

# **Positionspapier**

## **Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher**

---

Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher</b> .....	<b>4</b>
1. Prävalenz besorgniserregend .....	4
2. Versorgung mangelhaft.....	5
3. Institutionen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig.....	6
4. Akuter Handlungsbedarf in der GKV – Bedarfsplanung.....	8
<b>III. Beibehaltung des Status Quo versus Änderung der Bedarfsplanung</b> .	<b>12</b>
1. Sonderbedarf (Status Quo) – keine Lösung .....	12
2. Job-Sharing-Regelung – bedingt hilfreich.....	14
3. Teilzulassung – kaum Effekte auf die Versorgungssituation.....	16
4. Mindestversorgungsgrade – ein Schritt in die richtige Richtung .....	19
5. Getrennte Bedarfsplanung – das geeignete Instrument .....	21
<b>IV. Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz</b> .....	<b>24</b>
<b>V. Literatur</b> .....	<b>26</b>

## I. Zusammenfassung

Die Gesundheitspolitik hat zurzeit vordringlich die Aufgabe, die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu sichern. In diesem Zusammenhang ist es eine politisch schwierige Entscheidung, Mehrausgaben zu verantworten. Wenn diese Mehrausgaben allerdings dazu dienen, Kindern und Jugendlichen bessere Chancen für eine gesunde Zukunft zu bieten, sind sie gerechtfertigt.

Ein besorgniserregend hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist psychisch auffällig bzw. krank. Circa 5 % der Kinder und Jugendlichen leiden unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen; 18 % gelten als psychisch auffällig. Dabei gibt es deutliche geschlechts-, alters- und schichtspezifische Unterschiede. Im GKV-Bereich ist es eine seit Jahren immer wieder belegte Tatsache, dass psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern kein adäquates Psychotherapieangebot finden oder unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen müssen.

Die Bedarfsplanung sollte so justiert werden, dass ausreichend mehr Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstehen. Änderungen der Bedarfsplanung führen zu kalkulierbaren Mengenausweitungen und damit planbaren Mehrausgaben.

Als Mittel der Wahl erweist sich eine getrennte Bedarfsplanung. Dadurch entstünden in der GKV zusätzliche Ausgaben von höchstens 207 Mio. Euro. Das entspricht einer Kostensteigerung von 0,15 % der Gesamtausgaben. Second best Lösung ist die Einführung einer Quotierung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Der GKV entstehen dabei zusätzliche Ausgaben von höchstens 100 Mio. Euro (Steigerung der Gesamtausgaben von 0,07 %). Alle anderen diskutierten Instrumente, insbesondere aber die Beibehaltung des Status Quo, führen nicht zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, da sie keine nennenswerte Ausweitung der Versorgungsangebote bewirken. Eine Anpassung der Bedarfsplanung kann im Kontext des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG) umgesetzt werden.

## II. Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

### 1. Prävalenz besorgniserregend

Die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen ist besorgniserregend. Klassische Infektionskrankheiten spielen keine große Rolle mehr, aber für Kinder und Jugendliche ergeben sich andere und neue Gefährdungen, die sich in körperlichen, psychischen und sozialen Reaktionen äußern können (Schubert et al., 2004). Alarmierend sind besonders die Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen:

- Esser et al. (1992; 2000) stellen in ihrer „Mannheimstudie“ bei ca. 5 % der Kinder eine behandlungsbedürftige psychische Störung fest. Rund 4 % der Kinder wiesen eine chronische psychische Störung auf.
- Der WHO-Jugendgesundheitsurvey (Hurrelmann et al., 2003) zeigte, dass ca. 6 % der Jugendlichen als psychisch auffällig gelten müssen. 20 % klagten über psychosomatische Beschwerden, wie z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel und Müdigkeit, Gereiztheit, Nervosität, Ängstlichkeit oder allgemeines Unwohlsein.
- In zahlreichen Untersuchungen wurde neben den behandlungsbedürftigen Erkrankungen die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten erhoben. Epidemiologische Studien (u. a. Wittchen, 2002 u. Barkmann, 2003) belegen übereinstimmend, dass bei ca. 18 % der Kinder und Jugendlichen zwar nicht in jedem Fall eine psychotherapeutische Behandlung, wohl aber eine diagnostische Abklärung erforderlich ist.
- In einer Übersichtsarbeit von Ihle und Esser (2002), die 19 nationale und internationale Studien auswertet, liegt der Median der Gesamtprävalenz psychischer Störungen bei 18 %. Angststörungen, dissoziale Störungen und

hyperkinetische Störungen sind die am häufigsten beobachteten Störungen. Für die externalisierenden Störungen besteht ein besonderes Risiko für einen chronischen Verlauf.

