

Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung

*Gutachten für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V.
(BVDN), den Berufsverband Deutscher Neurologen e.V.
(BDN) und den Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.
(BVDP)*

Martin Albrecht
Torsten Fürstenberg
Antje Gottberg

Berlin, Oktober 2007

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstraße 5, 10787 Berlin
Tel.: 030 –23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Inhalt

1	Executive Summary	9
2	Einleitung	12
3	Epidemiologische Entwicklung und Kosten neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen	15
3.1	Angaben zur Prävalenz neuropsychiatrischer Erkrankungen	15
3.2	Neuro-psychiatrische Erkrankungen in der stationären Versorgung	16
3.3	Psychiatrische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit	18
3.4	Psychische Erkrankungen als Ursache für Erwerbsminderung.....	20
3.5	Krankheitskosten durch neurologisch-psychiatrische Erkrankungen.....	21
3.6	Zur Empirie der Versorgungssituation.....	25
3.7	Fazit.....	31
4	Empirische Analyse der Angebotsstruktur und der Vergütung der ambulanten neuro- psychiatrischen Versorgung.....	32
4.1	Datengrundlage	32
4.2	Arztzahlen	33
4.3	Arztdichte	36
4.4	Leistungsstruktur.....	39
4.5	Fallzahl	46
4.6	Honorar.....	50
4.7	Zusammenfassende Ergebnisse.....	56
5	Ausblick: Vergütungssystem nach dem GKV-WSG	60
6	Anhang: EBM Leistungen der neuro-psychiatrischen Versorgung.....	66

Abbildungen

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der Ärzte mit Gebietsbezeichnung Nervenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin insgesamt und nach Ort der Tätigkeit, 1975-2006	13
Abbildung 2: Krankenhausfälle nach Diagnosen, 1994-2005	17
Abbildung 3: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt und wegen psychiatrischer Erkrankungen in der DAK, 1997-2006	19
Abbildung 4: Entwicklung des Zugangs an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen, 1993-2005	21
Abbildung 5: Krankheitskosten je Einwohner, 2004.....	23
Abbildung 6: Krankheitskosten je Einwohner nach Altersgruppen, 2004	24
Abbildung 7: Relative Bedeutung der Ursachen für den Verlust von Erwerbstätigenjahren, 2004.....	25
Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Ärzte / Psychologische Psychotherapeuten, 1994-2005.....	35
Abbildung 9: Entwicklung der Anzahl der Ärzte / Psychologische Psychotherapeuten, 1994-2005 (Jahr 1994 = 100%)	36
Abbildung 10: Ärzte / 100.000 Einwohner, alle Fachgruppen, regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, 2005	37
Abbildung 11: Ärzte / 100.000 Einwohner (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater), regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, 2005	38
Abbildung 12: Ärzte / 100.000 Einwohner, psychotherapeutisch tätige Ärzte, regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, 2005	39
Abbildung 13: Leistungsverteilung der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung nach EBM-Kapiteln (2004)	40
Abbildung 14: Leistungsverteilung der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung nach Fachgruppen (2004)	41
Abbildung 15: Entwicklung der Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung, hausärztlicher Versorgungsbereich nach EBM Kapiteln, 1996-2004	42

Abbildung 16: Leistungs- vs. Honoraranteile nach EBM-Kapiteln; alle betrachteten Fachgruppen (2004)	43
Abbildung 17: Leistungs- vs. Honorarverteilung nach Fachgruppen (2004).....	44
Abbildung 18: Entwicklung von Leistungsmenge und -struktur der Psychiater nach EBM Kapiteln, 1994-2004	45
Abbildung 19: Fallzahlentwicklung nach Fachgruppen, 1994-2004.....	46
Abbildung 20: Fallzahlentwicklung nach Fachgruppe (Jahr 1994 = 100%), 1994-2004.....	47
Abbildung 21: Entwicklung der Fallzahl je Arzt / Psychologe, 1994-2004	48
Abbildung 22: Entwicklung der Fallzahl je Arzt / Psychologe (Jahr 1994 = 100%), 1994-2004	49
Abbildung 23: Honorarentwicklung nach Fachgruppen, 1994-2004	51
Abbildung 24: Honorarentwicklung je Fall nach Fachgruppen, 1994-2005	52
Abbildung 25: Entwicklung der Honorare je Fall nach Fachgruppen (Jahr 1994 = 100%), 1994-2004	53
Abbildung 26: Entwicklung der Honorare je Arzt nach Fachgruppen (Jahr 1994 = 100%), 1994-2003	54
Abbildung 27: Entwicklung des Anteils des Honorars nach Fachgruppe an den GKV- Ausgaben für Arztpraxen, 1994-2004	55
Abbildung 28: Fachgruppenbezogene Struktur der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung und der Honorierung (2004).....	58
Abbildung 29: Neue EBM-Struktur nach GKV-WSG.....	61

Tabellen

Tabelle 1: Zeitlicher Behandlungsaufwand in Krankenhäusern (2003, 2005).....	17
Tabelle 2: Volkswirtschaftliche Kosten der Arbeitsunfähigkeit	20
Tabelle 3: Volkswirtschaftliche Krankheitskosten in verlorenen Erwerbstätigenjahren (in Tsd.), 2004.....	24
Tabelle 4: Krankheitskosten nach Art der Einrichtung	29

Tabelle 5: Untersuchte Fachgruppen	33
Tabelle 6: Fachgruppenverteilung im Jahr 2005	34
Tabelle 7: Ausgewählte Kennzahlen der vertragsärztlichen neurologisch- psychiatrischen Versorgung (2004)	57
Tabelle 8: Veränderung ausgewählter Kennzahlen der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung (2000 - 2004)	59
Tabelle 9: Gebührenordnungsposition der neuro-psychiatrischen Versorgung	66
Tabelle 10: EBM-Bereiche / Kapitel der Gebührenordnungspositionen der neuro-psychiatrischen Versorgung	69

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GOP	Gebührenordnungsposition (des EBM)
HVV	Honorarverteilungsverträgen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
RLV	Regelleistungsvolumen

1 Executive Summary

Die Psychiatrie-Reform der 70er Jahre führte zu einer Enthospitalisierung insbesondere von nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftigen Langzeitpatienten, der sich in einem substantiellen Abbau von stationären Bettenkapazitäten und einer deutlichen Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer im psychiatrischen Bereich manifestierte. Von den niedergelassenen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen wird vielfach kritisiert, dass die frei gewordenen Finanzmittel aus dem Bettenabbau in psychiatrischen Anstalten bzw. Krankenhausabteilungen nicht entsprechend zum Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen genutzt worden seien. Auch das Vergütungssystem steht in der Kritik, das spezifische Leistungsprofil in der Versorgung neurologisch bzw. psychisch Kranker nicht adäquat abzubilden und so zu einer Benachteiligung der neurologisch-psychiatrisch tätigen Ärzte im Vergleich zu anderen Fachgruppen zu führen.

Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, zumindest für einen Teil der angesprochenen Diskussionspunkte eine analytische Grundlage zu liefern und damit zu Fortschritten der Erkenntnis über die Situation der neurologisch-psychiatrischen Versorgung und ihrer Finanzierung beizutragen. Die Darstellung der Entwicklung des neurologisch-psychiatrischen Versorgungsbedarfs anhand verfügbarer epidemiologischer Indikatoren sowie vorliegender Schätzungen der Kosten neuro-psychiatrischer Erkrankungen verdeutlicht, dass neurologisch-psychiatrische Erkrankungen zunehmen, und zwar absolut als auch relativ zur überwiegenden Mehrheit anderer Krankheiten. Neuro-psychiatrische Krankheiten verursachen substanzielle direkte und gesamtwirtschaftliche Kosten. Ihr Anteil an den gesamten Krankheitskosten kann auf mindestens 20 % veranschlagt werden. Relativ bruchstückhaft ist hingegen das Wissen über die Situation und vor allem die Effizienz der Versorgung neurologisch-psychiatrischer Krankheiten.

Vor diesem Hintergrund wurden Abrechnungsdaten der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem Ziel einer empirisch fundierten Darstellung des Behandlungsgeschehens im Bereich der ambulanten Versorgung von Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen ausgewertet. Zentrale Ergebnisse dieser Analyse für den Zeitraum der Jahre 1994 bis 2004 waren:

- Es bestanden deutliche regionale Unterschiede in der Arztdichte für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater sowie ärztliche und psychologi-

sche Psychotherapeuten. Hervorzuheben ist hier die unterdurchschnittliche Arztdichte in den neuen Bundesländern und die überdurchschnittliche Arztdichte in den Stadtstaaten.

- Auch Hausärzte erbrachten einen relevanten Anteil an der neurologisch-psychiatrischen Versorgung (20 % des neurologisch-psychiatrischen Leistungsvolumens). Dieser Anteil blieb in seiner Höhe und seiner Struktur über den betrachteten Zeitraum in etwa stabil.
- Auf den Leistungsbereich der Neurologie und Psychiatrie entfielen 28 % des Leistungsvolumens und ca. 25 % des Honorarvolumens der gesamten neuro-psychiatrischen Versorgung.
- Betrachtet man den gesamten Bereich der neuro-psychiatrischen Versorgung, so erbrachten 21 % der Ärzte (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater) 45 % der Leistungsmenge (in Punkten), erhielten 41 % des Honorars und behandelten 78 % der Fälle.
- Die Fallzahl pro Arzt lag bei den Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern sowie Kinder- und Jugendpsychiatern insgesamt bei 2.638 im Vergleich zu 198 bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und ist innerhalb von 10 Jahren um 600 gestiegen.
- Die durchschnittliche Leistungsmenge je Fall war in den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater mit 1.490 Punkten wesentlich geringer als bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten mit 6.400 Punkten. Ebenso wies das Honorar je Fall deutliche Unterschiede zwischen den Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern sowie Kinder- und Jugendpsychiatern insgesamt (56 Euro) und den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (281 Euro) auf.
- Das Honorar je Arzt war in den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater höher (147.500 Euro) als in den Fachgruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (55.700 Euro). Allerdings hat sich das Honorar je Arzt für die Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater insgesamt seit Jahren entgegen dem Trend in der gesamten Vertragsärzteschaft kontinuierlich verringert.

Hinsichtlich der Einführung eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Sektor mit einer Vereinheitlichung der Auszahlungspunktwerte sollte die Neustrukturierung der neuro-psychiatrischen Leistungen des EBM sowie deren Punktbewertung vor Inkrafttreten sehr genau evaluiert werden. Dies gilt insbesondere für die ab dem Jahr 2011 geltenden diagnosebezogenen

Fallpauschalen, da hier zu prüfen ist, ob sich das Diagnose und Leistungsspektrum der neuro-psychiatrischen Versorgung zur Bildung von Fallpauschalen eignet. Auch sollte untersucht werden, ob sich die unterschiedliche Morbidität der Patienten einer Praxis im Bereich der neurologischen und psychiatrischen Versorgung anhand der Kriterien Alter und Geschlecht in geeigneter Weise darstellen lässt, wie es mit Einführung der Regelleistungsvolumen ab dem Jahr 2009 vorgesehen ist.

2 Einleitung

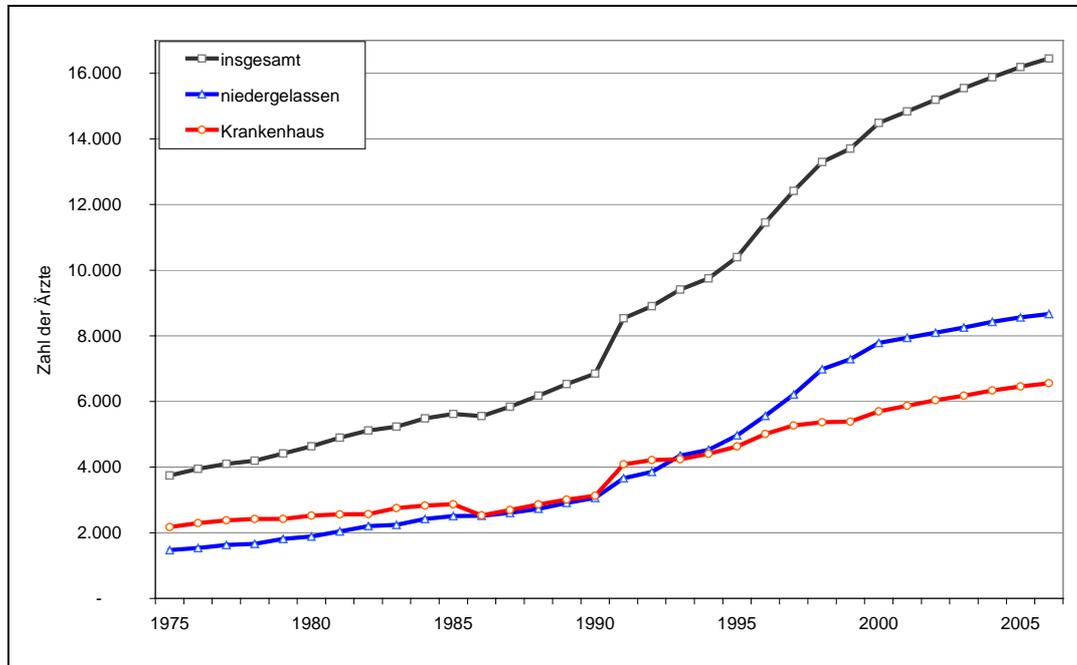
Vor mehr als 30 Jahren (1975) legte die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie in Deutschland ihren Bericht vor. Damit wurde eine grundlegende Psychiatrie-Reform angestoßen, deren übergeordnetes Ziel die Entstigmatisierung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen war. Demnach gilt für psychisch Kranke dasselbe Recht auf Selbstbestimmung wie für somatisch Kranke. Verbunden mit dieser Zielsetzung ist das Bestreben, psychisch Kranke möglichst wohnortnah und innerhalb ihrer sozialen Netze zu betreuen.

Die Psychiatrie-Reform forderte und führte schließlich auch zu einer Enthospitalisierung insbesondere von nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftigen Langzeitpatienten, der sich in einem substantiellen Abbau von stationären Bettenkapazitäten und einer deutlichen Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer im psychiatrischen Bereich manifestierte.¹ Entsprechend zu dieser Entwicklung verlagerte sich die Versorgung psychisch Kranker von stationären Einrichtungen in den ambulanten Bereich.

Einen Hinweis auf diesen Verlagerungsprozess gibt die Veränderung des Verhältnisses, in dem die in der neuro-psychiatrischen Versorgung tätigen Ärzte im Krankenhaus und als Niedergelassene praktizierten (Abbildung 1). Während bis Mitte der 1980er Jahre mehr Ärzte der o. g. Fachgebiete in Krankenhäusern tätig waren als in Arztpraxen, war das Zahlenverhältnis bis zum Jahr 1990 in Westdeutschland in etwa ausgeglichen. Nach der Wiedervereinigung überstieg die Anzahl der niedergelassenen Ärzte der o. g. Fachgebiete relativ bald die der in Krankenhäusern tätigen – im Jahr 2006 betrug sie mehr als das 1,3 fache. Für die Gesamtheit aller Arztgruppen lag hingegen die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Ärzte seit Ende der 1970er Jahre kontinuierlich über der Anzahl der niedergelassenen Ärzte.

¹ Vgl. Becker/Fritze/Kunze (1999). Das Fachinstitut für Statistik wertete mit Unterstützung der Firma Lilly und in Zusammenarbeit mit dem BVDN im Jahr 1999 Daten des Statistischen Bundesamtes, der KBV und des ZI aus. Demnach war die Verringerung sowohl der Bettenzahl in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie bzw. in psychiatrischen Fachabteilungen als auch der Anzahl der Pflergetage im Zeitraum der Jahre 1975 bis 1997 deutlich stärker als der Rückgang der entsprechenden Größen für die Krankenhäuser insgesamt.

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der Ärzte mit Gebietsbezeichnung Nervenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin insgesamt und nach Ort der Tätigkeit, 1975-2006



Quelle: BÄK; bis 1990 alte Bundesländer, ab 1991 Gesamtdeutschland.

Von den niedergelassenen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen wird vielfach kritisiert, dass die frei gewordenen Finanzmittel aus dem Bettenabbau in psychiatrischen Anstalten bzw. Krankenhausabteilungen nicht entsprechend zum Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen genutzt worden seien.² In jüngerer Zeit steht insbesondere das Vergütungssystem in der vertragsärztlichen Versorgung in der Kritik, das spezifische Leistungsprofil in der Versorgung neurologisch bzw. psychisch Kranker – auch bzw. gerade nach Einführung des EBM 2000plus – nicht adäquat abzubilden und so zu einer Benachteiligung der neurologisch-psychiatrisch³ tätigen Ärzte im Vergleich zu anderen Fachgruppen zu führen.⁴

² Vgl. z. B. Häfner (2000), S. 152.

³ Hier und im Folgenden bezieht sich die Bezeichnung „neurologisch-psychiatrisch“ auf die nervenärztliche, neurologische und psychiatrische Versorgung.

⁴ Aus Sicht der Berufsverbände der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater folgt aus beiden Aspekten eine Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker. Als Reaktion hierauf ist das Konzept zur Preisadaptierten Qualitätssteuerung (PaQS) in der ambulanten Neurologie und Psychiatrie zu sehen, das „Vorschlä-

Schließlich enthalten die jüngsten Gesundheitsreformen (GKV-Modernisierungsgesetz, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) Elemente, die die bestehenden Probleme der gegenwärtigen Versorgung neurologisch bzw. psychisch Kranker verschärfen könnten. So könnte die Öffnung der Krankenhäuser – trotz ihrer prinzipiell sinnvollen Zielsetzung – unter den konkret gegebenen Rahmenbedingungen speziell für den Bereich neurologisch-psychiatrischer Versorgung kontraproduktive Wirkungen entfalten. Im Mittelpunkt stehen hierbei mögliche Wettbewerbsverzerrungen zugunsten von Krankenhäusern und Institutsambulanzen gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung, die möglichen Konsequenzen für die ambulante Versorgung mit Blick auf das Leitbild psychiatrischer Versorgung sowie mögliche Kostennachteile einer stärker stationär verankerten Versorgung.

Das folgende Gutachten hat zum Ziel, zumindest für einen Teil der angesprochenen Diskussionspunkte eine analytische Grundlage zu liefern und damit zu Fortschritten der Erkenntnis über die Situation der neurologisch-psychiatrischen Versorgung und ihrer Finanzierung beizutragen.

Zu diesem Zweck werden im ersten Teil die epidemiologische Entwicklung und die Kosten neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen anhand von zentralen Indikatoren analysiert. Auf diese Weise wird die Entwicklung des neurologisch-psychiatrischen Versorgungsbedarfs abgebildet. Dieser Bedarfsdarstellung wird dann im zweiten Teil des Gutachtens die Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen gegenübergestellt, die auf der Basis von Daten der Abrechnungstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dargestellt und analysiert wird.

3 Epidemiologische Entwicklung und Kosten neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen

Die epidemiologische Entwicklung und die Kosten neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen werden im Folgenden auf der Grundlage verfügbarer Quellen und statistischer Daten dargestellt – und damit unter Verwendung der dort vorgenommenen Krankheitsabgrenzungen. Daher konzentriert sich die folgende Darstellung zwangsläufig auf diejenigen Krankheiten bzw. Diagnosegruppen, die überwiegend dem neuro-psychiatrischen Versorgungsbereich zugeordnet werden können. Auf diese Weise kann die Bedeutung neuro-psychiatrischer Erkrankungen jedoch nur partiell abgebildet werden, denn auch in die Behandlung von Krankheiten, die primär anderen Versorgungsbereichen zugeordnet werden, fließen – teilweise in einem signifikanten Ausmaß – neuro-psychiatrische Versorgungsleistungen ein.⁵ Als Konsequenz wird die Bedeutung neuro-psychiatrischer Erkrankungen auf der Grundlage gängiger diagnosebezogener Statistiken tendenziell unterschätzt.

3.1 Angaben zur Prävalenz neuropsychiatrischer Erkrankungen

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden weltweit ungefähr 450 Mio. Menschen an neuropsychiatrischen Erkrankungen (inklusive Suchterkrankungen). Die WHO hatte im Jahr 2001 für ihren Weltgesundheitsbericht die psychischen Erkrankungen und die Epilepsie als thematischen Schwerpunkt gewählt und damit auf die Belastungen und Kosten, die durch diese Erkrankungen entstehen, aufmerksam gemacht.⁶ Demnach lag der Anteil neuropsychiatrischer Erkrankungen an der gesamten

⁵ Hierzu zählen z. B. die Behandlung von Schlaganfallfolgen, die gemäß ICD den Krankheiten des Kreislaufsystems zugeordnet werden, sowie Diagnosen aus dem ICD-Kapitel der (äußeren) Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma, Suizidversuche) und aus dem ICD-Kapitel der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes („Neuroorthopädie“).

