Psychotherapeuten: Bedarf, Nachfrage, Angebot

Modell einer prävalenzadjustierten Bedarfsplanung

Die psychotherapeutische Versorgung ist in Deutschland im Vergleich zu vielen Nachbarländern gut. So konzentriert sich das psychotherapeutische Angebot in Österreich oder Großbritannien weitgehend auf die großen Städte und muss in vielen europäischen Ländern aus eigener Tasche bezahlt werden (Bühring). Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind allerdings auch in Deutschland ein Problem (BPtK); und die Hälfte der Psychotherapeuten praktiziert in Großstädten, wo aber nur ein Viertel der Bevölkerung lebt. Um dieser Situation zu begegnen, hat der Gesetzgeber im Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) von 2015 den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Bedarfsplanung zu überarbeiten. Bis zum 1. Januar 2017 soll eine bedarfsgerechtere Versorgung ermöglicht werden – insbesondere in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung. Hierzu hat der Gesetzgeber dem G-BA konkrete Vorgaben gemacht: Er soll unter Berücksichtigung der Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung die Verhältniszahlen überprüfen und hierbei die demografische Entwicklung und die Morbiditäts- und Sozialstruktur berücksichtigen.

>> In einer von der Bertelsmann Stiftung und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemeinsam in Auftrag gegebenen Studie hat das IGES Institut untersucht, wie sich die verschiedenen Maßnahmen auf die regionale Verteilung der Psychotherapeutensitze auswirken und welche Indikatoren für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung relevant sind. Dazu wurden von Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin) auch epidemiologische Daten aus dem „Modul zur Psychischen Gesundheit" der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" des Robert Koch-Instituts (RKI) ausgewertet, um auf Basis der regionalen Verbreitung psychischer Störungen Anhaltspunkte für eine bedarfsgerechtere Planung von Psychotherapeutensitzen zu erhalten (Kasten rechts unten).

Instrumente der Bedarfsplanung

In einem ersten Abschnitt der Studie wurden die Effekte von Modifikationen innerhalb der bestehenden Bedarfsplanung untersucht, die bereits von unterschiedlichen Akteuren in der Diskussion eingebracht wurden:

1. **Gesetzgeber:** Kleinräumige Bedarfsplanung (nicht auf Kreis-, sondern auf Gemeindeebene)
2. **BPtK:** Verschiebung des Stichtages für die Bedarfsplanung auf den 31.12.2004 in Verbindung mit der Eingrenzung der Berechnungsgrundlage für die bedarfsgerechte Gesamtzahl der Psychotherapeuten auf Westdeutschland
3. **Bertelsmann Stiftung:** Einführung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl (statt regionstypenspezifischer Verhältniszahlen)

Würde man den zweiten Vorschlag umsetzen, könnte mit knapp 6.000 Psychotherapeutensitzen mehr geplant werden als in der derzeit geltenden Bedarfsplanung. Im Vergleich zum Status quo würde die Zahl der überversorgten Kreise (Versorgungsgrad: 140 Prozent und mehr) von derzeit gut 4.400 auf ca. 1.200 Sitze sinken. An der regional unausgewogenen Verteilung der Psychotherapeutensitze würden diese Maßnahmen jedoch nichts ändern. Im Gegenteil: verglichen mit der aktuellen Bedarfsplanung würden sich noch mehr Psychotherapeuten in den Großstädten konzentrieren (s. Abb. 1 Zeile 4.).

Das Gleiche gilt auch für die nach VSG zu prüfende kleinräumige Bedarfsplanung. Derzeit werden Psychotherapeutensitze auf Kreisebene geplant. Erfolgte die Planung wie bei den Hausärzten auf Gemeindeebene, würde dies an der regionalen Ungleichverteilung nichts ändern (s. Abb. 1 Zeile 5.). Das liegt vor allem daran, dass in der aktuellen Bedarfsplanung für Fachärzte je nach Regionstyp (z. B. Großstadt oder ländlicher Raum) unterschiedliche Verhältniszahlen gelten: Danach ist ein Psychotherapeut auf dem Land für fast doppelt so viele Einwohner (5.953) zuständig wie in der Großstadt (3.079). Nur die Einführung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl würde zu einer regional ausgewogenen Verteilung der Psychotherapeutensitze führen (s. Abb. 1 Zeile 4.

