

**Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur
Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen
durch ganz oder überwiegend psychotherapeutisch
tätige Ärzte und durch Psychotherapeuten
(Ausschussdrucksache 16(14)0370) vom 11.04.2008**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
18.04.2008**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	3
Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte	3
II. Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	4
Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey belegt Unterversorgung	4
Unter- und Fehlversorgung am Beispiel AD(H)S	4
Mindestversorgungsquote in Höhe von 20 Prozent	5
Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	6
III. Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte	8
Kein Beitrag zur Versorgungsvielfalt	8
Unterversorgung verschärft	8
Nachwuchsmangel psychotherapeutisch tätiger Ärzte kein Zufall	10

I. Zusammenfassung

Das Bundesministerium für Gesundheit spricht sich in seinem Bericht zur Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen durch psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten (Ausschussdrucksache 16(14)0370) für eine bis Ende 2013 befristete Mindestquote in Höhe von 20 Prozent für ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie eine Mindestquote in Höhe von 10 Prozent für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln, aus.

Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist belegt, dass sich mindestens 20 Prozent der psychotherapeutischen Leistungserbringer ausschließlich der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher widmen müssten, um annähernd eine an der Morbidität orientierte Versorgung sicherstellen zu können. Eine Mindestquote von zehn Prozent kann die Versorgungsprobleme nicht lösen, schließlich liegt derzeit bundesweit der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der psychotherapeutischen Versorgung bereits bei 13,6 Prozent.

Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte

Eine Mindestquote in Höhe von 20 Prozent für ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte verlängert die durch die Quote verursachte Unterversorgung um weitere fünf Jahre. Zur angestrebten Versorgungsvielfalt für psychisch kranke Menschen kann eine solche Regelung nicht beitragen, da ein spezifisches Leistungsprofil psychotherapeutisch tätiger Ärzte im Versorgungsalltag nicht belegt ist und der Ärzteschaft qualifizierter Nachwuchs fehlt.

II. Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey belegt Unterversorgung

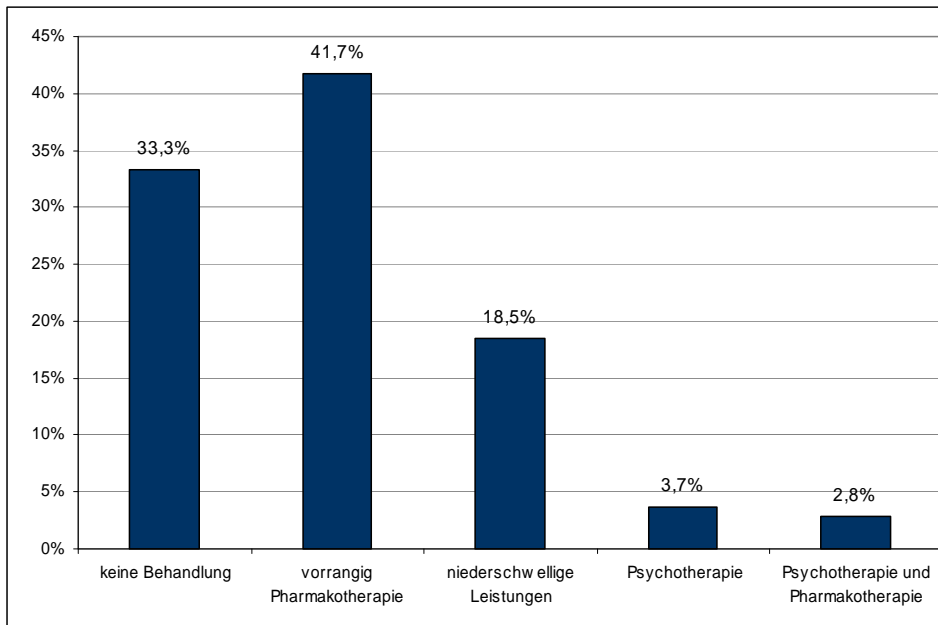
Der Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey (KiGGS)¹ belegt die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Nur die Hälfte der als psychisch krank diagnostizierten Kinder wird danach derzeit behandelt.

