

GKV-Versorgungsgesetz

Richtige Weichenstellung für eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen notwendig

BPTK-Standpunkt vom 24.01.2011

Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen steigt

- **Die moderne Gesellschaft fordert ihren Tribut:** Fast jeder dritte Erwachsene in Deutschland erkrankt jährlich an einer psychischen Störung. Die hohe Erkrankungsrate spiegelt sich auch in den ambulanten und stationären Behandlungsdagnosen wider. Noch erschreckender ist der Befund, dass nur jeder zehnte psychisch Erkrankte eine „adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien“ erhält. Diese Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys, 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.
- **Es gibt eine dramatische Unterversorgung:** 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. Selbst in angeblich gut versorgten Großstädten warten die Patienten manchmal wochenlang auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten.
- **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.

Strukturelle Mängel der bisherigen Bedarfsplanung korrigieren

- Die bisherige Bedarfsplanung kann eine angemessene und ausreichende Versorgung der Menschen nicht sicherstellen. Sie ist nicht in der Lage, dem steigenden Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.
- Die ambulante Bedarfsplanung geht bisher davon aus, dass das historische Niederlassungsverhalten von Vertragsärzten und -psychotherapeuten der zentrale Indikator für den Versorgungsbedarf ist. Sie ist retrospektiv ausgerichtet und daher nicht in der Lage, auf die Veränderungen im Versorgungsbedarf adäquat zu reagieren.
- Die Verhältniszahlen für die Zulassung psychotherapeutischer Praxen basieren auf dem Versorgungsangebot vom 31. August 1999. Schon dieses Angebot wurde dem tatsächlichen Versorgungsbedarf bei psychischen Krankheiten nicht gerecht. Anders als Vertragsärzte arbeiteten Psychotherapeuten bis 1999 im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren. Praxisgründungen fanden nicht im Kontext planbarer und stabiler Rahmenbedingungen statt, wie dies für Vertragsärzte seit Langem Standard war. Stabile Rahmenbedingungen für die Gründung psychotherapeutischer Praxen wurden erst durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz etabliert.
- Die Versorgung mit psychotherapeutischen Praxen weist ein eklatantes Gefälle zwischen Stadt und Land auf. Die Chance von Menschen, einen Psychotherapieplatz zu erhalten, ist im ländlichen Raum neunmal geringer als in Kernstädten. Dieses Ungleichgewicht ist vom Bedarf her nicht zu begründen. Erhebungen des Bundesgesundheits surveys zeigen, dass die psychische Morbidität zwischen Stadt und Land nicht annähernd so unterschiedlich ist, wie die bisherige Bedarfsplanung annimmt.
- Im Modell der retrospektiven Strukturplanung kann die Versorgung nicht morbiditätsorientiert verbessert werden, da nur die Inanspruchnahme von Leistungen berücksichtigt wird. Wo keine entsprechenden Praxen vorhanden sind, können aber auch keine Leistungen in Anspruch genommen werden.

- Neue Elemente in der Bedarfsplanung, wie z. B. der Demografiefaktor, gehen davon aus, dass sich der Versorgungsbedarf unterschiedlicher Altersgruppen nicht ändert. Psychische Krankheiten waren jedoch jahrzehntelang stigmatisiert. Psychotherapie wird deshalb von älteren Menschen bisher kaum in Anspruch genommen. Dies wird sich deutlich ändern, wenn die Jahrgänge, die jetzt Psychotherapie in Anspruch nehmen, dies auch im Alter verstärkt tun werden. Gleichzeitig führen überholte Altersbilder derzeit noch dazu, dass bei älteren Menschen psychische Krankheiten nicht erkannt werden oder eine eigentlich notwendige, evidenzbasierte Behandlung nicht empfohlen wird. Tatsächlich sind psychische Krankheiten bei älteren Menschen genauso häufig wie in anderen Altersgruppen. Bisher liegt der Anteil der Menschen zwischen 60 und 69 Jahren in psychotherapeutischen Praxen jedoch bei lediglich 5,2 Prozent, Menschen über 69 Jahre sind mit 1,3 Prozent noch stärker unterrepräsentiert.
- Auch die Zunahme von chronisch und multimorbid erkrankten Patienten verändert die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Versorgung. Insbesondere bei chronischen und schweren psychischen Erkrankungen brauchen Patienten sektor- und berufsgruppenübergreifend konzipierte Behandlungsangebote. Eine sektorale Planung kann diesen Anforderungen nicht gerecht werden.

Mit Versorgungszielen prospektiv planen

- 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 und vor allem für die notwendigen Versorgungskapazitäten im ambulanten und stationären Bereich ableiten.
- Eine Steuerung der Versorgung über Versorgungsziele ermöglicht eine stärkere Orientierung an den Interessen der Patienten. Die Qualität der Versorgung ist nur zum Teil an Behandlungskapazitäten festzumachen. Für Patienten sind außerdem abgestimmte, qualitätsgesicherte Versorgungsprozesse und Behandlungsergebnisse maßgebliche Faktoren.