Faktoren für Prävalenzunterschiede

Aber entspräche eine regionale Gleichverteilung auch dem psychotherapeutischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung? Um dieser Frage nachzugehen, hat die Studie in einem zweiten Abschnitt Daten aus dem RKI-Gesundheitssurvey (DEGS1-MH) ausgewertet. Ziel der Untersuchung war es, die Indikatoren aus der soziodemografischen Bevölkerungsstatistik zu identifizieren, die signifikant mit der Verbreitung psychischer Störungen (Prävalenz) korrelieren. Es ging also darum herauszufinden, welche Faktoren als Prädiktoren für die Prävalenz psychischer Störungen fungieren können. Als relevant erwiesen sich die demografischen Faktoren Alter und Geschlecht sowie die sozio-ökonomischen Faktoren Bildung und Erwerbsstatus.

Alter und Geschlecht (demografische Faktoren)

Die Prävalenz psychischer Störungen nimmt mit dem Alter ab: Bei Menschen über 65 ist die Verbreitung entsprechender Diagnosen – ausgenommen kognitive Einschränkungen und Multimorbiditäten – um ein Drittel geringer als bei

Kritik der Kammer an der Bedarfsplanung der Psychotherapeutensitze

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 konnten Psychotherapeuten erstmals eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (Kassenzulassung) beantragen. Sie wurden dadurch in die ambulante Bedarfsplanung einbezogen. Als Grundlage für die Bedarfsplanung wurden alle Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst, die bis zum 31.08.1999 rechtswirksam zugelassen waren. Nicht alle Psychotherapeuten, die vor dem Psychotherapeutengesetz schon tätig waren, konnten jedoch innerhalb eines halben Jahres rechtskräftig zugelassen werden. Zum Stichtag 31.08.1999 befanden sich noch über 5.000 Anträge auf Zulassung im Genehmigungsverfahren. Somit spiegelt nach Einschätzung der BPtK die Grundlage der Bedarfsplanung die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 nicht adäquat wider.
Darüber hinaus wird für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das der Bedarfsplanung zugrunde liegende Verhältnis „Psychotherapeut je 100.000 Einwohner" auf Basis der gesamtdeutschen Zahlen ermittelt und nicht, wie für die anderen Facharztgruppen, nur auf Grundlage der Verhältnisse in Westdeutschland. In den neuen Bundesländern war die ambulante psychotherapeutische Versorgung jedoch 1999 noch im Aufbau und von daher als Maßstab für die weitere Planung nur bedingt geeignet. Auch darin sieht die BPtK eine strukturelle Verzerrung der Bedarfsplanung bei Psychotherapeuten.

