

Konzept für eine bedarfsgerechtere Planung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Dr. Theresa Unger
Wissenschaftliche Referentin
Bundespsychotherapeutenkammer

Zi-Konferenz Versorgungsforschung „Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung“ | 13./14. September 2017 | Berlin

Gesetzgeber legt Grundstein für Reform der Bedarfsplanung

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (Juli 2015)

Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA):

- Reform der Bedarfsplanung bis Januar 2017
- Ziel:
 - „flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung“
 - „Verbesserungsmöglichkeiten sind insbesondere im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen“
- Überprüfung der Verhältniszahlen
- Einbezug von Morbiditäts- und Sozialstruktur
- Berücksichtigung der Möglichkeit zur kleinräumigen Planung

BPtK-Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung



Ziel

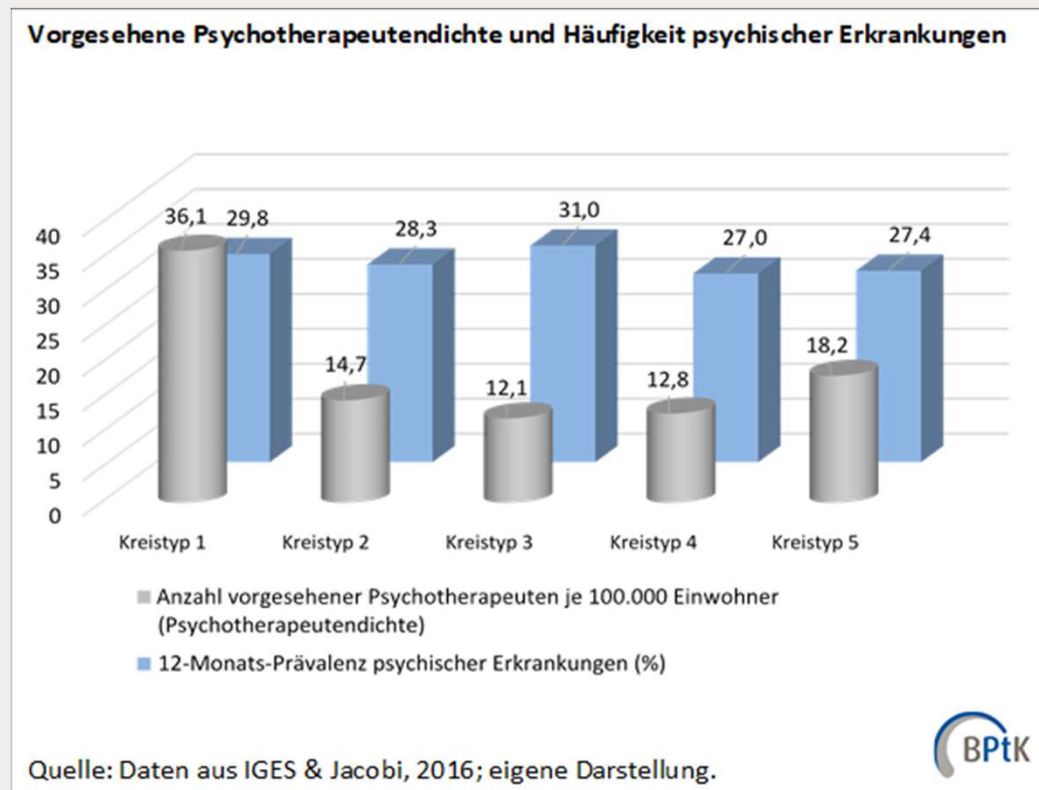
- Versorgung auf dem Land verbessern
- Adäquate Versorgung in Ballungszentren sichern

Elemente

1. Bundeseinheitliche Versorgungsdichte als Ausgangspunkt
2. Anpassungen je Planungsbereich anhand von Informationen zu
 - regionalen Unterschieden in Morbiditäts- und Sozialstruktur
 - Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen
 - regionalen Unterschieden in der Versorgungsnachfrage
3. Stärkung der regionalen Entscheidungsspielräume

