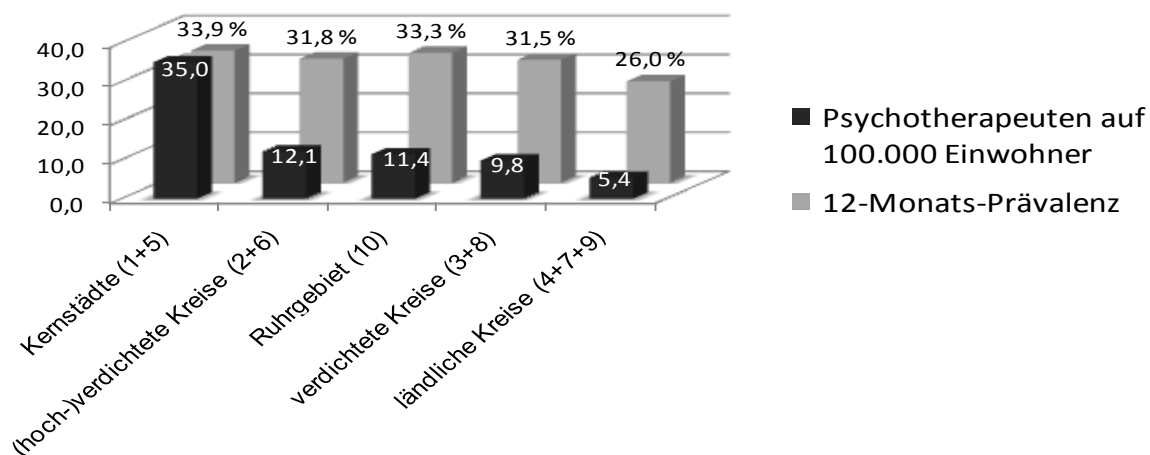
Um in einem ersten Schritt die wohnortnahe Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu sichern, sollten die Verhältniszahlen für die Bedarfsplanung in der Arztgruppe „Psychotherapie“ zum Stichtag 31.12.2010 neu berechnet werden.

Damit würde das derzeitige Versorgungs-Ist zum Soll erklärt und eine kurzfristig wirksame Maßnahme zur Verbesserung der Versorgungssituation getroffen. Darüber hinaus ist die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Richtung sektorübergreifende prospektive Planung unerlässlich, denn auf Landesebene besteht unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Versorgungsstruktur erheblicher Anpassungsbedarf. Bundesweite Vorgaben, die ohne regionale Überprüfung zum Abbau von Versorgungssitzen führen könnten, sind ungeeignet. Eine die regionalen Besonderheiten berücksichtigende Analyse ist notwendig.

Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten in der Bedarfsplanung variieren zwischen 38,8 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner in Kernstädten und 4,3 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner in ländlichen Kreisen. Das planerische Soll geht damit von einem bis zu neunmal geringeren Versorgungsbedarf in ländlichen Planungsbezirken aus. Damit variiert das planerische Soll der Bedarfsplanung hinsichtlich der Versorgungsdichte mit Psychotherapeuten zwischen Kernstädten und ländlichen Kreisen so stark wie bei keiner anderen Facharztgruppe.

Dass dieses Gefälle in der psychotherapeutischen Versorgungsdichte nicht der regionalen Verteilung der psychischen Morbidität in Deutschland entspricht, zeigt unten stehende Abbildung. Hierfür wurden die Daten des Bundesgesundheits surveys re-analysiert und die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen nach Raumordnungskategorien errechnet. Zur Veranschaulichung wurden die zehn Raumordnungskategorien der Bedarfsplanung in fünf Kategorien von Kreistypen zusammengefasst: „Kernstädte“ (Kreise der Planungskategorien 1 und 5), „hochverdichtete Kreise“ (Kategorien 2 und 6), „Ruhgebiet“ (Kategorie 10), „verdichtete Kreise“ (Kategorien 3 und 8) und „ländliche Kreise“ (Kategorien 4, 7 und 9).¹

Abbildung: 12-Monatsprävalenzraten psychischer Erkrankungen und psychotherapeutische Versorgungsdichte nach Raumordnungskategorien der Bedarfsplanung



¹ In Abbildung 1 wird lediglich der Mittelwert der Versorgungsdichte der jeweiligen Kategorie dargestellt.

