

## **Antwort der Bundesregierung**

### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/4827 –**

#### **Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland**

##### Vorbemerkung der Fragesteller

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung von Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe ([https://www.rki.de/Psychische\\_Gesundheit](https://www.rki.de/Psychische_Gesundheit)). Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) berichtet im „Report Psychotherapie“ aus dem Jahr 2021, dass immer mehr Menschen aufgrund psychischer Probleme oder einer Beeinträchtigung des seelischen Wohlbefindens professionelle Hilfe und Therapie brauchen. Die DPtV stellt im Report außerdem heraus, dass jährlich etwa 27,8 Prozent aller Erwachsenen in Deutschland von psychischen Erkrankungen betroffen sind, dies entspricht einem absoluten Wert von 17,8 Millionen Betroffenen. Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat sich der Bedarf an Psychotherapie in den letzten 20 Jahren nahezu verdoppelt ([https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/20190516\\_pm\\_bptk\\_bedarfsplanung.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/20190516_pm_bptk_bedarfsplanung.pdf)). Das Statistische Bundesamt gibt an, dass im Jahr 2020 psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen die häufigste Ursache für stationäre Krankenhausbehandlungen von jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren gewesen sind ([https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22\\_32\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22_32_p002.html)). Die Corona-Pandemie hat das Problem psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung insgesamt verstärkt, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen (<https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf>).

Psychische Probleme gehören zu häufigsten Ursachen für längere Ausfallzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit: So ergab z. B. eine Auswertung der BPtK aus dem Jahr 2018, dass psychisch erkrankte Arbeitnehmer mit rund 35 Tagen deutlich länger krankgeschrieben sind als körperlich Erkrankte (<https://www.bptk.de/die-laengsten-fehlzeiten-weiterhin-durch-psychische-erkrankungen/?cookie-state-change=1665495941186>). Psychische Probleme sind auch häufige Ursache für vorzeitige Verrentungen in Deutschland – im Jahr 2019 sind 42 Prozent der Verrentungen wegen Erwerbsminderung im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung erfolgt ([https://www.deutsche-tenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen\\_archive/2021/2021\\_11\\_30\\_psych\\_erkrankungen\\_erwerbsminderung.html](https://www.deutsche-tenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_archive/2021/2021_11_30_psych_erkrankungen_erwerbsminderung.html)) – und stehen oft in Wechselwirkung mit verschiedenen chronischen und körperlichen Erkrankungen, sogenannte Komorbidität ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/404853/MNH\\_FactSheet\\_DE.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf)).

Zur Verbesserung des Zugangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und zur Differenzierung der psychotherapeutischen Behandlungsangebote erfolgte zum 1. April 2017 eine umfassende Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung. Ein Kernpunkt dieser Reform war die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten zeitnah einen niederschweligen Zugang zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler zu gestalten, wurden neue Behandlungsmöglichkeiten eingeführt. Hierzu zählen insbesondere die psychotherapeutische Sprechstunde (das sogenannte Erstgespräch) zur Abklärung eines Verdachts auf eine krankheitswertige Störung sowie die psychotherapeutische Akutbehandlung als eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung einer psychischen Symptomatik.

Ergänzend zu den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie wurde im Jahr 2019 das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet, das neben weiteren Maßnahmen die Einrichtung von Terminservicestellen (TSS) als zentrale und rund um die Uhr erreichbare Anlaufstellen vorsieht, die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten schneller einen Termin bei Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ermöglichen sollen. Daneben erfolgte eine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA, die bundeseinheitlich verbindlich den Rahmen zur Bestimmung der vertragsärztlichen (einschließlich der psychotherapeutischen) Versorgung in den jeweiligen Arztgruppen festlegt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden.

