

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Pascal Meiser, Cornelia Möhring, Sören Pellmann, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.

Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland

Zahlreiche Studien belegen für Deutschland eine nicht dem Bedarf entsprechende Versorgung mit ambulanter Psychotherapie (beispielhafter Überblick in: Bundespsychotherapeutenkammer (2016): BPTK-Spezial zum Thema: Kurswechsel in der Bedarfsplanung. BPTK, November 2016). Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und zuletzt auch die Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den G-BA hatten zum Ziel, die Versorgung zu verbessern und die vielfach beschriebene Wartezeitenproblematik zu beheben (s. Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018: https://www.svr-gesundheit.de/fi/leadadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf).

Doch auch nach Einführung der Terminservicestellen (TSS) ist die Versorgung nicht bedarfsdeckend (s. hierzu die Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer: <https://www.bptk.de/willkuerliche-berechnung-und-formaler-fehler/>, <https://www.bptk.de/krankenkassen-blockieren-sachgerechte-reform-der-bedarfsplanung/>, <https://www.bptk.de/wartezeiten-fuer-psychisch-krank-menschen-weiterhin-zu-lang/>, <https://www.bptk.de/rund-20-wochen-wartezeit-auf-psychotherapeutische-behandlung/>). Die BPTK hält die geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie in diesem Sinne für kontraproduktiv (s. <https://www.bptk.de/willkuerliche-berechnung-und-formaler-fehler/>).

Dies zeigt sich auch darin, dass es weiterhin in umfassender Zahl notwendig ist, Behandlungen im Kostenerstattungsverfahren nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchzuführen. Es liegen vielfältige Hinweise dafür vor, dass Anträge zum Kostenerstattungsverfahren durch die Krankenkassen systematisch abgelehnt werden, was sich darin ausdrückt, dass die Zahl der bewilligten Anträge deutlich sinkt, ohne dass sich an der Nachfrage etwas geändert hätte (s. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98547/Krankenkassen-lehnen-verstaerkt-Kostenerstattung-von-Psychotherapien-in-Privatpraxen-ab>). Wie die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/22342 mitteilte, werden seitens der Bundesregierung keine Informationen bezüglich des Bewilligungsverhaltens der Krankenkassen beim Kostenerstattungsverfahren gesammelt. Daher lägen der Bundesregierung auch keine Hinweise über eine restriktivere Bearbeitung der Anträge auf Kostenerstattung seitens der Krankenkassen vor (ebd.).

Zeitgleich werden aufgrund der existierenden Zulassungsbeschränkungen fachlich hoch qualifizierte und spezialisierte Psychotherapeuten und Psychothera-

peutinnen nicht zur Versorgung im GKV-System zugelassen. Der § 12 Absatz 1 SGB V fordert: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.“ Ambulante Psychotherapie ist in vielen Fällen bei psychischen Störungen entsprechend den Leitlinien indiziert, angemessen, notwendig im Sinne einer deutlichen Zunahme der Remissionswahrscheinlichkeit für zahlreiche psychische Störungen durch ambulante Therapieangebote, sowie auch für die Versichertengemeinschaft kostengünstig (s. Bundespsychotherapeutenkammer (2013): Jede Stunde Psychotherapie spart Geld. <https://www.bptk.de/jede-stunde-psychotherapie-spart-geld/>).

Ein wichtiger und durch aktuelle Psychotherapieforschung gut belegter Prädiktor für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen ist die Adaptation der Therapie an die Konzepte und Lebenswelten der Patientinnen und Patienten und die sogenannte Passung von Klienten bzw. Klienten und Therapeut bzw. Therapeutin im Rahmen der therapeutischen Beziehung (s. American Psychological Association (2017): Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality; Norcross, J. C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. In: Norcross, John C. (Hrsg.), Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press. S. 3 bis 16.). Die Wahrnehmung aus Sicht der Klientinnen und Klienten, dass das therapeutische Angebot und die therapeutische Beziehung zu ihrem Bedarf passen, ist ein wichtiger Prädiktor des Ergebnisses der Therapie. Fehlende Passung führt zu Abbrüchen der Therapie (s. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/47637/Gruende-fuer-Therapiewechsel-Mangelnde-Passungen-demotivieren>) und mangelhaften Behandlungsergebnissen.

Vor allem für vulnerable und marginalisierte Gruppen von Patienten und Patientinnen ist weiter in besonderem Maße der Zugang zum Versorgungssystem und zu einem passenden Therapeuten bzw. einer Therapeutin erschwert. Zu diesen gehören neben queeren Menschen auch geflüchtete Menschen, Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache, Menschen mit als besonders schwerwiegend und schwer zu behandeln geltenden Störungsbildern wie schweren Depressionen, Borderlinestörungen, Traumatisierungen, Menschen mit bipolarer Störung und Störungsbildern aus dem psychotischen Formenkreis, Menschen mit einer Suchterkrankung, Menschen mit geistiger Behinderung und auch psychisch kranke Täter oder pädosexuelle Personen.

