

Stellungnahme

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

19.10.2017

Inhaltsverzeichnis

1. G-BA plant, Diskriminierung kranker Menschen im Ruhrgebiet fortzuführen	3
2. Vorschlag der Patienten- und Ländervertreter bringt Besserung	4
3. Benachteiligung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet beenden	4
• Gutachten belegt psychotherapeutische Unterversorgung im Ruhrgebiet.....	4
• Vorschlag des GKV-Spitzenverbands	5
• Vorschlag der KBV, der Patienten- und der Ländervertreter	6
4. Gleiche Chance auf Behandlung wie in Vergleichsregionen	7
5. Bedarfsplanung an der Morbidität ausrichten	9

1. G-BA plant, Diskriminierung kranker Menschen im Ruhrgebiet fortzuführen

„Ein für das gesamte Ruhrgebiet systematisch geringeres Niveau der Arzt- bzw. Psychotherapeutendichte in der haus- und allgemeinen fachärztlichen Versorgung lässt sich nicht ausreichend begründen. Entsprechend sollten die gegenwärtigen Verhältniszahlen angepasst werden.“ (IGES, 2017, Seite 109)¹

Vor dem Hintergrund dieser Schlussfolgerung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegebenen Gutachtens (IGES, 2017) ist der Vorschlag von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), die Allgemeinen Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet – mit Ausnahme der Arztgruppen der Psychotherapeuten, der Urologen sowie der Kinder- und Hausärzte – ohne erkennbare inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gutachten unverändert zu lassen, nicht nachvollziehbar. Er legt vielmehr nahe, dass weder der GKV-Spitzenverband noch die KBV eine angemessene Versorgung der Bevölkerung im Ruhrgebiet zum Ziel haben. Die vom G-BA beauftragten Gutachter kommen – aufgrund der Analysen der Mitversorgungseffekte im Ruhrgebiet – zwar zu dem Schluss, dass für die Planungsbereiche des Ruhrgebiets weiterhin eine einheitliche Verhältniszahl verwendet werden sollte. Sie machen aber auch deutlich, dass es keine Rechtfertigung für die deutlich geringere Arzt- und Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet gibt und empfehlen daher, die Verhältniszahlen anzupassen (IGES, 2017).

Die Umbenennung des Typ 6 „Ruhrgebiet“ in Typ 6 „Polyzentrischer Verflechtungsraum“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der G-BA den Empfehlungen der Gutachter nicht folgt und es für die Mehrzahl der Arztgruppen keine Veränderung der Verhältniszahlen geben soll und damit der Sonderstatus des Ruhrgebiets erhalten bleibt. Denn der neue Kreistyp 6 „Polyzentrischer Verflechtungsraum“ betrifft ausschließlich das Ruhrgebiet und enthält – mit Ausnahme einiger weniger Arztgruppen – exakt die bisherigen Vorgaben. Damit werden die Verhältniszahlen im Ruhrgebiet der Höhe nach für fast alle Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung unverändert fortgeschrieben und damit weiterhin gänzlich anders festgelegt als für das gesamte übrige Bundesgebiet. Es bleibt dabei, dass Patienten im Ruhrgebiet weiterhin bei vielen Erkrankungen schlechter versorgt werden als anderswo in Deutschland.

¹ IGES (2017). Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15_BPL-RL_Abnahme_EB_IGES_mit_Anlage.pdf.

2. Vorschlag der Patienten- und Ländervertreter bringt Besserung

Wesentlich überzeugender als die Aufrechterhaltung des unzulänglichen Status quo erscheint daher der Ansatz der Ländervertreter und der Patientenvertreter, für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (mit Ausnahme der Psychotherapeuten, Urologen und Kinderärzte) eine einheitliche Verhältniszahl für das Ruhrgebiet anhand der allgemeinen Systematik der Bedarfsplanung festzulegen. Denn dann wird die Allgemeine Verhältniszahl nicht nur anhand der historischen Niederlassungszahlen im Ruhrgebiet festgelegt, sondern anhand der Niederlassungszahlen über die entsprechenden Kreistypen im gesamten Bundesgebiet ermittelt.