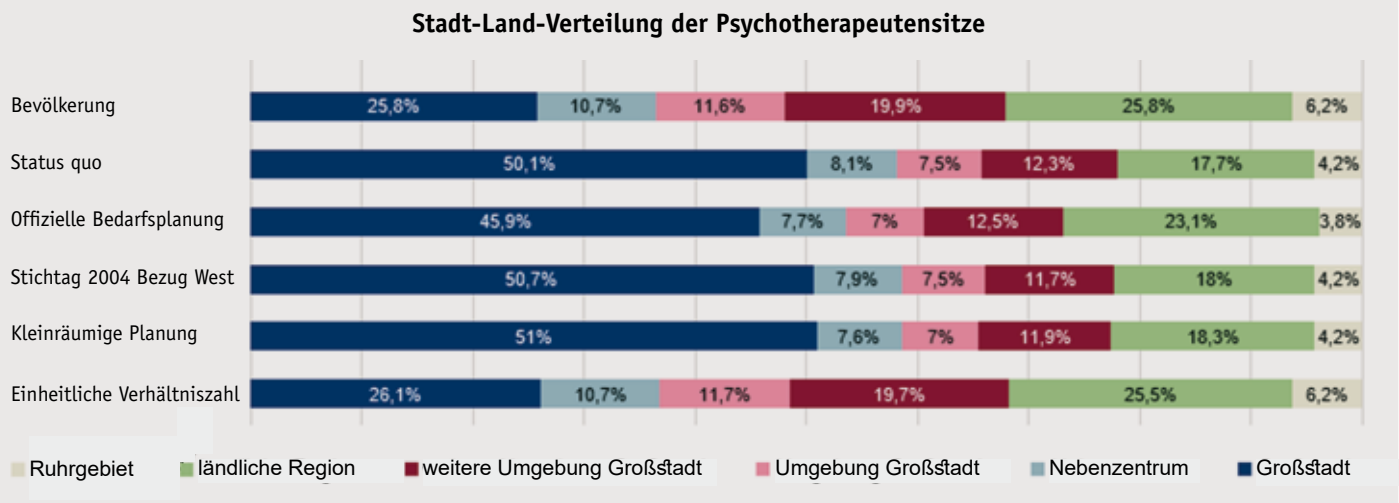


Abb. 1: Quelle: Albrecht



Abb. 2 und 3: Quelle: Albrecht

den unter 65-Jährigen und halbiert sich sogar, wenn man sie nur mit der Gruppe der 18-bis-34-Jährigen vergleicht (s. Abb. 2). Als mögliche Ursachen für die geringere Prävalenz im Alter werden folgende Hypothesen diskutiert:

- Der Wegfall einiger psychischer Belastungsfaktoren im Alter (z. B. beruflicher Verpflichtungen)
- Die Zunahme von Gelassenheit und „Weisheit" im Zusammenhang mit Widrigkeiten des Lebens
- Die Verschiebung des Fokus auf somatische Krankheiten und Multimorbidität

Allerdings ist die epidemiologische Prävalenz im Alter deutlicher höher als die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote vermuten lässt. So weisen die Abrechnungsdaten, die auch dem Demografiefaktor der offiziellen Bedarfsplanung zugrunde liegen, eine um das Siebenfache geringere Nachfrage der über 65-Jährigen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen aus. Wenn also die offizielle Bedarfsplanung von der Inanspruchnahme auf den Bedarf zurückschließt, so erscheint dies mit Blick auf die epidemiologischen Befunde zumindest fragwürdig.

Ferner bestätigen die RKI-Daten die bereits bekannten Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen. So liegt das Risiko für eine psychische Erkrankung bei Frauen fast doppelt so hoch wie bei Männern (s. Abb. 2).

Bildung und Erwerbsstatus (sozio-ökonomische Faktoren)

In Bezug auf die Bildung erweist sich im Vergleich zur Hochschulreife die mittlere Reife, aber vor allem das Fehlen eines Schulabschlusses als statistisch bedeutsamer Risikofaktor im Zusammenhang mit der Prävalenz psychischer Störungen (s. Abb. 3). Allerdings waren Personen ohne Schulabschluss in der Stichprobe nur sehr gering vertreten (2,4 % der Gesamtstichprobe, N=67), so dass dieser Befund mit Vorbehalt zu interpretieren ist. Als übliche Erklärung für einen gesundheitlichen Vorteil höherer Bildung werden diskutiert: das mit höherem Bildungsgrad assoziierte günstigere Gesundheitsverhalten sowie die höhere Kompetenz, sich medizinische Hilfe eigenständig zu organisieren.

