



Psychotherapeuten  
Kammer NRW

---

**„Hausärztliche Versorgung in allen Landesteilen sicherstellen“**

**Drucksache 16/3232: Antrag der Fraktion der CDU**

**Drucksache 16/5491: Entschließungsantrag von SPD und  
Bündnis 90/Die Grünen**

---

**Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer NRW vom 02.09.2014  
zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Sozia-  
les und Integration des Landtags Nordrhein-Westfalen am 22.05.2014**

---

Kammer für Psychologische  
Psychotherapeuten und Kinder-  
und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Nordrhein-Westfalen  
Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel: (0211) 52 28 47 – 0  
Fax: (0211) 52 28 47 – 15  
[info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)  
[www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)

## **Vorbemerkung**

Die Versorgung psychisch kranker Menschen wurde 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz und der Integration Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen spürbar verbessert. Der Zugang zu Psychotherapie als wissenschaftlich fundierter und effektiver Behandlungsform wurde geregelt und durch den Erstzugang zum Psychotherapeuten auch erleichtert. Berufs- und sozialrechtliche Regelungen gewährleisten seitdem eine hohe Qualität in der psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Menschen.

Sowohl das Psychotherapeutengesetz als auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen haben zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen beigetragen und dieser Prozess geht fortlaufend weiter. Das ist auch daran zu erkennen, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie zunimmt. Menschen mit psychischen Erkrankungen suchen öfter und früher im Krankheitsverlauf psychotherapeutische Behandlung auf. Sie sprechen eher darüber und empfehlen auch anderen Betroffenen in Familie sowie Freundes- und Kollegenkreis, dies im Krankheitsfall ebenfalls zu tun. Ebenso sind Hausärzte zunehmend für psychische Erkrankungen sensibilisiert worden und weisen Patienten früher als bisher auf Psychotherapie hin. Auch komplementäre Stellen, z. B. sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen, Kinder- und Jugendhilfe und Selbsthilfe, handeln ähnlich. Diese Entwicklung ist ethisch wie versorgungspolitisch ausdrücklich zu begrüßen. Rechtzeitige Behandlung mindert Leiden, verkürzt Krankheits- und Behandlungsdauer und reduziert die volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen.

## **Die Ausgangslage in der psychotherapeutischen Versorgung**

### **Bedarfsplanung als Grundlage und Problem für die Sicherstellung der Versorgung**

Das Hauptproblem der psychotherapeutischen Versorgung ist bis heute die Bedarfsplanung, die immer noch auf der Anzahl der Psychotherapeuten beruht, die bis zum 31. August 1999 zugelassen waren. Die zu diesem Stichtag zugelassene Anzahl der Psychotherapeuten war ohne sachliche Gründe zum Bedarf erklärt worden, um eine grundlos befürchtete Überschwemmung mit mehr als 30.000 Psychotherapeuten bundesweit zu verhindern. Tatsächlich wurden dann nur ca. 18.000 bedarfsunabhängige Zulassungsanträge gestellt, weniger als 11.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden davon zur Teilnahme an der Versorgung zugelassen. So wurden zu diesem für die Bedarfsplanung bis heute entscheidenden Zeitpunkt nicht einmal die Psychotherapeuten einbezogen, die vor dem Psychotherapeutengesetz in der ambulanten Versorgung tätig waren. In Nordrhein-Westfalen waren erhebliche verwaltungstechnische Verzögerungen und zahlreiche Widersprüche (in Nordrhein vor allem durch die Kassenärztliche Vereinigung, in Westfalen-Lippe durch Betroffene, da dort die Ablehnungsquote bei ca. 46% lag) zu verzeichnen. Laut Antwort der Landesregierung auf eine kleine Anfrage vom 26.11.1999 waren zu diesem Zeitpunkt allein in Nordrhein-Westfalen 1484 Widerspruchsverfahren noch anhängig. Da viele dieser Verfahren erst vom Landessozialgericht endgültig entschieden wurden, kann man davon ausgehen, dass frühestens 2005 in NRW wieder ein Versorgungsstand wie vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes erreicht war.

