

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/25234 –**

Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

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/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WE_BSEITE.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-kranke-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 Psychotherapeutinnen 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 Versicherungsgemeinschaft 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).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung, zu der auch die psychotherapeutische Versorgung gehört, ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen der Bundesregierung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können bei Bedarf ohne vorherige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes zugelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie entsprechende Einrichtungen, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, unmittelbar in Anspruch nehmen. Dabei stehen den Versicherten neben den psychotherapeu-

tisch tätigen Ärztinnen und Ärzten auch approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Zudem behandeln Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Kinder, Jugendliche und Heranwachsende bis zum 21. Lebensjahr.

Grundlage für die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung ist in erster Linie die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie, abrufbar im Internetangebot des G-BA unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>). Sie regelt das Nähere insbesondere zu den zu Lasten der GKV ambulant erbringbaren psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen und deren Anwendungsbereichen, zum Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren und zum Leistungsumfang. Mit der vom G-BA in Umsetzung seines Auftrags aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz überarbeiteten Richtlinie, die seit 1. April 2017 in Kraft ist, wurden neue Versorgungselemente wie die psychotherapeutische Sprechstunde oder die psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt, die eine zeitnahe, niedrighschwellige, flexible und gut erreichbare Versorgung zum Ziel haben. In der Wartezeiterhebung der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung zeigte sich danach eine Reduktion der Wartezeit auf ein Erstgespräch um durchschnittlich 33 Prozent. An die in der Regel mindestens 50-minütige psychotherapeutische Sprechstunde können sich eine psychotherapeutische Akutbehandlung, sogenannte probatorische Sitzungen oder ein anerkanntes geeignetes Psychotherapieverfahren (psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, systemische Therapie) als Kurz- oder Langzeittherapie anschließen. Psychotherapie kann auch als Videosprechstunde durchgeführt werden, wenn bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat und kein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten aus therapeutischer Sicht erforderlich ist. Nach Ergebnissen einer am 5. November 2020 veröffentlichten Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer können mit Videobehandlungen die psychotherapeutische Versorgung und die Behandlungskontinuität verbessert werden, indem Wege zur Praxis erspart werden oder überhaupt die Wahrnehmung von Behandlungsterminen ermöglicht wird.

Sicherzustellen ist die vertragsärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die der Aufsicht des jeweils zuständigen Landesministeriums unterliegen. Die KVen sind verpflichtet, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom G-BA erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Dieser ist dem zuständigen Landesministerium vorzulegen und kann im Rahmen der Rechtsaufsicht beanstandet werden. Eine vom G-BA 2019 beschlossene Anpassung der BPL-RL, die bis zum 1. Januar 2020 umzusetzen war, sieht u. a. eine substanzielle Erhöhung der Zulassungsmöglichkeiten im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor. Hintergrund der Überarbeitung der BPL-RL durch den G-BA war ein gesetzlicher Auftrag zur Überprüfung und Anpassung der in der BPL-RL enthaltenen Regelungen für eine bedarfsgerechte Versorgung, insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung.

Der Sicherstellungsauftrag der KVen umfasst nach § 75 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu haben die KVen Terminalservicestellen (TSS) einzurichten, an die sich gesetzlich Versicherte wenden können. Es handelt sich dabei lediglich um ein Angebot für die Versicherten. Nach dem „BARMER-Arztreport 2020“ (<https://www.barmer.de/blob/227512/>

4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/data/dl-arztreport2020-komplett.pdf) erfolgt z. B. die erste Terminvereinbarung der Versicherten zu einer psychotherapeutischen Sprechstunde in 89,2 Prozent der Fälle direkt mit der Praxis. Wenden sich Versicherte wegen einer benötigten psychotherapeutischen Behandlung an eine TSS, hat diese einen Termin für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden sowie der sich aus diesem Gespräch ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine innerhalb von einer Woche bei einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten in zumutbarer Entfernung zu vermitteln. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Für psychotherapeutische Akutbehandlungen gilt, dass die Wartezeit maximal zwei Wochen betragen bedarf. Sollte es der TSS nicht gelingen, die gesetzlich vorgegebenen Fristen für die Terminvermittlung einzuhalten, hat sie eine Behandlung im Krankenhaus anzubieten.

Aufgabe der KVen ist es zudem, alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. So kann z. B. auch von den Vorgaben der BPL-RL abgewichen werden, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Alters- und Krankheitsstruktur, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, durch sog. Sonderbedarfszulassungen auch in Planungsbereichen, die rechnerisch überversorgt sind und in denen deshalb Zulassungsbeschränkungen gelten, weitere Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Versorgung zu bringen. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 ist den Ländern zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt worden, bestehende Niederlassungsbeschränkungen in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten aufzuheben, soweit dies aus ihrer Sicht zur Verbesserung der Versorgung erforderlich ist.

