

Vorschlag der Psychotherapeutenkammer NRW für eine „Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 65 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie

---

## 1 Einleitung

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.

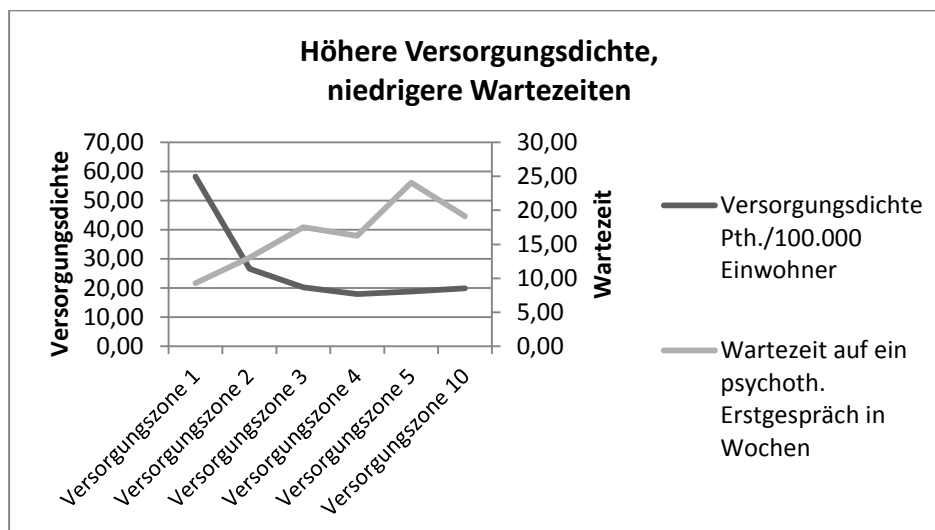
Sowohl das Psychotherapeutengesetz als auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen haben zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen beigetragen und dieser Prozess geht fortlaufend weiter. Das ist auch daran zu erkennen, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie zunimmt (z. B. Rattay et al 2013). 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 sowie Selbsthilfe, handeln ähnlich. Diese Entwicklung ist ethisch wie versorgungspolitisch ausdrücklich zu begrüßen. Rechtzeitige Behandlung mindert Leiden, verkürzt Krankheits- und Behandlungsdauern und reduziert die volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen. Dennoch warten psychisch kranke Menschen monatelang auf einen Erstkontakt beim Psychotherapeuten und nochmals deutlich länger auf einen Behandlungsbeginn.

	<b>Wartezeit auf ein psychoth. Erstgespräch (in Wochen)</b>	<b>Wartezeit auf den Behandlungsbeginn (in Wochen)</b>
<b>BRD</b>	12,5	23,4
<b>NRW</b>	13,8	26,4
<b>Nordrhein</b>	12,2	25,2
<b>Westfalen-Lippe</b>	15,9	27,8
<b>Ruhrgebiet (gesamt)</b>	17,0	30,8

**Tabelle 1:** Wartezeiten auf Erstgespräch und Behandlungsbeginn – Vergleich BRD und Überblick NRW (Datenquelle: BPTK 2011)

Psychotherapeuten und Betroffene verknüpften mit der Reform der Bedarfsplanung 2012 die Hoffnung, es werde nun durch eine sachgerechte Bedarfsplanung endlich die

Voraussetzungen für einen schnellen und niedrigschwiligen Zugang zu Psychotherapie geschaffen. Monatelange Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz, so die Erwartung, sollten nach dieser Reform der Vergangenheit angehören. In NRW haben diese Erwartungen sich nicht erfüllt. Lediglich für ca. 400.000 Bürger wurde eine Verbesserung in einigen wenigen ländlichen Bereichen erreicht. Die psychotherapeutische Versorgung von mehr 17 Millionen Bürgern in Nordrhein-Westfalen ist vollständig unverändert. Insbesondere im Ballungsraum Ruhrgebiet mit mehr als 5 Millionen Bürgern wurde bei der Reform der Bedarfsplanung nichts zum Positiven verändert, da die Sonderregion Ruhrgebiet fortbestehen blieb. Das ist umso unbefriedigender, als Wartezeiten durch eine verbesserte Bedarfsplanung verkürzt werden könnten (s. Abbildung 1). Die Versorgungszone 1 mit hoher Versorgungsdichte hat die niedrigsten Wartezeiten. Die Städte im Ruhrgebiet (Versorgungszone 10) sind ungleich schlechter versorgt und die Wartezeiten sind lang.



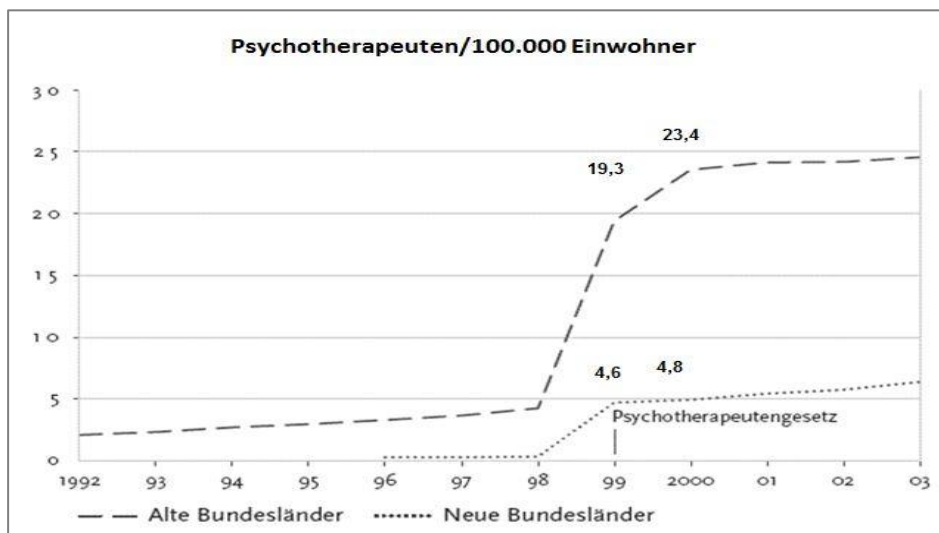
**Abbildung 1:** Zusammenhang von Versorgungsdichte und Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Quelle: Bedarfspläne NRW, BPtK 2011, Berechnung PTK NRW