Aufgrund der starken Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Nervenärzte ist eine solche Anpassung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders dringend. Angesichts der Bedeutsamkeit der Gesprächsleistungen in der Versorgung dieser Patientengruppe sind gerade hier die gegenüber den Vergleichsregionen um fast 50 Prozent erhöhten Fallzahlen je Arzt mit Blick auf die resultierende Versorgungsqualität sehr kritisch zu bewerten.

Bei allen Schwächen, die die Festlegung der Verhältniszahlen über historische Stichtage mit sich bringt, macht die Durchschnittsbildung über die entsprechenden Kreistypen 1 und 2 im Bundesgebiet die Berechnung der Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet gegenüber der rein örtlichen Festlegung weniger zufällig und verbessert die Versorgungssituation in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet im Vergleich zum Ist-Zustand.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wird sich in ihrer Stellungnahme im Folgenden auf den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung konzentrieren.

3. Benachteiligung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet beenden

- Gutachten belegt psychotherapeutische Unterversorgung im Ruhrgebiet

Das Ruhrgebiet ist psychotherapeutisch unterversorgt. So zeigt das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten, dass im Ruhrgebiet 52 Prozent² weniger Psychotherapeuten zur Verfügung stehen als in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet. Diese

² Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

niedrige Zahl an Psychotherapeuten führt dazu, dass die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit im Ruhrgebiet um 35 Prozent³ niedriger ist als in den beiden Vergleichsregionen. Das bedeutet, dass im Ruhrgebiet mehr als ein Drittel weniger psychisch kranke Patienten behandelt werden als im Rheinland und im Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

Niedergelassene Psychotherapeuten im Ruhrgebiet reagieren auf den Mangel an Behandlungsplätzen, indem sie deutlich mehr Patienten behandeln als ihre Kollegen im Rheinland und im Rhein-Main-Gebiet. Ihre Fallzahlbelastung ist 30 Prozent⁴ höher als in den Vergleichsregionen (IGES, 2017). Dadurch können sie jedoch die zu niedrige Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten nicht kompensieren. Die Gutachter konstatieren diesbezüglich:

„Die höheren Fallzahlen je Psychotherapeut reichen angesichts der sehr viel geringeren Psychotherapeutendichte bei weitem nicht aus, um ein ähnliches Niveau der bevölkerungsbezogenen Fallhäufigkeit zu erreichen wie in den Vergleichsregionen.“ (IGES, 2017, S. 103)

Aus der niedrigen Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet resultiert, dass die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz im Ruhrgebiet im Mittel um 2 Monate länger ist als im Bundesdurchschnitt. Bundesweit warten Menschen durchschnittlich rund 6 Monate, im Ruhrgebiet fast 8 Monate auf den Beginn einer Psychotherapie. Diese Ergebnisse der Wartezeitenstudie der BPTK aus dem Jahr 2011⁵ dürften sich bis heute nicht wesentlich verändert haben, da bisher keine Anpassung der Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet vorgenommen worden ist.

- **Vorschlag des GKV-Spitzenverbands**

Trotz der eindeutigen Ergebnisse des Gutachtens, die die massive psychotherapeutische Unterversorgung im Ruhrgebiet belegen, lehnt der GKV-Spitzenverband jegliche Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Ruhrgebiet ab.

³ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

⁴ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

⁵ BPTK (2011). Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Abrufbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf

Auch wenn der GKV-Spitzenverband die Aufgabe hat, die Begrenzung der finanziellen Mittel im Auge zu behalten, mutet ein Beschlussvorschlag, der sich angesichts der offensichtlichen Versorgungsprobleme im Ruhrgebiet auf eine reine Ablehnung ohne Alternative beschränkt, jedoch zynisch an. Es stellt sich auch die Frage, warum der GKV-Spitzenverband der Einholung eines mit Versichertengeldern finanzierten Gutachtens zustimmt, wenn er dessen Ergebnisse schlicht ignoriert und ohne weitere fachliche Begründung einen offensichtlich nicht hinnehmbaren Status quo verteidigt.