In allen Studien zeigen sich darüber hinaus deutliche geschlechts-, alters- und schichtspezifische Unterschiede: Bis zur Pubertät weisen Jungen höhere Prävalenzen psychischer Störungen auf als Mädchen, mit Beginn der Pubertät sind dann bei Mädchen mehr Symptome zu beobachten als bei Jungen, insbesondere emotionale Störungen. Darüber hinaus geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit höheren Prävalenzen psychischer Störungen, insbesondere der externalisierenden Störungen einher (s. zusammenfassend Schubert et al., 2004).

Weitere detaillierte Analysen der psychischen Morbidität wird der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey erlauben. Erste Auswertungen sind für das Jahr 2007 angekündigt (Kurth et al., 2002).

## **2. Versorgung mangelhaft**

- Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Jahre 2000 zeigt, dass in den untersuchten Regionen nur rund 71 % der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern, die eine Psychotherapie suchten, ein Therapieangebot fanden, davon wiederum nur 40 % bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BMG 2000).
- Internationale Studien weisen daraufhin, dass die meisten psychisch kranken Kinder, die Hilfen benötigen, diese nicht erhalten (Costello et al., 2005). So ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder bis 12 Jahren innerhalb eines Jahres nach Auftreten einer depressiven Störung eine Behandlung zu erhalten um den Faktor 15 geringer als bei Erwachsenen (Olfson et al. 1998).
- Eine Übersichtarbeit von Petermann (2005) zeigt die enormen Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme professioneller Hilfen im Kindes- und Ju-

genderalter aufgrund psychischer Störungen. Die Inanspruchnahmeraten aufgrund psychischer Probleme schwankten zwischen 3,1% in den Niederlanden und 14,9% bzw. 16% in den USA bzw. Kanada. Dabei zeigt sich eine besondere Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien.

- Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat durch eine Befragung ihrer Mitglieder im Jahre 2005 ermittelt, dass Schulkinder bzw. ihre Eltern im Einzugsbereich der KV Hessen in fast allen Landkreisen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz von mehr als 18 Wochen hinnehmen müssen. Ausnahme ist Frankfurt, wo Schulkinder innerhalb von 18 Wochen einen Behandlungsplatz finden können. Etwas entspannter ist die Situation bei den Wartezeiten für Jugendliche bzw. junge Erwachsene. Hier liegt, von besonders strukturschwachen Gebieten abgesehen, die Wartezeit in der Regel unter 12 Wochen.
- Eine Expertise im Auftrag der Landespsychotherapeutenkammer Hamburg (Albota, 2004) zeigt, dass es in Ballungsräumen Unterschiede in der Versorgung gibt. In sozialen Brennpunkten, in denen die Prävalenzen psychischer Störungen besonders hoch sind, sind die Versorgungsdefizite besonders groß. Dort sind die Psychotherapeutendichte und das Angebot von Erziehungsberatungsstellen und anderen komplementären Diensten der Jugendhilfe dramatisch gering.

### **3. Institutionen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig**

In Abhängigkeit von Art und Schweregrad der Störungen ist es Aufgabe unterschiedlicher Leistungserbringer, psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu beraten, zu unterstützen bzw. zu behandeln.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt die ambulante Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in den Händen der Kinderärzte, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendpsychiater, der ärztlichen Psychotherapeuten, die entweder in freier Praxis niedergelassen sind oder in Versorgungseinrichtungen, wie z. B. Ambulanzen von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, arbeiten.

Die psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen wird fast ausschließlich von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet.

In der Jugendhilfe bieten Erziehungsberatungsstellen den Kindern und ihren Familien Beratung und Therapie bei Fragen zur Entwicklung und Erziehung von Kindern, z. B. bei Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen und psychosomatischen Beschwerden.

An der Schnittstelle zwischen GKV und Jugendhilfe sind die Frühförderstellen tätig, die schwerpunktmäßig familiennahe pädagogische und beratende Hilfen bis zur Einschulung anbieten. Komplementär zu den Frühförderstellen arbeiten die sozialpädiatrischen Zentren. Ihre zentrale Aufgabe besteht in der fachlich medizinischen Betreuung und Behandlung von Kindern mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können (§ 119 SGB V). Sozialpädiatrisch bedeutet in diesem Kontext die Ausrichtung der therapeutischen Arbeit auf das Kind unter Berücksichtigung und Einbeziehung seiner Umwelt (z. B. Durchführung familientherapeutischer Maßnahmen), wie sie auch in den Frühförderzentren praktiziert wird.