## 2 Psychotherapeutische Bedarfsplanung

Der Gesetzgeber hatte den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes damit beauftragt, die notwendige Zahl an niedergelassenen Psychotherapeuten „nicht mehr stichtagsbezogen, sondern allein anhand sachgerechter Kriterien“ zu berechnen (Bundestagsdrucksache 17/6906, S. 74). Dennoch schrieb der G-BA mit der Reform vom 20.12.2012 im Wesentlichen die bisherigen Allgemeinen Verhältniszahlen fort und teilte lediglich die Planungsbereiche in eine neue Systematik ein. Er hat weder den tatsächlichen Bedarf an ambulanter Psychotherapie ermittelt oder sachgerecht einzuschätzen versucht, noch einen neuen Stichtag gewählt, der den Bedarf besser erfasst als der bisherige fehlerbehaftete Stichtag, noch die Berechnung der Psychotherapeutenzahlen auf eine angemessene Referenzregion basiert (Westdeutschland statt Gesamtdeutschland, wie für alle anderen Arztgruppen).

Weiterhin und unverändert beruht die Bedarfsplanung auf der Anzahl der Psychotherapeuten, die bis zum 31.08.1999 zugelassen waren. Diese Anzahl der

Psychotherapeuten war 1999 bei der Integration der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanung ohne sachlichen Grund zum Bedarf erklärt worden. Zum einen wurden so nicht einmal die Psychotherapeuten erfasst, 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 NRW auf eine kleine Anfrage vom 26.11.1999 waren zu diesem Zeitpunkt allein in Nordrhein-Westfalen 1.484 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 als Referenzregion ermittelt und nicht wie für die anderen Arztgruppen nur für Westdeutschland.



**Abbildung 2:** Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner vor und nach dem Psychotherapeutengesetz, getrennt nach alten und neuen Bundesländern. Quelle: Gesundheitsberichterstattung Bund

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 gelegte Versorgung mit Psychotherapie völlig am Boden, wie Abbildung 2 eindrücklich zeigt. Mit diesem Vorgehen „errechnete“ man 1999 einen unbegründet niedrigen „Bedarf“. Daher sagen die neuen Verhältniszahlen und die sich daraus ergebenden Versorgungsgrade nichts über die tatsächliche Versorgung psychisch kranker Menschen aus.

Bei der Reform vom 20.12.2012 spielte auch keine Rolle, dass der Behandlungsbedarf seit 1999 stetig angestiegen ist. Weil die neue Bedarfsplanung auf den veralteten und fehlerhaften Daten von 1999 fußt, gelten auch die seither ermöglichten zusätzlichen Niederlassungen als über dem Bedarf liegend. Eine Ausnahme gibt es allerdings: Auf dem Land hat der G-BA seine Annahmen, wie viele Psychotherapeuten in rein

ländlichen Gebieten notwendig sind, deutlich korrigiert. Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird sich in einigen ländlichen Gebieten daher verbessern. Dagegen nahm der G-BA in Planungsbereichen der Versorgungszone 1 (in Bezug zum alten Kreistyp 1) ohne nachvollziehbare sachliche Begründung einen Versorgungsbedarf an, der noch um etwa 20% unter dem Bedarf von 1999 liegt.

### **3 Auswirkungen der Sonderregion Ruhrgebiet auf die psychotherapeutische Versorgung**

Die Sonderregion Ruhrgebiet umfasst 15 Planungsbereiche mit mehr als fünf Millionen Einwohnern. Die zugehörigen Städte und Kreise sind Bochum, Bottrop, Dortmund, Duisburg, Ennepe-Ruhr-Kreis, Essen, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm, Herne, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen, Kreis Recklinghausen, Kreis Unna und der Kreis Wesel. Der Regionalverband Ruhr als Regionalplanungsbehörde für das Ruhrgebiet schreibt auf seiner Homepage: „Metropole Ruhr [...] – neben Ile-de-France, Moskau, Greater London und Istanbul steht sie für eine der fünf größten Agglomerationen in Europa“ (<http://www.metropoleruhr.de/land-leute/daten-fakten/lage-und-geografie.html>).