Da der Bundesregierung die erbetenen detaillierten Informationen insbesondere zu den durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und den Vermittlungen der TSS für die entsprechenden Behandlungen nicht vorliegen, wurden zu einigen Fragen Informationen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingeholt.

1. Besteht nach Ansicht der Bundesregierung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein Versorgungsmangel in der ambulanten Psychotherapie?

Nach den vorliegenden Daten der KBV mit Stand 31. Dezember 2019 gibt es im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung keinen Planungsbereich, in dem eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung festgestellt worden ist. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Gegenstand verschiedener derzeit laufender Förderprojekte des Innovationsfonds beim G-BA sind. Beispielsweise wird auch im Rahmen von drei Projekten aus dem Bereich der Versorgungsforschung die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA evaluiert (siehe auch unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/es-rip-evaluation-der-strukturereform-der-richtlinien-psychotherapie-vergleich-von-komplex-und-nicht-komplex-erkrankten-patienten.297> ; <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eva-pt-rl-evaluation-der-psychotherapie-richtlinie-eva-pt-rl.298> ; <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pt-reform-evaluation-der-psychotherapie-strukturereform.296>).

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?

Die Fragen 2 und 3 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Mitteilung der KBV liegen zu den Wartezeiten auf einen Therapieplatz in der ambulanten Psychotherapie keine Daten vor.

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?

Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit psychischer Störungen lässt sich aus epidemiologischen Studien abschätzen. Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 2008–2011), einschließlich der Daten aus dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), ergab, dass 27,7 Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren innerhalb der vorangegangenen 12 Monate die Kriterien für eine psychische Störung erfüllten (12-Monatsprävalenz, ohne die Diagnose „Nikotinabhängigkeit“). Bei der Interpretation solcher Daten ist jedoch zu beachten, dass zwischen den einbezogenen Probanden erhebliche individuelle Unterschiede im Ausmaß des Leidens und somit in der Krankheitswertigkeit der Störung sowie der Art und Intensität eines möglichen Behandlungsbedarfs bestehen. Um den Anteil derjenigen mit einer psychischen Störung, für die keine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose gestellt wird, zu ermitteln, müssten zusätzlich Angaben zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Diagnosen aus der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung erhoben und die Daten probandenbezogen zusammengeführt werden. Dies ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ohne weiteres möglich. Daher liegen der Bundesregierung dazu keine gesicherten Erkenntnisse vor.

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?

Die für die Bedarfsplanung herangezogene Morbiditätsmessung ist ein Spiegelbild der bundesweit kodierten Diagnosen, die stratifiziert nach der jeweiligen Region Auskunft über die dortige Morbidität geben. Ausgerichtet an diesem Morbiditätsvergleich werden die vertragsärztlichen Verhältniszahlen festgesetzt und können bei Vorliegen lokaler bzw. regionaler Erkenntnisse umfassend modifiziert werden. In Anbetracht der sich aus der Nutzung von über 600 Millionen Abrechnungsfällen ergebenden außerordentlich hohen Fallzahl sind die gewonnenen Daten auch nach Auffassung von Gutachtern geeignet, zum Zwecke der Morbiditätsapproximation herangezogen zu werden (vgl. Bedarfsplanungsgutachten des G-BA aus dem Jahr 2019).

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)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen. Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass für keine andere Fachgruppe wie die der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein vergleichbares Wachstum verzeichnet werden konnte. Nahmen 2011 noch 23.622 psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der Versorgung teil, sind es 2019 34.335 (Gesundheitsdaten KBV, Zählung nach Köpfen). Es ist anzunehmen, dass dieser Zuwachs in vergleichsweise kurzer Zeit zu einer erheblichen Entlastung geführt hat. Im Hinblick auf das Leistungsangebot ist dieses international einzigartig.

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)?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1 und 6 verwiesen.

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?

Nach Mitteilung der KBV liegen zu den tatsächlichen Wartezeiten keine belastbaren Daten vor. Fragen des Zugangs und zu Wartezeiten im Bereich der ambulanten Psychotherapie sind jedoch Gegenstand derzeit laufender Förderprojekte des Innovationsfonds beim G-BA.

Nach § 75 Absatz 1a Satz 15 SGB V darf die Wartezeit für eine Akutbehandlung zwei Wochen nicht überschreiten. Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin für ein Erstgespräch oder eine probatorische Sitzung darf vier Wochen nicht überschreiten (vgl. § 75 Absatz 1a Satz 14 i. V. m. Satz 5 SGB V).