Für eine qualitätsgesicherte, umfassende Versorgung wäre eine interdisziplinäre institutionen- und sektorübergreifende Zusammenarbeit zwingend. Kooperation und Vernetzung erfordern jedoch entsprechende rechtliche und institutio-

nelle Rahmenbedingungen sowie personelle und finanzielle Ressourcen. Entsprechende Projekte werden bisher nur vereinzelt realisiert.

Der Versorgungsbedarf durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Bereich der GKV lässt sich aufgrund des differenzierten Unterstützungsangebots nicht auf einer gesicherten empirischen Basis beziffern. Unklar ist, ob psychisch kranke bzw. verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche jeweils die zur Indikation passenden Versorgungsangebote in der GKV bzw. in der Jugendhilfe finden oder dorthin geleitet werden. Es fehlen sektorübergreifende Studien, welche die Versorgungskapazitäten der vorhandenen differenzierten Versorgungsstrukturen und -angebote erfassen und eine umfassende Analyse der Problemlagen der versorgten Kinder- und Jugendlichen, der Dauer und Intensität der Angebote sowie deren Ergebnisse erlauben. Für eine empirisch fundierte Bedarfsplanung fehlen schlichtweg die Daten.

#### **4. Akuter Handlungsbedarf in der GKV – Bedarfsplanung**

Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen empirische Daten dazu, wie Kinder und Jugendliche in den unterschiedlichen Versorgungsangeboten versorgt werden und wie die Quantitäts- und Qualitätsanforderungen für die unterschiedlichen Einrichtungen aussehen sollten, um den Versorgungsbedarf adäquat abzudecken.

Fest steht allerdings, dass ein besorgniserregend hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen psychisch auffällig bzw. krank ist. Fest steht auch, dass die Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen nicht gesichert ist. Insbesondere im GKV-Bereich sprechen die Daten zu Wartezeiten und Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen eine deutliche Sprache.

Die Bedarfsplanung regelt den Zugang zum GKV-finanzierten Gesundheitsmarkt durch die Vorgabe von Höchstgrenzen für die Niederlassung. Bei der Anpassung der GKV-Bedarfsplanung kommt es also darauf an, zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu



schaffen, so dass in relevantem Umfang mehr Behandlungskapazitäten entstehen. Das Instrument der Bedarfsplanung ermöglicht es dabei, die Tür zur GKV-Versorgung so weit zu öffnen, dass die zusätzlichen Leistungserbringer das akute Versorgungsdefizit abbauen. Gleichzeitig entsteht angesichts der planbaren Mengenausweitung kein unkalkulierbares Risiko für die Beitragsstabilität der GKV.

**Tabelle 1: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31. 12. 2003**

	KV	Teilnehmende Psychotherapeuten	Zugelassene Psychotherapeuten			Ermächtigte Psychotherapeuten
			Psychologische Psychotherapeuten	KJ-Psychotherapeuten	Insgesamt	
1	Bayerns	2 145	1 693	386	2 079	66
2	Berlin	1 612	1 200	171	1 371	241
3	Brandenburg	148	120	17	137	11
4	Bremen	300	254	43	297	3
5	Hamburg	672	534	74	608	64
6	Hessen	1 564	1 289	238	1 527	37
7	Koblenz	154	114	24	138	16
8	Mecklenburg-Vorpommern	84	73	9	82	2
9	Niedersachsen	1 266	929	257	1 186	80
10	Nordbaden	570	399	122	521	49
11	Nordrhein	1 970	1 705	189	1 894	76
12	Nord-Württemberg	566	364	180	544	22
13	Pfalz	209	151	52	203	6
14	Rheinhausen	118	91	16	107	11
15	Saarland	167	135	17	152	15
16	Sachsen	316	243	50	293	23
17	Sachsen-Anhalt	111	106	2	108	3
18	Schleswig-Holstein	400	319	50	369	31
19	Südbaden	440	305	119	424	16
20	Südwürttemberg	364	255	94	349	15
21	Thüringen	179	164	11	175	4
22	Trier	67	54	7	61	6
23	Westfalen-Lippe	1 267	993	184	1 177	90
24	Bundesgebiet insgesamt	14 890	11 490	2 312	13 802	887

