

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/2230 –

Ambulante Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Versicherten

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom Gesetzgeber beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 eine Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) zu beschließen. Der G-BA hat am 2. September 2021 die KSVPsych-RL für die Versorgung von schwer psychisch kranken Erwachsenen beschlossen. Bis Ende Juni 2022 soll der Bewertungsausschuss die Leistungen der Komplexbehandlung und deren Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) regeln. Damit könnte ab dem dritten Quartal 2022 die neue Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie starten, sofern bis dahin auch die ersten Netzverbände von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt worden sind.

Allerdings haben die Regelungen der KSVPsych-RL konkrete Folgen für die Behandlungskapazitäten von schwer psychisch kranken Erwachsenen. Denn Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag können nicht als Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeut fungieren. Patientinnen und Patienten werden dadurch in der Arzt- bzw. Psychotherapeutenwahl nach Ansicht der Fragesteller erheblich eingeschränkt. Vorbestehende Behandlungsbeziehungen bleiben ungenutzt.

Außerdem verursachen die Regelungen der KSVPsych-RL für die Patientinnen und Patienten Mehrfach- und Doppeluntersuchungen, weil Befunde aus ambulanten und stationären Voruntersuchungen nicht anerkannt werden und Patientinnen und Patienten unabhängig von eventuell bestehendem Klärungsbedarf gezwungen werden, eine differenzialdiagnostische Abklärung durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (vgl. Ärzteblatt, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129907/Richtlinie-zur-Komplexbehandlung-schwer-psychisch-Kranker-nicht-beanstandet>). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat trotz dieser Sachlage die KSVPsych-RL im Rahmen seiner Rechtsaufsicht nicht beanstandet (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), <https://www.bptk.de/ambulante-versorgung-schwer-psychisch-kranker-menschen-gefaehrdet/>).

Weiterhin steht eine entsprechende Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen immer noch aus, obwohl die gesetzliche Frist für den Auftrag an den G-BA bereits seit 15 Monaten überschritten wurde.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) in § 92 Absatz 6b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) beauftragt worden, in einer Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen. Dadurch hat der G-BA auch die Möglichkeit erhalten, Regelungen zu treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Zudem ist der G-BA verpflichtet worden, in der Richtlinie Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

Der G-BA hat am 2. September 2021 die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) beschlossen. Der Beschluss und die weiteren beschlussrelevanten Unterlagen, einschließlich der Tragenden Gründe (TG), sind auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5005/>). Die KSVPsych-RL ist einen Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger (BAnz 17. Dezember 2021 B3) am 18. Dezember 2021 in Kraft getreten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte die Beratungen des G-BA begleitet und den Richtlinienbeschluss im Rahmen seiner Rechtsaufsicht nach § 94 SGB V geprüft. Das BMG kann einen Richtlinienbeschluss des G-BA beanstanden, wenn er sich im Rahmen der vom BMG durchgeführten Rechtskontrolle als rechtswidrig erweist. Das Vorliegen eines Rechtsverstoßes konnte hier nicht festgestellt werden. Das BMG ist demgegenüber nicht befugt, vom G-BA getroffene medizinisch-fachliche Bewertungen durch eigene, gegebenenfalls abweichende fachliche Einschätzungen zu ersetzen. Der Gesetzgeber hat dem G-BA als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung Normsetzungskompetenzen in eigener fachlicher Verantwortung übertragen, in die das BMG nicht aufgrund eigener Zweckmäßigkeitserwägungen durch Ausübung einer Fachaufsicht eingreifen darf. Vor diesem Hintergrund wurden der G-BA und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in die Beantwortung dieser kleinen Anfrage eingebunden.

1. Inwiefern sollten aus Sicht der Bundesregierung Vorbefunde aus der ambulanten und stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Versorgung nach der KSVPsych-RL berücksichtigt werden?
2. Inwiefern stellen aus Sicht der Bundesregierung vorgeschriebene Mehrfach- und Doppeluntersuchungen bei der differenzialdiagnostischen Abklärung im Rahmen der KSVPsych-RL einen ineffizienten Einsatz von Behandlungsressourcen und Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung dar?