Zum anderen wurde das Verhältnis Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner für Gesamtdeutschland ermittelt und nicht (wie für die anderen Arztgruppen) nur für Westdeutschland. Die Stichtagsregelung wurde somit auf eine in den alten Bundesländern noch nicht ausgebaute Versorgungslandschaft angewendet, in den neuen Bundesländern lag die der gesamtdeutschen Bedarfsplanung zugrunde gelegter Versorgung mit Psychotherapie völlig am Boden. Mit diesem Vorgehen rechnete man den „Bedarf“ 1999 herunter.



**Abbildung 1:** Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner vor und nach dem Psychotherapeutengesetz, getrennt nach alten und neuen Bundesländern. Quelle: Daten aus Gesundheitsberichterstattung Bund

### Reform der Bedarfsplanung in NRW wirkungslos

Diese historischen Planungsfehler hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch mit der Reform der Bedarfsplanung nach dem Versorgungsstrukturgesetz nicht korrigiert. Der Gesetzgeber hatte den G-BA damit beauftragt, die notwendige Zahl an niedergelassenen Behandlern „künftig nicht mehr stichtagsbezogen, sondern allein anhand sachgerechter Kriterien“ zu berechnen. Diesen gesetzlichen Auftrag hat der G-BA explizit nicht erfüllt. Versorgungsrelevante Daten wie Morbidität, Versorgungsstruktur oder sozioökonomische Faktoren sind zu keiner Zeit in die Planung der psychotherapeutischen Versorgung eingeflossen. Von 1.400 durch den G-BA angekündigten neuen psychotherapeutischen Sitzen in ganz Deutschland erhielt NRW mit einem Bevölkerungsanteil von ca. 22 % lediglich 41,5 Sitze, das sind etwa 3 % des angekündigten Gesamtvolumens. Von der Möglichkeit regional anhand sachlicher Kriterien von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, wurde nur im Hochsauerlandkreis Gebrauch gemacht, um dort eine gleichmäßige Verteilung von neuen Sitzen zu gewährleisten.

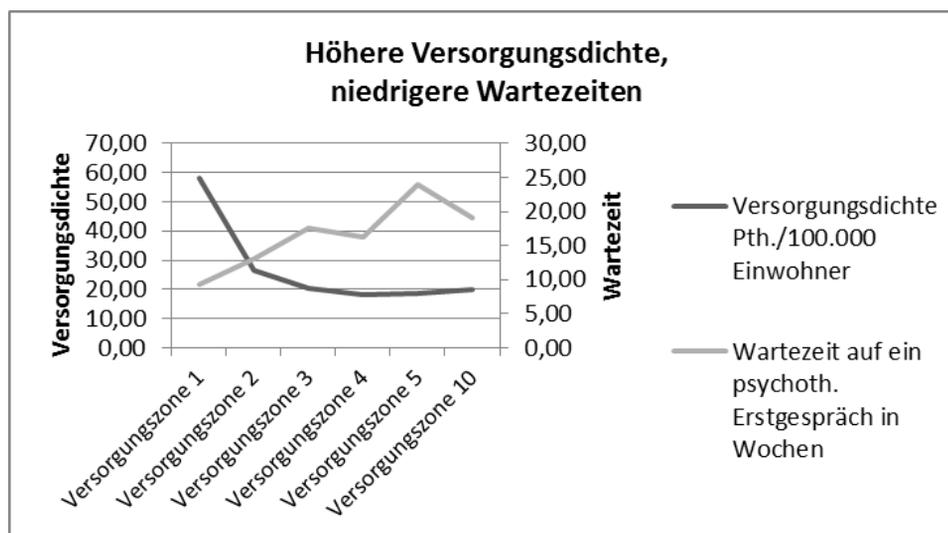
Bei der aktuellen Reform spielte auch keine Rolle, dass der Behandlungsbedarf seit 1999 stetig ansteigt. Weil die neue Bedarfsplanung weiterhin auf den veralteten und fehlerhaften Daten von 1999 fußt, gelten auch die seither ermöglichten zusätzlichen Niederlassungen als weit über dem Bedarf liegend. Entsprechend sind trotz bekannter Wartezeiten fast alle Planungsbereiche in NRW rechnerisch geradezu grotesk übertversorgt, z. B. der Rheinisch-Bergische Kreis mit einem Versorgungsgrad von 218 %, Leverkusen mit 430 %, der Kreis Coesfeld mit 219 %, Bochum mit 281 %, Gelsenkirchen mit 160 %.