Bundeseinheitliche Versorgungsdichte als Basis

- Morbiditätsstruktur korrespondiert nicht mit Spreizung der Verhältniszahlen
→ **Bundeseinheitliche Verhältniszahl (EVZ_{Bund}) als Basis**

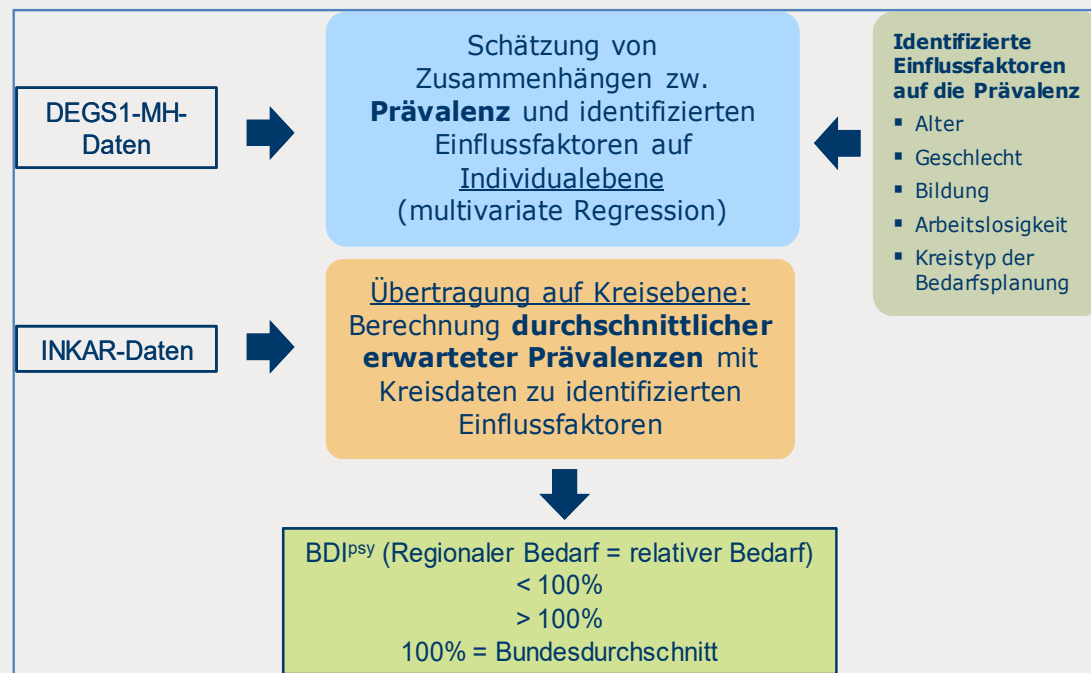


Bundeseinheitliche Versorgungsdichte als Basis

- **Grundlage für Festlegung der EVZ_{Bund} :**
 - Korrektur der Fehler in der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gegenüber anderen Arztgruppen
 - Berücksichtigung der etwa 20-prozentigen Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe wegen psychischer Beschwerden seit 1990er Jahre
(Wittchen & Jacobi, 2001; Mack et al., 2014)
- **$EVZ_{\text{Bund}} \approx 3.300$**
(1 Psychotherapeut je 3.300 Einwohner vorgesehen)
- Entspricht aktueller durchschnittlicher Versorgungsdichte

Regionale Anpassung aufgrund von Unterschieden in Morbiditäts- und Sozialstruktur