3. Inwiefern stellen Mehrfach- und Doppeluntersuchungen aus Sicht der Bundesregierung eine Belastung für schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten dar?
4. Ist es aus Sicht der Bundesregierung notwendig, dass die KSVPsych-RL dahingehend angepasst wird, dass Mehrfach- und Doppeluntersuchungen, wie bei der differenzialdiagnostischen Abklärung, vermieden werden und aktuelle Befunde aus Voruntersuchungen als Informationsgrundlage einbezogen werden müssen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 1 bis 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

§ 92 Absatz 6b SGB V und die hierzu vom G-BA beschlossene KSVPsych-RL bieten eine neue Grundlage für die Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen, die auf die strukturierte Kooperation verschiedener Berufsgruppen abstellt. In § 2 KSVPsych-RL ist operationalisiert, für wen diese Versorgung in Frage kommt. Die Überprüfung, ob die in § 2 KSVPsych-RL genannten Kriterien erfüllt sind, erfolgt in der Eingangssprechstunde. Vorbefunde aus der ambulanten und stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten werden wie folgt berücksichtigt: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen die Überprüfung der in § 2 KSVPsych-RL genannten Kriterien im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA vor, sofern sie vertragsärztlich tätig sind und die Psychotherapie-Richtlinie daher für sie Anwendung findet (siehe auch Tragende Gründe (TG), Seite 29). Wird eine Patientin oder ein Patient aus der stationären Versorgung entlassen und stimmt sie oder er der Kontaktaufnahme mit einem Netzverbund zu, so vereinbart das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten gemäß § 11 Absatz 3 KSVPsych-RL einen Termin zur Eingangssprechstunde und stellt dem Netzverbund das Ergebnis der Entlassdiagnostik zur Verfügung, damit dieses in der Eingangssprechstunde berücksichtigt werden kann. Ebenso ist in § 11 Absatz 4 KSVPsych-RL geregelt, dass in dem Fall, in dem eine Patientin oder ein Patient des Netzverbundes einer teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten Behandlung bedarf, die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut – nach Einwilligung der Patientin oder des Patienten – dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen zum bisherigen Behandlungsverlauf (insbesondere zur Anamnese, Diagnostik, Pharmakologie und Behandlungsmaßnahmen) und den Behandlungszielen zur Verfügung stellt (siehe TG, Seite 36). Diese Regelungen wirken der Erbringung von Mehrfach- und Doppeluntersuchungen entgegen.

Die Versorgung gemäß KSVPsych-RL steht Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung zur Verfügung, „bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht [...] Erwachsenen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen fehlt häufig die Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld, das sie bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stützt. Folglich gelangen diese Patientinnen und Patienten nur schwer in eine kontinuierliche Versorgung“ (siehe TG, Seite 9), d. h. es liegt nach Einschätzung des G-BA häufig eher eine Unterversorgung der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf die Diagnostik vor. In den TG (Seite 29) führt der G-BA weiter aus: „Aufgrund der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes und der zu ergreifenden Behandlungsoptionen ist es erforderlich, dass sowohl somatisch-medizinische, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenzen als auch umfassende und differenzierte psychotherapeutische Kompetenzen vorliegen. Diese Anforderungen erfüllen die Fachärztinnen und Fachärzte für Psych-

iatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die entsprechend ihrer ärztlichen Weiterbildung über die notwendigen somatischen, pharmakologischen, psychotherapeutischen und sozialmedizinischen Kompetenzen verfügen“ und auch „die häufig mitbestehenden relevanten Belange von Schwerbehinderung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit berücksichtigen“ können.

5. Inwiefern sollten nach Ansicht der Bundesregierung bestehende Behandlungsbeziehungen von Patientinnen und Patienten zu Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen der Versorgung nach der KSVPsych-RL berücksichtigt und aufrechterhalten werden?