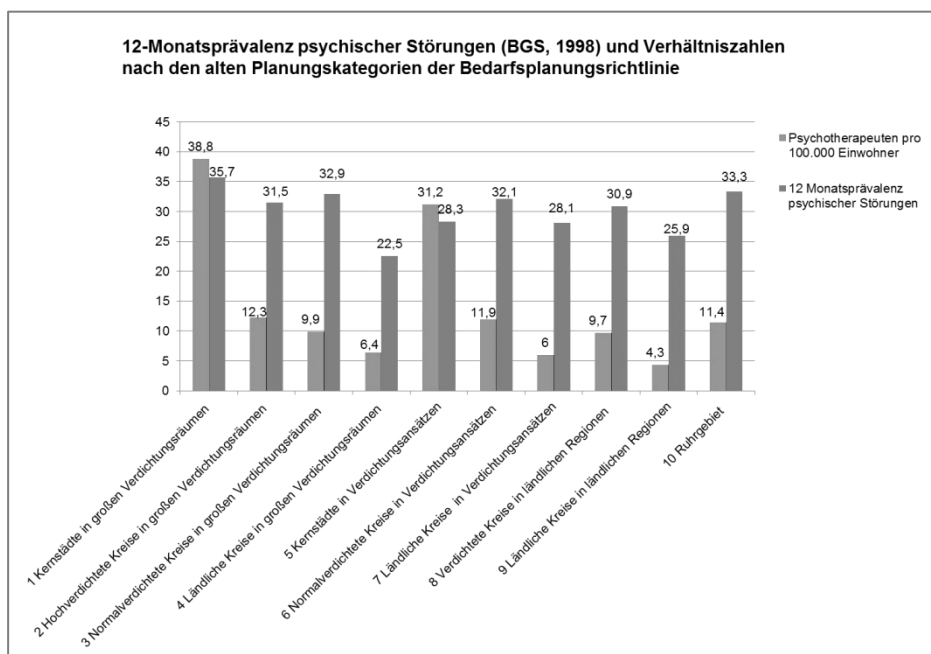
Trotz des Metropolcharakters der Region wird das Ruhrgebiet in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung so behandelt, als sei es sein eigener Vorort. Während städtische Planungsbereiche der Versorgungszone 1 durch 32,5 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner versorgt werden sollen, muss die Bevölkerung des Ruhrgebiets hinnehmen, planerisch nur von 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohnern versorgt zu werden. Das ist eine um ca. zwei Drittel herabgesetzte Allgemeine Verhältniszahl (Versorgungszone 1: AVZ 3079, Sonderregion Ruhrgebiet AVZ 8743). Mit dieser Versorgungsdichte werden sonst gemäß Bedarfsplanung Vorortregionen, sog. „Speckgürtel“ von Kernstädten, versorgt. Allerdings: Es gibt für das Ruhrgebiet keine umliegenden Kernstädte, die fünf Millionen Bürger im Ruhrgebiet angemessen mitversorgen könnten.

So wird die psychotherapeutische Versorgung der Großstadt Essen mit seinen 570.000 Einwohnern genauso geplant, wie die psychotherapeutische Versorgung der 17.000 Einwohner umfassenden kleinen Ortschaft Wassenberg im Kreis Heinsberg, nahe der holländischen Grenze. Der beschauliche kleine Ort Gescher im Kreis Borken mit 16.000 Einwohnern wird so planerisch mit Psychotherapeuten versorgt, wie Gelsenkirchen mit 260.000 Einwohnern und seinen vielfältigen psychosozialen Problemfeldern.

Eine so strukturierte psychotherapeutische Bedarfsplanung im Ruhrgebiet ist aus Sicht der Psychotherapeutenkammer NRW nicht vertretbar. Zugrunde liegen Mutmaßungen über die Versorgungsrealität. Vorstellbar sind vor allem drei vermeintliche Argumente: es könne eine geringere Krankheitslast im Ruhrgebiet geben, es bestehe eine besonders gute Versorgungslage psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet und die Wirkung von Mitversorgungsbeziehungen könne die Sonderregion Ruhrgebiet begründen.

#### 4 Ist die Morbidität im Ruhrgebiet geringer als in anderen vergleichbaren Planungsbereichen?

Unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten zur Morbidität ist die Ungleichbehandlung der Menschen im Ruhrgebiet nicht begründbar. Die Krankheitslast ist im Ruhrgebiet laut Bundesgesundheitsurvey nicht geringer als in den anderen Städten des Landes, z. B. gemessen als 12-Monatsprävalenz (33,3% im Ruhrgebiet; 31,5% bis 35,7% in vergleichbaren Planungsbereichen). In Abbildung 3 wird anschaulich, wie niedrig im Ruhrgebiet die Versorgungsdichte bei vergleichbar hoher Krankheitslast ist. Diese Diskrepanz ist ähnlich hoch wie in den ländlichen Bereichen, für welche die Reform der Bedarfsplanung 2012 zu einer planerischen Anhebung der Versorgungsdichte führte. Für das Ruhrgebiet blieb diese Diskrepanz unberücksichtigt.



**Abbildung 3:** Vergleich der geplanten Versorgungsdichte mit 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen nach Bundesgesundheitsurvey 1998, geordnet nach Planungsbereichen der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie, Quelle: BPtK

Es ist darüber hinaus bekannt, dass niedriger sozioökonomischer Status mit erhöhtem Morbiditätsrisiko bei psychischen und körperlichen Erkrankungen einhergeht (z. B. Lampert et al 2014, Dahlbeck & Neu 2014, Busch et al 2013, Kroll & Lampert 2011). Soeben berichtete das Robert-Koch-Institut (2015) Auswertungen der KiGGs-Studie (Welle 1) aus den Jahren 2009-2012, die eindrücklich zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozialen Status ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten und einen beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen. Außerdem sind in dieser Gruppe Gewalt, Übergewicht, Bewegungsmangel und Rauchen verbreiteter als bei Kindern und Jugendliche mit höherem sozialem Status. Sinnvollerweise werden sozioökonomische Faktoren als Gesundheitsindikatoren in der Gesundheitsberichterstattung erhoben und von regionalen Planungsbehörden aktiv zur Steuerung in der kommunalen Gesundheitsversorgung genutzt (z. B. Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013).