In einer Kleinen Anfrage wird unter Verweis auf Veröffentlichungen der BpTK angeführt, dass die psychotherapeutische Versorgung auch nach der Einführung der TSS nicht bedarfsdeckend sei (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/25950). Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berichtet, dass sich Betroffene oft lange um einen Therapieplatz bemühen müssten und die Einführung von TSS keine relevante Verbesserung gebracht habe (<https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD%20Monitor%20Patientenberatung%202021.pdf>). Wenn Patientinnen und Patienten keinen Behandlungsplatz bei einer Vertragspsychotherapeutin bzw. einem Vertragspsychotherapeuten finden, übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kostenerstattung für eine Psychotherapie zudem häufig nicht und verweisen auf die TSS (vgl. UPD Monitor Patientenberatung 2021, 2022: [https://www.patientenberatung.de/dokumente/PM\\_Patientenmonitor\\_UPD\\_2020.pdf](https://www.patientenberatung.de/dokumente/PM_Patientenmonitor_UPD_2020.pdf)). Ein besonderes Augenmerk ist zudem auf die Patientengruppe mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung zu richten, hierbei handelt es sich um Menschen mit Erkrankungen, deren Ursache auf frühen, langwierigen und schweren Traumatisierungen (i. d. R. in der Kindheit stattfindende Typ-II-Traumatisierungen) zurückzuführen sind. Eine Vielzahl von Traumafolgesymptomen steht im Zusammenhang mit der Entstehung komplexer Traumafolgesymptome einschließlich dissoziativer Störungen. Die S3-Leitlinie beschreibt, dass solche Erkrankungsbilder durch komplizierte Symptommuster gekennzeichnet sind und in der Regel einen höheren therapeutischen Aufwand nach sich ziehen.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist eine Herausforderung mit gesamtgesellschaftlicher Relevanz. Eine gute psychotherapeutische Versorgung ist für viele Patientengruppen von essenzieller Bedeutung und stellt kein Nischenproblem dar. Vielmehr wird die Fortsetzung der aktuellen Unterversorgung veritabile gesamtgesellschaftliche Folgen haben: ökonomische Brüche, soziale Verwerfungen und irreparable Schäden. Von psychischen Erkrankungen sind alle Bevölkerungsgruppen betroffen, und sie sind kein neues Phänomen, das etwa durch die Corona-Pandemie ausgelöst worden wäre. Jeder dritte Erwachsene erkrankt innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Die Corona-Pandemie hat vielmehr wie ein Brennglas die Problemlagen noch deutlicher hervortreten lassen und die psychotherapeutische Unterversorgung in Deutschland noch deutlicher zu Tage treten lassen. Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung

wird darüber hinaus dadurch unterstrichen, dass die psychische Gesundheit vor allem von Kindern und Jugendlichen in der Corona-Pandemie stark gelitten hat (<https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html>). Im Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit wird festgestellt, dass die Behandlungszahlen bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen versicherter Kinder und Jugendlicher im Jahr 2021 im Vergleich mit der Situation vor der Pandemie um 5 Prozent zurückgegangen seien. Es liegt nahe, dass diese Störungen bei Kindern und Jugendliche aufgrund von Homeschooling im Schulalltag oder öffentlichem Leben nicht auffällig wurden, vieles im Verborgenen blieb bzw. Eltern aus Angst vor Corona-Infektionen keine Arztbesuche vereinbarten. Einige Schulen melden, dass Kinder und Jugendliche nicht wieder aus dem Homeschooling zurückkommen (Schulabsentismus, Schul- und Leistungsängste, Angst und Zwangsstörungen, stark erhöhter Internetkonsum Belastungs- und Anpassungsstörungen oder Essstörungen). Ein Zusammenhang kann hier vermutet werden.

Während der Corona-Pandemie hat sich zudem die Zahl der an Depression erkrankten Menschen allgemein drastisch erhöht. Allein im ersten Pandemiejahr stiegen die Fälle von Depressionen und Angststörungen laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) global um 25 Prozent (<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide#:~:text=In%20the%20first%20year%20of>).

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Es ist ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung, dass Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen zeitnah eine bedarfsgerechte Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation erhalten. Dazu hält das deutsche Gesundheitswesen ein breit angelegtes und ausdifferenziertes Versorgungsangebot vor. Um dieses Angebot weiterzuentwickeln wurden im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP eine Reihe von Maßnahmen vereinbart, die auf die Sicherstellung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung abzielen. Dabei wird es insbesondere auch darum gehen, die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Die Bundesregierung prüft derzeit, wie die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt werden können.

Hinsichtlich der wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird auch auf die Vorbemerkung der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/25950 verwiesen.

Bei der Beurteilung der gegenwärtigen ambulanten Behandlungskapazitäten ist zu berücksichtigen, dass sich die Zahl der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten inklusive Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (im Folgenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), in den vergangenen Jahren sehr dynamisch entwickelt hat: Im Jahr 2011 nahmen noch 23 622 Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Versorgung teil, derzeit (Stand: 31. Dezember 2021) sind es – bei einem erneuten Anstieg von 5,3 Prozent zum Vorjahr 2020 – insgesamt 37 481 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Der Anstieg ist dabei maßgeblich auf die stark steigende Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zurückzuführen: von 4 322 im Jahr 2013 auf 7 072 im Jahr 2021. Inzwischen stellen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach den Hausärztinnen und Hausärzten die zweitgrößte Arztgruppe dar. Ein vergleichbares Wachstum konnte in den

vergangenen Jahren für keine andere Arztgruppe festgestellt werden. Im Rahmen der Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2019 sind durch die Anpassung der Verhältniszahlen insgesamt 776 neue Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entstanden. Diese sind noch nicht vollständig besetzt. Zum 31. Dezember 2021 gab es insgesamt in 74 von 392 Planungsbereichen noch Zulassungsmöglichkeiten für die Fachgruppe der Psychotherapeuten, dies entspricht 19 Prozent der Planungsbereiche. Es wurde in keinem Planungsbereich Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt. Bundesweit sind insgesamt 6 041 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oberhalb der Sperrgrenze (Versorgungsgrad von über 110 Prozent) tätig.