§ 3 Absatz 12 KSVPsych-RL sieht vor, dass zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung eine bereits wegen der psychischen Erkrankung begonnene Behandlung durch ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V fortgesetzt werden kann, wenn die Patientin oder der Patient dies wünscht. In den TG wird hierzu ausgeführt: „Sowohl die Überleitung von der fachärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung außerhalb dieser Richtlinie in die Versorgung nach dieser Richtlinie als auch umgekehrt erfordern eine enge Kooperation von bereits vorbehandelnden ärztlichen, psychotherapeutischen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit den Netzverbundmitgliedern und Kooperationsvertragspartnern. Im Patienteninteresse sind sowohl die Vortherapien zu berücksichtigen, als auch ein nahtloser Übergang in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie zu gewährleisten, sonst würde lediglich eine weitere Fragmentierung der Versorgungsstrukturen erreicht (siehe TG, Seiten 18 bis 19). Voraussetzung ist gemäß § 3 Absatz 12 Satz 3 KSVPsych-RL, „dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die dem Netzverbund nicht angeschlossen sind, dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen“.

6. Sollten aus Sicht der Bundesregierung Patientinnen und Patienten, die eine Versorgung nach der KSVPsych-RL erhalten, selbst entscheiden können, wer ihr Bezugsarzt bzw. ihre Bezugsärztin bzw. ihr Bezugspsychotherapeut bzw. ihre Bezugspsychotherapeutin für ihre Behandlung ist, und wenn nein, warum nicht?

§ 4 Absatz 2 Satz 4 KSVPsych-RL legt fest, dass die Wünsche der Patientin oder des Patienten bei der Auswahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten zu berücksichtigen sind. Gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 KSVPsych-RL ist auch ein „Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes, der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten“ möglich. Dies ermöglicht Abweichungen von dem Grundsatz, dass die Festlegung der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes, der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten nach Einschätzung des G-BA „grundsätzlich für den gesamten Zeitraum der Versorgung gelten“ sollte, „um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können“ (siehe TG, Seite 21).

Zum Schutz der Patientin oder des Patienten gilt gemäß § 8 Absatz 1 Satz 5 KSVPsych-RL eine Besonderheit, sofern „bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.“ (siehe TG, Seite 29). In diesem Fall hat der G-BA aufgrund der kontinuierlich erforderlichen medizinischen Kompetenz vorgesehen, dass die Patientin oder der Patient eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erhält. Die Vorgabe, dass die Wünsche der Patientin oder des Patienten in Bezug auf die als Bezugsbehandelnde verfügbaren Fachärztinnen und Fachärzte zu berücksichtigen sind, bleibt nach Auskunft des G-BA aber ebenso bestehen wie die Möglichkeit der Kooperation des Netzverbundes mit bereits zuvor in die Behandlung eingebundenen Fachärztinnen oder Fachärzten.

7. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben einen reduzierten Versorgungsauftrag und werden nach Kenntnis der Bundesregierung daher nicht als Bezugsärztin bzw. Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut nach der KSVPsych-RL ausgewählt werden können (bitte als prozentualen Anteil aufgeschlüsselt anhand der Gesamtzahl aller an der Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeben)?

Laut Berechnungen der um Stellungnahme gebetenen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hatten gemäß Bundesarztregister, Tabelle 8, mit Stand 31. Dezember 2021 14.653 der genannten Leistungserbringer einen hälftigen Versorgungsauftrag, das sind 52 Prozent dieser Leistungserbringer. 14.905 der genannten Leistungserbringer verfügten über einen vollen Versorgungsauftrag, das sind 48 Prozent.