Neben der Bildung stellt der Erwerbsstatus einen relevanten Risikofaktor für psychische Störungen dar. Arbeitslose haben ein zweieinhalbfach erhöhtes Erkrankungsrisiko im Vergleich zu Erwerbstätigen (s. Abb. 3). Dies entspricht nicht nur den Befunden vieler (auch längsschnittlichen) Studien in diesem Gebiet. Auch die Routinedaten der Krankenkassen weisen bei arbeitslosen Menschen eine etwa doppelt so hohe Zahl psychischer Diagnosen auf wie bei Versicherten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Übliche Erklärungsansätze fokussieren auf das Fehlen einer (Tages-) Struktur, sozialer bzw. zwischenmenschlicher Kontakte (u. a. positive Rückmeldungen) sowie den Mangel an Sinnhaftigkeit und materieller Sicherheit.

Der neue prävalenzadjustierte Bedarfsindex

Entsprechend ihrer Relevanz für die Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken wurden diese Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung und Erwerbsstatus sowie Einflüsse, die sich aus dem Regionstyp (z. B. Großstadt oder Land) ergeben, mittels eines Bedarfsindex' auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Er unterscheidet sich von seinen Vorläufern (Albrecht, et al., 2012; Albrecht, et al., 2015) dadurch, dass hier nur die für die psychischen Diagnosen relevanten Faktoren mit den entsprechenden statistischen Gewichten eingeflossen sind.

Dieser prävalenzadjustierte Bedarfsindex erlaubt es nun, auch die regionale Prävalenzverteilung genauer zu untersuchen. Das Vor-

kommen psychischer Störungen ist regional unterschiedlich ausgeprägt (s. Abb. 5). Der Anteil derer, die unter einer psychischen Störungen leiden, reicht je nach Kreis von 23,4 bis zu 31,8 Prozent. Das Spektrum der regionalen Prävalenzunterschiede erstreckt sich, gemessen am Bundesdurchschnitt, von minus 14,9 Prozent (Minderbedarf) bis zu plus 15,6 Prozent (Mehrbedarf). Der anhand des prävalenzadjustierten Index' vorgenommene regionale Vergleich erfasst die Bedarfsunterschiede genauer und streut somit deutlich stärker als beim allgemeinen Bedarfsindex (s. Abb. 6).

Prävalenzadjustierte Bedarfsplanung

Auf Grundlage der regionalen Prävalenzverteilung wurde abschließend untersucht, wie sich die Anwendung des Bedarfsindex' in Verbindung mit einer einheitlichen Verhältniszahl auf die Planung der Psychotherapeutensitze auswirkt. Legt man die Soll-Gesamtzahl der gegenwärtigen Bedarfsplanung zugrunde, ergibt sich eine einheitliche Verhältniszahl von 5.419 Einwohnern je Psychotherapeuten (bezogen auf einen Versorgungsgrad von 100 Prozent). Würde diese einheitliche Verhältniszahl zugrunde gelegt und würden darüber hinaus die regionalen Bedarfsunterschiede nach dem prävalenzadjustierten Bedarfsindex für psychische Erkrankungen berücksichtigt, käme es zu einer umfangreichen Umverteilung der Plansitze von den Großstadtzentren ins Umland sowie die ländlichen Regionen. Das Ergebnis wäre eine gleichmäßigere Verteilung der geplanten Sitze über die Kreistypen hinweg. Anders als bei der gegenwärtigen Versorgung (Abb. 7, linke Karte) oder der aktuellen Bedarfsplanung (Abb. 7, mittlere Karte) fielen die verbleibenden Unterschiede in der Versorgungsdichte wesentlich geringer aus und wären ausschließlich durch regionale Prävalenzunterschiede begründet (Abb. 7, rechte Karte).

Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn die Vorschläge der BPtK für eine erhöhte Gesamtzahl der Psychotherapeutensitze umgesetzt würden (s.o.). Die starke Konzentration von Psychotherapeuten in den Großstädten bliebe – wie oben schon gezeigt – erhalten, sofern an den regionstypenspezifischen Verhältniszahlen festgehalten würde. Erst die Zugrundelegung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl löst dieses Ungleichgewicht auf. Auf der Basis eines modifizierten Stichtags (31.12.2004) und des Bezugs nur auf Westdeutschland ergäbe sich eine geringere einheitliche Verhältniszahl von 3.988 Einwohnern je Psychotherapeuten und insofern eine insgesamt höhere Versorgungsdichte. Berücksichtigt man ferner den Bedarfsindex für psychische Erkrankungen, werden auch hier die regionalen Prävalenzunterschiede erkennbar, aber die Konzentration der Versorgung in den Großstädten würde aufgelöst.

Vergleich der einbezogenen Faktoren

Indikatoren		Bedarfs-planung	Bedarfsindex (allgemein)	Bedarfsindex (psych.)
demographisch	aktuelle Altersstruktur	✓	✓	✓
	Geschlecht	✓	✓	✓
	Alterungsentwicklung	✗	✗	✗
sozio-ökonomisch	Arbeitslosenquote	✗	✓	✓
	Bildungsabschluss	✗	✗	✓
	Haushaltseinkommen	✗	✓	✗
morbiditäts-bezogen	Zahl der Pflegebedürftigen	✗	✓	✗
	Mortalitätsrate	✗	✓	✗
	epidemiologische Daten	✗	✗	(✓)*

* epidemiologische Daten wurden methodisch zur Ermittlung der Faktoren herangezogen, fließen aber nicht direkt ein

Abb. 4: Vergleich der einbezogenen Faktoren (Bedarfsplanung, Bedarfsindex 2015, Bedarfsindex psych. 2016).

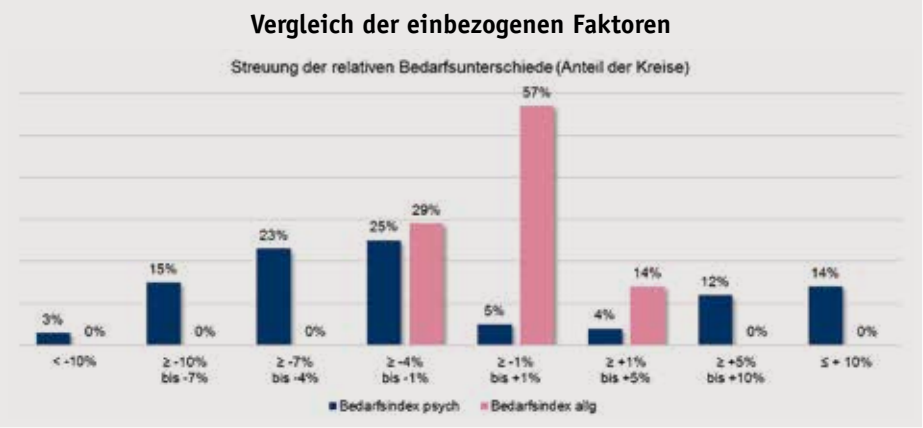


Abb. 6: Vergleich allgemeiner und prävalenzadjustierter Bedarfsindex

Fazit

Aus der Untersuchung lassen sich folgende Schlussfolgerungen thesenartig zusammenfassen:

1. Die Gewichtung des Faktors „Alter" in der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten sollte auf Basis der epidemiologischen Befunde überprüft werden. Die aufgrund der Inanspruchnahme festgestellte siebenfach geringere Nachfrage der über 65-Jährigen lässt sich nur zum Teil epidemiologisch erklären, da die Prävalenz der Senioren nur um ein Drittel geringer ist als die der

Literatur

Albrecht, M., Etgeton, S. & Ochmann, R., 2015. Faktencheck Gesundheit: Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte), Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
Albrecht, M., Nolting, D., Schliwen, A. & Schwinger, A., 2012. Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung, Berlin: IGES Institut.
Albrecht, M. et al., 2016. Bedarfsplanung Psychotherapeuten, Berlin: IGES Instutut.
BPtK, 2011. BPtK-Studie zu Wartenzeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer.
Bühring, P., 2011. Psychotherapie im Europäischen Vergleich: Deutschland gut aufgestellt. [Online] Available at: http://www.aerzteblatt.de/archiv/84549 [Zugriff am 08 11 2016].