## Demographiefaktor für Psychotherapie nicht sinnvoll

Der einzige sachbezogene Planungsfaktor der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie ist der eingefügte Demographiefaktor. Dieser geht davon aus, dass vergangene Inanspruchnahme von Leistungen durch über 65-jährige Menschen die künftige Inanspruchnahme dieser Bevölkerungsgruppe vorhersagt. Dies mag bei Hausärzten und Augenärzten so sein, bei Psychotherapeuten nicht. Im Gegenteil ist davon auszugehen, dass die Alterskohorte der gegenwärtig über 65-Jährigen noch hauptsächlich von der Kriegs- und Nachkriegsgeneration dominiert wird und in dieser Alterskohorte aus verschiedensten Gründen Psychotherapie nur vergleichsweise wenig nachgefragt wird. Das wird sich in den nächsten 20 Jahren ändern, erst die sogenannten „68er“ und dann die „Babyboomer“ werden die Gruppe der über 65-Jährigen erreichen und eine wesentlich höhere Inanspruchnahmebereitschaft für Psychotherapie mitbringen. Während also der Bedarf an Psychotherapie gerade in dieser Gruppe steigen wird, führt der Demographiefaktor schon heute in 32 von 54 Planungsbereichen in NRW zur Absenkung der planmäßigen Psychotherapeutenzahlen.

## Bedrohung der psychotherapeutischen Versorgung

Die ohne sachlichen Grund überhöhten Versorgungsgrade bedrohen die psychotherapeutische Versorgung auf zwei Wegen. Zunächst wird so die bestehende reale Unterversorgung mit den bekannten Wartezeiten und ihren Folgeproblemen (z. B. Chronifizierung, Leidensverlängerung, Kostenerhöhung, Produktivitätsverluste) fortgeschrieben. Es wird bei den deutlich zu niedrigen Zahlen der Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner bleiben, obwohl ein deutlicher Zusammenhang zwischen Wartezeiten und Versorgungsdichte angenommen werden kann.