Quelle: KBV

Eine unzureichende Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher entsteht nicht nur dadurch, dass die Bedarfsplanung den realen Versorgungsbedarf nicht abbilden kann. In den neuen Bundesländern werden offene Planungsbereiche ausgewiesen. Dennoch entscheiden sich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten genauso wenig wie Ärzte für eine Niederlassung. In ganz Sachsen-Anhalt gibt es zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in Mecklenburg-Vorpommern neun, in Thüringen elf, in Brandenburg 17 und in Sachsen 50 (siehe Tabelle 1). Auch die Kinder- und Jugendlichenpsychiatrische Versorgung ist in diesen Regionen völlig unzureichend. Kompensiert wird diese Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nur marginal durch ein etwas dichteres Netz von Erziehungsberatungsstellen in den neuen Bundesländern. In Abhängigkeit von Art und Schwere einer psychischen Erkrankung kann jedoch eine Erziehungsberatungsstelle den Versorgungsbedarf der Kinder und Jugendlichen nicht adäquat abdecken. Neben einer Anpassung der Bedarfsplanung ist es also additiv notwendig, zusätzliche ökonomische Anreize für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu schaffen, damit sie sich in strukturschwachen Gebieten, wo besonders große Versorgungsengpässe bestehen, niederlassen.

### **III. Beibehaltung des Status Quo versus Änderung der Bedarfsplanung**

#### **1. Sonderbedarf (Status Quo) – keine Lösung**

Das Versorgungsdefizit bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ist seit Jahren in der Diskussion. Der Gesetzgeber sah bisher keinen Handlungsbedarf und verwies auf die Kompetenz der Zulassungsgremien auf Landesebene, über die Feststellung eines Sonderbedarfs das Versorgungsproblem zu beheben.

Nach § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V kann der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben für eine ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze beschließen. In Nr. 24 der Bedarfsplanungsrichtlinien macht der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu konkrete Vorgaben. Danach kann ein Zulassungsausschuss, unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen, einem Zulassungsantrag mit Verweis auf Sonderbedarf stattgeben, wenn:

- Nachweislicher lokaler Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen eines großstädtischen Planungsbereiches oder eines großräumigen Landkreises besteht.
- Ein besonderer Versorgungsbedarf, wie er durch den Inhalt des Schwerpunktes einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist.

Ein besonderer Versorgungsbedarf kann das Erbringen von Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten darstellen. Ob der Zulassungsausschuss ein Versorgungsdefizit feststellt, hängt von einer Vielzahl von Faktoren (z. B. Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen Psychotherapeuten, Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, Umfang und räumliche Verteilung und die Nachfrage aufgrund der verfügbaren Verkehrsanbindungen) ab. Im Lichte dieser Faktoren entscheiden die Zulassungsausschüsse ob und inwieweit die bereits Niedergelassenen eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten können oder ob Sonderbedarf besteht.

Von KV zu KV entscheiden die Zulassungsausschüsse unterschiedlich. Ein bundesweiter Überblick darüber, inwieweit Sonderbedarf festgestellt wird und ob es deshalb zu weiteren Zulassungen kommt, liegt bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht vor. Berichte zu Wartezeiten und Versorgungsengpässen legen die Vermutung nahe, dass die bestehenden Versorgungsprobleme über das Instrument des Sonderbedarfs nicht gelöst werden bzw. nicht zu lösen sind.

In den Zulassungsausschüssen müssen Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen Entscheidungen treffen, die für beide Seiten direkte ökonomische Konsequenzen haben. Kommt es zur Feststellung des Sonderbedarfs, erfolgen weitere Zulassungen, die bei einer gedeckelten Gesamtvergütung zu Lasten der Leistungserbringer gehen, wenn die einzelnen KVen mit den Krankenkassen keine angemessene Steigerung der Gesamtvergütung verhandeln können. Krankenkassen gehen in der Regel davon aus, dass ein zusätzliches Versorgungsangebot nicht gleich zusätzlicher Versorgungsbedarf ist. Die Verhandlungen in den KVen, die das Instrument des Sonderbedarfs nutzen, werden unterschiedlich und mit ungewissem Ergebnis verlaufen, was die Zurückhaltung der Zulassungsausschüsse erklären könnte.

Grundsätzlich ist darüber hinaus festzuhalten, dass für ein strukturelles Versorgungsdefizit, das sich in fast allen Planungsbereichen manifestiert, eine Ausnahmeregelung wie der Sonderbedarf kein adäquates Instrument ist. Sonderbedarfszulassungen senden zudem kein positives Signal an den professions-spezifischen Nachwuchs.

## 2. Job-Sharing-Regelung – bedingt hilfreich

Die Job-Sharing-Regelung im § 101 Abs. 1 SGB V ist eine Ausnahmeregelung für gesperrte Planungsbereiche. Sie ermöglicht zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten in Vertragspraxen, wenn der Praxisinhaber gleichzeitig eine Leistungsbeschränkung zusagt. Würde man diese Leistungsbeschränkungszusage in Abhängigkeit von Alters- und Morbiditätsstruktur einer Versorgungsregion von derzeit 3 auf 30 % heraufsetzen, könnten Leistungsanbieter in den einzelnen Versorgungsbereichen flexibler auf Versorgungsengpässe reagieren, ohne dass insgesamt die Bedarfsplanung in erheblichem Umfang geändert werden müsste.