Zwischen den fünf zusammengefassten Kreistypen lassen sich nur relativ geringe Morbiditätsunterschiede feststellen, die im Wesentlichen in einer geringeren Prävalenzrate psychischer Erkrankungen in ländlichen Kreisen im Vergleich zu Prävalenzraten in den anderen Kreistypkategorien begründet sind: In ländlichen Kreisen fällt danach die psychische Morbidität der Bevölkerung um 23 Prozent geringer aus als in Kernstädten. Demgegenüber werden die für diese ländlichen Kreise vorgegebenen Verhältniszahlen gemäß den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie planerisch um bis zu 89 Prozent abgesenkt. Auch die nach der Bedarfsplanung in ländlichen Kreisen vorgegebenen Verhältniszahlen für „Nervenärzte/Psychiater“ sind im Vergleich zu Kernstädten um bis zu 75 Prozent abgesenkt. Dies verdeutlicht, dass die regionalen Spreizungen der Verhältniszahlen für die beiden zentralen Leistungserbringergruppen für Patienten mit psychischen Störungen von den tatsächlichen epidemiologisch bestimmten Morbiditäten massiv abweichen.

- Gesetzliche Verankerung der Berücksichtigung von Demografie

Hier sollte folgender Satz ergänzt werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dabei Veränderungen und zu erwartende Veränderungen der Behandlungsraten zwingend zu berücksichtigen.“

Begründung:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bereits einen Demografiefaktor eingeführt. Dieser weist jedoch ein wesentliches Defizit auf. Er geht davon aus, dass die derzeitigen Behandlungsraten älterer Menschen in Zukunft unverändert bleiben. Solange dies der Fall ist, verschärft er das Versorgungsproblem, das er eigentlich mildern soll. Der Demografiefaktor hat nämlich zur Folge, dass die ohnehin schlecht versorgten Gebiete – vor allem in Ostdeutschland – flächendeckend einen höheren rechnerischen Versorgungsgrad aufweisen als bisher. Dies führt sogar dazu, dass nach den Vorgaben der Bedarfsplanung eigentlich benötigte Psychotherapeuten allein aufgrund des Demografiefaktors nicht mehr zugelassen werden. Im Planungsbereich Annaberg zum Beispiel, der nach Versorgungsgraden zu den zehn am schlechtesten versorgten Planungsbereichen bundesweit gehört (vgl. Bundestagsdrucksache 17/4643, Seite 3), liegt der Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor derzeit (Stand: 01.01.2011) bei 109,0 Prozent. Bei Anwendung des Demografiefaktors ergibt sich ein Versorgungsgrad von 120,4 Prozent. Da ein Planungsbereich ab einem Versorgungsgrad von 110,0 Prozent als gesperrt gilt, führt allein der Demografiefaktor zur Sperrung.

Dieses Ergebnis kommt zustande, weil der Demografiefaktor die derzeitige Behandlungsrate bei älteren Menschen fortschreibt und davon ausgeht, dass diese auch in Zukunft gleichbleiben wird.