⁶ Vgl. WHO (2001)

Krankheitslast – gemessen in DALYs⁷ – im Jahr 2000 bei weltweit 12 % und in Europa bei 20 %.

In Deutschland wurde die Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen wegen eines Mangels an verlässlichen Daten lange unterschätzt. Valide Zahlen sind erst seit den 1990er Jahren verfügbar. Allerdings sind Prävalenzangaben in der Literatur vielfach nur schwer zu finden und oft veraltet. Immer wieder zitiert werden die Angaben der erstmaligen Erhebung von Häufigkeit und Auswirkungen psychischer Krankheiten im Bundes-Gesundheits-Survey des Jahres 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“), wonach 32 % der erwachsenen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren (15,6 Mio. Personen) unter einer oder mehreren psychischen Störungen litten und jeder dritte Betroffene (36%) im Jahr vor der Erhebung wegen der psychischen Störung in Kontakt mit ambulanten oder stationären psychiatrisch/ psychotherapeutischen Diensten oder seinem Hausarzt stand.⁸

Psychische Störungen in Form von affektiven, somatoformen und Angststörungen waren Ende der 1990er Jahre mit 17,3 % der erwachsenen Bevölkerung (8,35 Mio. Personen) in Deutschland weit verbreitet, wobei ein bedeutsamer Prozentsatz der betroffenen Personen die Kriterien von mehr als einer psychischen Störung erfüllte.⁹ Frauen waren überwiegend häufiger betroffen als Männer.

3.2 Neuro-psychiatrische Erkrankungen in der stationären Versorgung

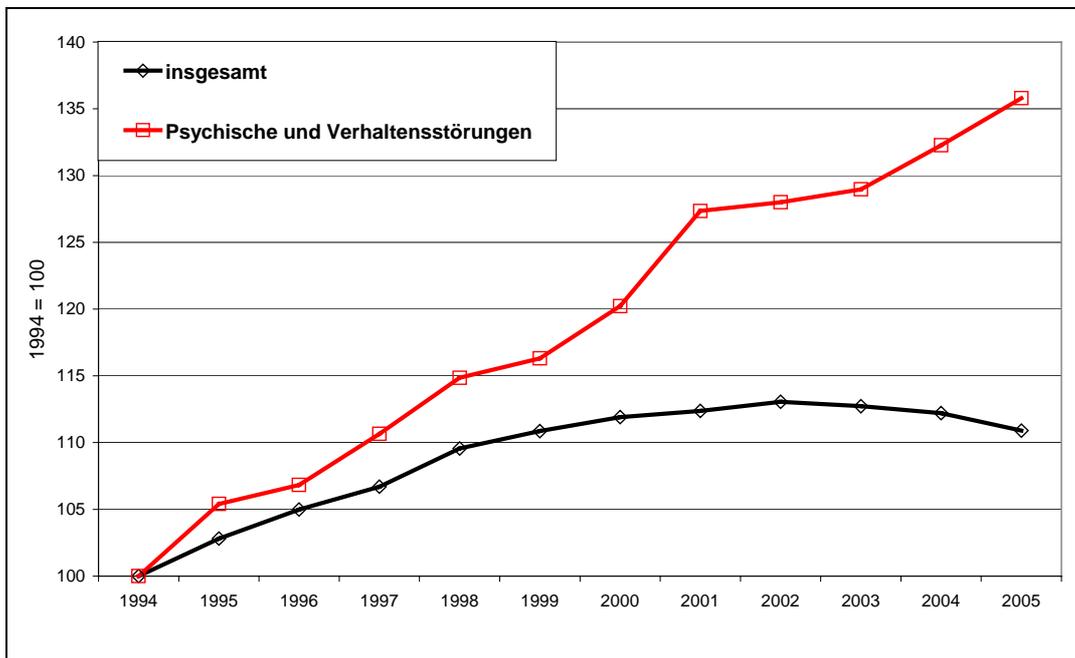
Dass psychische und verhaltensbezogene Erkrankungen seit Jahren zahlenmäßig stark zunehmen, lässt sich der Krankenhausstatistik entnehmen. Betrachtet man die Entwicklung der Krankenhaufälle differenziert nach Diagnosen (Abbildung 2), so zeigt sich für den Zeitraum der Jahre 1994 bis 2005 eine Zunahme der Krankenhaufälle wegen psychischer und verhaltensbezogener Erkrankungen von 36 %. Die Gesamtzahl aller Krankenhaufälle hat sich dagegen in demselben Zeitraum um lediglich 11 % erhöht, wobei seit dem Jahr 2002 sogar Rückgänge zu verzeichnen sind.

⁷ Disability adjusted life years: Anzahl der Lebensjahre, die einem Menschen durch (im Vergleich zur Bevölkerungsnorm) vorzeitigen Tod und gesundheitliche Beeinträchtigungen insgesamt verloren gehen.

⁸ Wittchen/Jacobi (2002).

⁹ Wittchen et al (1999)

Abbildung 2: Krankenhausfälle nach Diagnosen, 1994-2005



Quelle: IGES, Statistisches Bundesamt

Der Anstieg der durch psychische und verhaltensbezogene Erkrankungen bedingten Krankenhausfälle war damit im Betrachtungszeitraum mehr als das Dreifache stärker als der durchschnittliche Anstieg über alle Diagnosen.

Dabei handelt es sich in der Regel um Krankheiten mit einem hohen zeitlichen Behandlungsaufwand (Tabelle 1). Während die durchschnittliche Verweildauer über alle Fachabteilungen im Jahr 2005 bei 8,6 Tagen lag, betrug sie in der Neurologie mit durchschnittlich 9,1 Tagen etwas, in der Psychiatrie und Psychotherapie mit durchschnittlich 24,2 Tage deutlich mehr, in der Psychotherapeutischen Medizin mit durchschnittlich 40,4 Tagen und in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit durchschnittlich 43,2 Tagen sogar ungefähr das Fünffache.

Tabelle 1: Zeitlicher Behandlungsaufwand in Krankenhäusern (2003, 2005)

	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen		Veränderung 2005/03
	2003	2005	
Fachabteilungen insgesamt	9,2	8,6	-6,5%
Neurologie	11,0	9,1	-17,3%

Psychiatrie und Psychotherapie	25,5	24,2	-5,1%
Psychotherapeutische Medizin	44,6	40,4	-9,4%
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	45,7	43,2	-5,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt

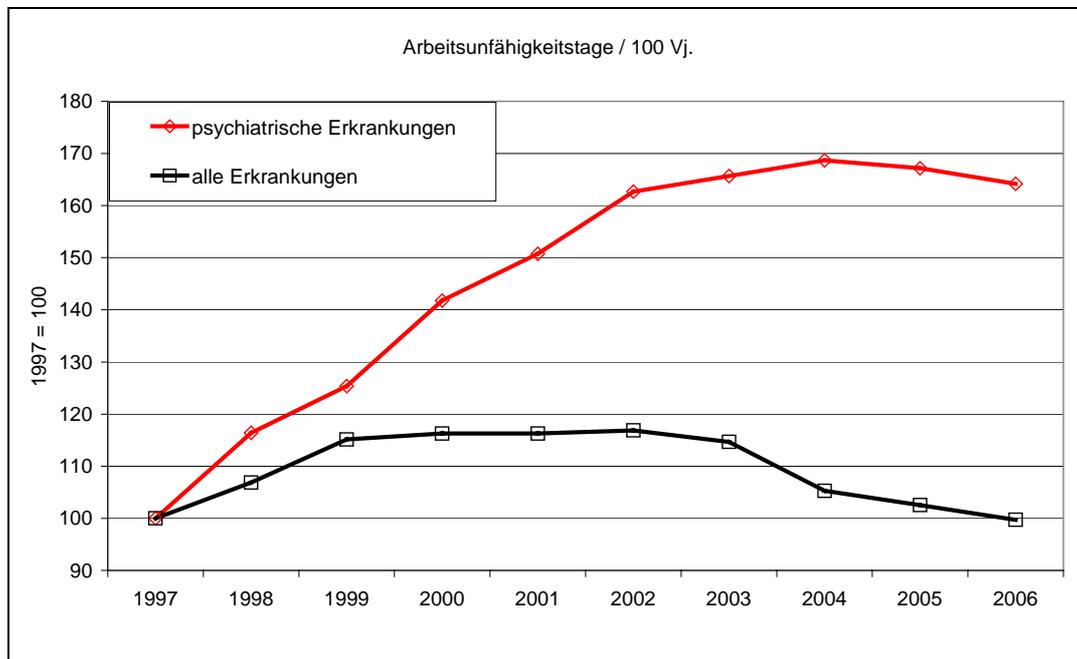
Allerdings hat auch in den psychiatrischen Fachabteilungen die durchschnittliche Verweildauer zwischen den Jahren 2003 und 2005 abgenommen, und dies trotz nach wie vor regelmäßig verweildauerabhängiger Entgelte (Tagessätze nach Bundespflegesatzverordnung). In der psychotherapeutischen Medizin war dieser Verweildauerrückgang sogar überdurchschnittlich hoch.

3.3 Psychiatrische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit

Auch die Daten zur Arbeitsunfähigkeit dokumentieren klar die Zunahme psychiatrischer Erkrankungen in Deutschland. So zeigen die Daten der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) zur Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern (AU-Daten)¹⁰ eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychiatrischer Erkrankungen im Zeitraum der Jahre 1997 bis 2006 von 64 % aus (Abbildung 3). Im Unterschied hierzu lag die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage über alle Erkrankungen im Jahr 2006 (wieder) auf demselben Niveau wie im Jahr 1997.

¹⁰ Das IGES Institut wertet seit den 1990er Jahren diese Daten im Auftrag der DAK aus und erstellt die jährlichen AU-Analysen.

Abbildung 3: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt und wegen psychiatrischer Erkrankungen in der DAK, 1997-2006



Quelle: IGES, DAK AU-Daten 2006

Gemäß den AU-Daten der DAK waren die psychiatrischen Erkrankungen im Jahr 2006 die vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Sie erreichten damit einen Anteil von mittlerweile 10 % aller Arbeitsunfähigkeitstage: Von insgesamt 1.096 Arbeitsunfähigkeitstagen je 100 Versicherungsjahren insgesamt wurden 110 Tage durch psychiatrische Erkrankungen verursacht.

Dem DAK-Gesundheitsreport 2002 mit dem Schwerpunktthema „psychiatrische Erkrankungen“ und dem DAK-Gesundheitsreport 2005 mit dem Schwerpunktthema „Angststörungen/Depressionen“ sind folgende Erkenntnisse zur Verbreitung psychiatrischer Erkrankungen zu entnehmen:

- Frauen sind stärker betroffen als Männer.
- Jüngere sind gemäß Bundesgesundheitsurvey eigenen Angaben zufolge ähnlich häufig von psychischen Störungen betroffen wie Ältere, sie werden deshalb aber seltener arbeitsunfähig.
- Im Gesundheitswesen und in den öffentlichen Verwaltungen ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen am höchsten.

- In den östlichen Bundesländern haben psychiatrische Erkrankungen für die Arbeitsunfähigkeit nur unterdurchschnittliche Bedeutung.

Die Arbeitsunfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen verursacht steigende volkswirtschaftliche Kosten in Deutschland. Für das Jahr 2005 wurde der diesbezügliche Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 7,0 Mrd. Euro geschätzt (Tabelle 2). Dies entspricht einem Anteil von 10,5 % des geschätzten Gesamtausfalls an Bruttowertschöpfung infolge von Arbeitsunfähigkeit. Im Jahr 2000 war dieser Anteil mit 5,3 % nur etwa halb so groß.

Tabelle 2: Volkswirtschaftliche Kosten der Arbeitsunfähigkeit

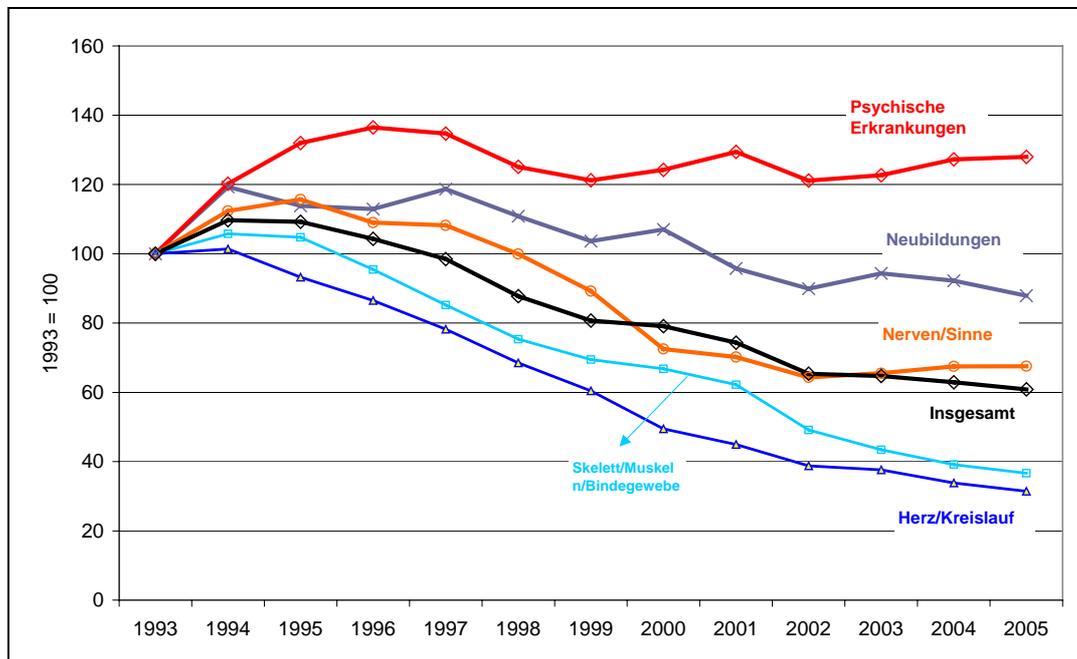
Ausfall an Bruttowertschöpfung			
in Mrd. €			
Jahr	Alle Diagnosegruppen	Psychische und Verhaltensstörungen	Anteil
2000	60,03	3,18	5,3%
2001	70,75	4,68	6,6%
2002	69,53	4,87	7,0%
2003	66,39	6,46	9,7%
2004	70,00	7,40	10,6%
2005	66,50	7,00	10,5%

Quelle: BMAS (2005)

3.4 Psychische Erkrankungen als Ursache für Erwerbsminderung

Auch in den Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) spiegelt sich die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen, und zwar als Ursache von Invalidität. So hat sich der jährliche Zugang an Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen in der GRV im Zeitraum der Jahre 1993 bis 2005 um 28 % erhöht. Diese Zunahme ist deshalb bemerkenswert, weil in derselben Zeit der jährliche Zugang an Erwerbsminderungsrenten insgesamt um fast 40 % abgenommen hat.

Abbildung 4: Entwicklung des Zugangs an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen, 1993-2005



Quelle: DRV (2006)

Entsprechend hat sich der Anteil der psychischen Erkrankungen an allen Diagnosen, die dem jährlichen Zugang an Renten wegen Erwerbsminderung zugrunde liegen, von 15,4 % im Jahr 1993 auf 32,3 % im Jahr 2005 erhöht.

Die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Entwicklung von Invalidität ist kein deutsches Phänomen, in anderen Ländern ist sie zum Teil noch viel stärker ausgeprägt.¹¹ Sorge bereitet vor allem der relativ hohe Anteil Jüngerer in dieser Erkrankungs-Kategorie.

3.5 Krankheitskosten durch neurologisch-psychiatrische Erkrankungen

Die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes liefert Angaben darüber, in welchem Ausmaß die deutsche Volkswirtschaft durch be-

¹¹ So hat sich z. B. in der Schweiz die Anzahl der Invaliditätsrentenbezieher wegen psychischer Krankheiten seit dem Jahr 1997 fast verdoppelt; sie betrug im Jahr 2006 fast 100.000 Personen und damit knapp 38 % aller Invaliditätsrentenbezieher.

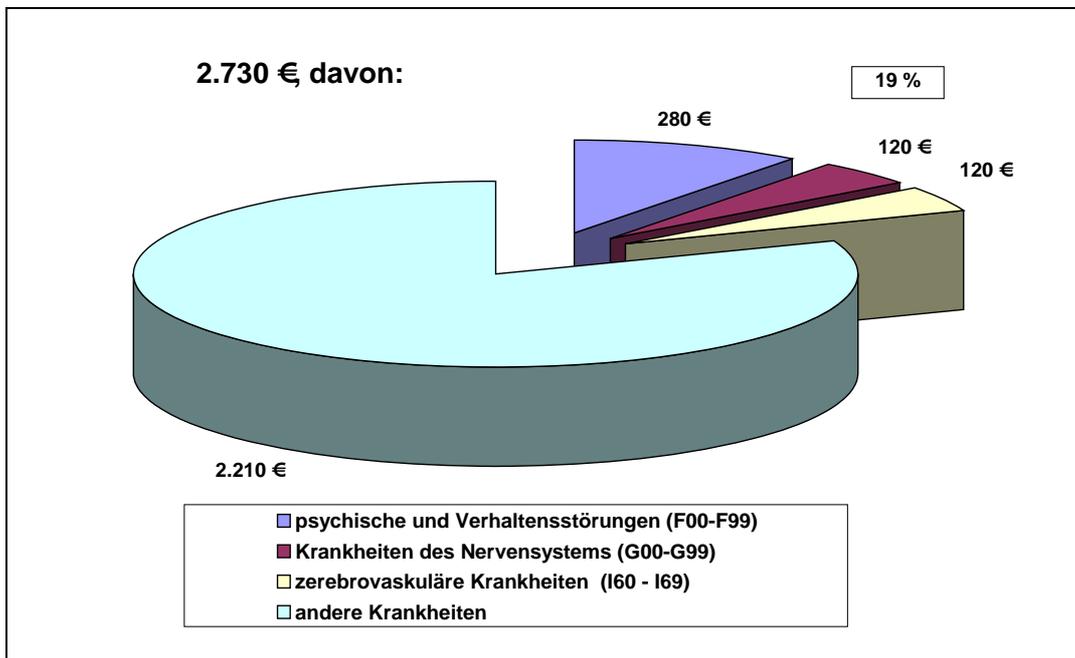
stimmte Krankheiten belastet wird.¹² Durch Verknüpfung verfügbarer Datenquellen des Gesundheitswesens liefert sie die Kosten einer Krankheit aufgegliedert nach Alter, Geschlecht und Einrichtungen. Dabei werden ausschließlich die direkten Kosten einer Krankheit ermittelt, d. h. der unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundene Ressourcenverbrauch. Hierzu zählen auch Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Nicht berücksichtigt werden dagegen alle nicht medizinischen Kosten, z. B. private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen. Die Krankheitskostenrechnung umfasst darüber hinaus die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod für die Volkswirtschaft resultierenden potenziellen Ressourcenverluste in Form von verlorenen Erwerbstätigenjahren und verlorenen Lebensjahren.

Im Jahr 2004 betragen die durchschnittlichen Krankheitskosten je Einwohner 2.730 Euro. Auf die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen entfielen hiervon 280 Euro, von Krankheiten des Nervensystems sowie von zerebrovaskulären Krankheiten jeweils 120 Euro (Abbildung 5). Insgesamt verursachte die Versorgung dieser drei Krankheitsbereiche, die überwiegend von Ärzten der neuro-psychiatrischen Fachrichtung geleistet wird, rund 19 % der gesamten Krankheitskosten.

Neuro-psychiatrische Behandlungen sind darüber hinaus Bestandteil der Versorgung zahlreicher weiterer Krankheiten (z. B. bösartige oder gutartige Neubildungen, Suizidversuche, Schädelhirntrauma, Bandscheibenschäden, vgl. Fußnote 5). Eine trennscharfe Abgrenzung der jeweiligen neuro-psychiatrischen Anteile ist jedoch im Rahmen der Krankheitskostenstatistik nicht möglich. Daher ist der o. g. Anteil in Höhe von 19 % der Krankheitskosten, der schwerpunktmäßig auf den Bereich der neuro-psychiatrischen Versorgung entfällt, eher als Untergrenze anzusehen.

¹² Siehe hierzu und dem Folgenden Forster (2004).