Ein Grundsatz der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union ist ein gleichberechtigter Zugang („universal access“) zu einer guten Gesundheitsversorgung für jede Person (Europäische Union (2000): Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000/C 364/01)). Das European Observatory on Health Systems and Policies hat darauf hingewiesen, dass verschiedene Bevölkerungsgruppen bei der Gesundheitsversorgung auf spezifische Barrieren treffen (Wörz, Markus, Foubister, Thomas und Busse, Reinhard, 2006: „Access to health care in the EU Member states.“ Euro Observer. 8. Jahrgang, Heft 2, S. 1 bis 4).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Besteht nach Ansicht der Bundesregierung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein Versorgungsmangel in der ambulanten Psychotherapie?
2. Wie hoch sind derzeit die Wartezeiten auf einen Therapieplatz in der ambulanten Psychotherapie nach Kenntnis der Bundesregierung?
3. Wie haben sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz in der ambulanten Psychotherapie nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren entwickelt?

4. Wie viele Menschen leiden in Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung an einer psychischen Erkrankung?
Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie hoch der Anteil derjenigen mit einer psychischen Erkrankung ist, für die keine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose gestellt wird?
5. Inwiefern bildet der Bedarf gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie nach Kenntnis der Bundesregierung einen Behandlungsbedarf anhand von Morbiditätszahlen unabhängig von der Zahl ärztlicher oder psychotherapeutischer Diagnosen ab?
6. Wie stellt sich der Mangel an Therapieplätzen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit quantitativ dar (bitte nach geschätztem realen Bedarf und den real in Anspruch genommenen Therapien aufschlüsseln)?
7. Wie hat sich der Mangel an Therapieplätzen nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte jährlich nach geschätztem realen Bedarf und den real in Anspruch genommenen Therapien aufschlüsseln)?
8. Wie lange sind für die Patienten und Patientinnen, die über die TSS vermittelt werden, die Wartezeiten auf Erstgespräch, Probatorik, Akutbehandlung und die indizierte Psychotherapie?
9. Wie hoch ist die Anzahl an erfolgreichen Vermittlungen zu Krankenhäusern durch die TSS aus Mangel an ambulanten Therapieangeboten?
10. Wie häufig konnte weder ein ambulantes noch ein stationäres Behandlungsangebot vermittelt werden?
11. Inwiefern sieht die Bundesregierung ein systematisches Problem darin, dass viele Kliniken kein entsprechendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot haben und der gesetzlich vorgesehene Ausweichmechanismus, den Versicherten den Zugang zu Krankenhausbehandlungen zu eröffnen, hier oft nicht wirkt?
12. Wie viele der in Probatorik vermittelten Patientinnen und Patienten haben hinterher die Therapie bei den gleichen Therapeutinnen und Therapeuten beginnen können?
13. Mit wie vielen Psychotherapeuten hat ein durch die TSS vermittelter Patient bzw. die Patientin durchschnittlich Kontakt, bevor der Patient bzw. die Patientin einen Richtlinien-Psychotherapieplatz erhält?
14. Wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit zwischen der Kontaktaufnahme mit der TSS und dem Beginn einer Richtlinien-therapie?
15. Über wie viele fremdsprachenkundige Vermittler und Vermittlerinnen verfügen die TSS?
16. Werden durch die TSS die Patienten und Patientinnen nach Indikationsgebieten (Richtlinienverfahren, Spezialisierte Bedarfe, m/w/d?) vermittelt?
17. Wie stellt die TSS in ihrer Vermittlung die fachliche und sprachliche Passung sicher bei traumatisierten, queeren, geflüchteten, fremdsprachigen Personen sowie bei Patienten und Patientinnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, schwer depressiv, bipolar oder schizophren erkrankten Patienten und Patientinnen, bei Menschen mit geistiger Behinderung sowie bei psychisch kranken Tätern?
18. Wie stellt das System der TSS sicher, dem Abbruch von Psychotherapien, welche unwirtschaftlich sind und gleichzeitig die Wartezeiten verlängern, von vorn herein vorzubeugen?