Bei älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht jedoch ein erhebliches Versorgungsdefizit. Nach dem 6. Altenbericht werden in hausärztlichen Praxen nur gut ein Drittel (38,5 Prozent) der Depressionen bei älteren Menschen erkannt. Die Diagnose „Depression“ wird häufig nicht gestellt, weil deren Symptome bei älteren Menschen mit für das Alter vermeintlich charakteristischen Abbauprozessen und Verlusten erklärt werden. Darüber hinaus wird bei älteren Patienten selbst bei korrekt diagnostizierten psychischen Erkrankungen häufig keine Indikation zur Psychotherapie gestellt, weil fälschlich eine geringe Wirksamkeit der Psychotherapie bei älteren Menschen unterstellt wird. Dabei wurde die Wirksamkeit der Psychotherapie bei älteren Menschen mittlerweile in zahlreichen Studien gut belegt. Diese Fehldeutungen führen dazu, dass ältere psychisch erkrankte Patienten notwendige und sinnvolle Hilfen nicht erhalten. Hinzu kommt, dass vor dem Hintergrund der somatischen Komorbiditäten älterer Menschen zusätzliche Arzneimittelinteraktionen vermieden werden sollten. Damit ist die Nutzung nicht-medikamentöser Therapien wie der Psychotherapie besonders angezeigt.

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 jedoch dazu geführt, dass heute insbesondere jüngere Menschen einen offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten gelernt haben. Die Bereitschaft dieser Menschen, sich aufgrund einer psychischen Krankheit behandeln zu lassen, wird auch im Alter deutlich höher sein.

Solange ein Demografiefaktor dies nicht berücksichtigt, verschärft er das Versorgungsproblem bei psychischen Erkrankungen. Um dies zu verhindern, wird dem G-BA per Gesetz aufgegeben, diese Faktoren beim Demografiefaktor zwingend zu berücksichtigen.

- Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen

Nach Satz 1 sollte folgender neuer Satz 2 eingefügt werden:

„Dem G-BA wird dabei aufgegeben, als Kriterium für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf die Verfügbarkeit muttersprachlicher psychotherapeutischer Behandlungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund vorzusehen.“

Begründung:

Psychotherapie ist in hohem Maße sprachgebunden. Dennoch gibt es bisher keine Möglichkeit, den Bedarf an muttersprachlicher Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund adäquat zu decken. Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen bzw. Industrieregionen und Nicht-Industrieregionen. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu und ist i. d. R. in Großstädten am höchsten. Auch innerhalb einzelner Planungsbereiche gibt es Variationen in der Häufigkeit. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch

einen besonders hohen Anteil von Migranten – oftmals einer bestimmten Herkunft – charakterisiert. Das Instrument des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bietet die Möglichkeit, die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppen regional bzw. lokal sicherzustellen.

- Erweiterung der Beteiligungsrechte

Unter dieser zusätzlichen Überschrift sollte Folgendes festgehalten werden:

„Die Beteiligungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung werden an die der Bundesärztekammer angeglichen.“

Begründung:

Im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist bisher nur das Beteiligungsrecht der Bundesärztekammer ausdrücklich geregelt. Angesichts der Prävalenz psychischer Erkrankungen und Komorbidität – insbesondere bei chronischen und schweren somatischen Erkrankungen – und der Bedeutung der Psychotherapeuten für die Versorgung sollte die Bundespsychotherapeutenkammer in gleicher Weise beteiligt werden.

II. Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

- Aufhebung der Befugniseinschränkungen

Unter dieser zusätzlichen Überschrift sollte Folgendes festgehalten werden:

„Um Patienten überflüssige Wege und Ärzten vermeidbaren bürokratischen Aufwand zu ersparen, werden die Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten (§ 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V) aufgehoben.“

Begründung:

Da die Befugnisse von Psychotherapeuten eingeschränkt sind, dürfen diese keine Heilmittel verordnen, keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen und nicht ins Krankenhaus einweisen. Dies führt dazu, dass Psychotherapiepatienten einen Arzt aufsuchen müssen, dessen Aufgabe nur darin besteht, die Verordnung oder Bescheinigung auszustellen. Dieser bürokratische Aufwand ist vermeidbar.