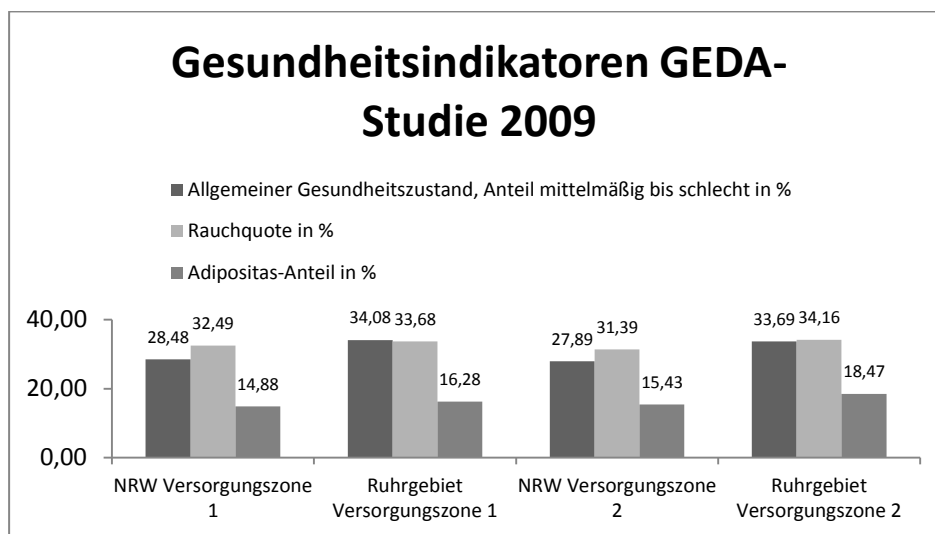
Die für NRW vorliegenden Gesundheitsindikatoren könnten vor diesem Hintergrund in Überlegungen zum Fortbestand der Sonderregion im Ruhrgebiet und der weiteren Bedarfsplanung dort einbezogen werden. Da die Planungsbereiche des Ruhrgebiets ohne Berücksichtigung der Systematik der Sonderregion ausschließlich den Versorgungszonen 1 und 2 zugeordnet würden, werden im Folgenden jeweils die Versorgungszonen 1 und 2 im Ruhrgebiet mit den restlichen Versorgungszonen 1 und 2 in NRW verglichen.

Die folgende Tabelle zeigt, orientiert an dem von Dahlbeck & Neu (2014) genutztem Gesundheitsindikatoren-Set, dass die Morbiditätsrisiken im Ruhrgebiet sämtlich erhöht sind. In allen Gesundheitsindikatoren weisen die Planungsbereiche des Ruhrgebiets systematisch ungünstige Ausprägungen auf: Mehr Empfänger von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, höhere Arbeitslosenquote, geringeres verfügbares Einkommen privater Haushalte, höherer Anteil nicht-deutscher Bevölkerung, geringerer Anteil jüngerer Einwohner, höherer Anteil älterer Einwohner, ungünstigere Bevölkerungsentwicklung, weniger gut gebildete Einwohner und höhere Bevölkerungsdichte. Im Anhang sind diese Unterschiede nochmals in Grafiken visualisiert.

Gesundheitsindikator	NRW Versorgungszone 1	Ruhrgebiet Versorgungszone 1	NRW Versorgungszone 2	Ruhrgebiet Versorgungszone 2
Arbeitslosengeld II, Empfänger je 100.000 Einwohner 2011	7541,17	9074,70	5246,29	7901,40
Sozialgeld, Empfänger je 100.000 Einwohner 2011	3061,62	3624,64	2139,80	3125,23
Arbeitslose in NRW, Ende September 2011, Quote in %	9,98	12,46	7,61	10,86
Verfügbares Einkommen privater Haushalte je Einwohner 2011	20119,89	18343,00	21035,33	18800,40
Nicht-deutsche Bevölkerung in % am 31.12.2011	13,87	13,96	9,52	11,06
Altersgruppe 0 bis unter 18 Jahre, Anteil an der Gesamtbevölkerung in %, 2011	16,18	15,65	16,87	16,12
Altersgruppe über 65 Jahre, Anteil an der Gesamtbevölkerung in %, 2011	19,63	21,58	20,83	21,42
Bevölkerungsentwicklung 2004-2011 in %	+ 1,61	-3,28	-1,74	-3,28
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahre mit (Fach-) Hochschulreife in %	39,79	28,03	27,83	23,11
Bevölkerungsdichte Einwohner je km <sup>2</sup> am 31.12.2011	1853,23	2125,68	912,28	1502,32

**Tabelle 2:** Gesundheitsindikatoren-Set von Dahlbeck & Neu (2014) im Ruhrgebiet und den vergleichbaren Planungsbereichen in NRW, Mittelwerte. Daten: Landeszentrum Gesundheit NRW

Für die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA-Studie) wurden 2009 im Rahmen der sog. „Small-Area-Estimation“ regionalisierte Individualdaten mit regionalen Statistiken verknüpft, um daraus mittels Regressionsmethode regionsbezogene Ausprägungen von Gesundheitsindikatoren zu schätzen. Auch diese Studie zeigte in den drei ausgewählten Gesundheitsindikatoren (subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand, Rauchquote und Adipositas-Anteil) jeweils ungünstigere Ausprägungen im Ruhrgebiet. Sie weisen ebenfalls auf erhöhte Morbiditätsrisiken hin, wie in Abbildung 4 abgelesen werden kann.