- **Vorschlag der KBV, der Patienten- und der Ländervertreter**

Die BPtK begrüßt, dass KBV, Patientenvertreter und Ländervertreter für die Arztgruppe der Psychotherapeuten Änderungsbedarf erkennen und versuchen, eine Lösung zu finden. Allerdings greift das mehr oder weniger willkürlich gewählte Verfahren einer durchschnittlichen Abstandsbildung zwischen den Verhältniszahlen des Kreistyps 1 und des Kreistyps 6 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und eine anschließende Multiplikation des Faktors mit der Verhältniszahl der Psychotherapeuten des Typs 1 deutlich zu kurz. Zudem setzt der Vorschlag nicht auf den korrigierten Verhältniszahlen der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf, wie sie die Patienten- und Ländervertreter vorgeschlagen haben. Der erforderliche Anpassungsbedarf bei diesen Arztgruppen im Ruhrgebiet wird entsprechend nicht berücksichtigt. Insgesamt führt der Vorschlag zu keiner hinreichenden Annäherung an den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.

Der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern, für die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Ruhrgebiet eine einheitliche Verhältniszahl von 4.813 festzulegen, würde zu einem Zuwachs von 193 Psychotherapeutensitzen führen. Damit bleibt die Versorgungsdichte im Ruhrgebiet weit unterhalb derer in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet. Im Rheinland stehen 41 und im Rhein-Main-Gebiet 43,4 Psychotherapeutensitze pro 100.000 Einwohner zur Verfügung (IGES, 2017). Im Ruhrgebiet würden entsprechend des Vorschlags von KBV, Patienten- und Ländervertretern rund 24 Psychotherapeutensitze pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen.

Würde der Beschlussentwurf umgesetzt, würden zum Beispiel in drei Planungsbereichen (Bochum, Dortmund und Ennepe-Ruhr-Kreis) keine neuen Niederlassungsmöglichkeiten ausgewiesen. In diesen Planungsbereichen könnten die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz demnach nicht reduziert werden. Psychisch kranke Menschen müssten dort unverändert auch in Zukunft im Durchschnitt fast 6 Monate auf den Beginn einer

Psychotherapie warten.⁶ In 4 weiteren Planungsbereichen (Mühlheim an der Ruhr, Bottrop, Hagen und Herne) würden weniger als 10 Psychotherapeutenplätze zusätzlich ausgewiesen werden. Auch hier wäre daher nicht mit einer substantiellen Abnahme der Wartezeiten zu rechnen. Insgesamt würde das Ziel verfehlt, die Versicherten im Ruhrgebiet vergleichbar mit denjenigen in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet zu versorgen.

Der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern verfehlt demnach das Ziel, die notwendigen Korrekturen vorzunehmen, die durch das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten aufgezeigt werden. Das Ziel, die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet zu beenden und ein psychotherapeutisches Versorgungsniveau sicherzustellen, das dem in den Vergleichsregionen entspricht, kann mit diesem Vorschlag nicht erreicht werden.

4. Gleiche Chance auf Behandlung wie in Vergleichsregionen

Psychisch kranke Menschen im Ruhrgebiet haben Anspruch auf eine annähernd gleiche Versorgung wie psychisch kranke Menschen in vergleichbaren Regionen. Ohne sachlichen Grund dürfen sie nicht schlechter gestellt werden. Wenn der G-BA sich entscheidet, das Ruhrgebiet abweichend von der allgemeinen Systematik zu planen, dann müssen psychisch kranke Menschen im Ruhrgebiet wenigstens so behandelt werden wie in den Vergleichsregionen. Aktuell ist die Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet nur halb so hoch wie in den Vergleichsregionen. Daran würde auch der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern zur Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wenig ändern. Die Psychotherapeutendichte würde sich im Ruhrgebiet lediglich von etwa 20 auf rund 24 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner erhöhen.