9. Wie hoch ist die Anzahl an erfolgreichen Vermittlungen zu Krankenhäusern durch die TSS aus Mangel an ambulanten Therapieangeboten?

Im Jahr 2019 wurden der KBV von den KVen 61 Vermittlungen zur psychotherapeutischen Sprechstunde und 32 Vermittlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung an Kliniken mitgeteilt.

10. Wie häufig konnte weder ein ambulantes noch ein stationäres Behandlungsangebot vermittelt werden?

Der Bundesregierung sind keine konkreten Fälle bekannt, in denen durch die TSS weder ein ambulantes noch ein stationäres Behandlungsangebot vermittelt werden konnte.

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?

Bei der gesetzlichen Regelung in § 75 Absatz 1a Satz 7 SGB V, nach der die TSS einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten hat, sofern sie keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V innerhalb der vorgesehenen Vierwochenfrist vermitteln kann, handelt es sich um eine Ausnahmeregelung. Dies zeigt auch die geringe Anzahl der nach dieser Regelung erfolgten Vermittlungen in ein Krankenhaus (vgl. Antwort zu Frage 9). Die Bundesregierung sieht daher kein systematisches Problem darin, dass viele Kliniken kein entsprechendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot haben.

12. Wie viele der in Probatorik vermittelten Patientinnen und Patienten haben hinterher die Therapie bei den gleichen Therapeutinnen und Therapeuten beginnen können?

Nach Mitteilung der KBV liegen hierzu keine belastbaren Daten vor.

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?

Nach Mitteilung der KBV liegen hierzu keine belastbaren Daten vor.

14. Wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit zwischen der Kontaktaufnahme mit der TSS und dem Beginn einer Richtlinien-therapie?

Nach Mitteilung der KBV liegen zu den tatsächlichen Wartezeiten keine belastbaren Daten vor. Fragen des Zugangs und zu Wartezeiten im Bereich der ambulanten Psychotherapie sind jedoch Gegenstand derzeit laufender Förderprojekte des Innovationsfonds beim G-BA.

Individuelle Wartezeiten sind von der jeweiligen Praxisorganisation abhängig. Um einen kontinuierlichen Behandlungsverlauf zu gewährleisten, kann ein Antrag auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie gemäß § 11 Absatz 1 Satz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung bereits nach der ersten probatorischen Sitzung gestellt werden, wenn die zweite probatorische Sitzung terminiert ist. Verbleibende probatorische Sitzungen können somit bis zum Beginn der Kurzzeit- oder Langzeittherapie durchgeführt werden.

15. Über wie viele fremdsprachenkundige Vermittler und Vermittlerinnen verfügen die TSS?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor. Nach Mitteilung der KBV verfügen einzelne TSS-Beschäftigte über entsprechende Fremdsprachenkenntnisse.

16. Werden durch die TSS die Patienten und Patientinnen nach Indikationsgebieten (Richtlinienverfahren, Spezialisierte Bedarfe, m/w/d?) vermittelt?

Die Feststellung des individuellen Behandlungsbedarfs erfolgt nach Mitteilung der KBV grundsätzlich im jeweiligen Therapeut-Patient-Verhältnis. Wurde bei einem anderen Leistungserbringer bereits im Vorhinein eine Indikation für eine Richtlinien-therapie oder für eine psychotherapeutische Akutbehandlung festgestellt, so können diese direkt über die TSS vermittelt werden (Probatorik bzw. psychotherapeutische Akutbehandlung).

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?

Die Passung als Grundvoraussetzung für eine gelingende psychotherapeutische Behandlung ist auch für die angesprochenen Patientengruppen von essenzieller Bedeutung. Nach Mitteilung der KBV würden nach dort vorliegenden Informationen TSS-Mitarbeitende versuchen, den besonderen Anforderungen der angesprochenen Patientengruppen bestmöglich gerecht zu werden.

18. Wie stellt das System der TSS sicher, dem Abbruch von Psychotherapien, welche unwirtschaftlich sind und gleichzeitig die Wartezeiten verlängern, von vorn herein vorzubeugen?

Sofern Psychotherapien abgebrochen werden, können die freiwerdenden Therapieplätze unmittelbar an neue Patientinnen und Patienten vergeben werden. Insofern ist nicht erkennbar, dass der Abbruch einer Psychotherapie zu Unwirtschaftlichkeit im Sinne der Versichertengemeinschaft führt. Nach Mitteilung der KBV werden nach dortiger Kenntnis Termine vorzugsweise an solche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten vermittelt, die auch für eine anschließende Richtlinien-therapie zur Verfügung stehen. Damit sollen bei vorliegender Passung Abbrüche vermieden werden.