Unter- und Fehlversorgung am Beispiel AD(H)S

Etwa fünf Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden an einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung, häufig in Kombination mit Hyperaktivität (AD(H)S). AD(H)S gehört damit zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Unbehandelt erhöht AD(H)S das Risiko für Verhaltensstörungen, Schulversagen und Delinquenz. Trotz dieser Folgen wird nur ein geringer Teil der erkrankten Kinder und Jugendlichen angemessen behandelt.

Analysen der Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigen, dass ein Drittel der Betroffenen überhaupt keine Behandlung erhält, über 40 Prozent werden ausschließlich mit Psychopharmaka behandelt. Nicht einmal jedes 30. Kind erhält ausschließlich eine Psychotherapie (siehe Abbildung 1). Festzustellen ist eine Dominanz der ausschließlichen bzw. vorrangigen medikamentösen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, obwohl die Auswirkungen einer jahrelangen medikamentösen Behandlung noch nicht ausreichend erforscht sind.

¹ 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 Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 871–878.

Abbildung 1:**Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in Bayern**

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Die Diagnostik von AD(H)S ist aufwändig und erfordert spezifische Kompetenzen. Ohne eine gründliche Anamnese aber kann eine sachgerechte Entscheidung über die adäquate Behandlung nicht getroffen werden. In den meisten Fällen scheitern die angemessene Diagnostik und insbesondere die indizierte psychotherapeutische Behandlung daran, dass entsprechend qualifizierte Psychotherapeuten nicht zur Verfügung stehen.

Mindestversorgungsquote in Höhe von 20 Prozent

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Versorgungsbedarf psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind in etwa so hoch wie bei Erwachsenen. Kinder und Jugendliche machen in Deutschland etwa 20 Prozent der Wohnbevölkerung aus. Der Anteil der Leistungserbringer, der ausschließlich psychische Erkrankungen in dieser Altersgruppe behandelt, an allen Leistungserbringern, die diese Altersgruppe behandeln, ist nicht substantiell höher als bei Erwachsenen. Daraus folgt, dass erst eine Mindestversorgungsquote in Höhe von 20 Prozent einen Beitrag zum Abbau der Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen leisten kann.

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass bereits heute die Hauptlast der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten getragen wird. Nach einer Untersuchung der Psychotherapeutenkammer Hessen behandelt über die Hälfte der Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie überhaupt keine Kinder und Jugendlichen, bei den anderen sind nur 10 Prozent der Patienten jünger als 18 Jahre.

Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Das BMG empfiehlt in seinem Bericht eine Mindestquote in Höhe von 10 Prozent für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln. Mit dieser Mindestquote soll insbesondere sichergestellt werden, dass Praxen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch im Rahmen von Nachbesetzungen erneut von Psychotherapeuten besetzt werden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Dabei wird nicht begründet, warum diese Quote unter dem bundesweiten Versorgungsanteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von derzeit 13,6 Prozent liegen soll. Eine Mindestquote von 10 Prozent würde in elf der 17 KVen unter den aktuellen Versorgungsanteilen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegen, so dass es hier sogar mittelfristig zu einer Verschlechterung der Versorgung kommen könnte.