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem reduzierten Versorgungsumfang sowie die Aufteilung nach Geschlecht ergeben sich aus den nachfolgenden Tabellen.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ausgewählte Fachgruppen nach Versorgungsumfang; Zählung nach Personen:

Fachgruppe	Personen gesamt Anzahl	Davon:	
		Ohne vollen Versorgungsauftrag Anzahl	Prozent
Psychiatrie und Psychotherapie	1.703	411	24,1 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.437	1.292	53,0 %
Nervenheilkunde	1.006	147	14,6 %
Neurologie und Psychiatrie	1.077	159	14,8 %
Psychotherapie (ärztlich/psychologisch)	26.551	16.468	62,0 %
Gesamt	32.774	18.477	56,4 %

Quelle: Bundesarztregister zum 31. Dezember 2021

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ausgewählte Fachgruppen nach Versorgungsumfang und Geschlecht; Zählung nach Personen:

Fachgruppe	Geschlecht					
	Männlich			Weiblich		
	Personen gesamt	Davon: Ohne vollen Versorgungsauftrag		Personen gesamt	Davon: Ohne vollen Versorgungsauftrag	
	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Anzahl	Prozent
Psychiatrie und Psychotherapie	817	157	19,2 %	886	254	28,7 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	976	456	46,7 %	1.461	836	57,2 %
Nervenheilkunde	663	90	13,6 %	343	57	16,6 %
Neurologie und Psychiatrie	702	80	11,4 %	375	79	21,1 %
Psychotherapie (ärztlich/ psychologisch)	6.841	3.465	50,7 %	19.710	13.003	66,0 %
Gesamt	9.999	4.248	42,5 %	22.775	14.229	62,5 %

Quelle: Bundesarztregister zum 31. Dezember 2021

Hinweise der KBV: Die Tabellen beinhalten nicht Ermächtigte, Angestellte mit Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V i. V. m. § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie und Jobsharing-Juniorpartner nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V. In der Kategorie Psychiatrie und Psychotherapie sind auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie enthalten. Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie und mit einem Facharzttitel für Nervenheilkunde werden in Kategorie Psychiatrie und Psychotherapie gezählt.

8. Inwiefern erschwert aus Sicht der Bundesregierung der Ausschluss von Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag als Bezugsarzt/-ärztin bzw. Bezugspsychotherapeut/-in nach der KSVPsych-RL den flächendeckenden Aufbau dieses Versorgungsangebots?
9. Welche Auswirkungen hat nach Kenntnis der Bundesregierung der Ausschluss von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag als Bezugsärztin bzw. Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut nach der KSVPsych-RL für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in ländlichen und strukturschwachen Regionen?
10. In wie vielen und in welchen Planungskreisen gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie können die Mindestvorgaben für die Bildung von Netzverbänden allein dadurch nicht erfüllt werden, wenn sich Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag nicht an der Bildung von Netzverbänden beteiligen?
11. Inwiefern steht nach Auffassung der Bundesregierung der Ausschluss von Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag als Bezugsärztin bzw. Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut nach der KSVPsych-RL im Widerspruch zu der Regelung in § 19a Absatz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)?

12. Inwiefern stellt nach Ansicht der Bundesregierung der Ausschluss von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag als Bezugärztin bzw. Bezugarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut nach der KSVPsych-RL insbesondere für weibliche Berufszugehörige eine Erschwernis ihrer vertragsärztlichen Berufstätigkeit in diesem Versorgungsbereich dar?
13. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag als Bezugärztin bzw. Bezugarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut nach der KSVPsych-RL fungieren können sollten und daher die KSVPsych-RL dahingehend angepasst werden sollte, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 8 bis 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Alle in § 3 KSVPsych-RL genannten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten können Netzverbände gründen und Mitglieder von Netzverbänden werden, unabhängig davon, ob sie über einen hälftigen oder über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen. Die am Netzwerk beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können nach Auffassung des G-BA unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrages die Behandlung von Patientinnen und Patienten des Netzverbundes übernehmen. Lediglich für die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugarztes, der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten gilt die Vorgabe des vollen Versorgungsauftrages. Diese hat inhaltlich-fachliche Gründe, der G-BA führt hierzu aus: „Die erforderliche Flexibilität der Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe oder möglicher Krisenzustände kann mit einem reduzierten Versorgungsauftrag nicht gewährleistet werden. Insbesondere um eine Behandlungskontinuität und gute Erreichbarkeit auch in möglichen Krisensituationen zu sichern, soll ferner durch die Regelung erreicht werden, dass eine Patientin oder ein Patient sich nicht ersatzweise an eine andere Fachärztin oder an einen anderen Facharzt oder eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten wenden muss, die bzw. der ihr oder ihm nicht gleichermaßen vertraut ist.“ (TG, Seite 20).