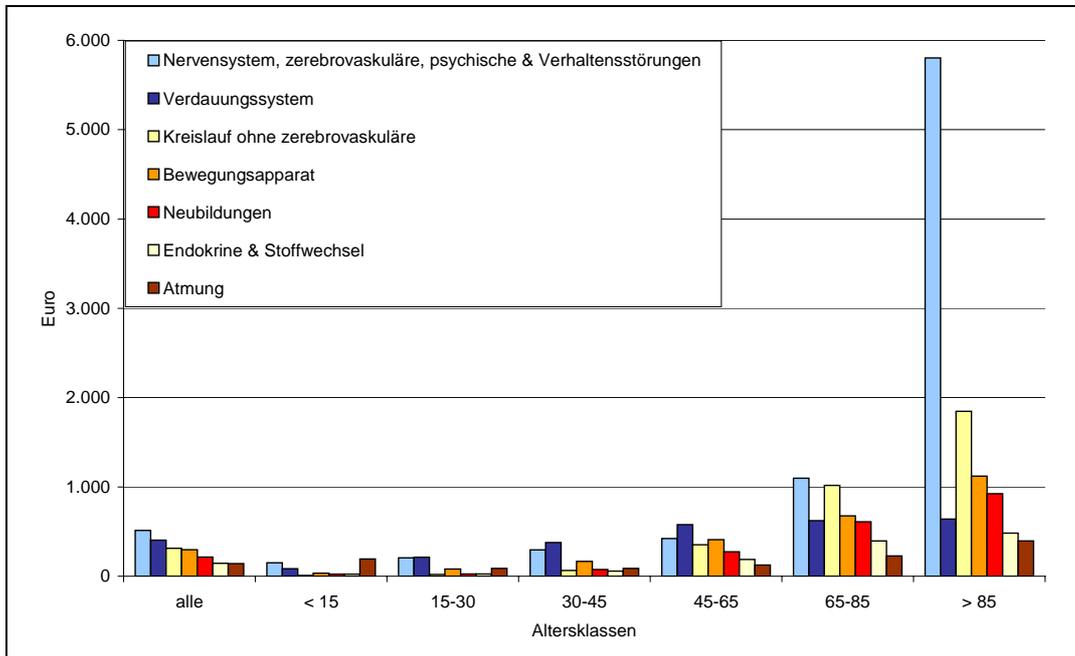
Abbildung 5: Krankheitskosten je Einwohner, 2004



Quelle: Statistisches Bundesamt

Insgesamt verursachten im Jahr 2004 psychische und verhaltensbezogene Krankheiten – nach den Krankheiten des Kreislaufs, des Verdauungssystems und des Bewegungsapparates – die vierthöchsten Kosten je Einwohner und lagen damit deutlich vor den durchschnittlichen Krankheitskosten durch Neubildungen. Unterteilt man die Krankheitskosten je Einwohner nach Altersgruppen und fasst die Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen zusammen, so zeigt sich, dass diese Krankheitsgruppe im Durchschnitt aller Altersklassen sowie in den Altersgruppen der unter 15jährigen, der 65-85jährigen und insbesondere der über 85jährigen die jeweils höchsten Kosten je Einwohner erzeugten (Abbildung 6).

Abbildung 6: Krankheitskosten je Einwohner nach Altersgruppen, 2004



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Berechnung: IGES

Die durch Krankheiten in Deutschland verursachten volkswirtschaftlichen Kosten – ausgedrückt in der Anzahl verlorener Erwerbstätigenjahre – beliefen sich im Jahr 2004 auf rund 4,2 Mio. Hiervon entfielen 19,4 % auf psychische und Verhaltensstörungen (655 Tsd.) und auf Krankheiten des Nervensystems (165 Tsd.) (Tabelle 3).

Tabelle 3: Volkswirtschaftliche Krankheitskosten in verlorenen Erwerbstätigenjahren (in Tsd.), 2004

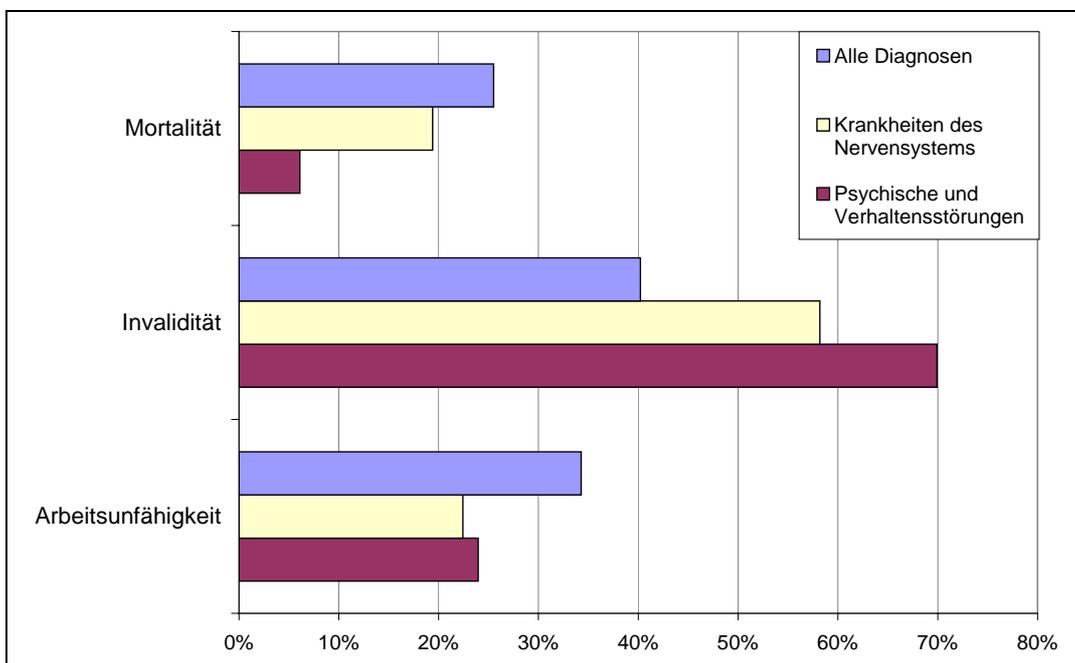
	insg.	Ursachen		
		Arbeitsunfähigkeit	Invalidität	Mortalität
Alle Diagnosen	4.218	1.446	1.696	1.076
Psychische und Verhaltensstörungen	655	157	458	40
Krankheiten des Nervensystems	165	37	96	32

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Kennzeichnend für die neurologisch-psychiatrischen Krankheiten ist, dass sie im Vergleich zur Gesamtheit der Diagnosen relativ mehr volkswirtschaftliche Kosten in Form von Invalidität erzeugen als in Form von Ar-

beitsunfähigkeit oder in Form von Mortalität (Abbildung 7). Während bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Anteil des durch Invalidität bedingten Verlustes an Erwerbstätigenjahren fast 70 % und bei den Krankheiten des Nervensystems nahezu 60 % betrug, lag dieser Anteil durchschnittlich über alle Diagnosen bei nur rund 40 %. Das bedeutet, dass Personen mit neurologisch-psychiatrischen Krankheiten zwar unterdurchschnittlich häufig krankheitsbedingt sterben, aber deutlich längerfristiger oder gar vollständig erwerbsunfähig sind.

Abbildung 7: Relative Bedeutung der Ursachen für den Verlust von Erwerbstätigenjahren, 2004



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

3.6 Zur Empirie der Versorgungssituation

Die empirischen Erkenntnisse zur Situation der Versorgung neurologisch-psychiatrischer Krankheiten sind äußerst lückenhaft. Ursächlich hierfür ist bereits der angesprochene Mangel an Prävalenzangaben (vgl. Kapitel 3.1). Die Angaben sind oft veraltet, und dies wiegt um so schwerer, weil gerade in diesem Bereich der Krankheitsbegriff teilweise grundlegenden Veränderungen und neuen Entwicklungen unterliegt. Dahinter steht häufig ein substantieller Wandel in der gesellschaftlichen Perzeption von psychischer Gesundheit und funktioneller Einschränkung. Krankheitsbilder, die früher rein somatisch wahrgenommen wurden, erhalten immer häufiger eine psychi-

sche Komponente. Teilweise treten völlig neue Krankheitsbilder hinzu (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS, somatoforme Störungen / Panikattacken).

Zu spezifischen Krankheiten des neurologisch-psychiatrischen Bereichs ermittelte Prävalenzangaben schwanken oft erheblich, zum Teil als Folge unzureichender Methodik und ungenauer Spezifizierung der Diagnose (zum Beispiel bei M. Parkinson im Hinblick auf den Einschluss von Patienten mit „Parkinsonismus“).

Auch der epidemiologische Aussagegehalt der im Vorigen dargestellten Daten zur Arbeitsunfähigkeit und Invalidität infolge von neurologisch-psychiatrischen Krankheiten ist eingeschränkt. Diese Daten bilden nicht unbedingt die tatsächliche Prävalenz(veränderung) ab, denn sie beziehen sich nur auf die erwerbsfähigen Versicherten. Folglich werden hiermit die altersabhängigen Erkrankungen wie Demenz und M. Parkinson kaum erfasst. Hinzu kommt, dass aus unterschiedlichen Gründen teilweise auch erkrankte Personen weiterhin erwerbstätig sind bzw. arbeiten – etwa weil sie adäquat behandelt werden oder aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. Schließlich kann die Zunahme von Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität auch allein auf eine stärkere gesellschaftliche Akzeptanz neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen zurückzuführen sein bzw. auf eine häufigere Diagnosestellung durch Ärzte anstelle einer früheren Zuordnung zu somatischen Ursachen.

Der Mangel an empirischen Erkenntnissen zur Beurteilung der Versorgung neurologisch-psychiatrischer Krankheiten gründet darüber hinaus in einem Mangel an adäquaten Referenzmaßstäben. Eine optimale Versorgungsstruktur – etwa im Hinblick auf fachärztliche Spezialisierung oder Versorgungsdichte – lässt sich derzeit aus Behandlungsleitlinien nicht eindeutig ableiten. So besagen zum Beispiel die Behandlungsleitlinien für Depression, dass leichte bis mittelschwere Formen durch Hausärzte behandelt werden *können*. Die Leitlinien für Angststörungen machen keine Vorgaben zur erforderlichen bzw. adäquaten Versorgungsdichte.

Ein weiteres Beispiel: Belegt erscheint die Erkenntnis einer niedrigen Identifikation psychischer Erkrankungen durch Hausärzte. Gemäß der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (1999) beträgt die korrekte Erkenntnisrate durch Allgemeinärzte bei Demenz nur 17 %. Eine Untersuchung von Wittchen et al (2001) gelangt zu dem Ergebnis, dass nur etwa jeder dritte Patient (34,4 %) mit einer generalisierten Angststörung vom Hausarzt richtig diagnostiziert wird. Jedoch weisen die Autoren auch darauf hin, dass sich damit keine Aussage darüber treffen lässt, ob die hausärztliche Diagnostik gut

oder schlecht ist. Dazu fehlten „Vergleichsdaten vergleichbarer repräsentativer Studien in anderen Ländern, mit anderen Strukturbedingungen oder anderen Berufsgruppen“. Die Autoren vermuten eher, „dass auch im nervenärztlichen sowie im psychotherapeutischen Bereich eine quantitativ durchaus ähnliche signifikante Problemlage vorliegt“ (Wittchen et al 2001, S. 45).

Aus dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (von 18-65jährigen Personen) zum Bundesgesundheitsurvey 1998 wurde eine Behandlungsquote in Deutschland von 36,4 % ermittelt, wobei „Behandlung“ sehr weit definiert wurde und jeglichen Kontakt mit stationären oder ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Diensten aufgrund psychischer Beschwerden und Probleme ungeachtet der Institution, der Intervention sowie der Häufigkeit und Adäquatheit einer etwaigen Intervention einbezog.¹³ Der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, wurde „konservativ“ auf ca. 10 % geschätzt.

Dieser Befund wurde als Hinweis auf eine erhebliche Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen gedeutet. Allerdings ist hierbei eine Reihe von Einschränkungen zu berücksichtigen. So beruht der Survey auf Fragen nach Kontakten mit Kliniken, Haus- und Fachärzten, Ambulanzen und Psychotherapie, aber nicht nach Kontakten mit „unterschwelligem Versorgungsangeboten“ wie Beratungsstellen und Psychosozialen Einrichtungen. Eine zentrale Einschränkung ergibt sich aus dem Mangel an Information über die Angemessenheit der Versorgung. Diesbezüglich fehlt es an einer notwendigen Differenzierung der Diagnosen nach Schweregraden sowie an essentiellen Informationen zu Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme und zur Adäquatheit von durchgeführten Interventionen (z. B. medikamentös vs. Psychotherapie).

Als mögliche Referenzmaßstäbe zur Beurteilung der Versorgungssituation können Gesundheitssysteme in anderen Ländern herangezogen werden. Ein internationaler Vergleich zwischen Deutschland und den USA zu den ambulanten Arztkontakten von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (1997-1998) ergab, dass in den USA ein deutlich größerer Anteil von Patienten mit psychischen Störungen einen Arzt aufsuchte, und dass diese Ärzte mit wesentlich höherer Wahrscheinlichkeit Psychiater oder Neurologen waren, während in Deutschland relativ häufiger Allgemein- bzw. Hausärzte

¹³ Vgl. Wittchen/Jacobi (2002).

aufgesucht wurden.¹⁴ Demzufolge führten weder der im Hinblick auf die Bevölkerung weit umfassendere Krankenversicherungsschutz in Deutschland noch der freie Facharztzugang (im Unterschied zu den in den USA damals vorherrschenden Gatekeeping im Rahmen von Managed Care) zu einer vergleichbar bedeutenden Rolle von Psychiatern. Neben kulturellen Unterschieden und Prävalenzunterschieden könnten hierfür auch weniger sichtbare institutionelle Faktoren als Erklärung dienen, so z. B. Budgetierungsmaßnahmen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Deutschland. In der Analyse wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass nicht erwiesen ist, welches System der ambulanten Versorgung die besseren Versorgungsergebnisse für die Patienten hervorbringt.

Der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes gibt einen ersten Aufschluss über die Frage, in welchen Einrichtungen neurologisch-psychiatrische Erkrankungen behandelt werden. Grundlage hierfür ist eine Zuweisung der aus der Gesundheitsausgabenrechnung nach Einrichtungen vorliegenden nationalen Eckwerte zu einzelnen Krankheitskapiteln, -gruppen und -kategorien, die in einem mehrstufigen Verfahren mittels geeigneter Schlüssel vorgenommen wird.¹⁵

Die einrichtungsbezogene Kostenstruktur zeigt, dass die relativen Häufigkeiten, mit denen Krankheiten des Nervensystems ambulant oder stationär behandelt werden, nur relativ wenig von den durchschnittlichen Häufigkeiten über alle Diagnosen abweichen (Tabelle 4). Demnach fiel im Jahr 2004 knapp die Hälfte der Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen an (49,7 %), mehr als ein Drittel (36,6 %) in stationären und teilstationären Einrichtungen. Über alle Diagnosen betrachtet lag die Relation ähnlich (50,1 % zu 38,0 %). Innerhalb des stationären Bereichs wichen die einrichtungsbezogenen Kostenstrukturen jedoch voneinander ab: Die Kosten der Krankheiten des Nervensystems entstanden relativ häufiger in Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege, während über alle Diagnosen betrachtet die stationären Krankheitskosten überwiegend in Krankenhäusern anfielen.

¹⁴ Vgl. Häussler et al (2002).

¹⁵ Vgl. Forster (2004, S. 1433).

Tabelle 4: Krankheitskosten nach Art der Einrichtung

	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)		Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)		Alle Diagnosen	
	Mio €	Anteil	Mio €	Anteil	Mio €	Anteil
Einrichtungen insgesamt	22.801	100,0%	10.027	100,0%	224.941	100,0%
Gesundheitsschutz	169	0,7%	53	0,5%	2138	1,0%
Ambulante Einrichtungen	6.426	28,2%	4.988	49,7%	112.787	50,1%
Arztpraxen	1.844	8,1%	1.271	12,7%	34.576	15,4%
Zahnarztpraxen	0	0,0%	0	0,0%	16286	7,2%
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	824	3,6%	541	5,4%	6994	3,1%
Apotheken	2.211	9,7%	2.105	21,0%	31.809	14,1%
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	309	1,4%	447	4,5%	14661	6,5%
Ambulante Pflege	1.179	5,2%	577	5,8%	6.857	3,0%
Sonstige ambulante Einrichtungen	59	0,3%	46	0,5%	1604	0,7%
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	13.513	59,3%	3.669	36,6%	85.389	38,0%
Krankenhäuser	6.645	29,1%	1.860	18,5%	60.432	26,9%
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	1.705	7,5%	289	2,9%	7.270	3,2%
Stationäre/ teilstationäre Pflege	5.163	22,6%	1.521	15,2%	17.686	7,9%
Rettungsdienste	155	0,7%	208	2,1%	2386	1,1%
Verwaltung	1.591	7,0%	590	5,9%	14.407	6,4%
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	907	4,0%	499	5,0%	6999	3,1%
Ausland	39	0,2%	20	0,2%	836	0,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt

Anders stellt sich die Situation für die psychischen und Verhaltensstörungen dar. Im Jahr 2004 fiel ein deutlich überdurchschnittlicher Anteil der diesbezüglichen Krankheitskosten im stationären Bereich an (59,3 %). Innerhalb des stationären Bereichs war der Kostenanteil, der in Krankenhäusern entstand, hingegen unterproportional im Vergleich zur Gesamtheit der Diagnosen. Wie auch bei den Krankheiten des Nervensystems entfiel ungefähr die Hälfte der stationären Krankheitskosten auf Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege sowie auf Vorsorge- und Rehabilitati-

onseinrichtungen. Unterdurchschnittlich war der einrichtungsbezogene Anteil der Krankheitskosten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen, der in ambulanten Einrichtungen entstand (28,2 %). Dabei fällt insbesondere der deutlich geringere Anteil der Apotheken an den Krankheitskosten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen im Vergleich zu den Kosten aufgrund von Krankheiten des Nervensystems auf (9,7 % vs. 21,0 %).

Die Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen der Versorgungsforschung kann einen Beitrag dazu leisten, die zum Teil großen Erkenntnislücken in der Empirie der Versorgung neurologisch-psychiatrischer Krankheiten zu schließen. Dies gilt insbesondere im Fall von Erkrankungen, die mit einer spezifischen Medikation verbunden sind (z. B. M. Parkinson), weil sich diese in den Routinedaten relativ gut identifizieren lassen. Zudem hat sich die Qualität der Routinedaten der Krankenkassen seit dem Jahr 2004 weiter verbessert, da seitdem zusätzlich Daten zu den ambulanten Diagnosen verfügbar sind. Die Routinedaten bilden zwar lediglich die tatsächliche Inanspruchnahme ab, sie können aber eine hilfreiche Ergänzung zu anderen Daten (z. B. Surveys) sein, um die Versorgungssituation zu analysieren.

Ein Beispiel für die Nutzung von GKV-Routinedaten zur Analyse der Epidemiologie und Versorgungssituation bei neurologisch-psychiatrischen Krankheiten ist eine Prävalenzschätzung für Depression und Schizophrenie anhand von Diagnosen im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlungen sowie teilweise auch anhand von Arzneimittelverordnungen.¹⁶ Aus diesen Analysen ergab sich u. a., dass nur die Hälfte der (schwerer) Depressionskranken mindestens einmal ambulant (vor oder nach einem Krankenhausaufenthalt) ein Antidepressivum erhielt – ein Hinweis auf Unterversorgung. Ein weiteres Beispiel: Aus der Analyse der Arzneimittelumsätze im IGES Arzneimittel-Atlas ergaben sich Hinweise darauf, dass der Verbrauch von Psycholeptika im Zusammenhang mit einer Kompensation von Versorgungsmängeln in der personellen Betreuung (Pflege) von älteren Menschen steht.¹⁷

¹⁶ Vgl. Höer/Gothe (2006), Gothe/Volmer (2006).

¹⁷ Häussler et al (2006, S. 194).

3.7 Fazit

Trotz lückenhafter Datenlage lässt sich den verfügbaren Informationsquellen entnehmen, dass neurologisch-psychiatrische Erkrankungen zunehmen, und zwar absolut als auch relativ zur überwiegenden Mehrheit anderer Krankheiten. Diese Entwicklung wird durch die Alterung der Bevölkerung verstärkt.

Vergleichsweise gut stellt sich die Datenlage zu den direkten und den gesamtwirtschaftlichen Krankheitskosten dar, allerdings lässt sich der Anteil, der hiervon auf neurologisch-psychiatrische Krankheiten entfällt, nicht exakt abgrenzen. Auf der Grundlage der Krankheitskategorien, die sich überwiegend dem neuro-psychiatrischen Bereich zuordnen lassen, lässt sich der Anteil der durch neuro-psychiatrische Krankheiten verursachten Kosten an den gesamten Krankheitskosten auf mindestens 20 % veranschlagen.