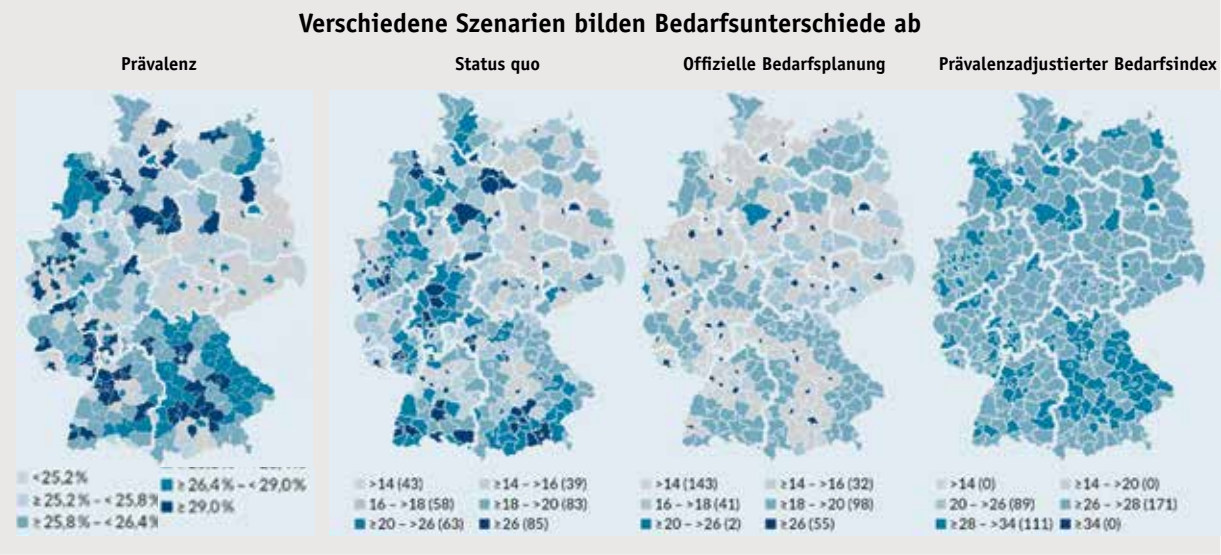


Abb. 5 und 7: Prävalenz sowie Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner bei gegenwärtiger Versorgung (IST), nach Bedarfsplanung (SOLL-SQ, 110%) und nach Bedarfsindex (BDI-neu, 110%) (Plankreise) 5, Bedarfsindex psych. 2016). Quelle: IGES

Jüngeren. Sie mag zwar zusätzlich von einem in dieser Generation mit Blick auf Psychotherapie eher zurückhaltenden Inanspruchnahmeverhalten herrühren. Ursächlich dürfte aber auch das gerade in ländlichen Regionen ausgedünnte Versorgungsangebot mit Psychotherapeuten sein, das es älteren Menschen schwerer macht, sich behandeln zu lassen. Hielte man somit weiterhin an der Nachfrage als Richtwert für das Angebot fest – wie dies in der gegenwärtigen Bedarfsplanung geschieht –, so würden letztlich auch angebotsinduzierte Nachfrageunterschiede durch eine mehr oder weniger zirkuläre Planung fortgeschrieben. Das wäre das Gegenteil von Bedarfsorientierung.

2. Da sich zwischen dem Regionstyp und der Prävalenz psychischer Störungen kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen lässt, sind regionstypenspezifische Verhältniszahlen epidemiologisch nicht zu rechtfertigen. Mögliche Mitversorgungsbeziehungen zwischen Großstadt und Umgebungsregionen, die als Grund für die differenzierten Verhältniszahlen herangezogen werden, sollten nicht einfach pauschal vorausgesetzt, sondern durch Studien über Erreichbarkeit und Patientenpräferenzen nachgewiesen werden. Auch die Analogie zu anderen Facharztgruppen trägt hier nur bedingt, da die Wahrnehmung einer Psychotherapie in der Regel mit Sitzungen im Wochenrhythmus verbunden ist. Für die Planung der Psychotherapeutensitze legt dies die Zugrundlegung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl nahe, von der dann begründet abgewichen werden kann.