Auch die „gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen sowie die Ermöglichung zeitnaher Termine für Eingangssprechstunden und differenzialdiagnostische Abklärung“ (TG, Seite 20) sollen mit der Vorgabe der Vollzulassung gewährleistet werden. Da die Mitgliedschaft im Netzwerk und damit Teilnahme an der KSVPsych-Versorgung im Übrigen vom Umfang der Zulassung unabhängig ist, ist die Verhältnismäßigkeit dieser Anforderung nach Einschätzung des G-BA gewährleistet. Insofern steht die Vorgabe auch nicht im Widerspruch zu der Regelung in § 19a Absatz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), der zufolge die Ärztin oder der Arzt berechtigt ist, „durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte oder drei Viertel“ des vollzeitigen Versorgungsauftrages zu beschränken. Denn dieses Recht verpflichtet nicht, Ärztinnen und Ärzte nach dessen Ausübung solchen mit vollem Versorgungsauftrag gleich zu stellen; insbesondere, wenn mit einer Gleichstellung Versorgungsmängel zu befürchten sind. Das in § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV geregelte Recht zur Reduzierung des Versorgungsauftrags sowie die weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung – jenseits der genannten Funktion – wird dadurch nicht berührt.

Nach Mitteilung der KBV sind teilweise Versorgungsaufträge häufiger bei Frauen zu verzeichnen – hierzu wird auch auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen. Zudem weist die KBV darauf hin, dass nicht nur das Geschlecht, sondern auch das Alter den Teilzeitanteil beeinflusst: Jüngere Altersgruppen haben insgesamt einen höheren Teilzeitanteil, auch bei den Männern. Der grundsätzliche Geschlechtereffekt ist aber auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen festzustellen.

Die Auswirkungen der Anforderung der vollen Zulassung können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Da diese Anforderung jedoch lediglich die Funktion als Bezugsbehandelnde betrifft und nicht die Teilnahme am Netzverbund, ist zu erwarten, dass sich Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit reduziertem Versorgungsauftrag ebenso wie solche mit vollem Versorgungsauftrag an der Bildung von Netzverbänden beteiligen werden. Die KSVPsych-RL ist am 18. Dezember 2021 in Kraft getreten. In der Folge hatte der für die Festlegung und Bewertung der abrechnungsfähigen Leistungen zuständige Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung mit Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der KBV sowie des GKV-Spitzenverbands innerhalb von sechs Monaten den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) anzupassen. Mit einer ersten Genehmigung von Netzverbänden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist daher nicht vor dem dritten Quartal 2022 zu rechnen.

Der G-BA hat in § 13 KSVPsych-RL festgelegt, dass die KSVPsych-RL innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten, d. h. bis zum Dezember 2026, zu evaluieren ist. In den TG hat der G-BA sich darüber hinaus vorbehalten, „im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbände bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbänden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden.“ (TG, Seite 40). Wie auch im Nichtbeanstandungsschreiben vom 7. Dezember 2021 gegenüber dem G-BA dargelegt, geht das BMG davon aus, dass der G-BA unabhängig von der in § 13 der KSVPsych-RL festgelegten Evaluation seiner ohnehin bestehenden Beobachtungspflicht schon vor dem 18. Dezember 2026 nachkommt, um bereits früher auftretende Umsetzungsprobleme identifizieren und gegebenenfalls nachsteuern zu können. Dies gilt insbesondere für die Auswirkungen der Regelung gemäß § 4 Absatz 1 KSVPsych-RL (voller Versorgungsauftrag, siehe hierzu die Antwort zu den Fragen 17 und 18).