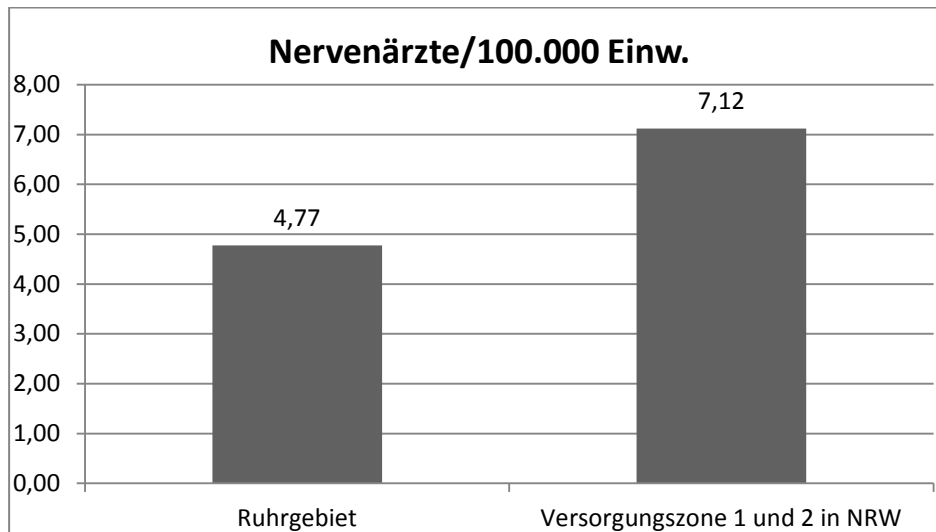
**Abbildung 4:** Vergleich der durch „Small-Area-Estimation“ gewonnenen Gesundheitsindikatoren aus der GEDA-Studie 2009 in den Versorgungszonen 1 und 2 von Ruhrgebiet und vergleichbaren Planungsbereichen in NRW.

Zusammenfassend können epidemiologische Daten und sozioökonomische Gesundheitsindikatoren die Ungleichbehandlung des Ruhrgebiets in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung nicht begründen. Vielmehr weisen gerade die sozioökonomischen Gesundheitsindikatoren auf erhöhte Morbiditätsrisiken im Ruhrgebiet hin. Damit wäre eher eine Ungleichbehandlung des Ruhrgebiets in die entgegengesetzte Richtung begründbar: niedrigere Allgemeine Verhältniszahlen und damit höhere Versorgungsdichte sowie in der Konsequenz höhere Psychotherapeutenzahlen als in den vergleichbaren Planungsbereichen von Nordrhein-Westfalen.

Auch der soeben veröffentlichte Depressionsatlas der Techniker Krankenkasse (2015) weist in dieselbe Richtung: In den Planungsbereichen des Ruhrgebiets liegen die depressionsbedingten Fehltag je Erwerbsperson über dem Landesschnitt und verweisen damit auf einen erhöhten Behandlungsbedarf in der Region.

## **5 Ist die grundlegende Versorgungslage für psychisch kranke Menschen im Ruhrgebiet besser als in anderen vergleichbaren Planungsbereichen?**

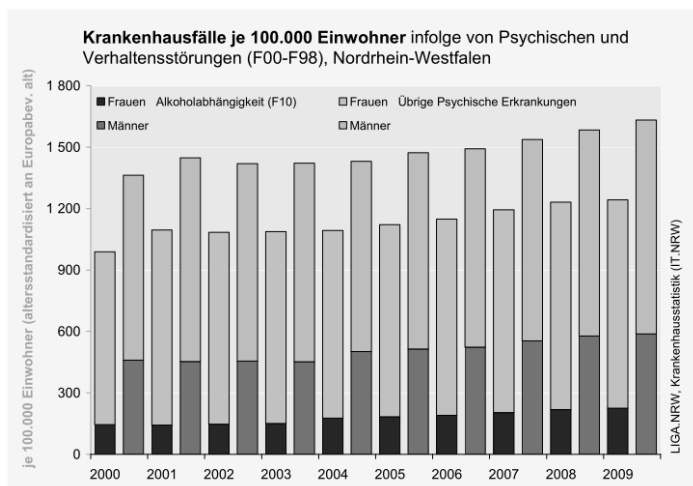
Die Versorgungsdichte der Nervenärzte als Behandler psychisch kranker Menschen ist im Ruhrgebiet ebenfalls niedriger als in anderen vergleichbaren Regionen des Landes. Hier werden ähnlich lange Wartezeiten auf einen Behandlungstermin berichtet.



**Abbildung 5:** 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 entspricht mit 32% auch in etwa dem Bevölkerungsanteil des Ruhrgebiets von 29% (Recherche PTK NRW), eine Besserversorgung ist auch hier nicht zu erkennen, zumal Personalausstattung und Leistungserbringung dieser Ambulanzen in Art und Menge unbekannt sind.

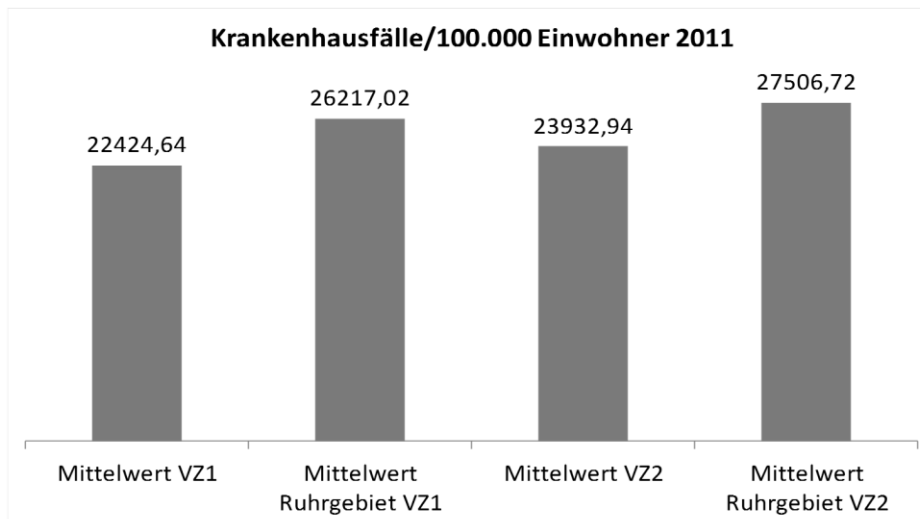
Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass die Krankenhäuser in NRW einen Anstieg der Krankenhaufälle durch psychische Erkrankungen verzeichnen.



