

Stellungnahme

Eckpunkte für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts sowie anderer Vorschriften

Keine adäquate Lösung für die Unterversorgung
psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

1. Zusammenfassung

Ein besorgniserregend hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen ist psychisch auffällig bzw. krank. Circa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen; 18 Prozent 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. Ungefähr ein Fünftel der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten ist bei Kindern und Jugendlichen ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Die Behandler psychisch kranker Kinder und Jugendlicher erreichen allerdings in der Bedarfsplanung der GKV nur einen Anteil von etwa 14 Prozent. Bei der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes vor nunmehr sechs Jahren wurde von Beginn an der Bedarf an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten massiv unterschätzt.

Daher besteht seit Langem dringender Handlungsbedarf. Mit Einzelfalllösungen, wie von der Bundesregierung angedacht, lässt sich das Problem der Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nicht lösen. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert die Einführung von Mindestversorgungsgraden (Quotierung) oder besser noch eine getrennte Bedarfsplanung für die Behandler von Erwachsenen und die Behandler von Kindern und Jugendlichen.

2. Vorschläge der Bundesregierung nicht ausreichend

- Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme

Das Eckpunktepapier zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz enthält Vorschläge zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen in überversorgten Gebieten. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Richtlinien so weiterentwickeln, dass bei Nachweis eines lokalen Versorgungsbedarfs die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen auch in überversorgten Gebieten möglich wird. Angedacht ist eine Flexibilisierung der bestehenden Leistungsbegrenzung.

Die BPTK geht davon aus, dass diese Regelung im Einzelfall, insbesondere in Ballungsgebieten, eine gezielte Verbesserung der Versorgung ermöglicht. Die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist jedoch ein flächendeckendes Problem. Die Regelung ist nicht angemessen, da sie nur auf die Behebung von Versorgungsproblemen in Folge regionaler Verwerfungen in überversorgten Gebieten zielt. Da allerdings könnte sie hilfreich sein.

Eine prozentuale Anhebung der Leistungsbegrenzung würde für den Bereich der Psychotherapie jedoch nicht zu mehr Flexibilität führen, wenn sich diese Anhebung am Umsatzdurchschnitt der letzten vier Quartale der einzelnen Praxis orientieren sollte. Auswirkungen auf das lokale Versorgungsangebot können nur entstehen, wenn das Punktzahl- bzw. Zeitvolumen einer hauptberuflichen Tätigkeit am Vertragsarztsitz herangezogen wird.

- Einzelverträge zum Schließen der Versorgungslücken

Ein weiterer Vorschlag in den Eckpunkten zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sieht vor, dass die Aufsichtsbehörden, unabhängig von einer Unterversorgungsfeststellung durch die Landesausschüsse, die Krankenkassen darauf verpflichten können, Einzelverträge zum Beheben von nachgewiesenen Versorgungslücken zu schließen. Die dabei entstehenden Kosten würden den Kassenärztlichen Vereinigungen in Rechnung gestellt.

Auch diese Option wird dem Problem der Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nicht gerecht. Die Unterversorgung ist ein Ergebnis der Bedarfsfeststellung im Jahr 1999. Der Ist-Bestand wurde damals zur Soll-Größe erklärt. Bereits damals bestand aber nachweislich eine erhebliche Unterversorgung. Die lässt sich daran deutlich machen, dass nur etwa 14 Prozent der nach § 104 Abs. 4 zu bildenden Arztgruppe Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind. Wollte man diesen Versorgungsanteil auf 20 Prozent anheben, was ungefähr dem Anteil der Kinder- und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung entspricht, müssten sich ungefähr 1.200 Behandler für psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusätzlich niederlassen können.

Mit Einzelverträgen ließe sich das strukturelle Versorgungsdefizit bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bestenfalls langfristig und nur mit großem bürokratischem Aufwand beheben. Außerdem würde das Problem der Unterversorgung umfassend zu Lasten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten gelöst. Die Finanzierung eines systematisch unterschätzten Morbiditätsrisikos aus der gedeckelten Gesamtvergütung lehnt die BPTK ab.

3. Mindestversorgungsgrade – eine Minimallösung

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 solchen Mindestversorgungsanteils lässt sich auf die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen übertragen. Denkbar ist eine Ergänzung des § 101 Abs. 4 um die Vorgabe, dass in einem Planungsbereich der Mindestversorgungsgrad (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 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 Psychologische Psychotherapeuten sowie 2.464 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im GKV-System tätig. Unter der Annahme eines 20prozentigen Mindestversorgungsgrades würden bundesweit 1.200 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie ausgewiesen. Die daraus resultierende finanzielle Belastung der GKV würde sich auf höchstens 100 Millionen Euro bundesweit belaufen. Dies entspräche einer Steigerung der GKV-Ausgaben von 0,07 Prozent.