Dem G-BA als untergesetzlichem Normgeber steht eine weite Einschätzungsprärogative zu. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Entscheidungen keiner sachlichen Grundlage bedürfen. Vielmehr erfordert eine rechtmäßige Entscheidung, dass der Normgeber auf Grundlage der ihm zur Verfügung stehenden Daten entscheidet und sich auch erkennbar damit auseinandersetzt. Das Gutachten zeigt, dass für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit im Ruhrgebiet 35 Prozent⁷ niedriger liegt

⁶ Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie: Bochum: 21,8 Wochen; Dortmund: 25,0 Wochen; Ennepe-Ruhr-Kreis: 24,5 Wochen (vgl. BPtK-Wartezeitenstudie, 2011).

⁷ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

als in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet, ohne dass es im Ruhrgebiet einen niedrigeren Behandlungsbedarf gibt. Demnach können im Ruhrgebiet mehr als ein Drittel weniger psychisch kranke Patienten behandelt werden als in den beiden Vergleichsregionen, weil es im Ruhrgebiet zu wenige Psychotherapeuten gibt.

Wenn der G-BA sich entscheidet, das Ruhrgebiet abweichend von der allgemeinen Systematik zu planen, muss er sicherstellen, dass Patienten im Ruhrgebiet annähernd so versorgt werden können wie in vergleichbaren Regionen. Er kann diesen Umstand nicht ignorieren und, ohne sich damit auseinanderzusetzen, einen Berechnungsweg wählen, der zu einem völlig unzureichenden Ergebnis führt. Um im Ruhrgebiet zumindest die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit wie in den Vergleichsregionen erreichen zu können, müssten zusätzlich zu den aktuell 1.015 weitere 547 Psychotherapeutensitze ausgewiesen werden. Dies entspricht einer Verhältniszahl von 3.607. Das sind 354 Psychotherapeutensitze mehr als von KBV, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagen.

Bei diesem Vorschlag muss jedoch berücksichtigt werden, dass damit die überdurchschnittlichen Fallzahlen der psychotherapeutischen Praxen im Ruhrgebiet im Vergleich zu den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (+30 Prozent⁸) und die geringere Leistungsintensität pro Patient (-12 Prozent⁹) weiterhin hingenommen würden. Dies würde bereits dem Prinzip einer vergleichbaren Versorgung von Patienten innerhalb und außerhalb des Ruhrgebiets zuwiderlaufen. In diesem Sinne halten die Gutachter fest:

„Hieraus lassen sich zwar keine unmittelbaren Rückschlüsse auf eine verminderte Behandlungsqualität ziehen, aber angesichts der deutlichen Hinweise auf eine überdurchschnittliche Morbidität der Bevölkerung im Ruhrgebiet ist dieser Befund zumindest kritisch zu hinterfragen.“ (IGES, 2017, S. 108)

Hinzu kommt, dass die Morbiditätslast im Ruhrgebiet höher ist als in vergleichbaren Regionen und damit grundsätzlich von einem höheren Versorgungsbedarf auszugehen ist. So konstatieren die Gutachter:

„Das Ruhrgebiet weist auch bei den soziodemografischen und sozioökonomischen Indikatoren des Versorgungsbedarfs gegenüber den Vergleichsregionen

⁸ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

⁹ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

durchweg ungünstigere Ausprägungen auf, die grundsätzlich auf einen höheren Versorgungsbedarf hindeuten.“ (IGES, 2017, S. 61)