In der derzeitigen Regelung des § 101 Abs. 1 SGB V wird davon ausgegangen, dass die Leistungsbeschränkungszusage sich am Umsatzdurchschnitt der letzten vier Quartale der einzelnen Praxis orientiert. Der Umsatzdurchschnitt vieler Praxen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist jedoch so gering, dass sich die Job-Sharing-Regelung nicht nutzen lässt.

Auswirkungen auf das Versorgungsangebot könnten entstehen, wenn für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Punktzahl- bzw. Zeitvolumen einer hauptberuflichen Tätigkeit am Vertragsarztsitz zu Grunde gelegt wird. Schon die Anhebung der Basisgröße würde im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen können. Beschließt der Gesetzgeber, die Leistungsbegrenzung von 3 auf 30 % zu erhöhen, entstünde eine zusätzliche Flexibilität.

Inwieweit die flexiblere Gestaltung der Job-Sharing-Regelung die Versorgungssituation verbessert, wird davon abhängen, in welchem Umfang Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Option nutzen. Dies lässt sich nur schwer prognostizieren. Insgesamt ist aber davon auszugehen, dass der unternehmerische Aufwand, eine solche Job-Sharing-Regelung in der einzelnen Praxis umzusetzen, dazu führt, dass die verbesserte Job-Sharing-Regelung nur verhalten genutzt würde.

Eine Ausweitung der Job-Sharing-Regelung hätte außerdem zur Folge, dass in jeder KV festgestellt werden müsste, inwieweit durch die Job-Sharing-Regelung das Behandlungskontingent der einzelnen Vertragsarztpraxen ausgedehnt wird. In jeder einzelnen KV müsste es dann zu Verhandlungen mit den Krankenkassen kommen, damit Mengenausweitungen entsprechend vergütet werden. Gelingt dies nur teilweise, ist davon auszugehen, dass die Leistungsausweitung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung das Gesamtbudget für die fachärztliche Versorgung zusätzlich belastet.

Für den Nachwuchs der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entstände auch bei dieser Option kein eindeutiges Signal, weil die Möglichkeit, sich selber in freier Praxis niederzulassen, nicht gegeben ist.

### 3. Teilzulassung – kaum Effekte auf die Versorgungssituation

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat auf der Basis ihrer Honorarstatistik die durchschnittliche Behandlungszeit pro Woche analysiert, die von zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet wird. Sie kommt dabei auf eine durchschnittliche Behandlungszeit von 16,42 Stunden, wobei zwei Drittel der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter einer wöchentlichen Behandlungszeit von 15 Stunden liegen. (Nicht berücksichtigt wurden dabei die patientenbezogenen, leistungsergänzenden Tätigkeiten jenseits der unmittelbaren Patientenkontaktzeit.) Andere KVen berichten von ähnlichen Ergebnissen.

Die durchschnittliche Behandlungszeit von 16,42 Stunden/Woche durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erklärt sich z. T. dadurch, dass Kinder und Jugendliche wegen der Schule vorwiegend nur nachmittags für eine Behandlung zur Verfügung stehen. Die Statistiken zur Mitgliederstruktur der Landespsychotherapeutenkammern zeigen zudem, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum überwiegenden Anteil älter als 50 Jahre sind. Auch bei einer jüngeren Altersstruktur wäre zu bedenken, dass vorwiegend Frauen den Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergreifen.

Die Logik der Bedarfsplanung fußt darauf, dass mit einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine hauptberufliche Tätigkeit am Vertragsarztsitz aufgenommen wird. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut geht in der Regel mit einem Anrechnungsfaktor in Höhe von 1,0 in die Bedarfsplanung ein. Dieser Anrechnungsfaktor wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Anstellung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gesplittet. Da in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten in unterschiedlichem zeitlichen Umfang einer Beschäftigung nachgehen, kann eine Anrechnung im Umfang von 0,25; 0,5; 0,75 bzw. 1,0 auf die Bedarfsplanung erfolgen.



Der Versuch, diese Systematik auf die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der MVZ zu übertragen, liegt nahe. Der § 95 Abs. 3 SGB V könnte dahingehend geändert werden, dass ein Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut der Versorgung im Umfang eines vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages zur Verfügung steht. Folgeänderungen würden sich im § 98 und 101 SGB V sowie in der Zulassungsverordnung-Ärzte ergeben. Neben der Vollzulassung würde eine Teilzulassung möglich werden.