In Bezug auf die Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat der G-BA zudem erst im April 2022 beschlossen, das Versorgungsniveau für diese Arztgruppe um 10 Prozent anzuheben. Damit ergeben sich bundesweit ca. 60 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Hinsichtlich der Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung existieren keine validen Daten, die einen vollständigen Überblick ermöglichen würden. Nach den Ergebnissen einer am 8. Dezember 2022 veröffentlichten Versichertenumfrage des GKV-Spitzenverbands vergehen für 79 Prozent der gesetzlich Versicherten weniger als vier Wochen von der Terminvereinbarung bis zum ersten persönlichen Kontakt. Von Erstkontakt bis Behandlungsbeginn sind es für 93 Prozent maximal vier Wochen ([https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1542080.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1542080.jsp)).

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

1. Wie bewertet die Bundesregierung, die derzeitige wohnort- und zeitnahe psychotherapeutische Versorgung, wenn bei Versicherten eine psychische Erkrankung diagnostiziert und die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wurde?

Die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung obliegt nach den gesetzlichen Vorgaben den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie der KBV. Nach Aussage der KBV wurde kein Versorgungsbereich innerhalb der Fachgruppen der Bedarfsplanung in den vergangenen Jahren stärker ausgebaut als die psychotherapeutische Versorgung. Insbesondere in ländlichen Gebieten wurden dabei neue zusätzliche Sitze geschaffen. Nach Einschätzung der KBV wurde zudem im „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ aus dem Jahr 2018 herausgestellt, dass im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung im Vergleich zu allen anderen Arztgruppen die unmittelbare Wohnortnähe der Praxen nahezu keine Relevanz besitzt – bei den Patientinnen und Patienten wurde die geringste Präferenz für die räumliche Nähe der Praxen ermittelt. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Welche Schritte hat die Bundesregierung eingeleitet, um das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel, die psychotherapeutische Versorgung und Leistungen zu verbessern, zu erreichen?
  - a) Welche Reformen bzw. Reformschritte wurden bisher eingeleitet, um die „Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, deutlich zu reduzieren“ (siehe Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vom 7. Dezember 2021)?

Die Fragen 2 und 2a werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung prüft derzeit umfassend und in Abstimmung mit den maßgeblichen Akteuren die Umsetzung dieser Vereinbarung im Koalitionsvertrag.

- b) Was bedeutet konkret das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel, die Kapazitäten „bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert“ auszubauen, und welche Reformen bzw. Reformschritte wurden bisher eingeleitet, um dies zu erreichen?

Gemäß den Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag soll die ambulante psychotherapeutische Versorgung, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen, verbessert werden und der Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sichergestellt werden. Die Thematik wurde bereits mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) adressiert, in dem der G-BA beauftragt wurde, eine neue Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen. Die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL, abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/126/>) wurde am 2. September 2021 beschlossen, ist am 18. Dezember 2021 in Kraft getreten und ab 1. Oktober 2022 in der Versorgung wirksam geworden. Ziel ist eine verbesserte Erfüllung der spezifischen Behandlungsbedarfe dieser Gruppe. Derzeit betrifft die KSVPsych-RL die Versorgung von Erwachsenen, daher berät der G-BA weiter über die Regelungen für Kinder und Jugendliche. Die KSVPsych-RL enthält insbesondere Regelungen zur Vereinfachung des Zugangs zu den erforderlichen Maßnahmen, zur Gewährleistung der notwendigen Koordination der an der Umsetzung eines gemeinsamen Gesamtbehandlungsplans beteiligten Leistungserbringenden verschiedener Berufsgruppen sowie zur Erleichterung des Übergangs zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung. Zentrales Element ist die Bildung von Netzverbänden, an denen neben Praxen unter anderem auch Kliniken und Institutsambulanzen beteiligt sind.

- c) Wie können künftig im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie die Bedarfe komplexer Erkrankungen besser berücksichtigt werden, und wie kann sichergestellt werden, dass z. B. Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen ihren Anspruch auf ein bedarfsgerechtes Stundenkontingent durchsetzen können, das sich an dem individuellen Bedarf und nicht an der Obergrenze einzelner Verfahren orientiert?