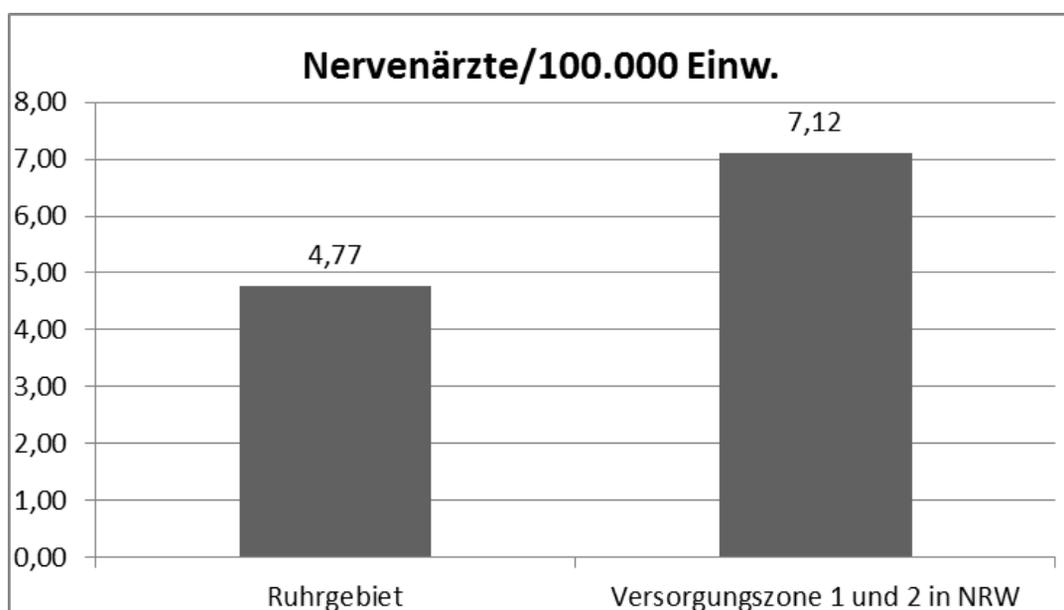
**Abbildung 2:** Zusammenhang von Versorgungsdichte und Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Die Versorgungszone 1 mit hoher Versorgungsdichte hat die niedrigsten Wartezeiten. Die Städte im Ruhrgebiet (Versorgungszone 10) sind ungleich schlechter versorgt. Quelle: Daten aus den Bedarfsplänen NRW, BPTK, Berechnung PTK NRW

Außerdem werden gesetzliche und untergesetzliche Regelungen zum Abbau von Überversorgung sofort voll auf die psychotherapeutische Versorgung durchschlagen. Jüngst hat der G-BA entschieden, die Psychiatrischen Institutsambulanzen in der Bedarfsplanung auf die Verhältniszahlen der Psychotherapeuten anzurechnen, obwohl überhaupt nicht bekannt ist, ob überhaupt und wenn ja in welchem Ausmaß dort Psychotherapie als Leistung erbracht wird. Gehen die Psychiatrischen Institutsambulanzen in der nächsten Runde der Bedarfsplanung in NRW in die Bedarfspläne ein, können in Planungsbereichen mit Psychiatrischen Institutsambulanzen Versorgungskapazitäten von Psychotherapeuten im Ausgleich wegfallen. Noch viel bedrohlicher für

die Versorgung sind aktuelle Forderungen der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zu zwingen, rechnerisch über der Grenze zur Überversorgung liegende Behandlersitze aufzukaufen und stillzulegen. Dies würde z. B. im Rheinisch-Bergischen Kreis bedeuten, dass hier 39 von 79 psychotherapeutischen Sitzen stillzulegen wären. Leverkusen verlore 67 von 90 Psychotherapeuten, der Kreis Coesfeld 28 von 53 Psychotherapeuten, Bochum 70 von 115 Psychotherapeuten, Gelsenkirchen 16 von 48 Psychotherapeuten.

### Ungleichbehandlung als Folge verfehlter Bedarfsplanung: Beispiel Ruhrgebiet

Bereits die obenstehend geschilderte Systematik der Bedarfsplanung benachteiligt ganz grundsätzlich psychisch kranke Menschen. Für psychisch kranke Menschen wurde der reale Zugang zur Psychotherapie zu einem Nadelöhr. Jedoch sind auch Ungleichbehandlungen zu verzeichnen, die auf eine nicht sachgerechte Bedarfsplanung zurückgehen. Die Städte des Ruhrgebiets werden anhaltend als Sonderregion geplant, wobei davon ausgegangen wird, der Bedarf für Psychotherapie betrage nur ca. 1/3 des Bedarfs vergleichbarer Planungsbereiche. So sollen planmäßig im Ruhrgebiet 11,4 Psychotherapeuten 100.000 Bürger versorgen, während in den anderen Kernstädten in NRW hierfür 32,5 Psychotherapeuten angesetzt werden. Unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten zur Morbidität ist dies völlig unbegründet, die Krankheitslast ist im Ruhrgebiet laut Bundesgesundheitsurvey nicht geringer als in den anderen Städten des Landes, z. B. gemessen als 12-Monats-Prävalenz (33,3 % im Ruhrgebiet; 31,5 % bis 35,7 % in vergleichbaren Planungsbereichen). Begründet wird diese Ungleichbehandlung i. d. R. mit einer besonders guten Versorgungsstruktur im Ruhrgebiet und mit Mitversorgung durch andere Planungsbereiche. Für psychisch Kranke ist aber die Versorgungsstruktur im Ruhrgebiet nicht besser als in anderen Teilen von NRW. Die Versorgungsdichte der Nervenärzte als Behandler psychisch kranker Menschen ist z. B. im Ruhrgebiet ebenfalls niedriger als in anderen vergleichbaren Regionen des Landes. Hier werden ähnlich lange Wartezeiten auf einen Behandlungstermin berichtet.