Inwieweit ein nach der Arbeitszeit gesplitteter Anrechnungsfaktor in den Bedarfsplanungsrichtlinien dazu führt, dass zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten entstehen, hängt davon ab, in welchem Umfang bereits bestehende Zulassungen geteilt werden bzw. künftige in Abhängigkeit von einem hälftigen Anrechnungsfaktor vorgenommen werden.

Es ist kaum davon auszugehen, dass bereits bestehende Zulassungen freiwillig in eine Teilzulassung gewandelt werden. Gibt ein Vertragspsychotherapeut seine volle Zulassung zurück und beschränkt sich auf einen halben Praxissitz, so wird dieser Schritt in gesperrten Planungsbereichen voraussichtlich irreversibel sein. Wenn eine zeitliche Flexibilität jedoch gewünscht ist, z. B. im Anschluss an Erziehungszeiten oder auch aktuell unvorhergesehen notwendig wird (z. B. nach Scheidung oder Tod des Partners), würde man sich dieser zeitlichen Flexibilität durch die Rückgabe der Hälfte des Versorgungsauftrages berauben. Außerdem schmälert der Vertragspsychotherapeut den Verkaufswert seiner Praxis.

Offen ist, inwieweit Kassenärztliche Vereinigungen in der Lage und bereit wären, Zulassungen gegen den erklärten Willen niedergelassener Vertragspsychotherapeuten zu teilen. Die Relevanz der Teilzulassung für die Versorgung lässt sich daher kaum vorhersagen. Sie dürfte aber gering sein, denn bei einer gedeckelten Gesamtvergütung würden sich die KV-Mitglieder selbst schaden, wenn sie nachhaltige Maßnahmen zur Ausdehnung des Angebots ergreifen.

Für den psychotherapeutischen Nachwuchs ergäbe sich ein sehr zwiespältiges Signal. Einerseits bestünden zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten, andererseits würden die Vorteile einer Niederlassung in eigener Praxis zumindest mit Blick auf die zeitliche Flexibilität stark eingeschränkt werden. Gleichzeitig ergäben sich von KV zu KV sehr unterschiedliche zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten. Insgesamt bliebe die berufliche Perspektive für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vage.

#### 4. Mindestversorgungsgrade – ein Schritt in die richtige Richtung

Das SGB V sieht im § 101 Abs. 4 vor, dass bis Ende 2008 in den Planungsbereichen mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 40 von 100 der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist.

Die Sicherung eines Mindestversorgungsanteils lässt sich auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie übertragen. Denkbar ist eine Ergänzung des § 101 Abs. 4 um die Vorgabe, dass in einem Planungsbereich der Mindestversorgungsgrad (die Quote) der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der überwiegend und ausschließlich Kinder behandelnden Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten z. B. mindestens 20 % der allgemeinen Verhältniszahl betragen muss.

Die Einführung eines Mindestversorgungsgrades (einer Quote) für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hätte Konsequenzen für die Zulassungsmöglichkeiten in voraussichtlich allen Planungsbereichen. Laut KBV-Statistik waren in 2003 15.855 ärztliche und psychotherapeutische Psychotherapeuten sowie 2.464 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im GKV-System tätig. Unter der Annahme eines 20%igen Mindestversorgungsgrades würden auf Basis dieser Daten bundesweit 1.200 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie ausgewiesen.

Die daraus resultierende finanzielle Belastung der GKV lässt sich kalkulieren. Unterstellt man, dass ein niedergelassener Psychotherapeut 28 Behandlungsstunden pro Woche zu leisten in der Lage ist, entsteht eine jährliche Behandlungszeit von 1.200 Behandlungsstunden<sup>1</sup>. Geht man von einer durchschnittlichen Vergütung der einzelnen Behandlungsstunde von 70,00 Euro aus, entstehen pro zusätzlich niedergelassenen Psychotherapeuten Kosten in Höhe von

---

<sup>1</sup> Dies ist eine hoch gegriffene Zahl, wie die Auswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigt, die eine durchschnittliche Behandlungszeit von 16,42 Stunden/Woche bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten feststellt.

ca. 84.000,00 Euro. Bundesweit würden sich diese Kosten auf höchstens 100 Mio. Euro summieren. Dies entspräche einer Gesamtsteigerung der GKV-Ausgaben von 0,07 %.

Auch hier gilt, dass die Unterversorgung besonders in attraktiveren Regionen abgebaut würde. Niederlassungen in strukturschwachen oder in sozial besonders belasteten Regionen würden wie derzeit nur zurückhaltend erfolgen, es sei denn, zusätzliche ökonomische Anreize machen eine Niederlassung, insbesondere in den neuen Bundesländern, attraktiv. Gezielte ökonomische Anreize könnten sich nicht nur auf die Niederlassung in einer Einzelpraxis beschränken, sondern auch für neue Versorgungsformen, die einen interdisziplinären Ansatz begünstigen, gesetzt werden.