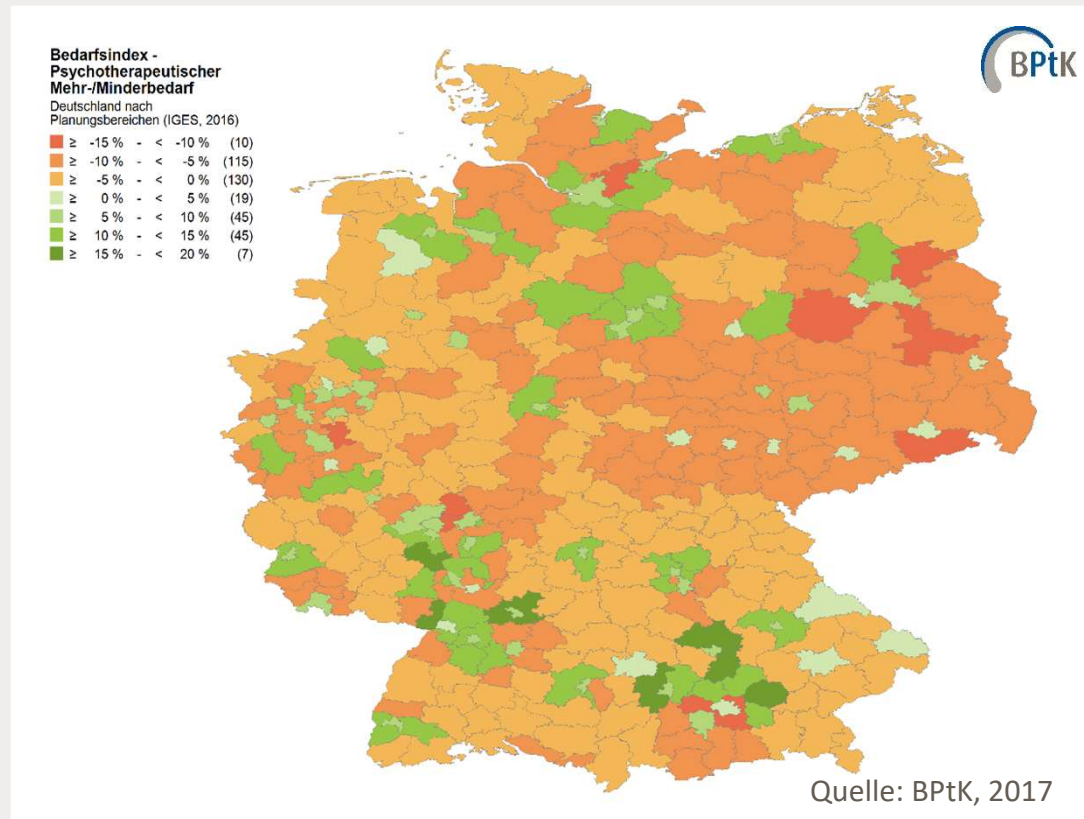
- Ausgangspunkt: Bevölkerungsrepräsentative Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen aus dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH; Jacobi et al., 2014)
- IGES & Jacobi, 2016: Zusammenführen von Morbiditäts- und Sozialdaten und Entwicklung eines Bedarfsindex für die psychotherapeutische Versorgung



Quelle: IGES & Jacobi, 2016; www.iges.de

Regionale Anpassung aufgrund von Unterschieden in Morbiditäts- und Sozialstruktur

- In den 371 Planungsbereichen schwankt die psychische Morbidität zwischen 23,4 % und 31,8 % (Bundesdurchschnitt: 27,8 %)
- Bedarfsindex: Regionaler psychotherapeutischer Mehr- oder Minderbedarf von bis zu +/- 16 Prozent



Regionale Anpassung aufgrund von Mitversorgungseffekten

- Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen
- Befragung zu Patientenpräferenzen bezüglich des Behandlungsortes als Grundlage für Mitversorgungseffekte wünschenswert
- alternativ: Schätzung von Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen über Berufspendlerbewegungen
 - Annahme, dass Berufspendler Psychotherapie eher in der Nähe des Arbeitsortes in Anspruch nehmen möchten, andere Bevölkerungsgruppen, v. a. Kinder und Ältere, eher wohnortnah
- Schätzung der Mitversorgungseffekte je Planungsbereich über Differenz von Ein- und Auspendlerquote (vgl. INKAR-Datenbank)