**Abbildung 3:** Vergleich der Versorgungsdichte der Nervenärzte zwischen Ruhrgebiet und vergleichbaren Landesteilen. Auch hier ist die Versorgungsstruktur schlechter und nicht besser. Quelle: Bedarfspläne NRW

Der Anteil psychiatrischer Institutsambulanzen (32 %) entspricht auch in etwa dem Bevölkerungsanteil des Ruhrgebiets (29 %), eine Besserversorgung ist auch hier nicht zu erkennen, zumal die Leistungserbringung dieser Ambulanzen in Art und Menge unbekannt ist.

Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass die Krankenhäuser in NRW laut Krankenhausstatistik einen Anstieg der Krankenhausfälle durch psychische Erkrankungen verzeichnen. Die strukturelle Kompensation ambulanter Unterversorgung psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Kliniken ist aber weder unter Behandlungs- noch unter Versorgungsgesichtspunkten wünschenswert und auch von Betroffenen i. d. R. nicht gewünscht.

Eine Begründung der Sonderregion Ruhrgebiet mit niedrigeren Mitversorgungszahlen ist gleichfalls nicht haltbar. Aktuell vorliegende Statistiken zur Mitversorgung (z. B. Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, ZI) basieren auf Abrechnungsdaten, die mittels dieser unzureichenden Versorgungsstruktur gewonnen wurden. Dies nun wieder zur Begründung der geringen Behandlerzahlen heranzuziehen, ist methodisch unzulässig (sog. Endogenitätsfehler) und würde auch nur dazu führen, bestehende Versorgungsmängel fortzuschreiben. Die Behandler im Ruhrgebiet haben sozusagen mit den eigenen Bürgern genug zu tun. Auch die Autoren des Versorgungsatlas des ZI räumen ein, dass entsprechende Statistiken zur Mitversorgung sowohl gute Versorgung anzeigen als auch Ausdruck von Unterversorgung sein können. Darüber hinaus kann das Mitversorgungskonzept für die psychotherapeutische Versorgung auch grundsätzlich in seiner Tauglichkeit hinterfragt werden. Ist es wirklich sinnvolle Planung, dass ein monatelanger psychotherapeutischer Behandlungsprozess mit meist wöchentlichen Terminen genauso auf Basis von Berufspendlerströmen geplant wird, wie ein gelegentlicher Facharztbesuch? Können Behandlungen bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Bedarfsplanung ernsthaft mit Strömen von erwachsenen Berufspendlern synchronisiert werden? Die Lebenswirklichkeit spricht dagegen.

### **Sonderregion Ruhrgebiet: Soziale Schieflage in der Versorgung**

Aus verschiedenen Untersuchungen (z. B. Bundesgesundheitsurvey, Studie „Gesundheit in Deutschland“) ist gut bekannt, dass niedriger sozioökonomischer Status mit erhöhtem Morbiditätsrisiko bei psychischen und körperlichen Erkrankungen einhergeht. Deshalb werden auch sozioökonomische Faktoren wie bspw. Einkommen und Arbeitslosigkeit als Gesundheitsindikatoren in der Gesundheitsberichterstattung erhoben.