Grundlage der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bildet die Psychotherapie-Richtlinie

(PT-RL) des G-BA (abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>). Sie dient der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen. Für die verschiedenen Therapieansätze enthält die PT-RL auch Regelungen zu Bewilligungsschritten zum festgelegten Therapieumfang (sogenannte Höchstgrenzen), welche nach § 30 Satz 3 PT-RL grundsätzlich einzuhalten sind. Nach § 30 Satz 2 PT-RL ist jedoch eine Überschreitung des mit den jeweiligen Bewilligungsschritten festgelegten Therapieumfangs zulässig, wenn mit der Beendigung des Bewilligungsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. Insofern ermöglichen die Regelungen der PT-RL ein bedarfsgerechtes Stundenkontingent, das sich am individuellen Bedarf der oder des behandelten Versicherten orientiert.

3. Wie reagiert die Bundesregierung auf die Forderungen in der Petition der Deutschen Depressionsliga (DDL) vom 10. Oktober 2022 mit über 110 000 Unterschriften, die psychotherapeutische Bedarfsplanung zu reformieren und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich zu verbessern, um Leben zu retten?

Auf die Antwort zu den Fragen 2 und 2a sowie auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

4. Sind der Bundesregierung aktuelle Daten über den Anstieg von Depressionen während der Corona-Pandemie in Deutschland bekannt?

Ist die Bundesregierung ggf. bereit, hierzu neue Studien in Auftrag zu geben?

Welche Maßnahmen möchte die Bundesregierung ergreifen, um diesen Trend umzukehren?

Die Entwicklung der Häufigkeit von Depressionen in der Bevölkerung kann in repräsentativen Befragungsstudien unter Einsatz standardisierter umfassender diagnostischer Verfahren untersucht werden. Eine derartige Studie wurde in Deutschland zuletzt im Jahr 2010 durchgeführt. Für den Zeitraum der COVID-19-Pandemie liegen der Bundesregierung somit keine auf repräsentativen Studien basierende Daten zur Häufigkeit von Depressionen vor. Allerdings gibt es Daten aus repräsentativen Befragungen zur Belastung der Bevölkerung durch einzelne Symptome von Depression (u. a. Niedergeschlagenheit und Interessenlosigkeit) vor. Nach einem anfänglichen Rückgang derartiger Symptome zu Beginn der Pandemie, kam es ab Herbst 2020 zu mehrfachen Anstiegen. Seit Anfang des Jahres 2022 lassen sich beobachtete Belastungen aber nicht mehr auf die Pandemie allein zurückführen. Es ist nunmehr von einem multiplen Krisengeschehen auszugehen, das auch durch den Krieg in der Ukraine, die Energiekrise und das Inflationsgeschehen geprägt ist.

Zur Frage nach der Häufigkeit, mit der psychische Störungen im Gesundheitssystem diagnostiziert und dokumentiert werden, können Routinedaten der Leistungserbringer oder -träger herangezogen werden.

Die bisher veröffentlichten Ergebnisse auf Basis von Routinedaten weisen für das Jahr 2020 tendenziell auf rückläufige Häufigkeiten von Depressionsdiagnosen hin. Auswertungen des Praxis-Panels Disease Analyzer Database (IQVIA) zeigten in Hausarztpraxen für den Zeitraum April bis Dezember 2020 gegenüber April bis Dezember in den Vorjahren 2017 bis 2019 keine Veränderungen bei den Erstdiagnosen von Depression. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der

fachärztlichen ambulanten Versorgung zeigte sich bei Personen im Alter von 65 Jahren und älter ein Rückgang der Häufigkeit von Erstdiagnosen einer depressiven Störung im Zeitraum Februar bis Mai 2020 gegenüber Februar bis Mai 2019 um 13 Prozent. Die BARMER Krankenkasse berichtet für die Häufigkeit ambulanter Diagnosen depressiver Episoden keine Veränderung zwischen den Jahren 2019 und 2020 (siehe <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/arztberichte>). Auswertungen der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) zeigen einen Rückgang der Diagnosehäufigkeit von depressiven Episoden (F32 gemäß International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision – ICD-10) im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 um 0,3 Prozent bei einem gleichzeitigen Anstieg von Rezidivierenden depressiven Störungen (F33 gemäß ICD-10) um 1,8 Prozent, wobei zwischen Bundesländern starke Unterschiede gefunden werden (siehe <https://www.kkh.de/presse/pressemitteilungen/depression>). Die Aussagekraft dieser Daten ist insoweit beschränkt, dass nur Personen erfasst werden, die ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Somit ist eine Untererfassung gerade durch pandemiebedingte spezifische Barrieren der Inanspruchnahme (z. B. Angst vor Infektion in der Arztpraxis) denkbar.