Tabelle 1: Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Arztgruppe der psychotherapeutischen Leistungserbringer (Daten KBV, Stand 31.12.2006)

Kassenärztliche Vereinigung	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in %)	Kassenärztliche Vereinigung	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in %)
Baden-Württemberg	20,5	Nordrhein	8,4
Bayerns	13,9	Rheinland-Pfalz	13,4
Berlin	9,8	Saarland	9,7
Brandenburg	13,8	Sachsen	12,0
Bremen	12,5	Sachsen-Anhalt	3,3
Hamburg	8,0	Schleswig-Holstein	12,6
Hessen	12,8	Thüringen	13,9
Meckl.-Vorpommern	8,7	Westfalen-Lippe	15,4
Niedersachsen	19,0	Bundesgebiet	13,6

Das BMG plant eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Derzeit leisten die Versorgung psychisch kranker Kinder neben den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch Psychologische Psychotherapeuten, die den entsprechenden Fachkundenachweis nach der Psychotherapievereinbarung zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erfüllen. Zudem nehmen einzelne Facharztgruppen an der psychotherapeutischen Versorgung teil, eine entsprechende Qualifizierung nach dem Weiterbildungsrecht der Ärzte vorausgesetzt. Die derzeitige Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher setzt für die beteiligten Professionen also die Erfüllung einer definierten Strukturqualität voraus. Die BPTK stimmt dem BMG zu und plädiert – ausgehend von der derzeit gesicherten Strukturqualität – auch für eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

III. Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte

Kein Beitrag zur Versorgungsvielfalt

Das BMG begründet seine Empfehlung für eine Mindestversorgungsquote in Höhe von 20 Prozent für psychotherapeutisch tätige Ärzte mit der besonderen Versorgungsvielfalt, die diese Berufsgruppe sicherstelle. Ärzte könnten – so das BMG – die psychotherapeutische und somatische Behandlung „aus einer Hand anbieten“. Im Versorgungsalltag findet sich für diese Vielfalt kein Beleg. Vielmehr ist es so, dass auch psychotherapeutisch tätige Ärzte im Interesse einer qualitätsgesicherten Behandlung ihrer Patienten i. d. R. somatische Abklärungen von entsprechend qualifizierten Fachärzten durchführen lassen. Auch verordnen psychotherapeutisch tätige Ärzte aus ihrem psychotherapeutischen Selbstverständnis heraus häufig keine Psychopharmaka, sondern delegieren wie Psychotherapeuten die Verordnung im Bedarfsfall an qualifizierte Fachärzte.

Aufschluss über das vom BMG unterstellte besondere Versorgungsangebot psychotherapeutisch tätiger Ärzte kann eine Analyse ihrer Diagnose- und Abrechnungsdaten geben, um die die KBV nach Einschätzung der BPTK gebeten werden sollte, bevor es zur Fortschreibung einer Mindestquote kommen kann, welche die Unterversorgung psychisch kranker Menschen verschärft.

Unterversorgung verschärft

Bereits heute kann ein großer Teil der für psychotherapeutisch tätige Ärzte reservierten Niederlassungsmöglichkeiten aufgrund des Nachwuchsmangels nicht besetzt werden. Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird damit faktisch rationiert – mit Verweis auf eine nicht belegte Versorgungsvielfalt, die Patienten nachfragen könnten, wenn es diese Versorgungsangebote gäbe.