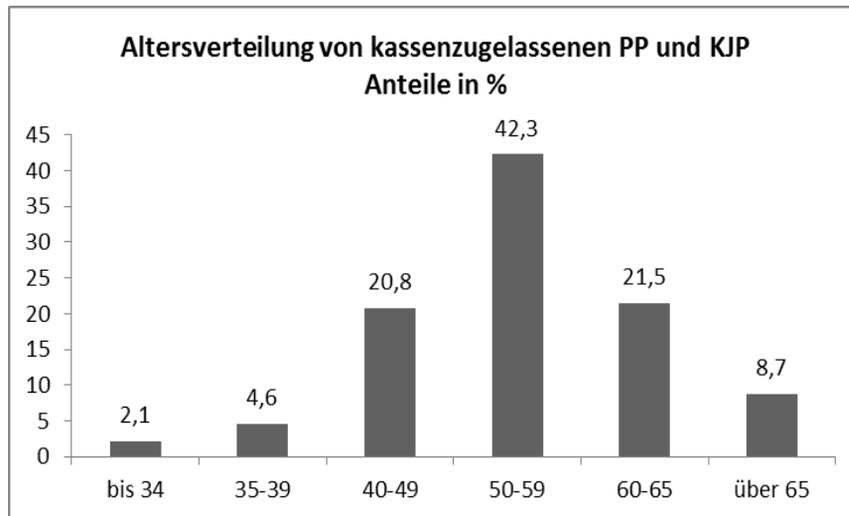
	Verfügbares Einkommen privater Haushalte je Einwohner in € (2011)	Arbeitslose in % (2011)
Ruhrgebiet	18648	11,39
Versorgungszone 1 und 2 in NRW	20643	8,62

**Tabelle 1:** Vergleich der Gesundheitsindikatoren „Verfügbares Einkommen privater Haushalte“ und „Arbeitslosenquote“ in NRW für das Jahr 2011, Ruhrgebiet und die vergleichbaren Versorgungszone 1 und 2. Quelle: LZG NRW

Diese Indikatoren legen für das Ruhrgebiet ein erhöhtes Morbiditätsrisiko nahe, da dort das Einkommen besonders niedrig und die Arbeitslosigkeit besonders hoch ist. Andere sozioökonomische Gesundheitsindikatoren weisen in dieselbe Richtung. Die Bedarfsplanung mit der Sonderregion benachteiligt nicht nur die Bürger des Ruhrgebiets als solche, diese Benachteiligung verläuft auch noch systematisch an einem sozialen Gradienten, der Menschen in prekären Lebensverhältnissen den Zugang zu angemessener psychotherapeutischer Behandlung erschwert.

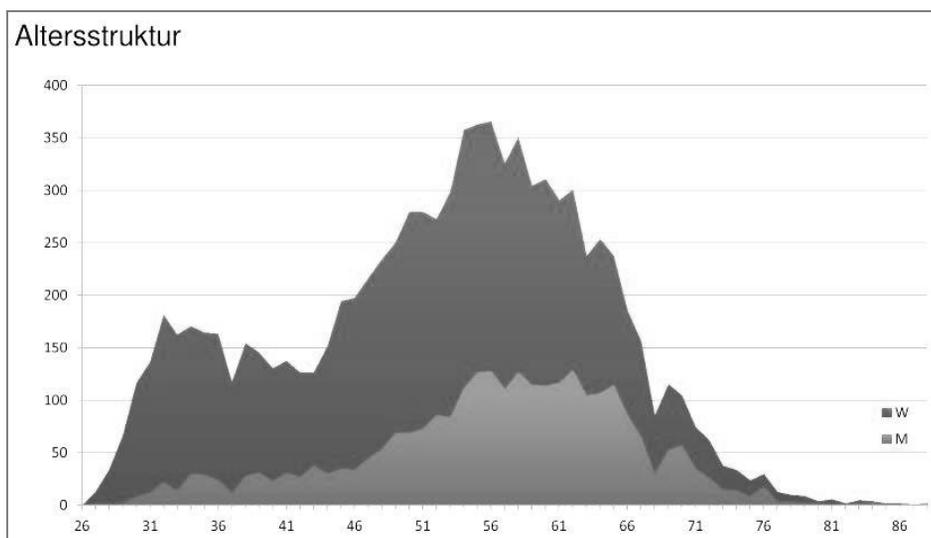
### Psychotherapeutische Ressource: Nachwuchs