**Abbildung 6:** Krankenhaufälle infolge von psychischen Erkrankungen in NRW (LIGA.NRW 2011)

Leider ist eine Auflösung der Krankenhaufälle nach psychischen Erkrankungen auf Planungsbereichsebene nicht verfügbar. Im Ruhrgebiet sind allerdings insgesamt höhere Fallzahlen in den Krankenhäusern zu verzeichnen, als in den vergleichbaren Planungsbereichen von NRW.





**Abbildung 7:** Vergleich Krankenhausfälle Ruhrgebiet mit vergleichbaren Planungsbereichen in NRW.  
Daten: Landeszentrum Gesundheit NRW

Dies weist darauf hin, dass vermehrt psychisch kranke Menschen, die keinen ambulanten Behandlungsplatz finden, in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken behandelt werden. Die strukturelle Kompensation ambulanter Unterversorgung psychisch kranker Menschen in Krankenhäusern ist aber weder unter Behandlungs- noch unter Versorgungsgesichtspunkten wünschenswert und auch von Betroffenen i. d. R. nicht gewünscht.

Zusammenfassend ist aufgrund dieser Daten nicht davon auszugehen, für psychisch Kranke sei die Versorgungsstruktur im Ruhrgebiet besser als in anderen Teilen von NRW.

## 6 Mitversorgung kann Sonderregion nicht begründen

Eine Begründung der Sonderregion Ruhrgebiet mit 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. Endogenitätsproblem) und würde auch nur dazu führen, bestehende Versorgungsmängel fortzuschreiben.

Zum Leistungsexport (Mitversorgung für andere Planungsbereiche): Wie soll das Ruhrgebiet mit einer Planzahl von 11,4 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner z. B. den naheliegenden Kreis Borken mit einer Planzahl von 11,6 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner mitversorgen? Das ist unmöglich und kann sich deshalb in Mitversorgungskennzahlen nicht finden. Auch die Autoren des Versorgungsatlas des ZI räumen ein, das entsprechende Statistiken zur Mitversorgung Ausdruck von Unterversorgung sein können (Czihal, von Stillfried & Schallock 2012).

Zum Leistungsimport (Mitversorgung durch andere Planungsbereiche): Zur Mitversorgung der Menschen im Ruhrgebiet ggf. wegen höherer Versorgungsdichte

fähige Planungsbereiche liegen alle weit entfernt. Dies könnten in Westfalen-Lippe Münster und Bielefeld sein, im Landesteil Nordrhein Düsseldorf und Köln. Besonders deutlich wird die Unangemessenheit des Mitversorgungskonzepts in der psychotherapeutischen Versorgung, wenn man reale Pendlerzahlen einbezieht, hier am Beispiel Gelsenkirchen. Laut Pendlerrechnung NRW (alle Zahlen: IT.NRW zum 30.06.2012) fahren aus Gelsenkirchen 326 Einwohner zur Arbeit nach Münster, 579 Einwohner arbeiten in Köln und 2067 in Düsseldorf, nach Bielefeld pendelt schon niemand mehr. Diese 2.972 Gelsenkirchener Pendler in besser psychotherapeutisch versorgte Planungsbereiche haben auf die psychotherapeutische Versorgung von 260.000 Einwohnern dieser Stadt insgesamt nahezu keinen Einfluss. Das Ruhrgebiet arbeitet überwiegend im Ruhrgebiet. Bochumer pendeln v. a. nach Essen, Dortmund und Herne. Dortmund pendelt überwiegend nach Bochum, Essen und Hagen. Allenfalls in den nordrheinischen Städten des Ruhrgebiets (Duisburg, Essen, Mülheim a.d.R., Oberhausen) gibt es erwähnenswerte Pendlerzahlen nach Düsseldorf (allerdings auch deutlich unter 5% der Einwohnerzahl). Insgesamt pendeln 88.000 Einwohner des Ruhrgebiets in die psychotherapeutisch besser versorgten Planungsbereiche Münster, Bielefeld, Düsseldorf und Köln. Das sind 1,7% von 5,05 Millionen Einwohnern dieser Region. Es ist kein Grund erkennbar, die Psychotherapeutendichte auf Basis dieser Zahlen im Ruhrgebiet um zwei Drittel herabzusetzen.

Darüber hinaus kann das Mitversorgungskonzept für die psychotherapeutische Versorgung auch grundsätzlich in seiner Tauglichkeit hinterfragt werden. Es ist nicht sinnvoll, einen monate- oder jahrelangen psychotherapeutischen Behandlungsprozess mit meist wöchentlichen Terminen genauso auf Basis von Berufspendlerströmen zu planen, wie einen gelegentlichen Besuch beim spezialisierten Facharzt. Dies kann wieder am Beispiel Gelsenkirchen einfach nachvollzogen werden. Wem zuzumuten ist, einmalig zu einer diagnostischen urologischen Untersuchung von Gelsenkirchen nach Münster zu einem Spezialisten zu fahren, kann dies nicht genauso wöchentlich für eine monate- bis jahrelang dauernde psychotherapeutische Behandlung tun. Behandlungen von Kindern bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nicht sinnvoll mit Strömen von erwachsenen Berufspendlern synchronisiert werden. Wenn der Vater einer Gelsenkirchener Familie in Münster arbeitet, kann die Mutter das 11-jährige Kind dann jede Woche über 80 Kilometer Entfernung nach Münster zur Behandlung bringen? Die Lebenswirklichkeit spricht dagegen. Nicht umsonst wird die psychotherapeutische Versorgung auf Ebene von Städten und Kreisen geplant und nicht auf Ebene von Regierungsbezirken oder KV-Bereichen.