Zu den Kompetenzen der Psychotherapeuten gehört es, die Notwendigkeit einer ergänzenden Behandlung mit Ergotherapie oder Logopädie festzustellen. Dies gilt auch für die Einweisung ins Krankenhaus. Da ein Psychotherapeut befugt ist, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren und zu behandeln, sowie über Kenntnisse evidenzbasierter Bedarfsalternativen verfügt, ist er in der Lage zu beurteilen, ob aufgrund einer Erkrankung Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Die Verordnung von Arzneimitteln durch Psychotherapeuten ist aufgrund des geltenden Berufs- und Arzneimittelrechts untersagt. Eine explizite Ausnahmereglung im Bereich des SGB V zu diesem Punkt ist daher nicht notwendig.

Die Einschränkung der derzeitigen gesetzlichen Regelung für Psychotherapeuten ist in erster Linie historisch zu erklären. Nach der Schaffung des neuen Berufsbildes des Psychotherapeuten und der Integration der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung wollte der Gesetzgeber vor elf Jahren für einen begrenzten Übergangszeitraum den Prozess der Integration in die vertragsärztliche Versorgung abwarten.

- Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Hier sollte ein neuer Buchstabe d) eingefügt werden:

„d) Bei der Anstellung von Psychotherapeuten und der Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung wird zur Beschränkung des Praxisumfangs keine Obergrenze mittels der Gesamtpunktzahlvolumina vorangegangener Quartale festgesetzt. Als Obergrenze gilt die Kapazitätsgrenze eines vollen Versorgungsauftrags.“

Begründung:

Bei zeitgebundenen Leistungen wie der Psychotherapie besteht eine Leistungsbegrenzung in zeitlicher Hinsicht. Diese reicht aus, um eine Ausweitung des Praxisumfangs gegenüber dem Versorgungsauftrag auszuschließen.

III. Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten

Hier sollte zusätzlich eingefügt werden:

- Verbesserung der Ausbildungssituation von Psychotherapeuten

„Um die Attraktivität des Berufs des Psychotherapeuten zu erhalten, die Qualität der Ausbildung zu sichern und die prekäre finanzielle Situation von Ausbildungsteilnehmern zu verbessern, wird in einem gesonderten Gesetzesvorhaben die Reform der Psychotherapeutenausbildung geregelt.“

Begründung:

Die Probleme in der Psychotherapeutenausbildung sind durch ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenes Forschungsgutachten seit 2009 belegt. Durch die Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge sind für die Psychotherapeutenausbildung derzeit weder das Zugangsniveau noch die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen bundeseinheitlich ausreichend geregelt. Auf diesen dringenden Regelungsbedarf hat die Gesundheitsministerkonferenz wiederholt mahndend hingewiesen. Die meisten Ausbildungsteilnehmer sind zudem während ihrer praktischen Tätigkeit in einer ausgesprochen prekären finanziellen Situation. Beide Probleme lassen sich durch eine Reform der Psychotherapeutenausbildung beheben. Dem BMG liegt ein in der Profession konsentierter Vorschlag für einen Gesetzentwurf vor.

Medizinische Versorgungszentren

Hier sollte im Text ausdrücklich klargestellt werden, dass auch Vertragspsychotherapeuten berechtigt sind, Medizinische Versorgungszentren zu gründen und Geschäftsanteile mehrheitlich zu halten. Der dritte Aufzählungspunkt sollte um folgenden Satz ergänzt werden:

„Auch Psychotherapeuten sind befugt, Medizinische Versorgungszentren zu leiten; die Vorgaben für Ärzte gelten entsprechend für Psychotherapeuten.“

Begründung:

Es gibt keinen sachlichen Grund, Psychotherapeuten von der Berechtigung, Medizinische Versorgungszentren zu gründen und mehrheitlich an ihnen beteiligt zu sein, auszuschließen. Dies sollte im Text ausdrücklich klargestellt werden. Die Möglichkeit der (alleinigen) Leitung von Medizinischen Versorgungszentren durch Psychotherapeuten sollte ausdrücklich im Gesetz vorgesehen werden. Psychotherapeuten verfügen als akademischer Heilberuf über die dazu notwendigen Voraussetzungen.