Die Kassenärztlichen Vereinigungen votieren aus Gründen v. a. der hausärztlichen Versorgung für eine Beibehaltung der Sonderregion Ruhrgebiet, da sie bei einer Aufhebung eine Sogwirkung vom Land in die städtischen Zentren des Ruhrgebiets befürchten. In der Folge, so die Sorge, könne die relativ geringe Zahl junger Ärzte für die Nachbesetzung ländlicher Regionen nicht ausreichen. Das ist verständlich, obwohl die kassenzugelassenen Psychotherapeuten ebenfalls eine ungünstige Altersstruktur aufweisen (mehr als 70 % älter als 50 Jahre), sind solche Sorgen hier jedoch unnötig.



**Abbildung 4:** Altersverteilung der kassenzugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland zum 31.12.2013. Quelle: KBV

Die Zahlen der Mitgliederverwaltung der Psychotherapeutenkammer NRW zeigen in der Gruppe aller Psychotherapeuten eine deutlich günstigere Altersstruktur. In dieser Grundgesamtheit aller Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in NRW sind auch jene jungen Psychotherapeuten enthalten, die aktuell aufgrund der restriktiven Bedarfsplanung keine Kassenzulassung erhalten, obwohl sie sich teils seit Jahren darum bemühen. Bei einer Aufhebung der Sonderregion Ruhrgebiet könnte auf diese Ressource zurückgegriffen werden.



**Abbildung 5:** Altersstruktur aller Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in NRW. Quelle: PTK NRW

Außerdem werden nach Kenntnis der Psychotherapeutenkammer NRW hier jährlich zwischen 300 und 400 Psychotherapeuten neu approbiert. Die Psychotherapeuten beklagen gegenwärtig in NRW keinen Nachwuchsmangel. Eine Aufhebung der Sonderregion Ruhrgebiet würde die psychotherapeutische Versorgung ländlicher Regionen nicht gefährden.

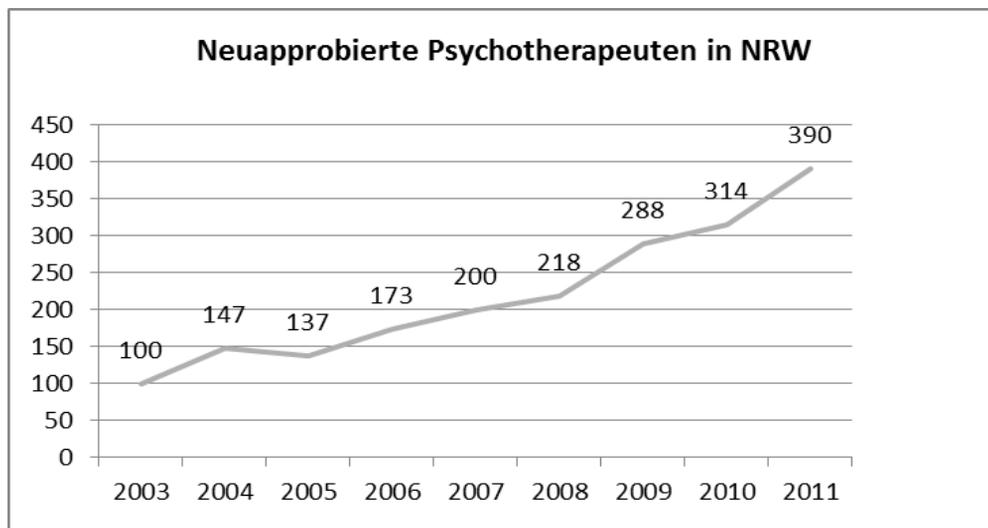


Abbildung 6: Jährlicher Zuwachs an neuapprobierten Psychotherapeuten in NRW. Quelle: PTK NRW