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?

Das in § 13 SGB V vorgesehene Kostenerstattungsverfahren stellt grundsätzlich kein Instrument dar, um etwaigen Versorgungsmängeln zu begegnen. Hinzuweisen ist vielmehr auf den Auftrag der KV zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und die ihr hierfür zur Verfügung stehende Instrumente (vgl. § 105 SGB V).

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?

Die Fragen 20 bis 22 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen über die Gewährung von Leistungen zu bewerten. Krankenkassen prüfen Anträge und gewähren Leistungen im Rahmen des geltenden Rechts. Eine im Einzelfall ablehnende Entscheidung der Krankenkasse kann im Widerspruchsverfahren und vor den Sozialgerichten angefochten werden. Die Krankenkassen unterliegen zudem der staatlichen Aufsicht. Aufsichtsbehörde über die bundesweit tätigen Krankenkassen ist das Bundesamt für Soziale Sicherung, über die landesweit tätigen Krankenkassen das jeweilige Landesgesundheitsministerium.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Beeinflussung von Psychotherapiebehandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen“ auf Bundestagsdrucksache 19/21915 verwiesen.

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 schizophran 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 schizophran erkrankte Menschen gegeben?

Die Fragen 23 bis 26 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Systematische Erkenntnisse über die Versorgung queerer Patientinnen und Patienten, geflüchteter Patientinnen und Patienten, geistig behinderter Patientin-

nen und Patienten sowie schwer depressiv, bipolar oder schizophren erkrankter Patientinnen und Patienten liegen der Bundesregierung nicht vor. Grundsätzlich gilt, dass der Behandlungsbedarf alleine am Merkmal Morbidität und nicht an anderen Faktoren auszurichten ist.

Um die Behandlung für geistig behinderte Menschen zu verbessern, hat der G-BA mit seinem Beschluss vom 18. Oktober 2018 zur Änderung seiner Psychotherapie-Richtlinie festgelegt, dass Menschen mit Intelligenzminderungen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, zukünftig für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie auch zusätzliche Zeiteinheiten zu Lasten der Krankenkassen erhalten können; ebenso wurden die Möglichkeiten, Bezugspersonen in die ambulante Psychotherapie dieser Patientengruppe einzubeziehen, erweitert (siehe auch unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3528/>).

27. Ist der Bundesregierung bekannt, dass die Preise für einen psychotherapeutischen Kassensitz in Großstädten oftmals über 80 000 Euro betragen (s. <https://www.psychotherapeutenkammer-ber-lin.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?

Die Fragen 27 bis 29 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen gilt zunächst, dass grundsätzlich zwischen der öffentlich-rechtlichen Zulassung und der Praxis der Zulassungsinhaberin bzw. des Zulassungsinhabers zu unterscheiden ist. Die Zulassung ist als höchstpersönliches Recht unveräußerlich. Eine Zulassung kann daher nach geltendem Recht nicht durch die bisherige Praxisinhaberin bzw. den bisherigen Praxisinhaber an eine Nachfolgerin bzw. an einen Nachfolger verkauft werden, sondern nur durch den zuständigen Zulassungsausschuss vergeben werden. Gegenstand eines Kaufvertrages zwischen Praxisabgeberin bzw. Praxisabgeber und einer möglichen Nachfolgerin bzw. einem möglichen Nachfolger kann folglich nur die Praxis selbst als Vermögenswert sein.

Die Bundesregierung verfügt über keine Kenntnisse zu Preisen für einzelne Praxen. Die Preisgestaltung für den Verkauf einer Praxis unterliegt der Privatautonomie der Vertragsparteien und wird daher grundsätzlich gesetzlich nicht reguliert. Unabhängig hiervon sieht § 103 Absatz 4 Satz 9 SGB V ausdrücklich vor, dass die wirtschaftlichen Interessen der ausscheidenden Vertragsärztin bzw. des ausscheidenden Vertragsarztes oder ihrer Erben nur insoweit zu berücksichtigen sind, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt. Die Höhe des Kaufpreises ist demnach kein maßgebliches Kriterium für die Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses für die Vergabe des Vertragsarztsitzes. Ergänzend hinzuweisen ist zudem auf einschlägige Regelungen in den Berufsordnungen. So wird beispielsweise in der in Frage 27 angesprochenen Stellungnahme des Ausschusses Berufsordnung der Berliner

Psychotherapeutenkammer auf die Regelung des § 24 der dort geltenden Berufsordnung Bezug genommen, die ausdrücklich vorsieht, dass der sachliche und ideelle Verkaufswert einer Praxis nicht sittenwidrig überhöht festgelegt werden darf.