Erste Erkenntnisse zur Etablierung von Netzverbänden und zu ihrer regionalen Verteilung werden sich nach Einschätzung des G-BA aus den im Rahmen der Beobachtungspflicht erfassten Daten ergeben; detaillierte Erkenntnisse, auch zur geschlechtsspezifischen Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an Netzverbänden sowie insbesondere zu Gründen, die der Schaffung von Netzverbänden entgegenstehen, aus den umfassenden Ergebnissen der geplanten Evaluation.

14. Sollte aus Sicht der Bundesregierung auch eine aufsuchende Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Leistungsinhalt der KSVPsych-RL sein, und wenn nein, warum nicht?

Laut Auskunft des G-BA sieht die bisherige Regelversorgung für Psychiaterinnen und Psychiater unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung vor (siehe EBM-Ziffern 21230, 21232, 21233). Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können (dringende) Besuche von

Kranken abrechnen (siehe EBM-Ziffern 01410, 01411, dafür gelten keine besonderen Bedingungen).

Da die im Netzverbund tätigen Psychiaterinnen und Psychiater ihre Leistungen im Netzverbund unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben (siehe § 3 Absatz 2 Satz 1 KSVPsych-RL) erbringen, ist ihnen die aufsuchende Behandlung unter den im EBM beschriebenen Bedingungen unbenommen. Nach Auffassung des G-BA sollen aufsuchende Behandlungen im Rahmen der Versorgung gemäß KSVPsych-RL in besonderer Weise gefördert werden, zugleich sollten aber aus Effizienzgründen die mit der Koordinationsfunktion „verbundenen, zeitaufwändigen Tätigkeiten wie die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen“ „nicht von der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten selbst wahrgenommen werden“ (TG, Seite 34). Daher hat der G-BA in der KSVPsych-RL geregelt, dass das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten „in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld [...] um den Kontakt zum Netzverbund und zum Versorgungssystem zu halten und drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden, aber auch, um die Patientin oder den Patienten in ihrem oder seinem gewohnten Lebensumfeld zu sehen und zu erleben“ zu den Koordinationsaufgaben der nichtärztlichen Leistungserbringer zählt (TG, Seite 34).

15. Wie viele Anbieter der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und wie viele Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, die an der Versorgung nach der KSVPsych-RL teilnehmen können?
16. Welche Informationen liegen der Bundesregierung zur Verfügbarkeit dieser Versorgungsangebote vor?
Kann dies die Versorgung nach der KSVPsych-RL erschweren und dazu führen, dass die Vorgaben zu Netzverbänden in der KSVPsych-RL nicht erfüllt werden können?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

17. Ist aus Sicht der Bundesregierung eine Anpassung der KSVPsych-RL notwendig, um den Auf- und Ausbau der ambulanten Komplexversorgung und die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots für schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten zu erreichen, und wenn nein, warum nicht?
18. Inwiefern steht die Bundesregierung im Austausch mit dem G-BA bezüglich einer Anpassung der KSVPsych-RL?

Die Fragen 17 und 18 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Beschluss des G-BA über die Erstfassung der KSVPsych-RL vom 2. September 2021 wurde dem BMG zur Prüfung gemäß § 94 SGB V vorgelegt, auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2021 hat das BMG den Beschluss nicht beanstandet und damit die Erwartung verknüpft, dass unabhängig von der in § 13 der KSVPsych-RL festgelegten Evaluation der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie) der G-BA seiner ohnehin ge-

mäß der Verfahrensordnung des G-BA (1. Kapitel, § 7 Absatz 4) bestehenden Beobachtungspflicht hinsichtlich der Auswirkungen seiner Entscheidungen auch schon vorher nachkommen wird, um bereits früher auftretende Umsetzungsprobleme identifizieren und gegebenenfalls nachsteuern zu können (auf die Antwort zu den Fragen 8 bis 13 wird verwiesen).

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Frage eines angemessenen und bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus der neuen Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V sowie die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots für schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten im Rahmen dieser Versorgung sowohl von dem angeführten Evaluationsauftrag nach § 13 KSVPsych-RL als auch von der gemäß 1. Kapitel, § 7 Absatz 4 bestehenden Beobachtungspflicht des G-BA umfasst ist.

Insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen der Regelung in § 4 Absatz 1 KSVPsych-RL zum vollen Versorgungsauftrag der Bezugärztinnen oder Bezugärzte und der Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten hinsichtlich der Bildung der Netzverbände erscheint eine Beobachtung aus Sicht der Bundesregierung angezeigt. Die Möglichkeit oder gegebenenfalls die Notwendigkeit einer Anpassung wäre dann zu prüfen, wenn sich herausstellen sollte, dass die Vorgabe ungeeignet ist, weil die Versorgung ohne die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit geringerem Versorgungsauftrag nicht zustande kommt, oder wenn ersichtlich werden sollte, dass das Ziel der Verfügbarkeit auch mit einer anderen Regelung sichergestellt werden könnte.

19. Hat die Bundesregierung Kenntnis, ob der G-BA plant, die KSVPsych-RL zu überarbeiten, und wenn ja, wann?

Wie bereits in der Vorbemerkung der Fragesteller ausgeführt, ist erst ab dem dritten Quartal 2022 mit der Gründung von Netzverbänden zu rechnen. Die stetige Beobachtung der Entwicklung der Versorgung gemäß KSVPsych-RL im Rahmen der Beobachtungspflicht des G-BA sowie eine umfassende Evaluation können erst erfolgen, wenn die KSVPsych-RL ab dem dritten Quartal umgesetzt wird. Eine Beurteilung der Frage, ob es einer Anpassung der KSVPsych-RL bedarf, ist aus diesen Gründen datengestützt bisher noch nicht möglich.

20. Wann wird nach Kenntnis der Bundesregierung die Erarbeitung der Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung bei Kindern und Jugendlichen durch den G-BA abgeschlossen werden?

Die Befassung des G-BA mit der Ausgestaltung der Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V für Kinder und Jugendliche hat begonnen. Eine entsprechende Zeitplanung wurde in der konstituierenden Sitzung des vom Plenum beauftragten Unterausschusses Psychotherapie und psychiatrische Versorgung am 31. Mai 2022 beraten. Die Beschlussfassung zu diesem Beratungsverfahren ist vom G-BA für das Ende des zweiten Quartals 2023 vorgesehen. Laut Aussage des G-BA wird er den Zeitplan in Kürze auf seiner Internetseite veröffentlichen.

21. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die einschränkenden Vorgaben zu Bezugsarztärztinnen und Bezugsarzten bzw. Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten sowie zu Mehrfach- und Doppeluntersuchungen aus der aktuellen KSVPsych-RL bei der Erarbeitung der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen übernommen werden sollten, und wenn ja, warum?

Laut Stellungnahme des G-BA stellen sich für eine sektorenübergreifende, strukturierte Komplexversorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen aufgrund der anders gelagerten Bindung von Kindern und Jugendlichen an familiäre Bezugspersonen, ihre Einbindung in Erziehungs-, Bildungs- bzw. Ausbildungseinrichtungen sowie das anders ausgestaltete Hilfesystem wesentlich andere Fragen als bei der Versorgung gemäß KSVPsych-RL von schwer psychisch erkrankten Erwachsenen. In welcher Form einzelne Module oder Inhalte der Versorgung gemäß KSVPsych-RL von Erwachsenen auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen übertragbar sein könnten, wird im Laufe der Beratungen des G-BA zu klären sein.

22. Inwiefern können nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen gemäß § 43a SGB V im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen die Versorgung stärken?

Der Anspruch aus § 43a SGB V umfasst neben sozialpädiatrischen Leistungen, die erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen, auch nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der G-BA bei der Erarbeitung der Festlegungen für Kinder und Jugendliche auch den bestehenden Anspruch nach § 43a SGB V im Blick hat.

23. Plant die Bundesregierung eine gesetzliche Änderung, die schwer psychisch kranken Kindern einen Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung gewährt, die durch die Bezugsarztin bzw. den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin bzw. den Bezugspsychotherapeuten verordnet werden kann, und wenn nein, warum nicht?