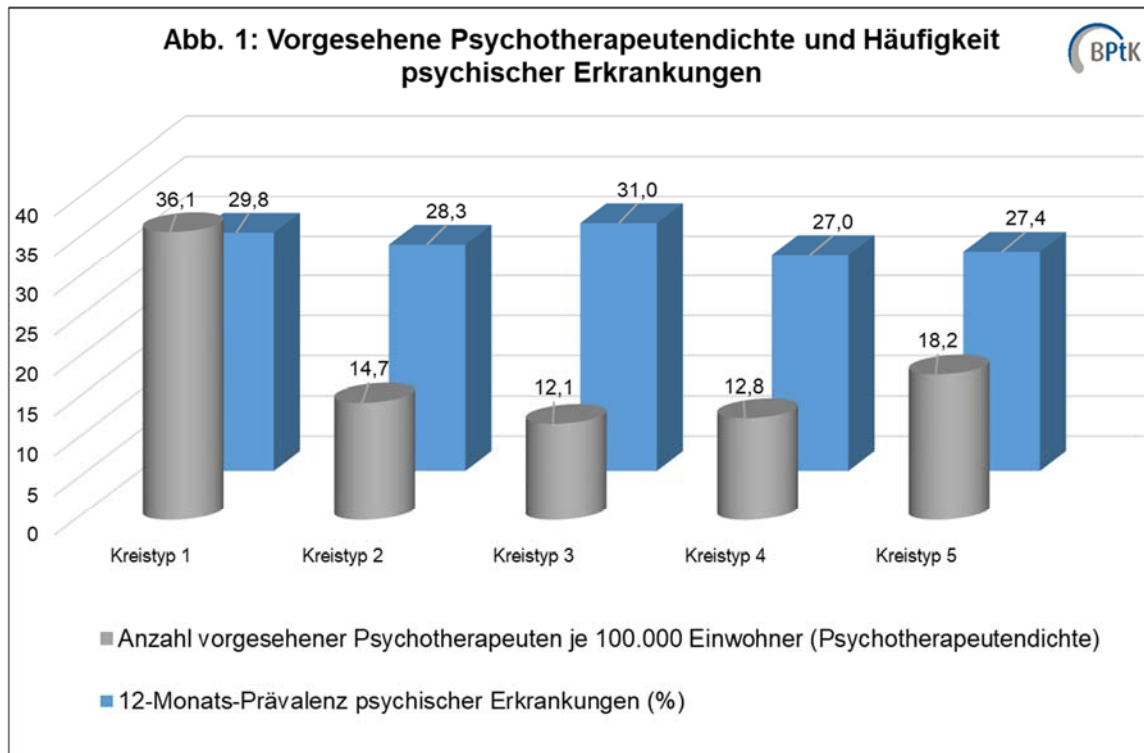
„Diese Anzeichen für einen erhöhten Versorgungsbedarf verstärken tendenziell die einschränkende Wirkung der geringeren Arzt- und Psychotherapeuten-dichte im Ruhrgebiet auf den Zugang zur Versorgung und wirken einer Kompensation durch höhere Fallzahlen (je Arzt und je Einwohner) entgegen.“ (IGES, 2017, S. 103)

Will der G-BA die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet beenden und die Ergebnisse und Vorschläge des von ihm in Auftrag gegebenen Gutachtens adäquat umsetzen, so reicht eine Verhältniszahl von 4.813, wie von KBV, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagen, nicht aus. Damit im Ruhrgebiet eine bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit wie in den Vergleichsregionen erreicht werden kann, muss eine **Verhältniszahl von 3.607** vorgesehen werden. Zudem sollte die Sonderregion Ruhrgebiet weiterhin als das bezeichnet werden, was sie ist: eine Sonderregion und kein eigener Typ.

5. Bedarfsplanung an der Morbidität ausrichten

Die Beibehaltung der kreistypenspezifischen Verhältniszahlen und die Anpassung der Verhältniszahl für das Ruhrgebiet können nur ein erster Schritt sein, die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet zu beenden und dort zumindest eine Versorgung sicherzustellen, wie sie psychisch kranken Menschen in vergleichbaren Regionen zur Verfügung steht. Grundsätzlich ist eine Abkehr von unterschiedlichen Kreistypen im Rahmen der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten notwendig. Die geringen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen, die sich aus den bevölkerungsrepräsentativen Morbiditätsdaten des Zusatzmoduls zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) ergeben¹⁰, stehen nicht im Einklang mit der extremen Spreizung der Verhältniszahlen, wie sie aktuell in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehen ist (vgl. Abbildung 1).

¹⁰ Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.



Quelle: Daten aus IGES & Jacobi, 2016; eigene Darstellung der BPtK.

Wie eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung gelingen kann, hat die BPtK in einem Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung gezeigt.¹¹ Demnach sollte für das Ruhrgebiet eine einheitliche Verhältniszahl festgelegt werden, die sich auch für das übrige Bundesgebiet als Ausgangspunkt für die Bedarfsplanung eignet (Bundeseinheitliche Verhältniszahl in der Höhe von 3.300).