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?

Die Bundesregierung sieht es nicht als problematisch an, dass manche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis zu vier Arztstellen akkumulieren. Eine Beschränkung auf lediglich eine Arztstelle hätte zur Folge, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung regelmäßig nur noch als Selbständige tätig sein könnten. Eine Tätigkeit im Rahmen einer Anstellung wäre mit Ausnahme des sog. Jobsharing nicht mehr möglich. Im Vordergrund hat zudem die umfassende Versorgung der Versicherten mit psychotherapeutischen Leistungen zu stehen. Hierzu bedarf es Versorgungsstrukturen, die den Vorstellungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von ihrer Berufsausübung Rechnung tragen. Erforderlich ist danach auch die Möglichkeit der Berufsausübung im Angestelltenverhältnis mit flexibleren Arbeitszeiten.

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?

Nach § 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V bewirkt die Zulassung, dass eine Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang des aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer vollen Zulassung bestimmt § 19a Absatz 1 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), dass diese verpflichtet sind, im Rahmen ihrer vollzeitigen vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen (sog. Mindestsprechstundenzeiten). Die Einhaltung des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrages ist nach § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V von der jeweiligen KVen bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur psychotherapeutischen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V zu prüfen. § 19a Absatz 4 Ärzte-ZV regelt zudem, wie etwaige Verstöße zu sanktionieren sind.

32. Wie viele Psychotherapiestunden wurden im vergangenen Jahr insgesamt abgerechnet?

Im Jahr 2019 wurden nach Angaben der KBV rund 53 Mio. Therapiestunden/ Einheiten (Richtlinienpsychotherapie, Psychotherapie-Gesprächsleistungen, Akutbehandlung, psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorik) 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?

Zum 31. Dezember 2019 waren ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten mit einem Bedarfsplanungsgewicht von insgesamt 24.056 vollen Versorgungsaufträgen zugelassen. Unter Berücksichtigung einer Mindestsprechstundenzeit für eine volle Zulassung von 25 Stunden wöchentlich nach § 19a Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV ergibt dies eine Mindestzahl von 601.400 Stunden pro Woche. Bei einer zugrunde gelegten Maximalauslastung bei 43 Arbeitswochen ergibt sich eine rechnerische Summe von 25.860.200 Stunden pro Jahr.

34. Wie viele Therapiestunden leisten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem ganzen Kassensitz durchschnittlich?

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem ganzen Sitz erbrachten im Jahr 2019 nach Angaben der KBV durchschnittlich 1.534 Therapiestunden/Einheiten (Richtlinienpsychotherapie, Psychotherapie-Gesprächsleistungen, Akutbehandlung, psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorik).

35. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, in welchem Maß weniger Stunden geleistet werden als für die jeweilige Kassenzulassung mindestens vorgesehen ist?

Der Bundesregierung liegen keine Daten darüber vor, in welchem Maß Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weniger als die nach § 19a Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV vorgesehenen Mindestsprechstundenzeiten leisten. Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 31 verwiesen.

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?

Die Fragen 36 und 37 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Positionierung der Bundesregierung zu dem in der Frage 36 angesprochenen Vorschlag einer Petition ist bislang nicht erfolgt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 30 verwiesen.

38. Hat sich die Bundesregierung zu dem Vorschlag einer Niederlassungsfreiheit von psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als ein Mittel zum Erreichen einer bedarfsgerechten Versorgung positioniert?

Die Bundesregierung sieht die im SGB V vorgesehenen Regelungen, die dem Erreichen einer bedarfsgerechten Versorgung dienen, als ausreichend an. Sie lehnt daher den Vorschlag einer unbegrenzten Niederlassungsfreiheit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab.

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?

Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass auf die Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden könne, weil sich in diesem Leistungsbereich zum einen das Problem der Überversorgung nicht in der gleichen Weise wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere der fachärztlichen Versorgung, stelle. Zum anderen sei auch die Gefahr von Leistungsausweitungen und angebotsinduzierter Versorgung nicht in der Weise gegeben wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Für den Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung gilt hingegen, dass hier in weiten Teilen eine bedarfsplanungsrechtliche Überversorgung besteht.

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?

Die vertragsärztliche Versorgung ist auf den gleichberechtigten Zugang zur medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung ausgerichtet. Maßgeblich für die Berechtigung zur ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung ist für alle Versicherten gleichermaßen ausschließlich die Morbidität. Sie können zudem unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern frei wählen (vgl. § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