Auf der Ebene von Städten und Kreisen ist psychotherapeutische Mitversorgung im Ruhrgebiet nicht darstellbar. Eine unveränderte Beibehaltung der Sonderregion für die psychotherapeutische Bedarfsplanung im Ruhrgebiet wird daher von der Psychotherapeutenkammer NRW ausdrücklich nicht für sinnvoll gehalten.

## **7 Vorschläge für eine Erhebung der Versorgungssituation und die künftige Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung im Ruhrgebiet**

Wie die vorliegende Untersuchung dokumentiert, können epidemiologische Daten und sozioökonomische Gesundheitsindikatoren die Ungleichbehandlung des Ruhrgebiets in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung nicht begründen. Daher sollte der Gemeinsame Bundesausschuss kurzfristig die Sonderregion Ruhrgebiet für die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ aufheben und die Planungsbereiche des Ruhrgebiets in die allgemeine Systematik der Bedarfsplanung einordnen.

Alternativ sollten für eine Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet gemäß § 65 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie folgende Daten durch einen Vergleich der Planungsbereiche des Ruhrgebietes mit vergleichbaren Planungsbereichen Nordrhein-Westfalens der Versorgungszonen 1 und 2 einbezogen werden:

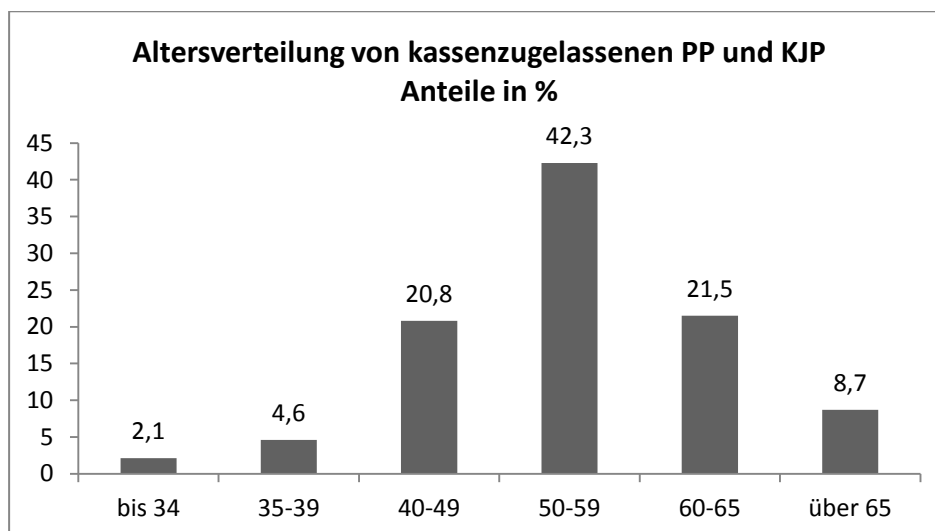
- Aktuelle epidemiologische Daten zur regionalen Morbidität, am besten auf Planungsbereichsebene aufgelöst, z. B. sobald vorliegend aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)
- Aktuelles Set sozioökonomischer Faktoren als Gesundheitsindikatoren (Quelle: z. B. Landeszentrum Gesundheit NRW)
- Aktuelle Zahlen zum Versorgungsbestand in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen, bspw.:
  - Versorgungsdichte Psychiater u. a. spezifisch versorgender Fachärzte (Quelle: Bedarfspläne),
  - Art und Menge erbrachter Leistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (Quelle: Krankenkassen),
  - Menge erbrachter ambulanter psychotherapeutischer Leistungen in der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V (Quelle: Krankenkassen)
  - Art und Menge erbrachter Leistungen für psychisch kranke Menschen in Selektivverträgen nach §§ 140 a ff und 73 c SGB V (Quelle: Krankenkassen)

Schon der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2000/2001) befürwortete ein „differenziertes indikatorengestütztes Modell“ zur Ermittlung der Bedarfs- und Versorgungslage. Auch das wissenschaftliche Gutachten des IGES Instituts im Auftrag der Patientenvertretung im G-BA (2012) schlug vor, zur Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs einen Bedarfsindex auf der Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren zu nutzen. An diese Experten-Empfehlungen knüpft die Psychotherapeutenkammer NRW inhaltlich an.

Im Unterschied dienen diese Vorschläge allerdings zunächst nicht der grundlegenden Neustrukturierung der Bedarfsplanung. Daher sind auch nicht dauerhaft und wiederholt zur Fortschreibung der Bedarfsplanung Daten zu erheben und zu verarbeiten. Vielmehr sind sie zunächst gemäß § 65 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie

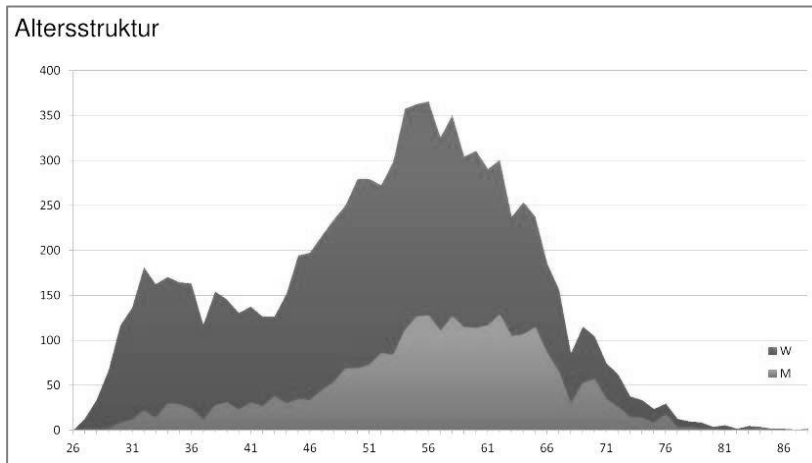
als einmalige Entscheidungshilfen gedacht, ob die Sonderregion Ruhrgebiet in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung fortbestehen oder aufgehoben werden soll. Darüber hinaus würde die Psychotherapeutenkammer NRW es überaus begrüßen, wenn der G-BA bei Beibehaltung der Sonderregion diese für die psychotherapeutische Versorgung sachgerecht neu planen würde. Das Ruhrgebiet ist ein einzigartiger Agglomerationsraum mit Metropolcharakter, der alternativ eben auch als Metropole geplant werden könnte, z. B. mittels herabgesetzter Allgemeiner Verhältniszahlen und erhöhter Versorgungsdichten, die denen anderer Großstädte in Deutschland entsprechen. Auch zu diesem Zweck können die hier vorgeschlagenen Daten konzeptionell in den Entwicklungsprozess einer neuen Systematik einbezogen werden. Eine dauernde und wiederholte Erhebung und Verarbeitung ist auch hierfür nicht erforderlich.

Die Psychotherapeutenkammer NRW weist nochmals ausdrücklich darauf hin, dass hier ausschließlich für die Bedarfsplanung in der psychotherapeutischen Versorgung argumentiert wird. Die Kassenärztlichen Vereinigungen votierten bisher v. a. aus Gründen der hausärztlichen Versorgung für eine Beibehaltung der Sonderregion Ruhrgebiet, da sie bei einer Aufhebung eine Sogwirkung vom Land in die städtischen Zentren des Ruhrgebiets befürchteten. 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 (in Deutschland mehr als 70% älter als 50 Jahre), sind solche Sorgen hier jedoch unnötig.



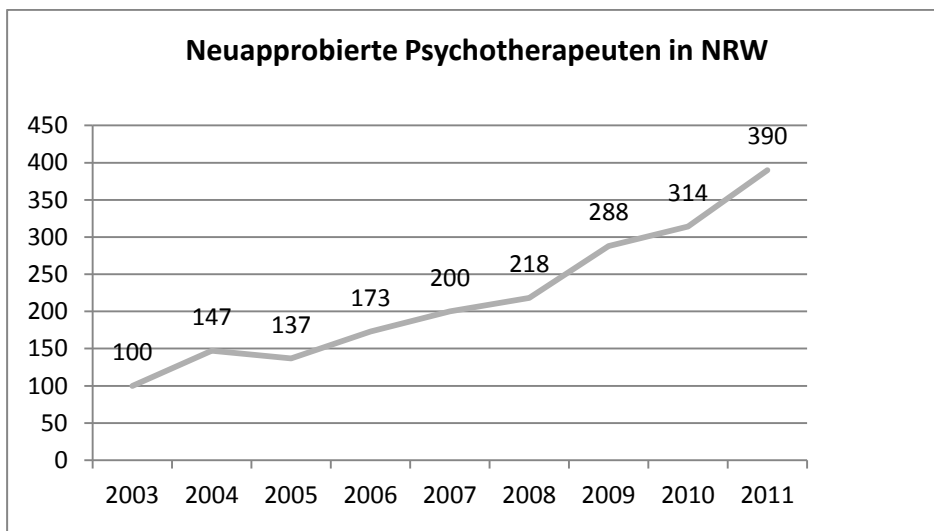
**Abbildung 8:** Altersverteilung der kassenzugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten in Deutschland zum 31.12.2013. Quelle: KBV

Die Zahlen der Mitgliederverwaltung der Psychotherapeutenkammer NRW zeigen in der Gruppe aller Psychotherapeuten eine deutlich günstigere Altersstruktur. Neu entstehende Vertragspsychotherapeutenstellen könnten sicher besetzt werden.



**Abbildung 9:** 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.



**Abbildung 10:** Jährlicher Zuwachs an neuapprobierten Psychotherapeuten in NRW. Quelle: PTK NRW

Eine Aufhebung oder systematische Umgestaltung der Bedarfsplanung der Sonderregion Ruhrgebiet würde die psychotherapeutische Versorgung ländlicher Regionen in NRW nicht gefährden.

## Quellen:

Albrecht, M.; Nolting, H.; Schliwen, A. & Schwinger, A. (2012). Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V. Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut 31.05.2012.

Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Busch, M. A.; Maske, U. E.; Ryl, L.; Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, S. 733-739.

Czihal, T.; von Stillfried, D. & Schallock, M. (2012). Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.

Dahlbeck, E. & Neu, M. (2014). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Nordrhein-Westfalen. Forschung aktuell 03/2014 (IAT), S. 2-19.

Deutscher Bundestag (2011). Drucksache 17/6906: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG).

Kroll, E. L. & Lampert, T. (2011). Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, S. 129-140.

Lampert, T.; Kroll, E. L.; Hapke, U. & Jacobi, F. (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. Public Health Forum, 22, Heft 82, S. 6-8.

Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6(1) [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt)

Landtag NRW (1999). Drucksache 12/4463: Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 1473 (Drucksache 12/4350).

LIGA.NRW (2011). Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen – Aktuelle Trends in NRW. NRW kurz und informativ, August 2011, S. 1-9.

Rattay, P.; Butschalowsky, H.; Rommel, A.; Prütz, F.; Jordan, S.; Nowossadeck, E.; Domanska, O. & Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, S. 832-844

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2000/2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Techniker Krankenkasse (2015). Depressionsatlas. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnung.

[http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/139131/Depressionsatlas\\_2015.pdf](http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/139131/Depressionsatlas_2015.pdf)

## Anhang