Niederlassungen in strukturschwachen oder in sozial besonders belasteten Regionen könnten dadurch erfolgen, dass zusätzliche ökonomische Anreize eine Niederlassung, insbesondere in den neuen Bundesländern, attraktiv machen. Gezielte ökonomische Anreize sollten sich nicht nur auf die Niederlassung in einer Einzelpraxis beschränken, sondern auch für neue Versorgungsformen, die einen interdisziplinären Ansatz begünstigen, gesetzt werden.

Eine gesetzliche Vorgabe ergäbe eine für die einzelne Kassenärztliche Vereinigung kalkulierbare Ausweitung des Angebots. Eine Bundesempfehlung zwischen KBV und

Spitzenverbänden zur Finanzierung der Ausweitung des Angebots ist möglich. Damit lässt sich vermeiden, dass es auf der KV-Ebene zu Verhandlungen kommt, die KV-spezifisch unterschiedlich ausgehen könnten und je nach Ausgangssituation das Verhältnis im Bereich der fachärztlichen Versorgung zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten weiter belasten würde.

4. 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. Dafür wäre eine Änderung des § 101 Abs. 4 Satz 1 notwendig.

Eine getrennte Bedarfsplanung würde nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dazu führen, dass sich bundesweit 866 zusätzliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niederlassen könnten.

Eine getrennte Bedarfsplanung hätte Konsequenzen sowohl für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen als auch für 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 wäre also gleichfalls auf der Basis des Vorjahres neu zu kalkulieren. 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. Dies würde dazu führen, dass sich ungefähr 1.600 Ärztliche bzw. Psychologische Psychotherapeuten bundesweit zusätzlich niederlassen könnten.

Bei einer getrennten Bedarfsplanung käme es zu Mehrausgaben im Bereich der GKV in Höhe von 207 Millionen Euro. Insgesamt bedeutet das im GKV-Bereich eine Ausgabensteigerung von 0,15 Prozent.

Die getrennte Bedarfsplanung eröffnete für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten neue Niederlassungsmöglichkeiten. Dabei wäre die Niederlassung in eigener Praxis nur eine Option. Werden Planungsbereiche geöffnet, entstehen im Kontext neuer Versorgungsformen Handlungsspielräume für eine bessere Versorgung chronisch kranker und

schwerstkranker Patienten (Psychoonkologie). Mögliche neue Versorgungsformen wären 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 Versorgungsangebots führen würde, müssten Vertragsverhandlungen zur Anpassung in der Gesamtvergütung nicht auf KV-Ebene geführt werden. Eine Bundesempfehlung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV könnte eine Lösung sein, die einen Verhandlungsmarathon auf Landesebene vermeidet und die angespannte Vergütungsdiskussion im Bereich der fachärztlichen Versorgung nicht weiter erschwert.

Um der regionalen Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten begegnen zu können, reicht jedoch eine getrennte Bedarfsplanung allein nicht aus. Weitere Maßnahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung müssten hinzutreten. Ähnlich wie im hausärztlichen Bereich wären auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung spezifische Ansiedlungsprogramme und zusätzliche ökonomische Anreize notwendig.

5. Psychotherapeutischer Nachwuchs verfügbar

Viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, aber auch Psychologische Psychotherapeuten haben in der Vergangenheit aufgrund der gesperrten Planungsbereiche keine Niederlassungsmöglichkeit erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sie teilweise in der Zwischenzeit getroffene berufliche Entscheidungen revidieren werden. In den nächsten Jahren werden ca. 1.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten pro Jahr eine Ausbildung beenden. Ein Viertel davon sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Beide Entwicklungen zusammengenommen führen dazu, dass ausreichend qualifizierte Psychotherapeuten für die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zur Verfügung stehen könnten – eine entsprechende Änderung der Bedarfsplanung vorausgesetzt.

Die liberale Musterberufsordnung der Psychotherapeuten, die den Interessen der Patienten an einer integrierten interdisziplinären Versorgung und nicht standespolitischen Erwägungen folgt, macht es Psychotherapeuten darüber hinaus möglich, die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz angedachten Flexibilisierungen und Liberalisierungen umfassend zu nutzen. Insbesondere neue Versorgungsformen mit einem integrativen Ansatz zwischen somatischem und psychotherapeutischem Know-how könnten die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, aber auch der Erwachsenen erheblich verbessern. Es ist davon auszugehen, dass Psychotherapeuten die Chancen neuer Versorgungsformen, ebenso wie die Möglichkeiten von Berufsausübungsgemeinschaften aktiv nutzen werden.

6. Fazit

Die Gesundheitspolitik sieht zurzeit vordringlich ihre Aufgabe darin, die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung 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.