Relativ bruchstückhaft ist hingegen das Wissen über die Situation und vor allem die Effizienz der Versorgung neurologisch-psychiatrischer Krankheiten. Hier fehlt es nicht nur an aktuellen und validen Prävalenzdaten, sondern im Hinblick auf die Versorgung insbesondere auch an adäquaten Referenzmaßstäben, anhand derer sich die Versorgungsqualität beurteilen ließe.

4 Empirische Analyse der Angebotsstruktur und der Vergütung der ambulanten neuro- psychiatrischen Versorgung

Vor dem Hintergrund der lückenhaften empirischen Erkenntnisse über die Situation der neurologisch-psychiatrischen Versorgung wurden Abrechnungsdaten der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ausgewertet.¹⁸ Die Ergebnisse sind Gegenstand der folgenden Kapitel. Ziel ist eine empirisch fundierte Darstellung des Behandlungsgeschehens im Bereich der ambulanten (d. h. vertragsärztlichen) Versorgung von Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Angebotsstrukturen (Arztzahl, Arztdichte), die Struktur der erbrachten ärztlichen Leistungen sowie die finanzielle Honorierung dieser Leistungen und ihre jeweilige Entwicklung in den vergangenen Jahren.

4.1 Datengrundlage

Für die ärztlichen und nichtärztlichen Fachgruppen gem. Tabelle 5 wurden die Leistungshäufigkeiten und der Leistungsbedarf in Punkten oder in Euro für jede Gebührenordnungsposition des EBM (GOP) für die Fachgruppen getrennt für die Jahre 1994 bis 2006 für alle Ärzte / Psychologen in freier Praxis zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus enthalten die Abrechnungsdaten für diese Fachgruppen folgende jahresbezogenen Rahmendaten:

- o Fallzahl je Fachgruppe
- o Anzahl der Ärzte / Psychologen je Fachgruppe
- o Anzahl der Praxen je Fachgruppe
- o Honorar je Fachgruppe

¹⁸ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat dem IGES Institut für dieses Gutachten freundlicherweise einen Datenauszug aus ihrer Abrechnungsstatistik zur Verfügung gestellt.

Tabelle 5: Untersuchte Fachgruppen

Fachgruppe
Nervenärzte
Neurologen
Psychiater
Kinder- und Jugendpsychiater
Ärztliche Psychotherapeuten
Ärzte f. Psychotherapeutische Medizin
Psychologische Psychotherapeuten & Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Quelle: KBV / IGES

Zusätzlich wurden für die Fachgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztliche Internisten und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin) die Abrechnungsdaten ausschließlich für Gebührenordnungspositionen bereit gestellt, die der neurologisch-psychiatrischen Versorgung zugerechnet werden können (siehe Anhang).

Die Abrechnungsdaten liegen nicht fallbezogen bzw. personenbezogen vor, so dass keine Angaben über die Morbidität von einzelnen Personen bzw. Populationen gemacht werden konnten.

4.2 Arztzahlen

Von den insgesamt 131.802 Ärzten und Psychologen, die im Jahr 2005 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmen, gehörten 17,5 % (23.063) zu einer in dieser Analyse näher untersuchten Fachgruppe (gemäß Tabelle 5).

Innerhalb dieser Teilmenge der untersuchten Fachgruppen entfiel mit 63 % der größte Anteil auf die psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Tabelle 6). Ihr Anteil war damit deutlich höher als der anderer Fachgruppen. Neurologen (2 %), Psychiater (5,2 %) und Nervenärzte (11,1 %) hatten insgesamt nur einen leicht höheren Anteil als die ärztlichen Psychotherapeuten und die Ärzte für Psychotherapeutische Medizin (zusammen 16,5 %). Die vertragsärztliche Versorgung wird, bezogen auf die Zahl der teilnehmenden Ärzte und Psychologen, somit deutlich von den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (79,5 %) geprägt.

Tabelle 6: Fachgruppenverteilung im Jahr 2005

Fachgruppe	Anzahl	In Prozent
Nervenärzte	2.549	11,1%
Neurologen	469	2,0%
Psychiater	1.207	5,2%
Kinder- und Jugendpsychiater	518	2,2%
Ärztliche Psychotherapeuten	1.571	6,8%
Ärzte f. Psychotherapeutische Medizin	2.224	9,6%
Ärztliche Psychotherapeuten & Ärzte f. Psychotherapeutische Medizin	3.795	16,5%
Psychologische Psychotherapeuten & Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	14.525	63,0%
Alle genannten Fachgruppen	23.063	100,0%
Alle Vertragsärzte	131.802	

Quelle: KBV / IGES

Die Zahl der Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater hat im Zeitraum der Jahre 1994 bis 2005 kontinuierlich zugenommen (Abbildung 8). Dagegen verringerte sich die Zahl der Nervenärzte in demselben Zeitraum um 700 auf 2.549. Allerdings wurde in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern der Bereich der Nervenheilkunde in den 80er und 90er Jahren gestrichen, so dass diese Facharztbezeichnung heute nicht mehr erworben werden kann. Betrachtet man die Gesamtzahl an Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern sowie Kinder- und Jugendpsychiatern, so kam es zwischen 1994 und 2005 zu einem Anstieg um 600 auf 4.743. Hiervon entfielen 360 Ärzte auf die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater.

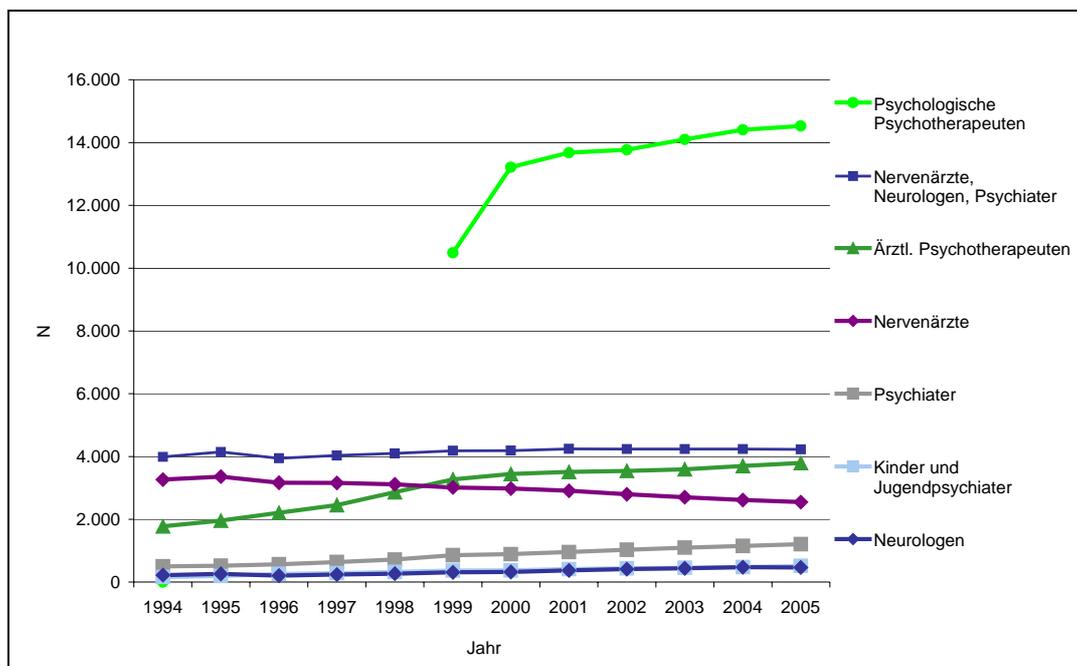
Die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten hat sich seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetz am 1.1.1999¹⁹ ebenfalls kontinuierlich auf 14.525 im Jahr 2005 erhöht.

Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den dargestellten Zahlen nicht um Vollzeitäquivalente handelt. Das heißt, dass von einer Zunahme der Anzahl

¹⁹ Mit dem Psychotherapeutengesetz erhielten Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den gleichen Status wie ärztliche Psychotherapeuten und wurden dadurch Mitglieder der KVen.

der Ärzte bzw. Psychologen nicht unmittelbar auf eine entsprechend starke Erhöhung der Leistungsmenge geschlossen werden kann.

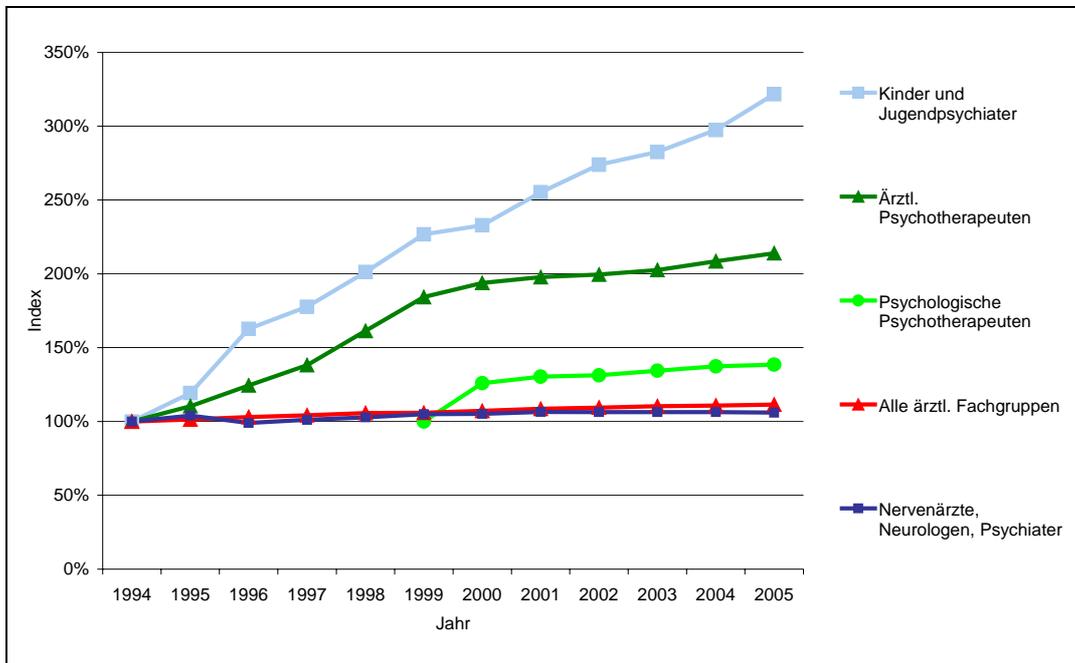
Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Ärzte / Psychologische Psychotherapeuten, 1994-2005



Quelle: KBV / IGES

Eine Indexdarstellung der Entwicklung der Zahl der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten, die das Jahr 1994 als Basisjahr zugrunde legt, zeigt sehr deutlich die starken und deutlich über dem Bundesdurchschnitt für alle Arztgruppen liegenden Zuwächse für die Fachgruppen der Kinder- und Jugendpsychiater (Abbildung 9). Auch die Zahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten hat im Vergleich zur gesamten Vertragsärzteschaft überproportional stark zugenommen. Lediglich die Zahl der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater entwickelte sich, bezogen auf die Gesamtzahl der Vertragsärzte, leicht unterproportional. Der deutliche Rückgang der Nervenärzte (s. a. Abbildung 8) wurde durch die steigende Zahl von Neurologen und Psychiatern in etwa ausgeglichen.

Abbildung 9: Entwicklung der Anzahl der Ärzte / Psychologische Psychotherapeuten, 1994-2005 (Jahr 1994 = 100%)²⁰



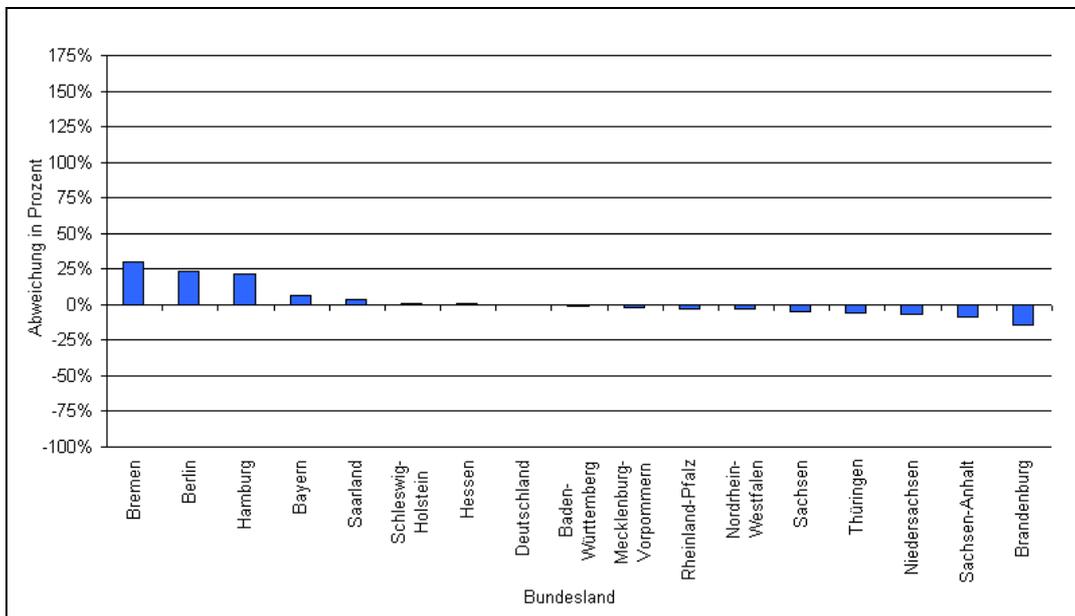
Quelle: KBV / IGES

4.3 Arztdichte

Im Bundesdurchschnitt nahmen im Jahr 2005 an der vertragsärztlichen Versorgung 160 Ärzte je 100.000 Einwohner teil. Das Bundesland mit der höchsten Arztdichte war Bremen mit 208 Ärzten je 100.000 Einwohner. Das Bundesland mit der geringsten Arztdichte war Brandenburg mit 137 Ärzten je 100.000 Einwohner. Betrachtet man ausschließlich die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, so ist diese in Bremen mit +30 % am höchsten und in Brandenburg mit -14 % am geringsten (Abbildung 10).

²⁰ Der Darstellung der Psychologischen Psychotherapeuten liegt entsprechend dem späteren Eintreten dieser Fachgruppe in die vertragsärztliche Versorgung das Basisjahr 1999 zugrunde. Ein unmittelbarer Vergleich mit den übrigen Fachgruppen ist daher in dieser Indexdarstellung nicht möglich.

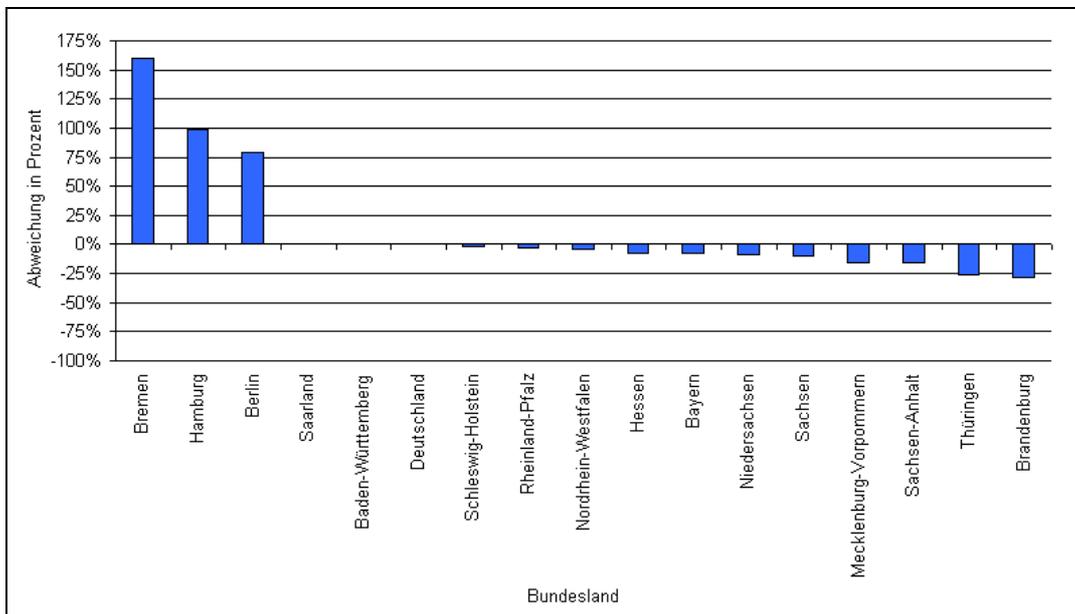
Abbildung 10: Ärzte / 100.000 Einwohner, alle Fachgruppen, regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt; Berechnung: IGES

Betrachtet man ausschließlich die Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, so liegt der Bundesdurchschnitt bei 6,9 Ärzten je 100.000 Einwohner, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Abweichung vom Bundesdurchschnitt beträgt maximal +150 % in Bremen und minimal –29 % in Brandenburg (Abbildung 11). Die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt sind für diese Arztgruppen also im Vergleich zur Gesamtheit aller Arztgruppen wesentlich deutlicher ausgeprägt. Die fünf neuen Bundesländer haben die deutlichsten negativen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt. Die Stadtstaaten haben die deutlichsten positiven Abweichungen vom Bundesdurchschnitt.

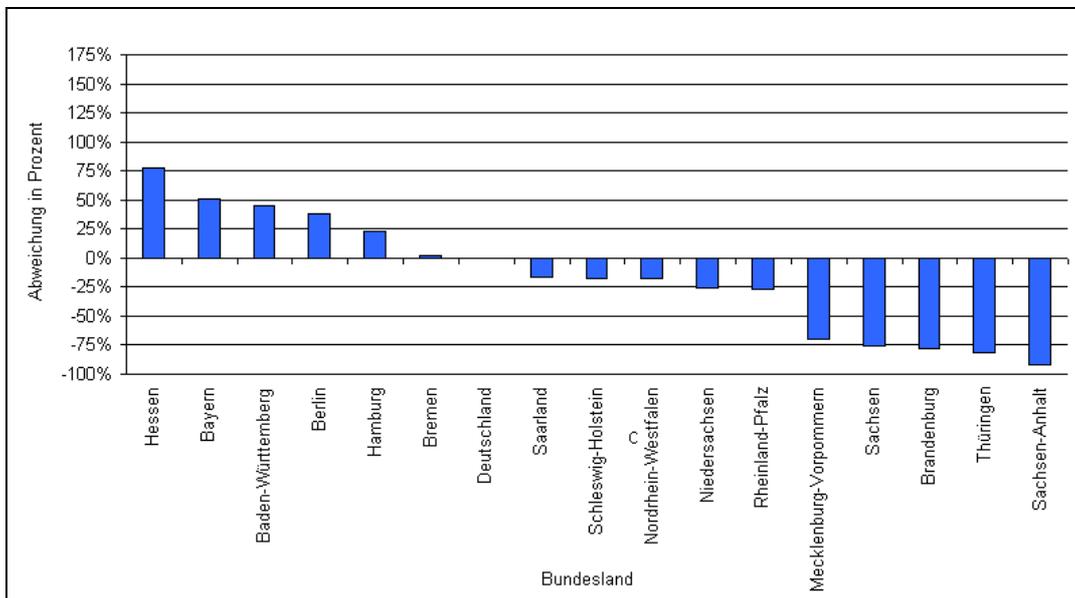
Abbildung 11: Ärzte / 100.000 Einwohner (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater), regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt; Berechnung: IGES

Betrachtet man nur die psychotherapeutisch tätigen Ärzte, so liegt der Bundesdurchschnitt bei 4,8 psychotherapeutisch tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Abweichung vom Bundesdurchschnitt beträgt maximal +77 % und minimal -92 % (Abbildung 12). Die fünf neuen Bundesländer haben die deutlichsten negativen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (-70 % bis -92 %). Die positiven Abweichungen finden sich bei dieser Arztgruppe jedoch nicht in den Stadtstaaten, sondern in den Bundesländern Hessen, Bayern und Baden-Württemberg.