3. Der prävalenzadjustierte Bedarfsindex für psychische Erkrankungen, der die Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung und Erwerbsstatus gewichtet nach ihrer Relevanz berücksichtigt, bildet die Bedarfsunterschiede besser ab als alle bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung. Er sollte daher Eingang in die künftige Bedarfsplanung der Psychotherapeutensitze finden. Darüber hinaus eröffnet die Nutzung sozio-demografischer Prädiktoren für die Bestimmung von Prävalenzunterschieden auch die Möglichkeit, die Planung vom Status quo zu emanzipieren und Entwicklungen nicht nur der Demografie datenbasiert zu prognostizieren. Erstmals ließen sich so die Angebotsstrukturen wirklich planen, wie es der Begriff „Bedarfsplanung" bisher nur suggeriert.

von:
Dr. Stefan Etgeton,
Senior Expert des Programms
„Versorgung verbessern – Patienten informieren"
der Bertelsmann Stiftung

Infos zur Studie

Die Studie gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil umfasst Analysen zur Veränderung des vorgesehenen psychotherapeutischen Versorgungsangebots, die sich ergibt, wenn Anpassungen an den der Bedarfsplanung zugrunde liegenden Verhältniszahlen vorgenommen werden. Zunächst wurden die Auswirkungen auf die vorgesehenen psychotherapeutischen Versorgungskapazitäten untersucht, die sich ergäben, wenn die im Rahmen der Bedarfsplanung geplante Gesamtzahl an Psychotherapeutensitzen auf Grundlage eines alternativen Stichtags und eines abweichenden regionalen Bezugs neu berechnet wird. Auf dieser Grundlage wurden die Auswirkungen einer kleinräumigeren Planung auf Mittelbereichsebene sowie der Einführung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl auf die regionale Verteilung der Psychotherapeutensitze untersucht.

Im zweiten Teil der vorliegenden Studie wurde der Bedarfsindex, den das IGES Institut ursprünglich im Rahmen eines Gutachtens für die Patientenvertreter im G-BA entwickelt und für den Faktencheck Ärztedichte der Bertelsmann Stiftung modifiziert hatte, für die Arztgruppe der Psychotherapeuten weiterentwickelt. Dabei wurden erstmals epidemiologische Daten zur Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung genutzt, die vom Robert Koch-Institut und der Technischen Universität Dresden erhoben wurden (DEGS1-MH-Studie). Damit konnten regionale Unterschiede des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs unabhängig von der aktuellen Versorgungslage (und damit evtl. Versorgungsdefiziten) gemessen werden. Auf Basis von Individualdaten (DEGS1-MH) wurden zunächst Analysen zum Zusammenhang zwischen der 12-Monats-Prävalenz des Auftretens einer psychischen Störung – als Schätzer für den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf – und sozioökonomischen Merkmalen durchgeführt. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Analysen wurde ein multivariates Regressionsmodell entwickelt, mit dem die Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung und relevanten sozioökonomischen Merkmalen quantifiziert und anschließend auf die regionale Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte als Planungsbereiche der psychotherapeutischen Bedarfsplanung (Plankreise gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL) zur Anpassung des Bedarfsindexes (INKAR-Daten) übertragen wurden. Die Ergebnisse erwiesen sich als robust hinsichtlich alternativer Modellspezifikationen sowie eines alternativen Ansatzes zur Abbildung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs auf Basis von Indikatoren der Krankheitsschwere (Fälle mit hohem Schweregrad der psychischen Erkrankung und besonderem Behandlungsbedarf.