Sozialpädiatrische Leistungen werden bislang unter ärztlicher Verantwortung erbracht. Eine Ausweitung des Leistungsanspruchs nach § 43a SGBV ist vor dem Hintergrund der abgegrenzten Verantwortungsbereiche von gesetzlicher Krankenversicherung, Eingliederungshilfe und öffentlicher Jugendhilfe nicht beabsichtigt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 22 verwiesen.

24. Welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung, um den Zugang zur ambulanten Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu verbessern, wie im Koalitionsvertrag geplant?

25. Welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Behandlungskapazitäten der ambulanten Komplexversorgung bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert auszubauen, wie im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP geplant?

Die Fragen 24 und 25 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die konkrete Umsetzung des Koalitionsvertrags zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP wird derzeit geprüft. Die Sicherstellung der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ist im Übrigen Teil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts der Aufsicht der Länder unterliegen. Auf die Antwort zu Frage 29 wird ergänzend Bezug genommen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass § 75 Absatz 1a Satz 14 SGB V bereits ausdrücklich vorsieht, dass die dort genannten Regelungen zu den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch für die Vermittlung eines Behandlungstermins im Rahmen einer Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V gelten.

26. Ist es aus Sicht der Bundesregierung eine geeignete Maßnahme, dass Praxen, die an der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V teilnehmen, den Praxisumfang bei Anstellung und Jobsharing deutlich über die bislang bestehenden Begrenzungen des Fachgruppendurchschnitts erhöhen dürfen, soweit diese der Versorgung nach der KSVPsych-RL dient, und wenn nein, warum nicht?

Auch für Praxen, die an der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V teilnehmen, kann in Planungsbereichen, in denen aufgrund von Überversorgung Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, bei der Anstellung und bei der Bildung von Jobsharing-Praxen keine Ausnahme von der Verpflichtung gelten, sich gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung zu verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V). Anderenfalls könnten geltende Zulassungssperren durch Anstellungs- und Jobsharing-Modelle umgangen werden. Hinzuweisen ist im Übrigen darauf, dass das Gesetz für Anstellungen bereits eine Ausnahme von der Leistungsbegrenzung vorsieht, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Darüber hinaus sieht § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V als weitere Ausnahmeregelung zu den Leistungsbegrenzungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V vor, dass für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden darf.

27. Plant die Bundesregierung eine gesetzliche Änderung, die es Praxen, die an der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V teilnehmen, erlaubt, den Praxisumfang deutlich über die bislang bestehenden Begrenzungen des Fachgruppendurchschnitts erhöhen zu dürfen, soweit diese der Versorgung nach der KSVPsych-RL dient?

Entsprechende Änderungen sind nicht geplant.

28. Ist es aus Sicht der Bundesregierung eine geeignete Maßnahme, dass Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 Absatz 1a Satz 3 SGB V auch für die Förderung der personellen Praxisstrukturen und der Netzverbände für die Versorgung nach der KSVPsych-RL bereitgestellt werden können, und wenn nein, warum nicht?
29. Plant die Bundesregierung eine gesetzliche Änderung, dass Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 Absatz 1a Satz 3 SGB V auch für die Förderung der personellen Praxisstrukturen und der Netzverbände für die Versorgung nach der KSVPsych-RL bereitgestellt werden können, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 28 und 29 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach § 105 Absatz 1a Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung jeweils einen Strukturfonds zu bilden. § 105 Absatz 1a Satz 3 SGB V enthält insoweit lediglich eine Regelung, für welche Maßnahmen die Mittel des Strukturfonds insbesondere zu verwenden sind und damit keine abschließende Aufzählung möglicher Fördermaßnahmen. Es ist damit bereits nach geltendem Recht möglich, dass Mittel des Strukturfonds auch für die Förderung der personellen Praxisstrukturen und der Netzverbände für die Versorgung nach der KSVPsych-RL bereitgestellt werden, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Einer Gesetzesänderung bedarf es daher nicht.