Abbildung 12: Ärzte / 100.000 Einwohner, psychotherapeutisch tätige Ärzte, regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, 2005



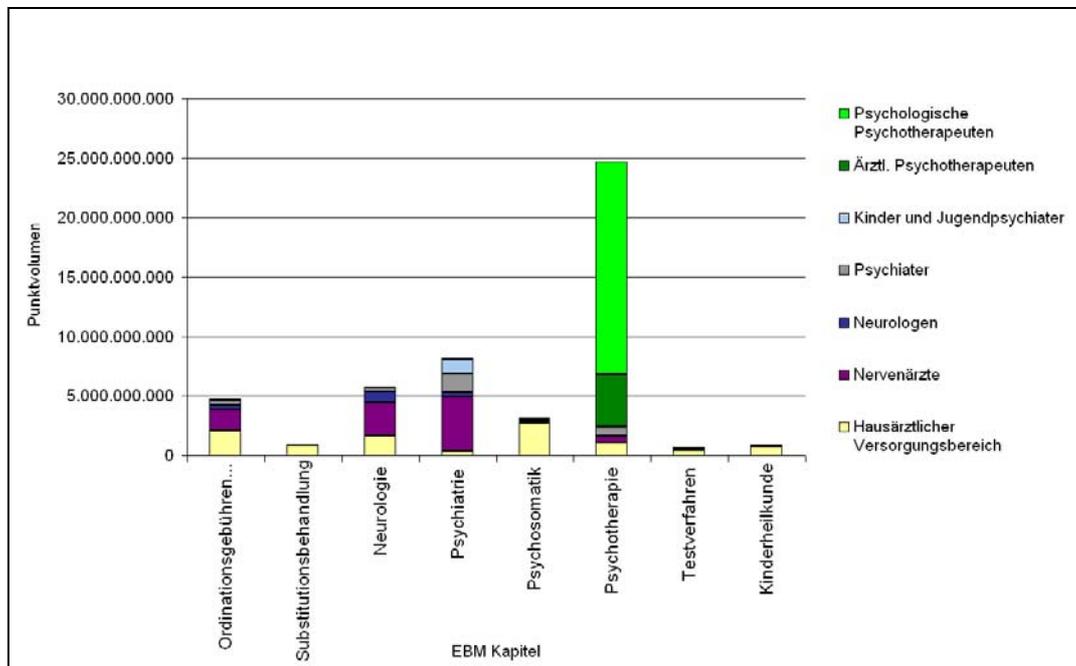
Quelle: Statistisches Bundesamt; Berechnung: IGES

4.4 Leistungsstruktur

Analysiert wurde hier, welche Leistungen (EBM-Gebührenordnungspositionen) bzw. welche Leistungsarten (EBM-Kapitel) in der neuropsychiatrischen Versorgung in welcher Menge und von welchen Arztgruppen erbracht wurden. Aufgrund der vielfältigen Änderungen mit Einführung des EBM2000plus zum 2. Quartal 2005 konnte eine Zeitreihenbetrachtung über diesen Zeitpunkt hinweg nicht durchgeführt werden. Offizielle Überleitungstabellen zwischen dem derzeit gültigen EBM und dessen Vorgängerversion existieren nicht, und eine Überleitung ist regelmäßig nicht eindeutig möglich.

Die abgerechnete Leistungsmenge wurde am Volumen der von den Ärzten abgerechneten Punkte gemessen. Analysiert wurden nur die im Anhang aufgelisteten Gebührenordnungspositionen, die der neuro-psychiatrischen Versorgung zugerechnet werden können. Soweit vorhanden, wurden KV-spezifische Abrechnungsziffern des EBM (die nur einen sehr geringen Leistungsanteil ausmachen [$\approx 0,2\%$]) in die Auswertung einbezogen.

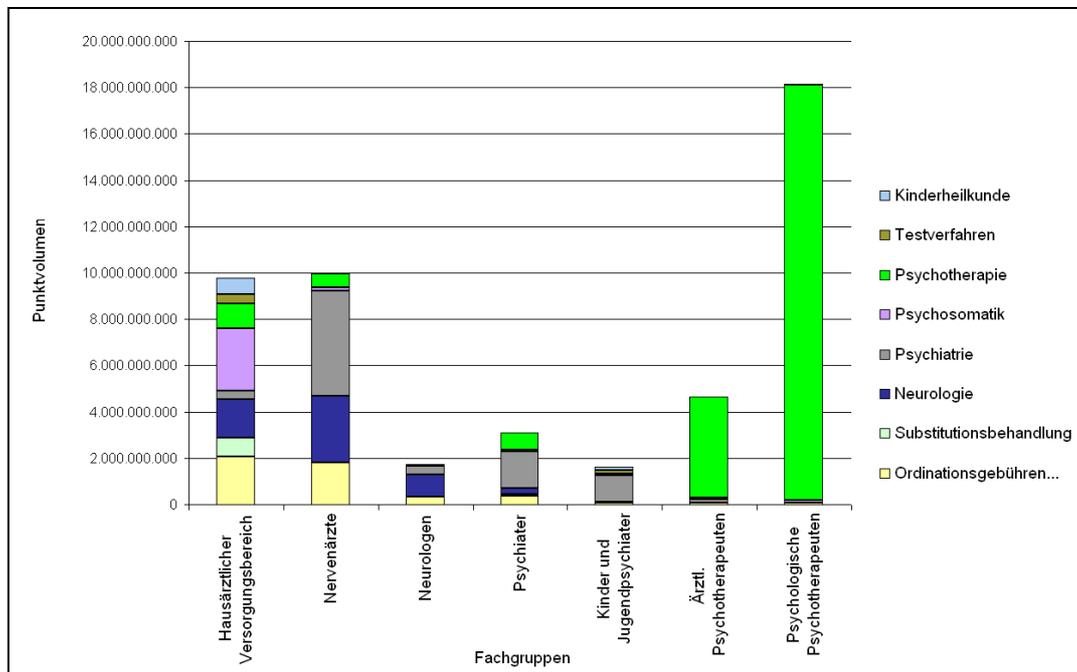
Abbildung 13: Leistungsverteilung der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung nach EBM-Kapiteln (2004)



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

In Abbildung 13 ist die Verteilung der Leistungsmengen (in Punkten) auf die unterschiedlichen Leistungsarten der neuro-psychiatrischen Versorgung dargestellt. Dabei werden zusätzlich die Anteile der untersuchten Fachgruppen an den jeweiligen Leistungsarten gezeigt. Demnach waren im Jahr 2004 – über alle betrachteten Fachgruppen – die Leistungen der Psychotherapie der größte Leistungsbereich (24,7 Mrd. Punkte). Dies entspricht einem Anteil von 50 % des betrachteten Punktevolumens. Der überwiegende Anteil dieser Leistungen wird von psychologischen Psychotherapeuten erbracht (73 %). Der Leistungsbereich der Psychiatrie umfasst 8,2 Mrd. Punkte (entsprechend 16,5 %), der Leistungsbereich der Neurologie 5,7 Mrd. Punkte (11,5 %) und der Leistungsbereich B1 (Hausärztliche Grundvergütung, Ordinations- und Konsultationsgebühr u. a.) 4,8 Mrd. Punkte (10 %). Die weiteren Leistungsbereiche umfassen insgesamt 6,1 Mrd. Punkte (12 %).

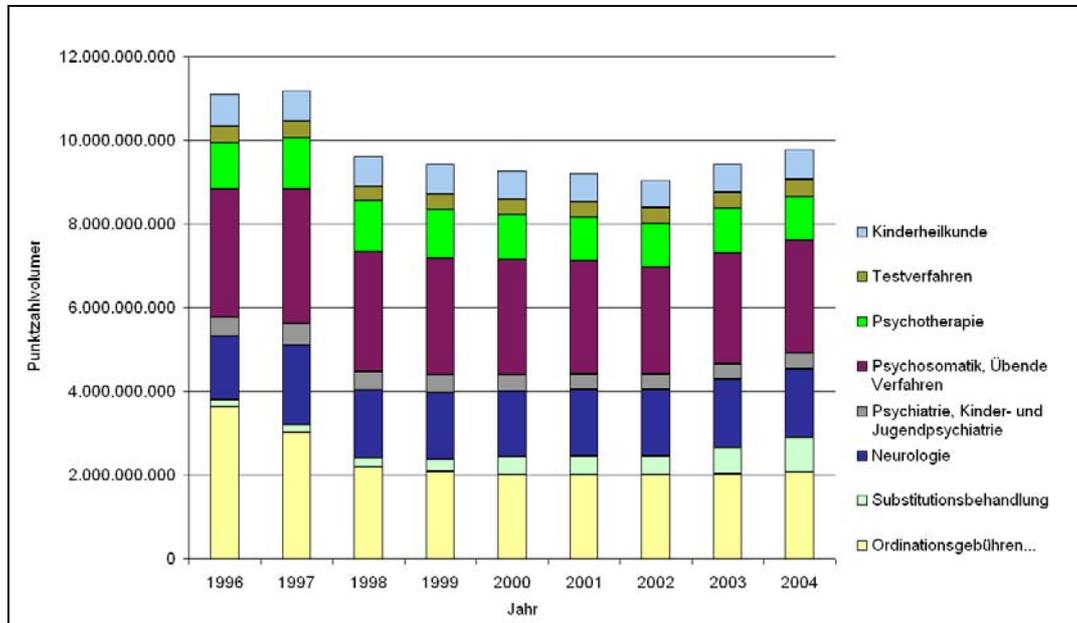
Abbildung 14: Leistungsverteilung der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung nach Fachgruppen (2004)



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Abbildung 14 zeigt die Leistungsstruktur aus der Perspektive der unterschiedlichen Arztgruppen. Die Arztgruppe mit dem höchsten Punktevolumen waren die psychologischen Psychotherapeuten mit einem Punktevolumen in Höhe von 18,2 Mrd. Punkten (entspricht einem Anteil von 37 % an dem betrachteten Punktevolumen). Es folgten Neurologen und Hausärzte mit einem Punktevolumen von 10 bzw. 9,8 Mrd. Punkten (jeweils 20 %). Die viertgrößte Punktevolumen wurde von den ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet (4,6 Mrd. Punkte bzw. 9,5 %). Psychiater erbrachten ein Punktevolumen von 3,1 Mrd. Punkten, Neurologen von 1,7 Mrd. Punkten und Kinder- und Jugendpsychiater von 1,6 Mrd. Punkten. Die Grafik verdeutlicht darüber hinaus, wie homogen bzw. diversifiziert das Leistungsspektrum der hier betrachteten Fachgruppen war (gemessen an den unterschiedlichen EBM-Kapiteln des abgerechneten Leistungsvolumens). Demnach war das Leistungsspektrum der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten am wenigsten diversifiziert. Arztgruppen mit einem relativ inhomogenen Leistungsspektrum waren dagegen Hausärzte. Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater zeigten eine mittlere Homogenität ihres Leistungsspektrums.

Abbildung 15: Entwicklung der Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung, hausärztlicher Versorgungsbereich nach EBM Kapiteln, 1996-2004

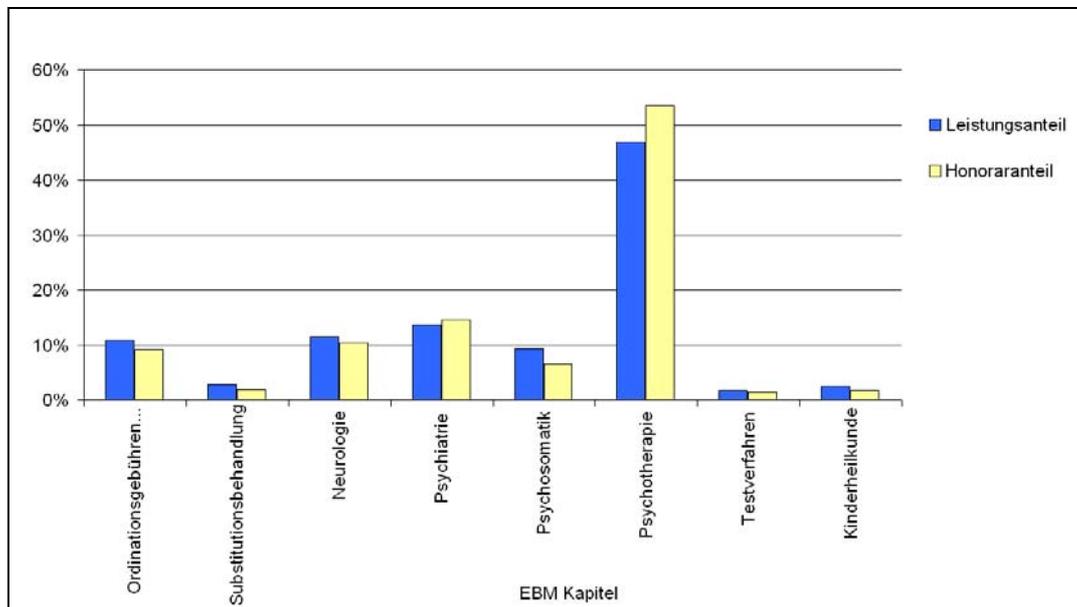


Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Die durch Hausärzte erbrachten Leistungen in der neuro-psychiatrischen Versorgung waren im Zeitraum der Jahre 1996 bis 2004 relativ stabil, sowohl hinsichtlich der Leistungsmenge als auch hinsichtlich der Leistungsstruktur (Abbildung 15). Im Jahr 2004 betrug der Anteil des Leistungsbeereichs „Psychosomatik, Übende Verfahren“ bei den Hausärzten 27,5 % des gesamten Punktzahlvolumens aller untersuchten Leistungsbereiche, der Anteil von Leistungen des Kapitels B1 (Hausärztliche Grundvergütung, Ordinations- und Konsultationsgebühr u. a.) 21 % und der Anteil des Leistungsbereichs Neurologie 16,5 %.

Aus den zur Verfügung gestellten Daten kann jedoch nicht ermittelt werden, wie stark die Leistungsstrukturen in den einzelnen Praxen von der hier für die gesamte Fachgruppe dargestellten Leistungsstruktur abweichen.

Abbildung 16: Leistungs- vs. Honoraranteile nach EBM-Kapiteln; alle betrachteten Fachgruppen (2004)



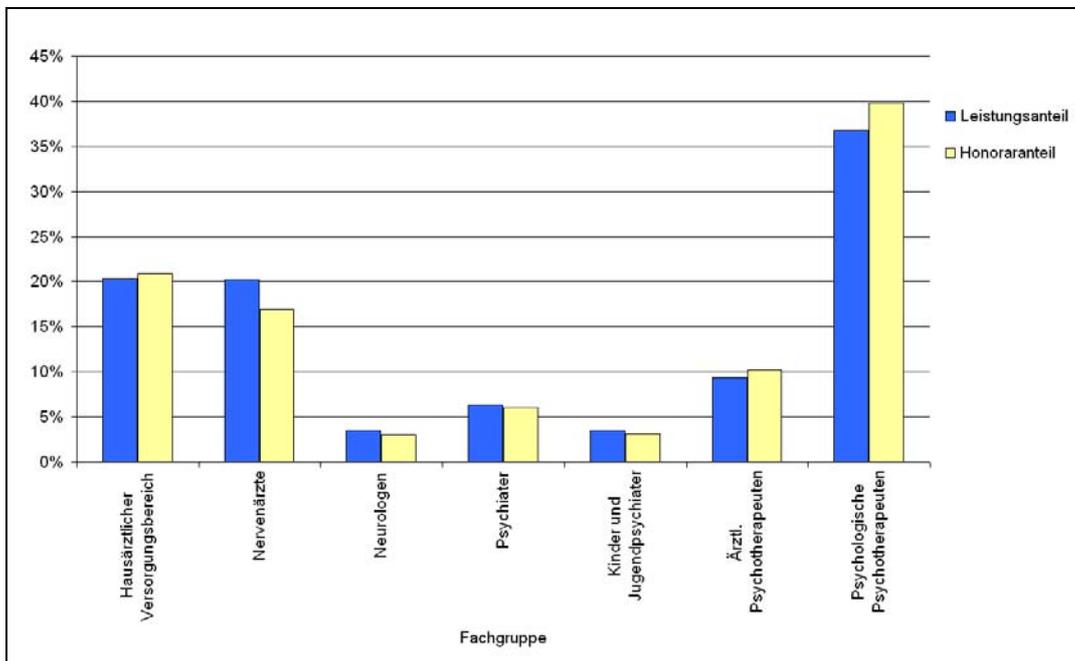
Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Abbildung 16 zeigt für das Jahr 2004 die Anteile der jeweiligen Leistungsbereiche an der gesamten Leistungsmenge der untersuchten Leistungsbereiche (gemessen in Punkten). Diesen Anteilswerten werden die Anteile der jeweiligen Leistungsbereiche am Gesamthonorar für die untersuchten Leistungsbereiche in demselben Jahr gegenübergestellt. Dadurch wird erkennbar, inwieweit Leistungsmenge und Honorar in den einzelnen Leistungsbereichen in einem proportionalen Verhältnis zueinander standen.

Sofern der EBM als allgemein akzeptiertes und bundesweit geltendes Bewertungssystem angewendet würde, d. h. jeder Punkt würde identisch bewertet, müssten Leistungsmengen- und Honoraranteile übereinstimmen. In der Realität entstehen Differenzen dadurch, dass die einzelnen Leistungen bzw. die einzelnen Fachgruppen teilweise unterschiedlichen Bewertungen bzw. unterschiedlichen Punktwerten unterliegen und dass diese Unterschiede in den einzelnen Regionen (KV-Bezirken) wiederum unterschiedlich ausfallen.

Im Jahr 2004 entfielen, über alle Fachgruppen hinweg betrachtet, überproportionale Honoraranteile auf die Leistungsbereiche der Psychotherapie und der Psychiatrie. Unterproportionale Honoraranteile entfielen auf alle anderen Leistungsbereiche, insbesondere auf die Psychosomatik und die Neurologie.

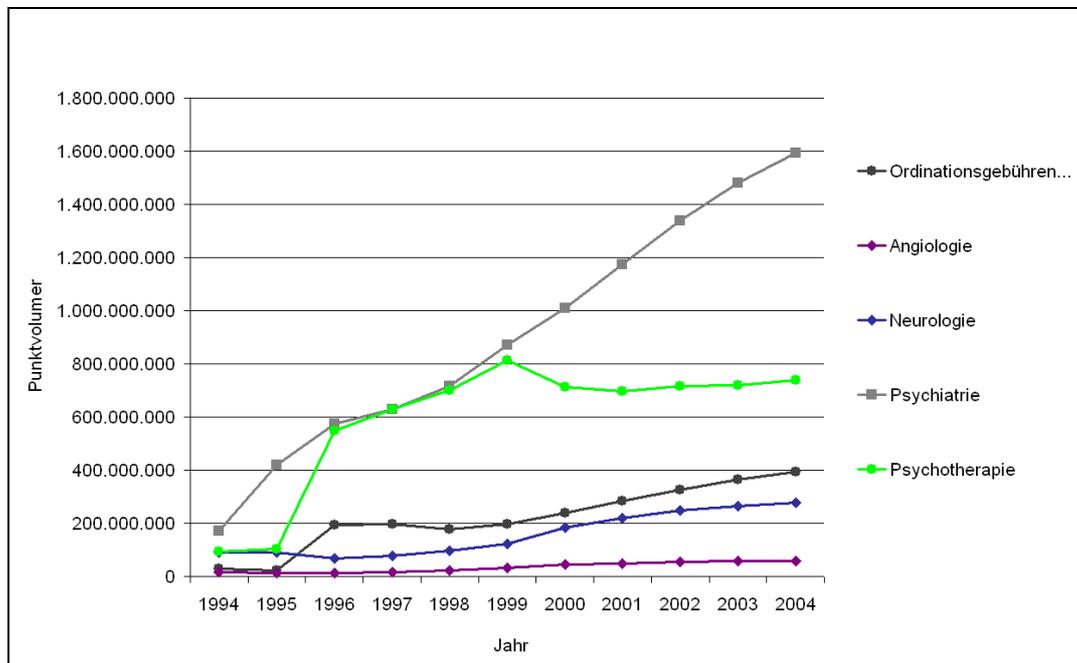
Abbildung 17: Leistungs- vs. Honorarverteilung nach Fachgruppen (2004)



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Die analoge Betrachtung bezogen auf die Fachgruppen (Abbildung 17) zeigt die resultierenden Anteilsdifferenzen für die hier untersuchten Fachgruppen. Überproportionale Honoraranteile entfielen demnach auf die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie in geringerem Umfang auf Hausärzte. Unterproportionale Honoraranteile hatten alle anderen Fachgruppen, insbesondere die Nervenärzte.