19. Hält die Bundesregierung das Kostenerstattungsverfahren für ein angemessenes und funktionierendes Instrument, um dem Mangel an Therapieplätzen und den langen Wartezeiten in der Psychotherapie gerecht zu werden?
20. Schätzt die Bundesregierung ihren eigenen Kenntnisstand als ausreichend ein, um bewerten zu können, dass Anträge im Kostenerstattungsverfahren durch die Krankenkassen nach rein fachlichen Kriterien abgelehnt werden, obwohl sie nach eigenen Angaben keine Informationen bezüglich des Bewilligungsverhaltens der Krankenkassen beim Kostenerstattungsverfahren sammelt?
21. Geht die Bundesregierung davon aus, dass Anträge auf Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie seit dieser Legislaturperiode zunehmen oder abnehmen?
22. Geht die Bundesregierung davon aus, dass in absoluten Zahlen die Ablehnung von Anträgen auf Kostenerstattung seit dieser Legislaturperiode zunimmt oder abnimmt?
23. Hat die Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgungslage für queere Menschen bewertet, bzw. ist aus Sicht der Bundesregierung ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem und die Möglichkeit, niedrigschwellig psychische Betreuung in Anspruch zu nehmen und einen passenden Therapeuten bzw. eine passende Therapeutin zu finden, für queere Menschen gegeben?
24. Hat die Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgungslage für geflüchtete Menschen bewertet, bzw. ist aus Sicht der Bundesregierung ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem und die Möglichkeit, niedrigschwellig psychische Betreuung in Anspruch zu nehmen und einen passenden Therapeuten bzw. eine passende Therapeutin zu finden, für geflüchtete Menschen gegeben?
25. Hat die Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgungslage für geistig behinderte Menschen bewertet, bzw. ist aus Sicht der Bundesregierung ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem und die Möglichkeit, niedrigschwellig psychische Betreuung in Anspruch zu nehmen und einen passenden Therapeuten bzw. eine passende Therapeutin zu finden, für geistig behinderte Menschen gegeben?
26. Hat die Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgungslage für schwer depressiv, bipolar oder schizophren erkrankte Menschen bewertet, bzw. ist aus Sicht der Bundesregierung ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem und die Möglichkeit, niedrigschwellig psychische Betreuung in Anspruch zu nehmen und einen passenden Therapeuten bzw. eine passende Therapeutin zu finden, für schwer depressive, bipolar oder schizophren erkrankte Menschen gegeben?
27. Ist der Bundesregierung bekannt, dass die Preise für einen psychotherapeutischen Kassensitz in Großstädten oftmals über 80 000 Euro betragen (s. <https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/document/Stellungnahme%20Endfassung%20Praxisverka%CC%88ufe.pdf>), und sieht sie das als Problem an?
28. Hat sich die Bundesregierung zu dem Vorschlag einer aktuellen Petition (s. <https://www.change.org/p/chancengleichheit-f%C3%BCr-junge-psychotherapeutinnen-f%C3%BCr-eine-fairere-kassensitzvergabe-jensspahn-kbv4u-kvno-aktuell>) positioniert, die Preise für psychotherapeutische Kassensitze gesetzlich zu deckeln?

29. Wenn die Bundesregierung dem Vorschlag, die Preise für Kassensitze zu deckeln, nicht zustimmt, hält sie anderweitige regulatorische Eingriffe für angebracht, um die Preisentwicklung im Markt für psychotherapeutische Kassensitze zu regulieren, und wenn ja, welche?
30. Schätzt die Bundesregierung es als problematisch ein, dass manche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bis zu vier Kassensitze akkumulieren, während anderen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen kein Kassensitz zur Verfügung steht oder von ihnen erworben werden kann?
31. Wie viele Therapiestunden müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem ganzen Kassensitz nach Kenntnis der Bundesregierung leisten?
Wie wird das überprüft, bzw. wie werden Verstöße überwacht?
32. Wie viele Psychotherapiestunden wurden im vergangenen Jahr insgesamt abgerechnet?
33. Auf wie viele Therapiestunden summiert sich die Mindestzahl der Therapiestunden im vergangenen Jahr, wenn die für die jeweilige Kassenzulassung vorgesehene Mindestzahl an Therapiestunden absolviert wird?
34. Wie viele Therapiestunden leisten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem ganzen Kassensitz durchschnittlich?
35. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, in welchem Maß weniger Stunden geleistet werden als für die jeweilige Kassenzulassung mindestens vorgesehen ist?
36. Hat sich die Bundesregierung zu dem Vorschlag einer aktuellen Petition (s. <https://www.change.org/p/chancengleichheit-f%C3%BCr-junge-psychotherapeutinnen-f%C3%BCr-eine-fairere-kassensitzvergabe-jensspahn-kbv4u-kvno-aktuell>) positioniert, die Anzahl von Kassensitzen pro Psychotherapeut oder Psychotherapeutin auf einen Sitz zu beschränken?
37. Wenn die Bundesregierung dem Vorschlag, die Anzahl von Kassensitzen pro Psychotherapeut oder Psychotherapeutin auf einen Sitz zu beschränken, nicht zustimmt, hält sie dann anderweitige regulatorische Eingriffe für angebracht, um in psychotherapeutischen MVZs und im Hinblick auf Therapeuten und Therapeutinnen im Angestelltenverhältnis faire Arbeitsbedingungen und die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Versorgung sicherzustellen?
38. Hat sich die Bundesregierung zu dem Vorschlag einer Niederlassungsfreiheit von psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als ein Mittel zum Erreichen einer bedarfsgerechten Versorgung positioniert?
39. Aus welchem Grund ist die Niederlassungsfreiheit bei den Zahnärzten bundesweit aufgehoben (s. § 103 Absatz 8 SGB V: „Die Absätze 1 bis 7 gelten nicht für Zahnärzte“), und weshalb trifft diese Begründung auf Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht zu?

40. Wird der in der EU-Grundrechtecharta verankerte Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs („universal access“) zur Gesundheitsversorgung bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland aus Sicht der Bundesregierung eingehalten, insbesondere mit Blick auf die Versorgung der in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten vulnerablen Gruppen?

Berlin, den 8. Dezember 2020

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