Regionale Anpassung aufgrund von Mitversorgungseffekten

- Beispiel: Planungsbereich Frankfurt am Main

Einpendlerquote ¹	65,3 %
Auspendlerquote ²	30,0 %
Differenz Ein- und Auspendlerquote	35,3 %
Beschäftigungsquote	51,9 %
→ Psychotherapeutischer Mehrbedarf	18,3 %

¹ Anteil der Einpendler an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort in %

² Anteil der Auspendler an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort in %

Regionale Anpassung aufgrund von Unterschieden im Nachfrageverhalten

- **DEGS1-MH-Daten zur Inanspruchnahme (Mack et al., 2014):**
Anteil derjenigen mit einer psychischen Erkrankung, die jemals in ihrem Leben Hilfe wegen ihrer psychischen Beschwerden in Anspruch genommen haben (von Beratungsstellen und Hausarzt über Psychotherapie bis stationäre Versorgung), unterscheidet sich nach Größe des Wohnortes

Urbanisierungsgrad (Einwohnerzahl)	Inanspruchnahme	Prozentualer „Mehrbedarf“
< 20.000	39,3 %	Ref.
20.000 bis < 100.000	41,7 %	6,1 %
100.000 bis < 500.000	41,9 %	6,6 %
> 500.000	42,8 %	8,9 %

- Berücksichtigung der mit dem Urbanisierungsgrad steigenden Nachfrage im Sinne eines regionalen psychotherapeutischen Mehrbedarfs

Auswirkungen des BPtK-Konzepts für die Reform einer Bedarfsplanung

	Stadt Leipzig Kreistyp 1 (VZ = 3.079)	Landkreis Fürstfeldbruck Kreistyp 2 (VZ = 7.496)
	EVZ _{Bund} = 3.300	EVZ _{Bund} = 3.300
+ Korrektur für regionale Morbiditätsunterschiede (Bedarfsindex; IGES & Jacobi, 2016)	+ 5,2 % VZ = 3.137	- 10,8 % VZ = 3.701
+ Korrektur für Mitversorgungseffekte (geschätzt über Berufspendlerströme; INKAR-Datenbank; www.inkar.de)	+ 6,4 % VZ = 2.949	- 15,3 % VZ = 4.371
+ Korrektur für höheres Nachfrageverhalten mit steigendem Urbanisierungsgrad (vgl. DEGS1-MH; Mack et al., 2014)	+ 8,9 % <u>VZ = 2.708</u>	0 % <u>VZ = 4.371</u>

- Verhältniszahlen der 371 Planungsbereiche schwanken zwischen rund 2.200 und 4.400 (aktuell zwischen 3.079 für Kreistyp 1 und 9.103 für Kreistyp 3)
 - Zusätzliche psychotherapeutische Niederlassungen in ländlicheren Regionen
 - Konzept ermöglicht gleichmäßigere, wohnortnähere und bedarfsgerechtere psychotherapeutische Versorgung als bisher
- Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen den Planungsbereichen sind begründet durch empirisch erhobene
 - regionale Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen
 - Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen
 - Unterschiede in der Versorgungsnachfrage
- Stärkung regionaler Entscheidungsspielräume notwendig (z. B. Möglichkeit zur kleinräumigeren Planung, vgl. IGES-Gutachten 2017 zur vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung in Berlin)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Theresa Unger
Wissenschaftliche Referentin
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Email: unger@bptk.de
Homepage: www.bptk.de

Quellen

- IGES (2017). Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln – Grundlagen für die Entwicklung eines Versorgungskonzepts. Abrufbar unter: www.iges.com.
- IGES & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. Abrufbar unter: www.iges.com.
- 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.
- 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.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.