Abbildung 18: Entwicklung von Leistungsmenge und -struktur der Psychiater nach EBM Kapiteln, 1994-2004



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Die Entwicklung der Leistungsstruktur der Psychiater (Abbildung 18) zeigt deutlich, dass das Leistungsvolumen für den Leistungsbereich der Psychotherapie nach einem deutlichen Anstieg bis zum Jahr 1999 auf dem dort erreichten Niveau stabil blieb. In der Fachgruppe der Psychiater führte die 90%-Regelung²¹ insgesamt also nicht zu einer einseitigen Verschiebung der Leistungsstruktur zugunsten der Psychotherapie. Relativ betrachtet hat die Leistungsmenge für den Leistungsbereich der Psychotherapie im Zeitraum der Jahre 1999 bis 2004 allerdings von 37,5 % auf 21,5 % deutlich abgenommen. Ursachen für diese relative Abnahme des Anteils psychotherapeutischer Leistungen könnten Fachgruppenwechsel der erbringenden Ärz-

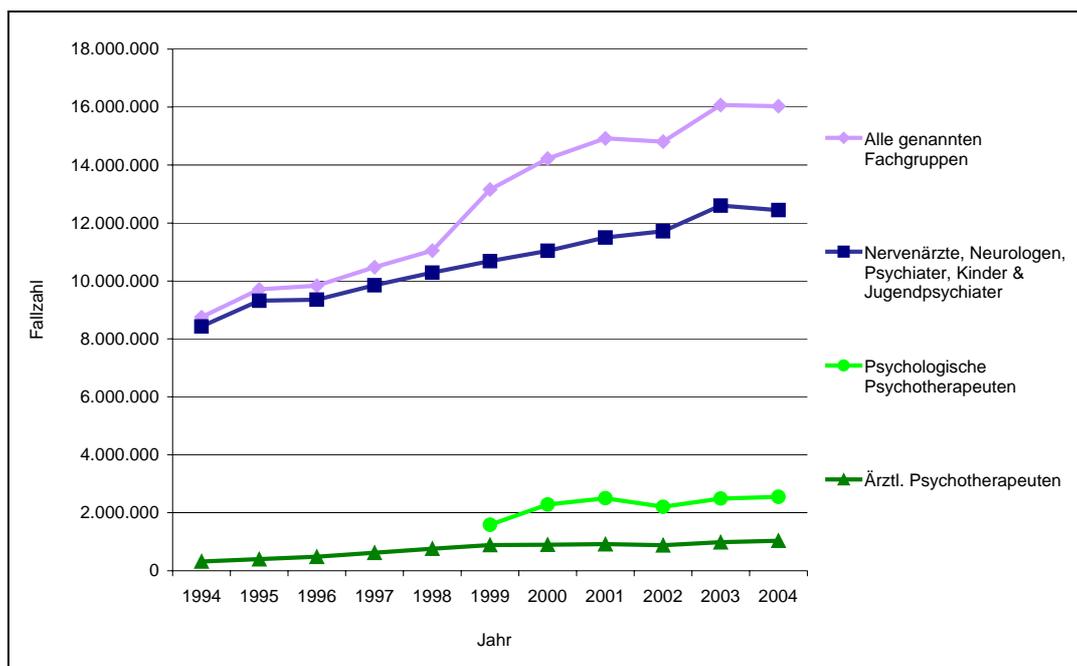
²¹ Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sah in §85 Abs. 4 SGB V vor, dass im Verteilungsmaßstab Regelungen für eine angemessene Vergütung für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zu treffen sind. Diese Forderung des Gesetzgebers wurde mit Beschluss des Bewertungsausschusses (62. Sitzung) mit der Folge umgesetzt, dass nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte (d. h. Anteil psychotherapeutischer Leistungen an gesamten Arztleistungen < 90 %) einen deutlich niedrigeren Punktwert für die Leistungen der Psychotherapie (Kapitel G IV des EBM) erhielten. Diese Regelung gilt mittlerweile in dieser Form nicht mehr.

te, der Eintritt der psychologischen Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung oder auch Punktwertveränderungen sein.

4.5 Fallzahl

Die Leistungsabrechnung zwischen Arzt und KV beinhaltet immer den Bezug auf einen Behandlungsfall²² und nicht den Bezug auf eine Person. Verschiedene Behandlungsfälle einer Person müssen zusammengefasst werden, um die gesamten Behandlungsinformationen der Person zu erlangen. Die zur Verfügung gestellten Daten beinhalteten diese Informationen nicht. Daher kann die Zahl der behandelten Patienten aus den zur Verfügung stehenden Daten nicht ermittelt werden.

Abbildung 19: Fallzahlentwicklung nach Fachgruppen, 1994-2004



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

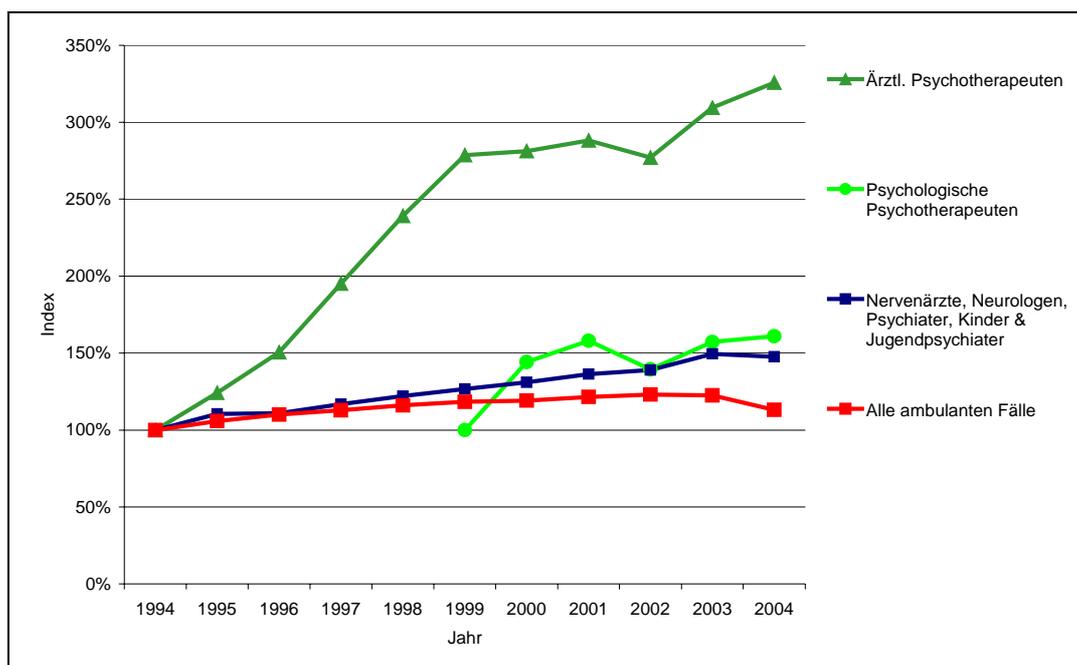
Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen in der neuro-psychiatrischen Versorgung. Die Fallzahl hat sich hierbei im Zeitraum der

²² Die gesamte Behandlung, die von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Quartals an demselben Kranken zu Lasten derselben Krankenkasse ambulant vorgenommen wird (§ 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Jahre 1994 bis 2004 insgesamt von 8,7 Mio. auf 16 Mio. nahezu verdoppelt. Die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater hatten im Jahr 2004 mit insgesamt 78 % (12,4 Mio.) den größten Anteil an den Fallzahlen aller untersuchten Fachgruppen insgesamt. Die Fallzahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten betrug insgesamt 3,5 Mio. (Anteilswert: 22 %).

Die Fallzahlen sind im betrachteten Zeitraum kontinuierlich gestiegen, mit Ausnahme des Jahres 2004. Die Fallzahlen sind hier mit Einführung der Praxisgebühr bei den Nervenärzten, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater insgesamt gefallen, allerdings in geringerem Ausmaß, als der Durchschnitt über alle vertragsärztlichen Fachgruppen. Bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind die Fallzahlen auch im Jahr 2004 weiter angestiegen.

Abbildung 20: Fallzahlentwicklung nach Fachgruppe (Jahr 1994 = 100%), 1994-2004²³



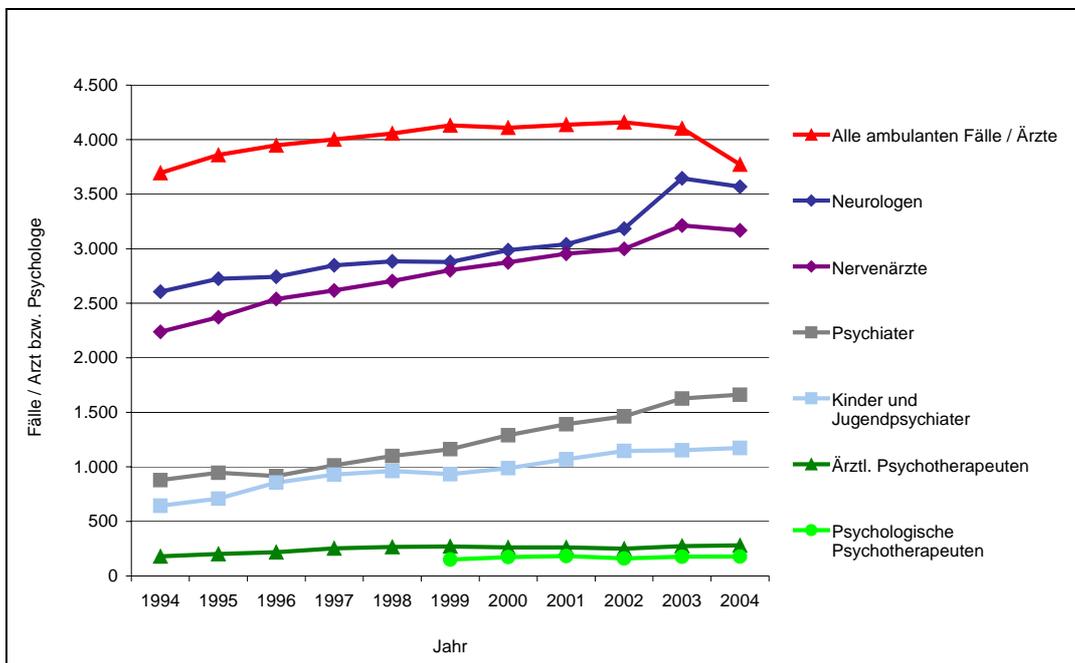
Quelle: KBV; Berechnung: IGES

²³ Der Darstellung der Psychologischen Psychotherapeuten liegt entsprechend dem späteren Eintreten dieser Fachgruppe in die vertragsärztliche Versorgung das Basisjahr 1999 zugrunde. Ein unmittelbarer Vergleich mit den übrigen Fachgruppen ist daher in dieser Indexdarstellung nicht möglich.

Abbildung 20 zeigt die Fallzahlentwicklung in einer Indexdarstellung mit dem Jahr 1994 als Basisjahr (= 100 %). Alle Fachgruppen in der neuropsychiatrischen Versorgung verzeichneten demnach im Untersuchungszeitraum einen im Vergleich zur gesamten ambulanten Versorgung überdurchschnittlich starken Fallzahlenanstieg. Der Fallzahlenanstieg der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater verlief insgesamt im Betrachtungszeitraum nahezu linear. Die Fallzahlentwicklung war bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten insbesondere in den letzten Jahren stärker schwankend, vor dem Jahr 2000 fielen die Zunahmen jedoch deutlich stärker aus als bei den Nervenärzten, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater.

Die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 führte zwar bei den Nervenärzten, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater insgesamt zu einem Rückgang der Fallzahlen (nicht jedoch bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten), dieser war aber weniger stark ausgeprägt als der Fallzahlrückgang in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung.

Abbildung 21: Entwicklung der Fallzahl je Arzt / Psychologe, 1994-2004



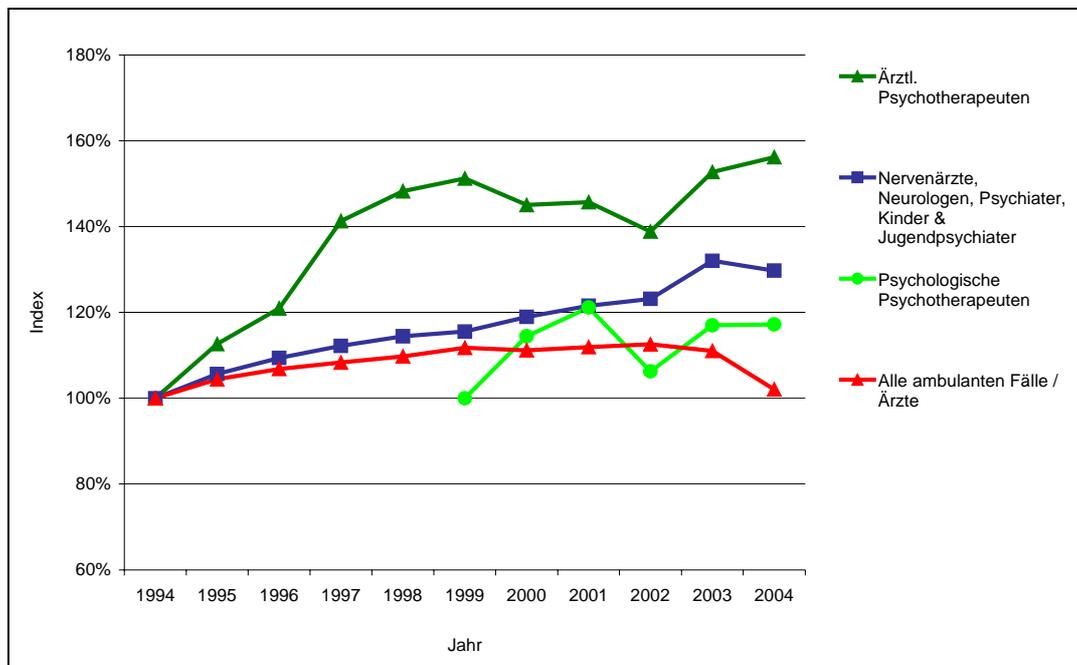
Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Deutliche Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung der Fallzahlen je Arzt für die unterschiedlichen Fachgruppen (Abbildung 21).

Ein Neurologe behandelte im Jahr 2004 durchschnittlich 3.570 Fälle, ein Nervenarzt durchschnittlich 3.170 Fälle. Die Fallzahlen je Arzt lagen in den übrigen Fachgruppen deutlich niedriger.

Neurologen und Nervenärzte hatten im Jahr 2004 durchschnittlich 1.000 Fälle mehr behandelt als noch im Jahr 1994 (eine Steigerung um 37 % bzw. 42 %). Die absolute Zunahme der Fallzahl je Arzt war bei diesen Fachgruppen am stärksten. Bei den ärztlichen Psychotherapeuten betrug diese Zunahme 100 Fälle (entsprechend +56 %). Der deutlichste relative Fallzahlanstieg fand mit einer Steigerung um 89 % bei den Psychiatern statt.

Abbildung 22: Entwicklung der Fallzahl je Arzt / Psychologe (Jahr 1994 = 100%), 1994-2004²⁴



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Abbildung 22 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen je Arzt bzw. Psychologe in einer Indexdarstellung mit dem Jahr 1994 als Basisjahr (= 100 %). Die Zunahme der Fallzahl je Arzt war demnach im Untersuchungszeitraum für

²⁴ Der Darstellung der Psychologischen Psychotherapeuten liegt entsprechend dem späteren Eintreten dieser Fachgruppe in die vertragsärztliche Versorgung das Basisjahr 1999 zugrunde. Ein unmittelbarer Vergleich mit den übrigen Fachgruppen ist daher in dieser Indexdarstellung nicht möglich.

alle betrachteten Fachgruppen deutlich stärker als die im Bereich der gesamten ambulanten kurativen Behandlung.

4.6 Honorar

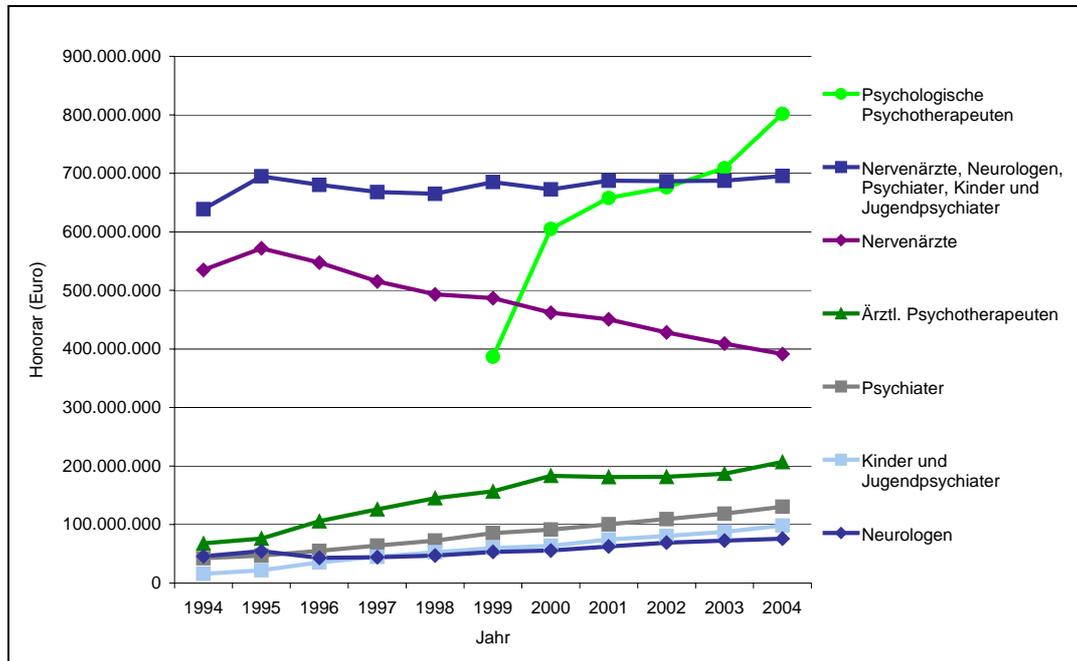
Das System der vertragsärztlichen Vergütung setzt sich aus drei grundsätzlichen Elementen zusammen. Die Krankenkasse entrichtet die Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung in Form einer Kopfpauschale an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Mit dieser Gesamtvergütung sind alle vertragsärztlichen Leistungen für die Versicherten dieser Krankenkasse abgegolten. Veränderungen der Morbidität der Versicherten werden somit nicht berücksichtigt. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter den Vertragsärzten nach den Regelungen des Honorarverteilungsvertrages (HVV). Für die Vergütung ist dabei jeweils für die Krankenkassen einer Kassenart ein Punktwert (Auszahlungspunktwert) in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. Sowohl zwischen den KV-Bezirken und den einzelnen Arztgruppen als auch zwischen unterschiedlichen Leistungen, die eine Arztgruppe erbringt, gelten regelmäßig unterschiedliche Auszahlungspunktwerte.

Eine weitere Unterscheidung von Auszahlungspunktwerten ergibt sich durch die Regelleistungsvolumen (RLV). Für jede Arztpraxis wird eine bestimmte Punktmenge festgelegt.²⁵ Für diese Punktmenge wird ein fester Punktwert zwischen KV und Krankenkassen vereinbart, mit dem Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens erbracht werden, vergütet werden. Für zusätzlich erbrachte Leistungen, die über das RLV hinausgehen, wird nur ein geringerer Punktwert vergütet.

In den vorliegenden Daten bilden sich diese unterschiedlichen Punktwerte für Leistungen der neuro-psychiatrischen Versorgung (abhängig von Leistung, Arztgruppe, Region, RLV) aufgrund des hohen Aggregationsniveaus nicht ab. Stattdessen wurde der bundesweit ermittelte durchschnittliche Punktwert einer Arztgruppe (über alle erbrachten Leistungen und alle Regionen) herangezogen.

²⁵ Dies geschieht anhand der historischen Abrechnungsdaten und weiterer Parameter.