Da sich aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe eine für die einzelne KV kalkulierbare Ausweitung des Angebots ergibt, ist eine Bundesempfehlung möglich. Eine Bundesempfehlung kann vermeiden, dass es auf der KV-Ebene zu einer Vielzahl von Verhandlungen kommt, die KV-spezifisch unterschiedlich ausgehen könnte und je nach Ausgangssituation das Verhältnis im Bereich der fachärztlichen Versorgung zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten weiter belasten würde.

## 5. Getrennte Bedarfsplanung – das geeignete Instrument

Bei einer getrennten Bedarfsplanung bilden – anders als heute – psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten eine eigene Arztgruppe, genauso wie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Eine Änderung des § 101 Abs. 4 Satz 1 ist dafür notwendig.

Eine getrennte Bedarfsplanung führte bundesweit dazu, dass sich ungefähr 866 zusätzliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niederlassen könnten.

**Tabelle 2: Getrennte Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Kassenärztliche Vereinigung	tatsächliche vorhanden	zusätzliche
Baden-Württemberg	520	39
Bayerns	393	92
Berlin	170	26
Brandenburg	22	35
Bremen	44	6
Hamburg	61	39
Hessen	249	19
Mecklenburg-Vorpommern	10	23
Niedersachsen	276	35
Nordrhein	199	164
Rheinland-Pfalz	107	34
Saarland	20	23
Sachsen	53	116
Sachsen-Anhalt	2	75
SchleswigHolstein	56	28
Thüringen	15	53
Westfalen-Lippe	188	59
<b>Summe Deutschland</b>	<b>2.385</b>	<b>866</b>

Quelle: KBV

Eine getrennte Bedarfsplanung hätte nicht nur Konsequenzen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, sie verbessert durch ein breites Angebot auch die Versorgung Erwachsener. § 101 Abs. 2 hält fest, dass bei Anpassungen oder Neufestlegungen einer Arztgruppe die Zahl der Ärzte zum Stand des 31.12. des Vorjahres zu Grunde zu legen ist. Die Verhältniszahl für die sich neu bildende Arztgruppe der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ist

also gleichfalls neu zu kalkulieren auf der Basis des Vorjahres. Wenn die Gesetzesänderung ab 2007 greifen würde, wären die Verhältniszahlen des Jahres 2006 für die Neuberechnung der Verhältniszahlen der Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Erwachsene behandeln, maßgeblich.

Für die Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten, die vorrangig Erwachsene behandeln, würde der Versorgungsgrad auf der Basis des Jahres 2006 neu berechnet. Dies würde dazu führen, dass sich ungefähr 1 600 ärztliche bzw. Psychologische Psychotherapeuten bundesweit zusätzlich niederlassen könnten.

Bei einer getrennten Bedarfsplanung käme es insgesamt zu Mehrausgaben im Bereich der GKV in Höhe von 207 Mio. Euro, wenn man die gleichen Kalkulationsgrundlagen unterstellt, wie bei den Mindestversorgungsgraden. Insgesamt bedeutet das im Bereich der GKV eine Steigerung von 0,15 % der Gesamtausgaben.

Die getrennte Bedarfsplanung eröffnete für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten neue Niederlassungsmöglichkeiten. Dabei wäre nicht nur die Niederlassung in eigener Praxis eine Option. Werden Planungsbereiche geöffnet, entstehen im Kontext neuer Versorgungsformen auch Handlungsspielräume für eine bessere Versorgung chronisch kranker und schwerstkranker Patienten (Psychoonkologie). Mögliche neue Versorgungsformen sind insbesondere: Medizinische Versorgungszentren, interdisziplinär konzipierte Berufsausübungsgemeinschaften oder die Anstellung in Praxen von Vertragspsychotherapeuten bzw. Vertragsärzten.

Die getrennte Bedarfsplanung würde sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene die Versorgung bei psychischen Erkrankungen durch steigende Behandlerzahlen verbessern. Da dies bundesweit zur Ausweitung des Behandlungsangebots führen würde, müssten Vertragsverhandlungen um

die Berücksichtigung des steigenden Versorgungsangebots in der Gesamtvergütung nicht auf KV-Ebene geführt werden. Mit einer Bundesempfehlung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenversicherung und der KBV könnte eine Lösung vereinbart werden, die einen Behandlungsmarathon auf KV-Ebene vermeidet und die angespannte Vergütungsdiskussion im Bereich der fachärztlichen Versorgung nicht weiter erschwert.