Weichen für eine prospektive integrierte Rahmenplanung stellen

- Ein GKV-Versorgungsgesetz sollte die ambulante, arztgruppenspezifische Strukturplanung ergänzen um eine prospektive Steuerung über prozess- und ergebnisorientierte Versorgungsziele. Vorrangig sind Bereiche, in denen aufgrund des demografischen Wandels, bekannter Versorgungsdefizite oder der Notwendigkeit einer integrierten Versorgung besonderer Handlungsbedarf besteht. Der Gemeinsame Bundesausschuss benennt – wie bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – turnusmäßig prioritäre Handlungsfelder und legt dazu ein Verfahren fest.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt Kriterien, Verfahren und Maßstäbe für die Vereinbarung von Versorgungszielen auf Landesebene. Er macht Vorgaben für das Verfahren der Berücksichtigung von Versorgungszielen in der ambulanten Bedarfsplanung.
- Auf gesetzlicher Grundlage werden auf Landesebene Arbeitsgemeinschaften gebildet, die mit der Vereinbarung und Operationalisierung von Versorgungszielen beauftragt werden. Darin sollten neben den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung die Bundesländer, Patientenvertreter und die Heilberufekammern der Ärzte und Psychotherapeuten vertreten sein.
- Der Gesetzgeber verpflichtet die Arbeitsgemeinschaft, den Erfordernissen eines transparenten und vor allem partizipativen Verfahrens Rechnung zu tragen. Die Arbeitsgemeinschaften sollten ihre Konzepte der Öffentlichkeit vorstellen. Die Bürger sollten über ein schriftliches oder mündliches Anhörungsverfahren Rückmeldungen (regionale Gesundheitskonferenzen) geben können, die bei der Entscheidungsfindung der Arbeitsgemeinschaft zu berücksichtigen sind.
- Mit der konzeptionellen Entwicklung und Umsetzung der Planungsgrundlagen für die Arbeitsgemeinschaften beauftragt der Gemeinsame 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.

- Die Arbeitsgemeinschaften treffen Vereinbarungen auf der Grundlage einer berufsgruppen- und sektorübergreifenden Darstellung des regionalen Versorgungsangebotes und der Analyse regionaler Versorgungsmuster.
- Die Arbeitsgemeinschaften können z. B. vereinbaren, innerhalb eines definierten Zeitraums den Anteil von Menschen mit mittelgradigen oder schweren Depressionen, die leitliniengerecht versorgt werden sollen, auf einen bestimmten Prozentsatz zu erhöhen. Wie hoch der Anteil der leitliniengerecht versorgten Patienten sein sollte, kann z. B. vor dem Hintergrund der regionalen Varianz vereinbart werden. Dafür wird der Status quo der Zielerreichung landes- oder planungsbereichsübergreifend dargestellt.
- Die aus den Versorgungszielen abgeleiteten Maßnahmen werden sich sowohl auf den Vertragsbereich als auch auf die jeweilige sektorspezifische Bedarfsplanung beziehen. Anders als bei der derzeitigen retrospektiven Strukturplanung lässt sich für den ambulanten Bereich die Anzahl der planungsbereichsbezogenen Praxis-sitze nicht mehr rein rechnerisch aus Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ableiten. Für eine prospektive Steuerung wird es notwendig, verschiedene Aspekte gegeneinander abzuwägen und vor diesem Hintergrund zu Vereinbarungen zu kommen, die Eingang in die jeweils sektorspezifische Bedarfsplanung finden müssen. Gleichzeitig wird es notwendig, fortlaufend zu überprüfen, inwieweit die den Vereinbarungen zugrundeliegenden Ziele erreicht wurden.
- In regelmäßigen Abständen evaluiert das beauftragte unabhängige Institut die Folgen der Entscheidungen der Arbeitsgemeinschaften für die Versorgung, damit diese zielorientiert überprüft werden.
- Die Kompetenzen der Landesausschüsse werden erweitert. Sie können künftig nach Maßgabe der aus den regionalen Versorgungszielen abgeleiteten Vorschläge die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen modifizieren bzw. Zulassungen im Rahmen des lokalen Versorgungsbedarfs oder des qualitativen Sonderbedarfs

vorsehen. Die Länder stellen in den Landeskrankenhausgesetzen und in den Verfahren zur stationären Bedarfsplanung die Umsetzung der dahingehenden Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaften sicher.

Kurzfristige Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie notwendig

- Da ein prospektives Planungsverfahren nur schrittweise das derzeitige System der Bedarfsplanung ergänzen kann, sollte ein GKV-Versorgungsgesetz insoweit auch das sektoral-retrospektiv ausgerichtete Bedarfsplanungssystem in den Blick nehmen.
- Für eine schnelle Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen zentrale Aspekte sind dabei neben einer Neuberechnung der bundeseinheitlichen Verhältniszahlen die Korrektur der Verhältniszahlen für strukturschwache bzw. ländliche Kreise, die Erfassung des realen Versorgungsangebotes sowie mit Blick auf die zunehmende Feminisierung der Gesundheitsberufe eine ausreichende Flexibilisierung der Rahmenbedingungen, um es Ärzt(inn)en und Psychotherapeut(inn)en zu ermöglichen, ganze bzw. halbe Versorgungsaufträge vollumfänglich zu erfüllen.