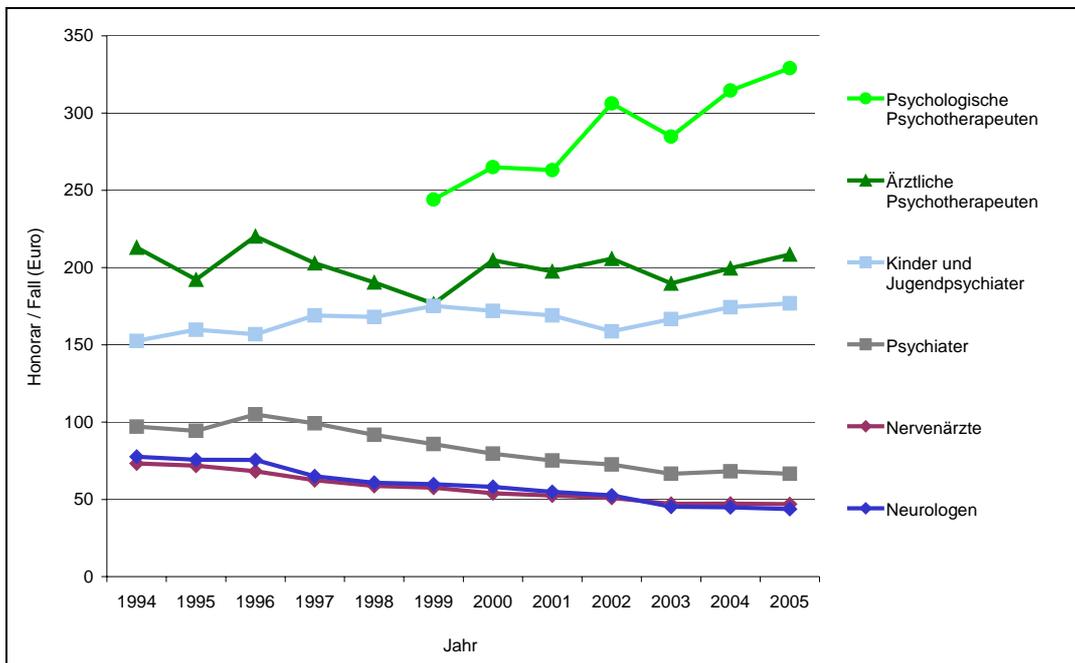
Abbildung 23: Honorarentwicklung nach Fachgruppen, 1994-2004



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Für die hier betrachteten Fachgruppen betrug die gesamte Honorarsumme 2,1 Mrd. Euro (2004). Der größte Anteil dieser Honorarsumme entfiel mit 802 Mio. € (38 %) auf die psychologischen Psychotherapeuten (Abbildung 23). Die Honorarsumme für Nervenärzte ist im Untersuchungszeitraum – parallel zur Arztzahlabnahme in dieser Fachgruppe – deutlich gesunken, aber mit 391 Mio. € (18 %) immer noch die zweitgrößte (fachgruppenbezogene) Honorarsumme. Die Honorarsumme aller übrigen Fachgruppen hat im Untersuchungszeitraum nahezu linear zugenommen. Betrachtet man die gesamte Honorarsumme der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater, so zeigt sich, dass im Jahr 2004 das Honorarvolumen des Jahres 1994 wieder erreicht wurde.

Abbildung 24: Honorarentwicklung je Fall nach Fachgruppen, 1994-2005



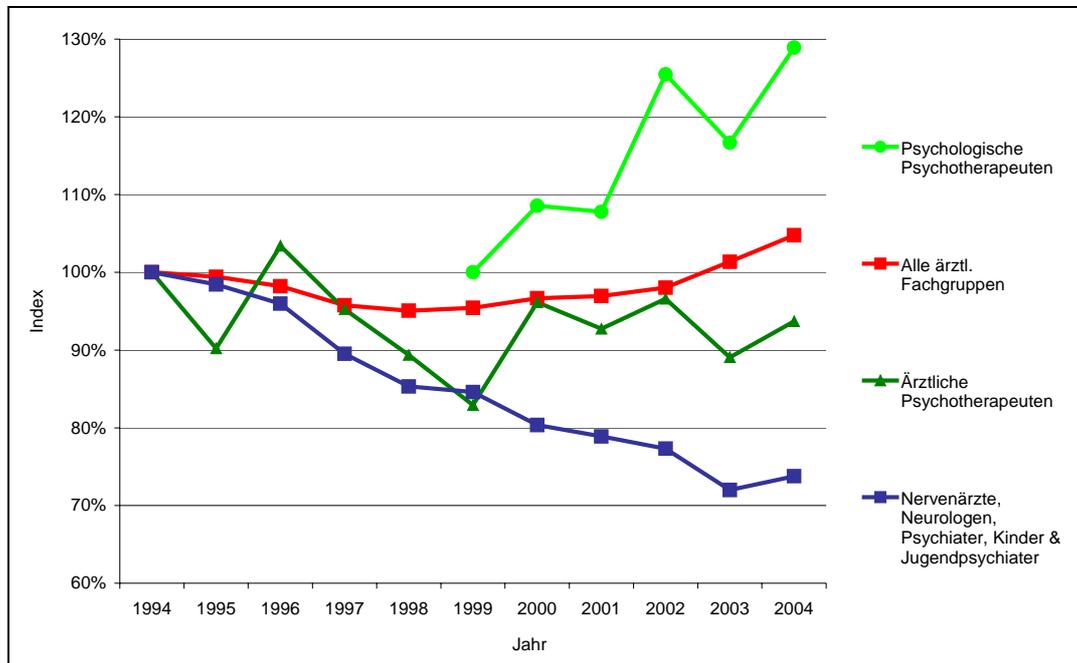
Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Das Honorar je Fall betrug im Jahr 2005 für die betrachteten Fachgruppen zwischen 44 Euro bei den Neurologen und 330 Euro bei den psychologischen Psychotherapeuten (Abbildung 24).²⁶ Das Honorar je Fall lag bei den Nervenärzten mit 47 Euro sehr dicht an dem der Neurologen.

Das Honorar je Fall ist für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in den letzten Jahren kontinuierlich gefallen, für die ärztlichen Psychotherapeuten stabil geblieben und für die Kinder- und Jugendpsychiater und insbesondere die psychologischen Psychotherapeuten gestiegen.

²⁶ Die Betrachtung der Honorare je Fall kann – im Unterschied zu den anderen untersuchten Kennzahlen – mit den vorliegenden Daten bis ins Jahr 2005 vorgenommen werden. Die hier zugrunde gelegten Daten reichen bis einschließlich zum 1. Quartal 2005. Anhand dieser Daten kann somit das Honorar je Fall für das Jahr 2005 ermittelt werden, eine Schätzung des Honorars für das Gesamtjahr wäre jedoch aufgrund unterjähriger Schwankungen des Leistungsvolumens zu unsicher.

Abbildung 25: Entwicklung der Honorare je Fall nach Fachgruppen (Jahr 1994 = 100%), 1994-2004²⁷

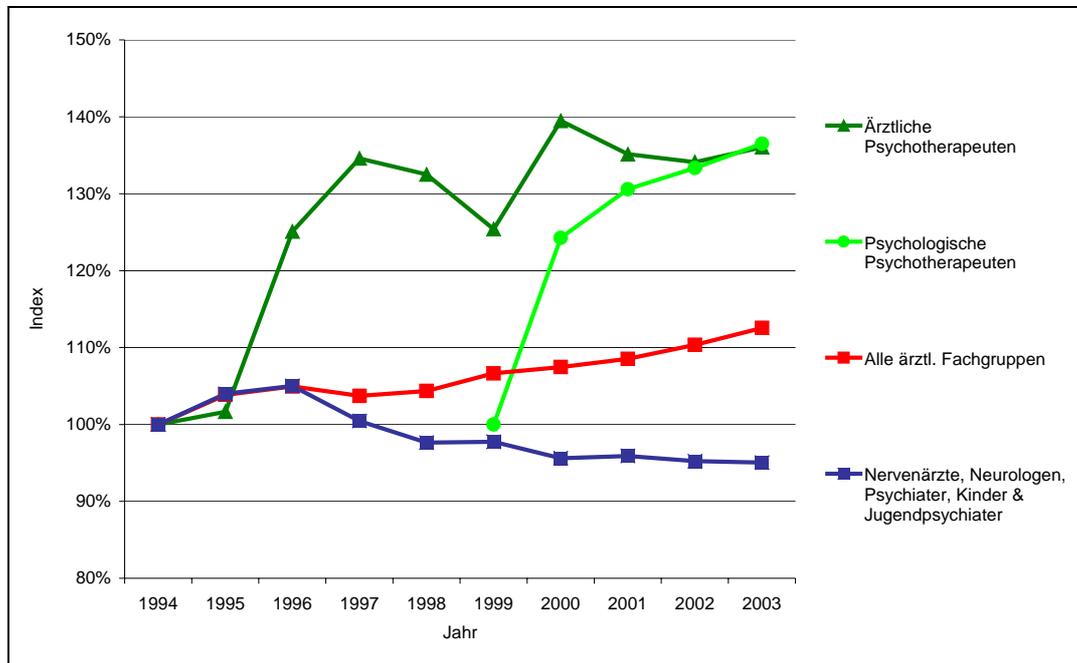


Quelle: KBV; Berechnung: IGES

Die Indexdarstellung der Entwicklung der Honorare je Fall (Abbildung 25) zeigt eine kontinuierliche Abnahme für die Gruppe der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater im Zeitraum der Jahre 1994 bis 2003. Damit gestaltete sich die Veränderung der Honorare je Fall in dieser Fachgruppe entgegengesetzt zum Trend der Entwicklung dieser Größe für alle ärztlichen Fachgruppen.

²⁷ Der Darstellung der Psychologischen Psychotherapeuten liegt entsprechend dem späteren Eintreten dieser Fachgruppe in die vertragsärztliche Versorgung das Basisjahr 1999 zugrunde. Ein unmittelbarer Vergleich mit den übrigen Fachgruppen ist daher in dieser Indexdarstellung nicht möglich.

Abbildung 26: Entwicklung der Honorare je Arzt nach Fachgruppen (Jahr 1994 = 100%), 1994-2003²⁸



Quelle: KBV; Berechnung: IGES

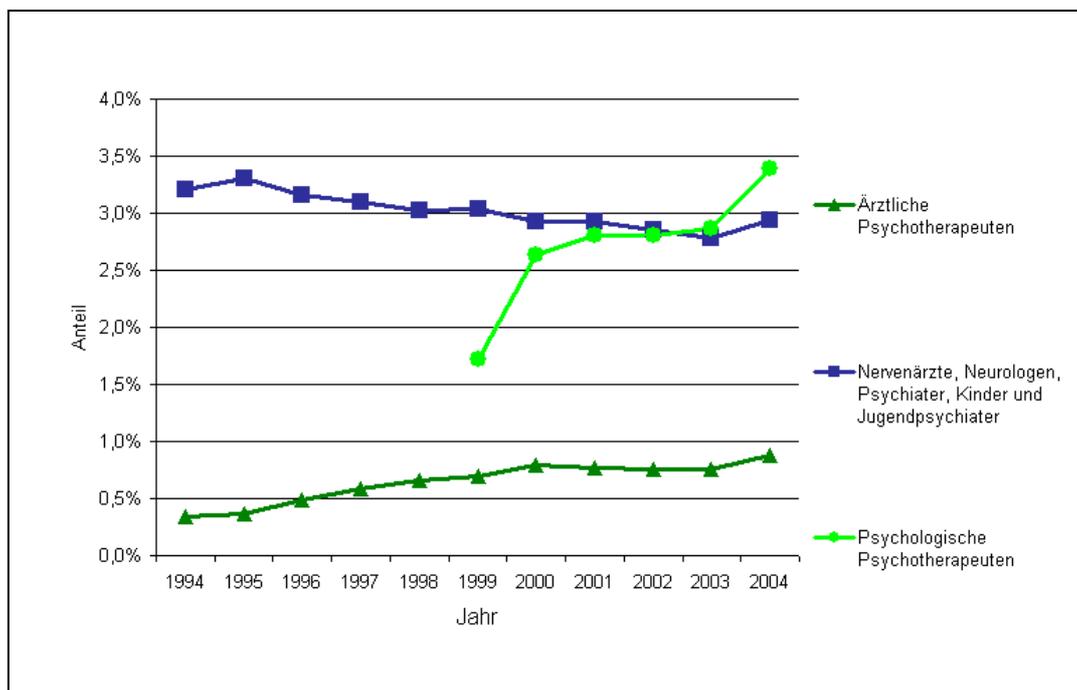
Auch wenn man die Honorare je Arzt betrachtet, zeigt sich dieses Entwicklungsmuster (Abbildung 26).²⁹ Für die Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater verringerten sich insgesamt die Honorare je Arzt seit Mitte der 90er Jahre nahezu kontinuierlich. Ihre Veränderung lag somit wiederum gegen den Trend der Entwicklung der Honorare je Arzt über alle Fachgruppen in der GKV. Die Fachgruppe der psychologischen Psychotherapeuten weist dagegen für den Betrachtungszeitraum mit dem Trend steigende Honorare je Arzt auf, während die Fachgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten mit einer eher uneinheitli-

²⁸ Der Darstellung der Psychologischen Psychotherapeuten liegt entsprechend dem späteren Eintreten dieser Fachgruppe in die vertragsärztliche Versorgung das Basisjahr 1999 zugrunde. Ein unmittelbarer Vergleich mit den übrigen Fachgruppen ist daher in dieser Indexdarstellung nicht möglich.

²⁹ Für das Jahr 2004 wurde das Honorar je Arzt nicht dargestellt. Zu berücksichtigen ist für dieses Jahr, dass ein Teil der Honorare mit Einführung der Praxisgebühr nicht mehr den GKV-Ausgaben, sondern der Eigenbeteiligung von Patienten zuzurechnen ist. Die Ausgaben der GKV für ärztliche Behandlungen sanken im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr um rund 1,4 Mrd. Euro.

chen, in den letzten Jahren schwächer als der Trend verlaufenden Entwicklung der Honorare je Arzt konfrontiert war.

Abbildung 27: Entwicklung des Anteils des Honorars nach Fachgruppe an den GKV-Ausgaben für Arztpraxen, 1994-2004



Quelle: KBV, Statistisches Bundesamt; Berechnung: IGES

Betrachtet man den Anteil des Honorars der untersuchten Fachgruppen an den gesamten Ausgaben der GKV für ärztliche Leistungen in Arztpraxen, so nahm dieser Anteil für die Gruppe der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater im betrachteten Zeitraum nahezu kontinuierlich ab – mit Ausnahme des Jahres 2004. In diesem Jahr ging die Einführung der Praxisgebühr einher mit einem deutlichen Rückgang der Anzahl ambulanter Fälle insgesamt (vgl. Abbildung 20). Die Fallzahlen für die Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater verringerte sich im Unterschied hierzu nur geringfügig, die der ärztlichen und der psychologischen Psychotherapeuten erhöhten sich sogar. Dadurch erklärt sich die Zunahme der Honoraranteile der neuropsychiatrischen Fachgruppen im Jahr 2004.

Im Jahr 2004 erreichten die Honorare der Gruppe der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater einen Anteil von 2,9 % an den gesamten GKV-Ausgaben für ärztliche Leistungen in Praxen. Die Honoraranteile der ärztlichen Psychotherapeuten und psychologischen Psy-

chotherapeuten nahmen hingegen trendmäßig klar zu und lagen im Jahr 2004 bei 0,9 % bzw. bei 3,4 %.

4.7 Zusammenfassende Ergebnisse

Für den Untersuchungszeitraum sind deutliche regionale Unterschiede in der Arztdichte für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten festzustellen.

Auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfielen insgesamt ca. 20 % des neurologisch-psychiatrischen Leistungsvolumens. Dieser Anteil ist in seiner Höhe und seiner Struktur über den betrachteten Zeitraum in etwa stabil geblieben.

Auf den Bereich der Neurologie und Psychiatrie entfielen 28 % des Leistungsvolumens und ca. 25 % des Honorarvolumens der gesamten neuro-psychiatrischen Versorgung. Im Vergleich hierzu entfielen auf den Bereich der Psychotherapie ca. 50 % des Leistungsvolumens und ca. 54 % des Honorarvolumens der gesamten neuro-psychiatrischen Versorgung. Im Gegensatz zu den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater hatten die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten hohe Arztzahlzuwächse zu verzeichnen.

Die 90%-Regelung hat insgesamt nicht zu einer Verlagerung von Leistungen der Psychiater hin zu psychotherapeutischen Leistungen geführt.

Tabelle 7 zeigt die im Vorigen betrachteten wichtigen Kennzahlen der ambulanten Versorgung noch einmal, und zwar in Form einer Gegenüberstellung der Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater mit denjenigen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten³⁰:

³⁰ Bei der Analyse ist zu beachten, dass das Honorar je Arzt nicht dem Nettoeinkommen eines Arztes entspricht, da Praxiskosten nicht berücksichtigt sind, die zudem für die betrachteten Fachgruppen differieren. Darüber hinaus bleiben auch Arbeitszeitunterschiede der Ärzte unberücksichtigt (keine Betrachtung von Vollzeitäquivalenten).

Tabelle 7: Ausgewählte Kennzahlen der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung (2004)

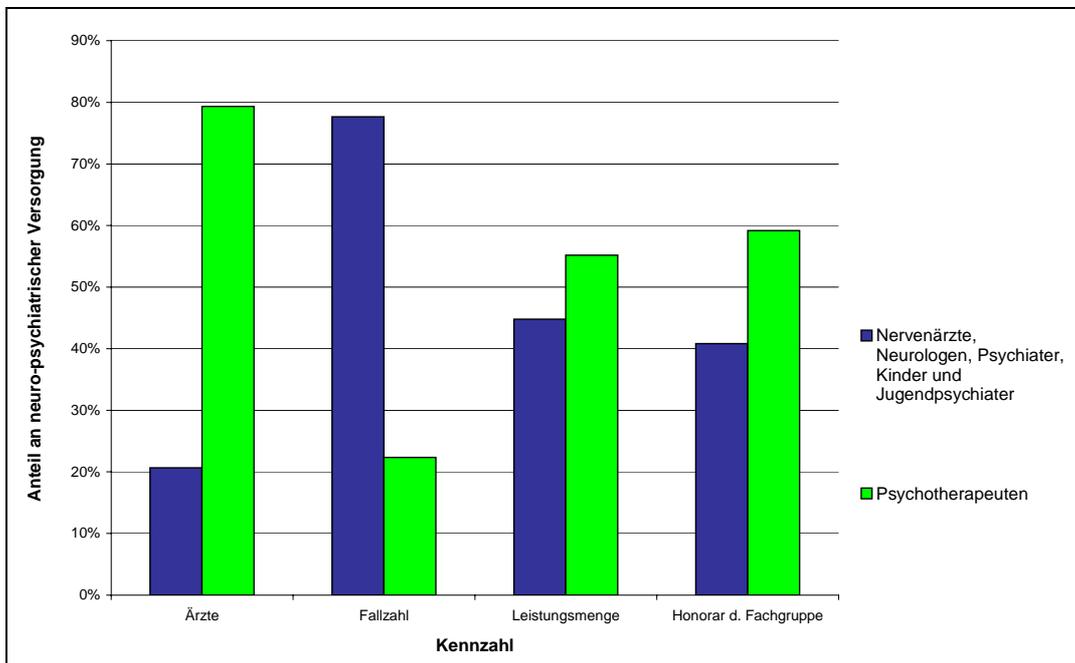
	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	Ärztliche & psychologische Psychotherapeuten
Ärzte	4.717	18.104
Fallzahl	12.442.748	3.584.862
Leistungsmenge (Punktzahl)	18.584.040.166	22.901.994.768
Honorar d. Fachgruppe (Euro)	695.684.402	1.008.669.902
Fälle / Arzt	2.638	198
Leistungen / Arzt (Punktzahl)	3.939.801	1.265.024
Honorar / Arzt (Euro)	147.484	55.715
Leistungen / Fall (Punktzahl)	1.494	6.389
Honorar / Fall (Euro)	56	281

Quelle: KBV; Berechnung: IGES

In den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater erbrachten im Jahr 2004 deutlich weniger Ärzte wesentlich mehr Fälle als in den Fachgruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Die Fallzahl pro Arzt war in den erstgenannten Fachgruppen entsprechend deutlich höher (s. a. Abbildung 28). Unterschiede zwischen den Arbeitszeiten der jeweiligen Leistungserbringer bleiben hierbei unberücksichtigt.

Dies war angesichts der begrenzten (arbeits-)zeitlichen Ressourcen nur möglich, weil pro Fall in den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater die durchschnittliche Leistungsmenge wesentlich geringer war als die der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Das Honorar je Fall war – entsprechend der geringeren durchschnittlichen Leistungsmenge je Fall – in den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater deutlich niedriger.

Abbildung 28: Fachgruppenbezogene Struktur der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung und der Honorierung (2004)



Quelle: IGES

Insgesamt überwog jedoch die höhere Fallzahl den Effekt der geringeren Honorierung je Fall auf Ebene des einzelnen Arztes. Das Honorar je Arzt war in den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater deutlich höher als in den Fachgruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.

Die Gegenüberstellung der Veränderungsrichtung dieser Kennzahlen im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2004 zeigt Tabelle 8, sofern möglich auch zu der Entwicklung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung.

Tabelle 8: Veränderung ausgewählter Kennzahlen der vertragsärztlichen neurologisch-psychiatrischen Versorgung (2000 - 2004)

	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	Ärztliche & psychologische Psychotherapeuten	Alle vertragsärztlichen Fachgruppen
Ärzte	↗	↑	↗
Fallzahl	↑	↑	↘
Leistungsmenge	↗	↑↑	-
Honorar d. Fachgruppe	↗	↑↑	↗
Fälle / Arzt	↑	↗	↓
Leistungen / Arzt	↘	↑	-
Honorar / Arzt	→	↑↑	→
Leistungen / Fall	↓	↗	-
Honorar / Fall	↓	↑	↑

Quelle: KBV; Berechnung: IGES

In den Fachgruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zeigt sich für den betrachteten Zeitraum, dass alle dargestellten Kenngrößen zugenommen haben, zum Teil sehr stark.