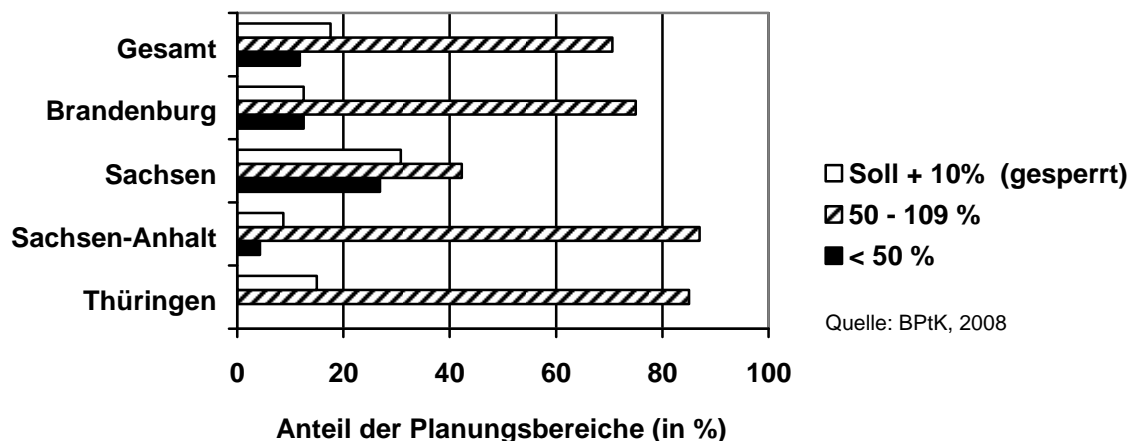
Die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte trägt systematisch zur Unterversorgung psychisch kranker Menschen bei. In der Bedarfsplanung werden jene Praxissitze, die aufgrund der Quote reserviert, aber unbesetzt sind, bei der Berechnung von Versorgungsgraden berücksichtigt, so dass Planungsbereiche als überversorgt und deshalb gesperrt ausgewiesen werden, in denen im ungünstigsten Fall

40 Prozent der Versorger gar nicht existieren. Auf besonders dramatische Weise zeigt sich dieser Effekt in Ostdeutschland.

Auswertungen von Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (Stand: Ende 2007) zeigen, dass von den 85 Planungsbereichen dieser vier Bundesländer Ende 2007 insgesamt 74 gesperrt waren, weil dort der Psychotherapeuten-Versorgungsgrad irreführend mit mindestens 110 Prozent angegeben wurde. Die tatsächliche Versorgungssituation zeigt sich erst, wenn bei der Berechnung der Versorgungsgrade nur die psychotherapeutisch tätigen Ärzte berücksichtigt werden, die tatsächlich in einem Planungsbereich arbeiten. Dann wären statt 74 nur 15 Planungsbereiche in Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen gesperrt. Mehr als zwei Drittel der Planungsbereiche würden Versorgungsgrade zwischen 50 und 110 Prozent aufweisen. In mehr als jedem zehnten Planungsbereich wäre kaum die Hälfte der Praxissitze besetzt.

Abbildung 2:

Reale Versorgungsgrade in Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ohne Mindestquoten (Berechnung ohne fiktive Leistungserbringer)



Ohne Mindestquote könnten sich, wie der Bericht des BMG zutreffend feststellt, bundesweit über 700 weitere Psychotherapeuten niederlassen. Mehr als die Hälfte davon in Ostdeutschland, aber nicht ausschließlich. Allein auf die KV Nordrhein würden über 100 weitere Niederlassungsmöglichkeiten entfallen.

Nachwuchsmangel psychotherapeutisch tätiger Ärzte kein Zufall

Der Bericht des BMG fordert die 20prozentige Mindestquote für ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte mit dem Argument, dass diese Berufsgruppe nicht aufgrund der „zufälligen“ zahlenmäßigen Stärke der Psychotherapeuten aus der ambulanten Versorgung verdrängt werden dürfe. Nun besteht der Schutz der Quote bereits seit neun Jahren und es kann nicht mehr von einem zufälligen Proporz von Ärzten und Psychotherapeuten gesprochen werden. Vielmehr scheint es so zu sein, dass der psychotherapeutische Nachwuchs als geeignete akademische Qualifikation für die spätere Tätigkeit als Psychotherapeut ein Psychologiestudium bzw. bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten alternativ auch ein Pädagogikstudium bevorzugt. Ein Medizinstudium als Vorbereitung und Basis einer psychotherapeutischen Tätigkeit verliert demgegenüber systematisch an Attraktivität, wie die Zahlen des ärztlichen Nachwuchses im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie eindringlich belegen. Dieser Trend ist durch die Instrumentalisierung der Bedarfsplanung für berufspolitische Interessen der Ärzteschaft nicht umkehrbar.