Um das Problem der Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten lösen zu können, reicht jedoch eine getrennte Bedarfsplanung allein nicht aus. Weitere Maßnahmen aus dem Vergütungsbereich müssen hinzutreten. Ähnlich wie im hausärztlichen Bereich sollte es im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu spezifischen Ansiedlungsprogrammen und zusätzlichen ökonomischen Anreizen kommen.

#### **IV. Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz**

Die Unterversorgung psychisch kranker Menschen, insbesondere der Kinder und Jugendlichen, lässt sich durch eine getrennte Bedarfsplanung für die Behandler von Erwachsenen und Kindern abbauen. Insgesamt entstünden Zusatzkosten von höchstens 207 Mio. Euro, wobei eine durchschnittliche jährliche Behandlungszeit von 1.200 Behandlungsstunden unterstellt wird. Dies liegt deutlich über den real erbrachten Behandlungsstunden der Psychotherapeuten. Die zusätzlichen Ausgaben werden voraussichtlich deutlich niedriger liegen.

Auch die Einrichtung von Mindestversorgungsgraden eröffnet zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten, die überwiegend Kinder behandeln. In diesem Fall entstünden bundesweit zusätzliche Ausgaben in Höhe von höchstens 100 Mio. Euro. Eine Ausgabensteigerung in Höhe von 0,07 % der Gesamtausgaben wäre die Konsequenz.

Die Option der Teilzulassung entwickelt nur dann Relevanz für die Versorgung, wenn die KVen sich bemühen, im Bestand der Vertragspsychotherapeuten für eine Einschränkung der bestehenden Versorgungsaufträge zu werben und diese Einschränkungen in ausreichendem Maße durchzusetzen. Eine konsequente Politik der Förderung der Teilzulassung mit Blick auf den Bestand müsste Konsequenzen für die Mengenentwicklung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung haben. Jede KV stünde in der Pflicht, die Ausweitung des Behandlungsangebots mit den Kassen entsprechend vertraglich abzusichern. KVen, die sich nachhaltig des Instruments der Teilzulassung bedienen, handeln unter Unsicherheit bezüglich der honorarpolitischen Konsequenzen. Insofern ist offen, inwieweit Kassenärztliche Vereinigungen das Instrument der Teilzulassung wirklich dazu nutzen würden, mit Blick auf den Bestand die Behandlungskapazitäten auszudehnen. Es ist eher zu vermuten, dass es lediglich bei Neuzulassungen von Leistungserbringern eine Wahl zwischen einer Teil- und einer Voll-



zulassung geben wird. Hierdurch entstehen jedoch kaum Effekte für eine bessere Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Auch die Job-Sharing-Regelung ist in ihrer Relevanz für die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher schwer einzuschätzen. Eine Ausweitung des Versorgungsangebotes erfolgt nur, wenn die niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten die Job-Sharing-Regelung in erheblichem Umfang nutzen. Inwieweit sie dazu bereit wären, lässt sich schwer absehen. Außerdem gilt auch hier, dass eine Ausdehnung der Behandlungstätigkeit zu einer Mengenentwicklung führt, die sich nicht zwingend in den Honorarverhandlungen mit den Kassen auf KV-Ebene widerspiegeln wird.

Insbesondere ist es keine Lösung, beim bestehenden System zu bleiben und darauf zu hoffen, dass die Versorgungsengpässe bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durch eine extensive Nutzung des Sonderbedarfs zu lösen sind. Die Daten zur Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher belegen, dass die Gemeinsame Selbstverwaltung die Handlungsspielräume des Sonderbedarfs nicht ausreichend nutzt. Weitere Instrumente, die die Gemeinsame Selbstverwaltung zum Handeln zwingen, sind daher unverzichtbar.

## V. Literatur

Albota, M. (2004). Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Psychotherapeutenkammer Hamburg. [www.ptk-hamburg.de/uploads/expertise.pdf](http://www.ptk-hamburg.de/uploads/expertise.pdf).

Barkmann, C. (2003). Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein epidemiologisches Screening, Dissertation – Universität Hamburg

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Band 125 Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos.

Costello, E. J., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(10), 972-986.

Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A. u. a. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232-242.

Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 276-283.

Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.)(2003). Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.

Ihle, W. & Esser, G. (2002), Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*, 53, 159 – 169.

Kurth, B.-M., Bergmann, K.E., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P. & Thefeld, W. (2002). Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Das Gesamtkonzept. *Gesundheitswesen*, 64, Sonderheft 1, 3-11.

Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A. & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*, 155(10), 1415-1422.

Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57.

Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C. & Reiter, S. (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert Koch Institut.

Wittchen, H.U., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluation of the stability of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 122-132.