In den Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater stellt sich die Entwicklung deutlich anders dar: Die Arztzahl stieg weniger stark als die Fallzahl, daher erhöhte sich die Fallzahl je Arzt. Pro Behandlungsfall wurden aber weniger Leistungen erbracht – dies könnte als ein Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Ärzte dieser Fachgruppen an die Grenzen ihrer (zeitlichen) Behandlungskapazität gelangt sind – und auch das Honorar je Fall sank. Das Honorar je Arzt blieb hingegen stabil, da der Honorarrückgang je Fall durch die Fallzahlsteigerung in etwa ausgeglichen werden konnte.

5 **Ausblick: Vergütungssystem nach dem GKV-WSG**

Die Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) neu geregelt. Ab dem Jahr 2009 wird es daher eine Reihe grundlegender Änderungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem geben.

Der EBM wird auch weiterhin die Relation der einzelnen Leistungen zueinander in Punkten darstellen. Die Bewertung dieser Punkte erfolgt in Zukunft jedoch mit bundeseinheitlichen Orientierungswerten (jeweils im Regelfall, bei Unterversorgung und bei Überversorgung). Von diesen bundeseinheitlichen Orientierungswerten kann auf regionaler Ebene abgewichen werden, sofern regionale Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur bestehen. Dieser Zu- oder Abschlag auf den bundeseinheitlichen Orientierungswert darf aber weder nach Arztgruppen noch nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte anzuwenden. Aus diesen vereinbarten Punktwerten und den Punkteangaben für die Leistungen des EBM ergibt sich dann eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen. Diese Preise sind zukünftig für alle Krankenkassen (zumindest innerhalb eines KV-Bezirks) identisch. Eine unterschiedliche Bewertung der Punktzahlen für die verschiedenen Arztgruppen existiert dann nicht mehr.

Die Punktzahlen für die Leistungen, wie sie im EBM definiert werden, werden also im direkten Verhältnis an alle Arztgruppen in gleicher Weise weitergereicht, und nicht – wie bisher häufig geschehen – für unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich bewertet.

Auch in Zukunft werden nach Arztgruppen differenzierte RLV ein zentrales Element der Mengensteuerung sein. Bei der Ermittlung des RLV für eine Praxis werden ab dem Jahr 2009 jedoch folgende Kriterien berücksichtigt:

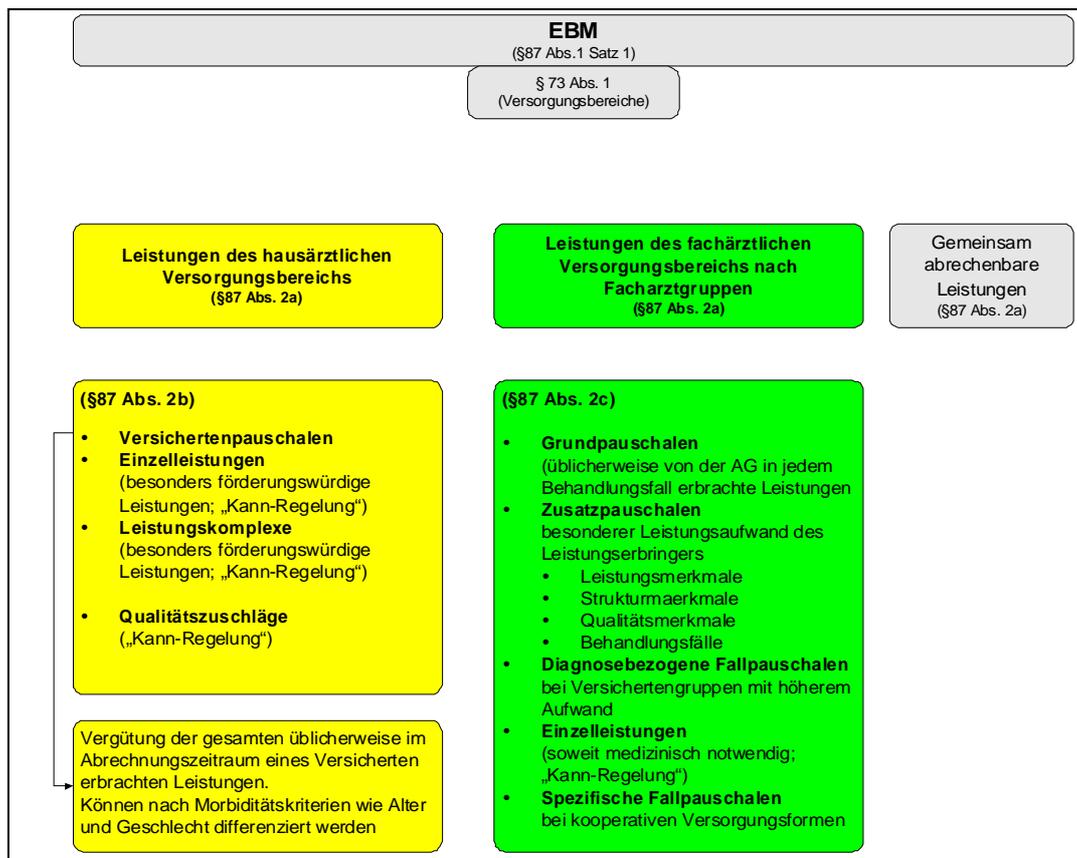
- die vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung,
- zu erwartende Zahlungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs,
- Zahlungen für das RLV überschreitende Leistungen und für außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütende Leistungen,

- Zahl und Tätigkeitsumfang der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe,
- Praxisbesonderheiten (soweit hierzu Veranlassung besteht),
- Morbiditätsgewichtung (anhand der Kriterien Alter und Geschlecht).

Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte werden ab dem Jahr 2009 außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet (§ 87b Abs. 2 SGB V).

Der EBM wird ab dem Jahr 2009 in seiner Struktur grundlegend verändert. Es erfolgt eine deutliche Pauschalisierung der Leistungen des EBM und ein unterschiedlicher Strukturaufbau der Leistungen des hausärztlichen Bereichs von den Leistungen des fachärztlichen Bereichs (Abbildung 29).

Abbildung 29: Neue EBM-Struktur nach GKV-WSG



Quelle: IGES

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird es neben Grundpauschalen (zur Vergütung der üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen), Zusatzpauschalen (zur Vergütung des besonderen Leistungsaufwands, der sich aus Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers oder von Behandlungsfällen ergibt) und Einzelleistungen geben. Ab dem Jahr 2011 werden diagnosebezogene Fallpauschalen für diejenigen Behandlungsfälle eingeführt, deren Behandlung mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist.

Für kooperative Versorgungsformen werden des Weiteren spezifische Fallpauschalen festgelegt.

Gesetzlich (§87 Abs. 2c SGB V) vorgegeben ist, dass die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten haben.

Eine weitere Neuerung zum Jahr 2009 betrifft die Ermittlung der Höhe der Gesamtvergütung. Hierbei wird die Morbiditätsstruktur bzw. Morbiditätsentwicklung der Versicherten erstmalig berücksichtigt. Hierzu werden diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem Klassifikationsverfahren gebildet. Ein Anstieg der Morbidität aufgrund neuro-psychiatrischer Krankheiten (siehe Kapitel 3) muss sich in einem solchen System abbilden lassen.

Im Hinblick auf die Einführung eines neuen Vergütungssystems ist für die Vertragsärzte der neurologischen und psychiatrischen Versorgung von besonderer Bedeutung, wie ihre Leistungen in dem neuen EBM in Punkten bewertet werden und in Relation zu den übrigen Leistungen des EBM stehen. Diese relationale Bewertung, die heute regelmäßig durch Anwendung der Honorarverteilungsverträge verändert wird, wird sich in Zukunft aufgrund des Wegfalls unterschiedlicher Punktwerte für verschiedene Arztgruppen deutlich stärker direkt auf die Honorierung auswirken. Die Zusammensetzung der Leistungen im Rahmen von Pauschalen, und hier insbesondere im Rahmen der ab dem Jahr 2011 geltenden diagnosebezogenen Fallpauschalen, sollte durch die Fachgruppen sehr genau evaluiert werden.

Auch ist zu prüfen, ob sich das Diagnose- und Leistungsspektrum zur Bildung von Fallpauschalen eignet.³¹ Weisen Krankheiten ein sehr heteroge-

³¹ Aus dem Deutschen Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (G-DRGs) sind die Leistungen der Psychiatrischen Abteilungen ausgenommen.

nes Leistungsspektrum auf, so ist eine Klassifizierung und Vergütung anhand von Pauschalen mit einem hohen Risiko, insbesondere der Fehlsteuerung der Versorgung, verbunden.

Von Bedeutung ist auch die Berücksichtigung von Indikatoren zur Messung der Morbidität der Patienten, die die neurologisch und psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen, für die Ermittlung der Gesamtvergütung ab dem Jahr 2009.

Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen werden ab dem Jahr 2009 außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet. Die Bemessung der Regelleistungsvolumen basiert dann u. a. auf den Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht. Hier sollte hinterfragt werden, ob sich die unterschiedliche Morbidität der Patienten einer Praxis im Bereich der neurologischen und psychiatrischen Versorgung anhand der Kriterien Alter und Geschlecht in geeigneter Weise darstellen lässt.

Literaturverzeichnis

- Becker T, Fritze J, Kunze H (1999): Die Rolle der Krankenversicherung in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland, in: *psycho* 25 (1999) Nr. 12, S. 714-720.
- Bell K, Rürger U (2007): Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Das System wird immer komplexer, in: *Dtsch Arztebl* 2007; 104(28-29): A 2039-42.
- Berger, M., J. Fritze, und C. Roth-Sackenheim (2004): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004: Aktuelle Stellungnahmen Der DGPPN 2003-2004. 1, Springer, Berlin.
- Berger M (2004) Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland, in: *Der Nervenarzt*. 75.2 (2004): 195-204.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2005): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005, Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitsgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2005.
- DAK Gesundheitsmanagement (Hg) (2002): DAK-Gesundheitsreport 2002, Hamburg.
- DAK Gesundheitsmanagement (Hg) (2005): DAK-Gesundheitsreport 2005, Hamburg.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2006): Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2006.
- Forster T (2004): Krankheitskostenrechnung für Deutschland, in: *Wirtschaft und Statistik* 12/2004, S. 1432-1440.
- Gothe H, Volmer T et al (2006) Versorgungsepidemiologie der Depression. Eine Analyse von Antidepressiva-Verordnungen anhand von Routineabrechnungsdaten einer Krankenversicherung. [Abstract]. In: Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (Hg.) 1. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), 21. – 23. September 2006, Greifswald. Tagungsband. Greifswald: 260.
- Häfner H (2000): Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in: *Krankenhauspsychiatrie* 2000; 11: S. 145-157.
- Häussler B, Höer A, Hempel E, Storz P (2006): Arzneimittel-Atlas 2006. Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV, Urban & Vogel: München.
- Häussler B et al (2002): Psychiatric Outpatient Care in Germany and the United States, in: *Psychiatric Services* Vol. 53 No. 11, S. 1373.
- Höer A, Gothe H et al ([2006]) Identifizierung von Schizophreniekranken auf der Basis von Routedaten gesetzlicher Krankenkassen. [Poster präsentiert auf der] 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), 10.-14. September 2006. O.O.Robert Koch-Institut

- (Hg) 2006: Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- Melchinger, H., W. Machleidt, und W. Rössler (2003): Psychische Versorgung. Ausgaben auf dem Prüfstand, in: Dtsch Arztebl 2003; 100(44): A 2850–2852.
- Melchinger, H., W. Rössler, und W. Machleidt (2006): Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung, in: Der Nervenarzt. 77.1 (2006): 73-80.
- Melchinger, H (2003): Kosten der psychiatrischen Versorgung -Analysen der Ausgaben von Krankenkassen und Sozialhilfe im Bezirk Oberbayern, Hannover: Medizinische Hochschule. (2003).
- Roth-Sackenheim C, (2003): Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkrankter durch fehlgeleitete Ressourcenverteilung nur noch Utopie, in: Der Nervenarzt. 75.2 (2003): 1057-1062.
- Spengler A, (2003). "Psychiatrische Institutsambulanzen." Der Nervenarzt. 74.5 (2003): 476-480.
- Vogel H, Wasem J (2004) Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Stuttgart, New York: Schattauer GmbH
- Wittchen H U et al (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“, Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2, S. 216-222.
- Wittchen H U et al (2001): Probleme und Defizite in der hausärztlichen Versorgung von Generalisierten Angststörungen, Konsequenzen der GAD-P-Studie und Prioritäten für eine verbesserte Versorgung, in: Fortschritte der Medizin, 119. Jg. – Originalien, Sonderheft I/2001, S. 42-49.
- Wittchen H U, Jacobi F (2002): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland, Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, in: Psychotherapeutenjournal 0/2002, S. 6-15.
- World Health Organization (2001): The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope, Genf.

6 Anhang: EBM Leistungen der neuro-psychiatrischen Versorgung

Tabelle 9: Gebührenordnungsposition der neuro-psychiatrischen Versorgung

GOP	Kurzbezeichnung EBM 96	EBM Bereich
0002 *	Konsultationsgebühr	B1
0014 *	Kont. haus- oder nerv. ärztl. Betreuung/1	B1
0001 *	Ord. Alle ohne Notärzte	B1
0021	Sof. ärztl. Intervent. b. akut. psych. Dekomp.	B1
0019	Erhebung der Fremdanamnese	B1
0018 *	Zus. z. Nrn. 10, 11, 17 f. 30 u. mehr Minuten	B1
0017 *	Int. ärztl. Ber. bei lebensveränd. Erkr., etc.	B1
0015 *	Kont. haus- oder nerv. ärztl. Betreuung/2	B1
0042 *	Konsiliarische Erörterung	B3
0044 *	Kons. Erört./Ärzte e. Prax. gem./Gem.praxis	B3
0076	Konsiliarbericht bei Psychotherapie	B5
0202	Substitutionsbeh. Opiatabhängiger	B11
0204	Zuschl. z. Nr. 202 f. d. therap. Gespräch	B11
0203	Zuschl. z. Nr. 202 für Sa/So- u. Feiertage	B11
0511	Üb.behandlg. kompl. Funkt.störung./Einzelb.	E2
0512	Üb.behandlg. kompl. Funkt.störung./Gruppe	E2
0802	EEG	G1
0801	Neurol. Überprfg. d. Erkrankg.verlaufs	G1
0800	Erhebung des vollständigen neurologischen Status	G1
0818	Führung und Betreuung eines Kranken	G1
0815	Konvulsionsbeh. ms. Stimulation(en)	G1
0805	VEP, AEP, SSP od. magn. evoz. Potentiale	G1
0819	Hinzuziehen eines soziotherap. Leistg.Erb.	G1
0812	Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit	G1
0811	Elektromyographische (Nadelelektroden) von mehr als einem Muskel und den versorgenden Nerven	G1
0810	Elektromyographische (Nadelelektroden) eines Muskels und des	G1

	versorgenden Nerven	
0809	Elektromyographische Untersuchung mit Oberflächenelektroden	G1
0806	Langzeit-EEG	G1
0847	Anleitg. d. Bezugs- od. Kontaktperson(en)	G2
0848	Beh. e. psych. path. def. Krankheitsbildes	G2
0840	Erhebg. d. biogr. Anamn. z. Psychopathologie	G2
0849	Erg. d. psych. Beh./Kind od. Jugendl.	G2
0846	Psych. Beh. z. Integr./Kind od. Jugendl./2	G2
0845	Psych. Beh. z. Integr./Kind od. Jugendl./1	G2
0841	Vollst. psychiatr. Status/Kind od. Jugendl.	G2
0831	Überprüf. u. Anpassung d. sozioth. Behandlpl.	G2
0830	Erstvers. v. Behandl.maßn. z. Soziotherapie	G2
0827	Psych. Beh. z. Reintegration e. Erw./2	G2
0823	Zus. z. Nr. 822 b. e. Gespr. d. v. m. als 30 Min.	G2
0821	Vertiefte Exploration	G2
0820	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status	G2
0822	Psych. Beh. z. Reintegration e. Erw./1	G2
0855	Übende Verfahren, Einzelbehandlung	G3
0856	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	G3
0857	Üb. Verf./Gruppenbeh./Kinder/Jugendliche	G3
0858	Beh. e. Einzelpers. d. Hypnose	G3
0851	Verb. Interv. b. psych. som. Krankheitszust.	G3
0850	Klärung psychosom. Krankheitszustände	G3
0864	Patientenbezogene Erarbeitung der Indikationsstellung zur Begründung eines Antrages auf Psychotherapie	G4
0884	Verhaltensth., Langzeitth., Gruppenbehand.	G4
0882	Verhaltensth., Langzeitth., Einzelbehandlung	G4
0869	Ergänzende ärztliche Angaben zum Bericht nach Nr. 868 an den Gutachter	G4
0881	Verhaltensth., Kurzzeitth., Einzelbehandlung	G4
0878	Analytische PT als Gruppenbehandlung	G4
0877	Analytische PT als Einzelbehandlung	G4
0870	Probatorische Sitzung	G4
0883	Verhaltensth., Kurzzeitth., Gruppenbehand.	G4
0860	Psychodyn. Status ms. d. biogr. Anamnese	G4
0861	Vert. Explorat. m. diff. diagn. Einordnung	G4
0862	Zuschlag zur Nr. 860	G4

0874	PT, Langzeitth., Gruppenbehandlung	G4
0868	Ber. a. Gutacht./PT/VT, Langzeittherapie	G4
0871	PT, Kurzzeitth., Einzelbehandlung	G4
0872	PT, Langzeitth., Einzelbehandlung	G4
0873	PT, Kurzzeitth., Gruppenbehandlung	G4
0866	Ber. a. Gutacht./PT/VT, Kurzzeittherapie	G4
0892	Anwendg./Auswertg. v. Funktionstests	G5
0897	Anwendg./Auswertg. aufw. proj. Testverf.	G5
0891	Anwendg./Auswertg. orient. Testverfahren	G5
0890	Anwendg./Auswertg. v. Fragebogentests	G5
0896	Anwendg./Auswertg. stand. Intelligenztests	G5
0895	Anwendg./Auswertg. projekt. Testverfahren	G5
0953	Unt. d. funkt. Entwickl./Säugl., Kleinkind	H
0961	Funktionelle Entw.therapie, Gruppenbeh.	I
0990	Erh. e. biogr. Anamnese/Kind od. Jugendl.	I
0960	Funktionelle Entw.therapie, Einzelbeh.	I
0956	Zus. z. Nrn. 142–149 b. Erbring. nb. Kinder-FE	I
0955	Untersg. d. kinesiologischen Entw.	I
1260	Elektroophthalmolog. Diagnostik	K
1620	Unt. d. Sprechens u. d. Sprache	L4

Quelle: EBM

Die mit einem * gekennzeichneten Leistungen wurden für Hausärzte nicht in die Analysen einbezogen. Die Leistungen müssen nicht in einem direkten Zusammenhang mit der neuro-psychiatrischen Versorgung stehen. Bei den anderen Arztgruppen wurde dieser Zusammenhang postuliert. Hierdurch wird die Leistungsmenge der Hausärzte innerhalb der neuro-psychiatrischen Versorgung leicht unterschätzt. Bei Einbezug dieser Leistungen (die vom Punktevolumen einen sehr hohen Anteil der hausärztlichen Leistungen umfassen) in die Analysen wäre es zu einer deutlichen Überschätzung und verzerrenden Darstellung gekommen.

Tabelle 10: EBM-Bereiche / Kapitel der Gebührenordnungspositionen der neuro-psychiatrischen Versorgung

EBM Bereich	Bezeichnung
B1	Hausärztliche Grundvergütung, Ordinationsgebühren, Konsultationsgebühr, Verwaltungsgebühr, Konsiliarpauschale, Nacht-, Wochenend-, Feiertagsgebühr
B11	Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
B3	Besuche, Visiten, Verweilen, Konsilium, Assistenz, Ganzkörperstatus
B5	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten
E2	Krankengymnastik, Übungsbehandlungen, Extensionen
G1	Neurologie
G2	Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
G3	Psychosomatik, Übende Verfahren
G4	Psychotherapie
G5	Testverfahren
H	Dermatologie
I	Kinderheilkunde
K	Augenheilkunde
L4	Phoniatrie und Pädaudiologie

Quelle: EBM