## Handlungsoptionen

Im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zum Thema „Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in NRW“ hat die Psychotherapeutenkammer NRW Eckpunkte zur psychotherapeutischen Versorgung vorgelegt. Die Psychotherapeutenkammer NRW arbeitet aktiv in den Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Landesgremiums mit und wirkt auf eine gemeinschaftliche Anstrengung aller Beteiligten in NRW für die Realisierung von regionalen Modellprojekten hin.

Darüber hinaus ist für die psychotherapeutische Versorgung dringend eine sachgerechte Bedarfsplanung erforderlich, in welcher die historischen Fehler der Bedarfsplanung korrigiert werden. Kurzfristig ist hier allerdings keine Änderung zu erwarten, da die Partner der Selbstverwaltung in Berlin hier kein politisches Interesse zeigen.

Die Psychotherapeutenkammer NRW lehnt eine durch die Krankenkassen geforderte gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Aufkauf und zur Stilllegung von Praxen ab. Dies würde zu einem Zusammenbruch der psychotherapeutischen Versorgung in NRW führen.

Die Sonderregion Ruhrgebiet ist nicht begründbar und daher für die psychotherapeutische Versorgung aufzuheben. Die Ungleichbehandlung von fünf Millionen Bürgern und die systematische Benachteiligung von Menschen in prekären Lebenssituationen muss beendet werden. Bis 2017 hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss aufgegeben, die Versorgungssituation im Ruhrgebiet zu untersuchen, um über die Aufhebung der Sonderregion Ruhrgebiet neu zu befinden. Hier fordert die Psychotherapeutenkammer NRW den Einbezug von Morbidität, sozioökonomischen Faktoren und anderen sachgerechten Kriterien in die Untersuchung.

Der Bundesgesundheitsminister plant entsprechend dem Koalitionsvertrag, den Gemeinsamen Bundesausschuss mit einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie gesetzlich zu beauftragen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat ein differenziertes Versorgungskonzept vorgelegt, welches eine niedrighschwellige psychotherapeutische Sprechstunde, ergänzende psychotherapeutische Leistungen der Akutversorgung, Förderung der Gruppentherapie, Aufhebung von Befugnisbeschränkungen, Kooperation in multiprofessionellen ambulanten Versorgungsnetzen und weitere Maßnahmen zur Flexibilisierung und Entbürokratisierung beinhaltet.

Eine von den Krankenkassen geforderte Anpassung der Genehmigungsschritte in der Richtlinien-Psychotherapie ist abzulehnen. Die KBV hat mit einer Studie nachgewiesen, dass in Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie Kurzzeittherapien in mehr als 60 % der Fälle vor dem Erreichen des genehmigten Kontingents beendet werden, bei Langzeittherapien gilt dies für 40 bis 45 % der Behandlungen. Die nachweislich verantwortungsvoll mit Ressourcen agierenden Psychotherapeuten müssen nicht überreglementiert werden, verbundene verdeckte Leistungskürzungen und neue bürokratische Hürden sind nicht hilfreich.

Wünschenswert ist eine Flexibilisierung von Kooperationsmöglichkeiten unter Berücksichtigung lebensnaher Arbeitszeitmodelle. Leistungserbringung im Jobsharing und Vertretungsregelungen sollten erleichtert werden, um eine gute Balance von Versorgungskapazitäten einerseits und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten andererseits zu ermöglichen.