Diese bundeseinheitliche Verhältniszahl sollte entsprechend der regionalen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen angepasst werden. Anhand der bevölkerungsrepräsentativen Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen der DEGS1-MH-Studie¹² hat IGES in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi¹³ einen Bedarfsindex entwickelt, mit dem unter Zuhilfenahme von soziodemografischen Daten die Häufigkeit psychischer Erkrankungen je Planungsbereich geschätzt werden kann. Die Abweichung der Häufigkeit

¹¹ Kurzfassung abrufbar unter <http://www.zi-hsrc-berlin.de/presentations/14%20September/B3-22%20Unger.pdf>.

¹² Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.

¹³ IGES & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutesitze. Abrufbar unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15656/e15657/e15659/attr_obj15660/IGES_Publication_Psychotherapeutesitze_WEB_ger.pdf.

psychischer Erkrankungen in den Planungsbereichen von der bundesdurchschnittlichen Prävalenz wird im Sinne eines psychotherapeutischen Mehr- oder Minderbedarfs definiert. So ergeben sich für das Ruhrgebiet Abweichungen im psychotherapeutischen Versorgungsbedarf durch Unterschiede in der Morbiditätsstruktur von minus 9,5 Prozent (Mühlheim an der Ruhr) bis plus 11,4 Prozent (Duisburg). Diese Unterschiede stellen das Konzept infrage, das Ruhrgebiet als Sonderregion mit einer einheitlichen Verhältniszahl zu planen.

Darüber hinaus werden in dem Konzept der BPtK die Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen über Berufspendlerbewegungen¹⁴ sowie die Unterschiede in der Nachfrage nach Hilfe wegen psychischer Beschwerden je Urbanisierungsgrad (vgl. Daten der DEGS1-MH-Studie¹⁵) bei der Berechnung der Verhältniszahlen für jeden einzelnen Planungsbereich berücksichtigt. Entsprechend des Konzepts der BPtK würden die Verhältniszahlen für die Planungsbereiche des Ruhrgebiets zwischen 2.656 für den Planungsbereich Essen und 3.768 für den Planungsbereich Wesel schwanken. In Abbildung 2 ist beispielhaft für diese beiden Planungsbereiche die Anwendung der einzelnen Elemente des BPtK-Konzepts dargestellt.

¹⁴ Die Ein- und Auspendlerquote der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten findet sich auf Kreisebene in der INKAR-Datenbank (www.inkar.de).

¹⁵ Mack, S. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 289-303.

**Abb. 2: Beispielhafte Anwendung des BPtK-Konzepts für eine Reform der
Bedarfsplanung für zwei Planungsbereiche im Ruhrgebiet**



	Kreisfreie Stadt Essen	Kreis Wesel
	EVZ _{Bund} = 3.300	EVZ _{Bund} = 3.300
+ Korrektur für regionale Morbiditätsunterschiede (Bedarfsindex; IGES & Jacobi, 2016)	+ 8,2 % VZ = 3.049	- 6,4 % VZ = 3.525
+ Korrektur für Mitversorgungseffekte (geschätzt über Berufspendlerströme; INKAR-Datenbank; www.inkar.de)	+ 5,4 % VZ = 2.892	- 6,4 % VZ = 3.768
+ Korrektur für höhere Versorgungsnachfrage mit steigendem Urbanisierungsgrad (vgl. DEGS1-MH; Mack et al., 2014)	+ 8,9 % <u>VZ = 2.656</u>	0 % <u>VZ = 3.768</u>

Quelle: Berechnungen auf Grundlage des Konzepts zur Bedarfsplanung der BPtK, 2017.

Mit dem BPtK-Konzept kann der gesetzgeberische Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) für eine gleichmäßigere und bedarfsgerechtere psychotherapeutische Versorgung unter Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur umgesetzt werden. Es würde insbesondere zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in ländlicheren Regionen sowie im Ruhrgebiet führen. Im Ruhrgebiet würden 755 Psychotherapeutensitze zusätzlich ausgewiesen werden.