Damit liegen zur Frage der Häufigkeit von Depressionen während der COVID-19-Pandemie insgesamt vielfältige und nicht immer widerspruchsfreie Ergebnisse vor. Es gibt Hinweise auf eine seit Herbst 2020 stetig zunehmende und anhaltende Belastung durch depressive Symptomatik, während zur Häufigkeit klinisch manifester depressiver Störungen keine sicheren Aussagen getroffen werden können.

Die Bundesregierung wird die Entwicklung weiterhin intensiv beobachten und im Bedarfsfall die Notwendigkeit weitergehender Studien prüfen. In der gegenwärtigen Situation ist aus Sicht der Bundesregierung wesentlich, dass an Depressionen erkrankte Menschen zeitnah in ärztliche oder psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung gelangen. Dafür hält das deutsche Gesundheitswesen ein breit angelegtes und ausdifferenziertes Versorgungsangebot vor. Bezüglich der geplanten weiteren Maßnahmen wird auf die Antwort zu den Fragen 2 und 2a und die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

5. Wie bewertet die Bundesregierung die im Zuge der Corona-Pandemie angestiegene häusliche Gewalt?
  - a) Hat die Bundesregierung Daten über die Auswirkungen der Gewalt auf die psychische Gesundheit z. B. auf die Anzahl an komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen häuslicher Gewalt?
  - b) Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um Gewalterfahrungen in der Familie zu verhüten, neben der Prävention körperlicher Gewalt insbesondere auch mit Blick auf die Prävention psychischer Gewalt?
  - c) Welche zusätzlichen Hilfestellungen zur Prävention körperlicher und psychischer Gewalt in der Familie werden hier hinsichtlich der psychotherapeutischen Ebene getroffen werden?

Die Fragen 5 bis 5c werden gemeinsam beantwortet.

Die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Belastung im Alltag“ (LeSuBiA) verfolgt das Ziel, das Dunkelfeld im Bereich von Gewaltvorkommnissen in Deutschland geschlechterdifferenzierend zu untersuchen. Die Studie wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) und das Bundeskriminalamt (BKA) gemeinsam durchgeführt und verantwortet. Eine Projektbe-

schreibung sowie weitere Informationen sind im Internet veröffentlicht ([www.bka.de/lesubia](http://www.bka.de/lesubia)). Die abschließenden Ergebnisse werden im ersten Halbjahr 2025 erwartet.

Während der COVID-19-Pandemie stieg die Anzahl der Beratungen beim vom BMFSFJ geförderten Hilfetelefon („Gewalt gegen Frauen“) an und war durchgängig erhöht. Im Jahr 2021 ist die Zahl der Beratungen um 5 Prozent gestiegen, verglichen mit dem Vorjahr von 51 400 auf 54 037. Bereits im Jahr 2020 hatte es einen Anstieg um 15 Prozent gegeben. Die Mehrzahl der Beratungen (60 Prozent) betraf häusliche Gewalt. In der Pandemie-Lage spielte außerdem die Online-Beratung eine besondere Rolle. Die Hellfelddaten der Polizeilichen Kriminalstatistik hingegen zeigen keinen signifikanten Anstieg von Fällen mit Tatzeit während der Lockdowns sowie insgesamt für 2021 im Vergleich zu 2020. Es ist jedoch zu vermuten, dass die Situation während der Pandemie bzw. während der Lockdowns auch das Anzeigeverhalten von Opfern und die Entdeckungsmöglichkeiten durch Dritte beeinflusst hat, sodass das Dunkelfeld sich in diesem Deliktsbereich weiter vergrößert haben könnte.

Der Staat trägt Verantwortung für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr körperliches und seelisches Wohl. Gesetzlich hat die Bundesregierung den Kinderschutz mit dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz im vergangenen Jahr weiter gestärkt. Die Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, den Strafverfolgungsbehörden, den Familiengerichten, der Jugendstrafjustiz und anderen wichtigen Akteurinnen und Akteuren im Kinderschutz wurde damit deutlich verbessert. Außerdem wurde unter anderem geregelt, dass auch in Pflegefamilien Schutzkonzepte anzuwenden sind und Kinder und Jugendliche sich unabhängig von ihren Eltern vom Jugendamt oder einer Beratungsstelle beraten lassen können.

6. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Menschen unter einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung leiden?

Ist die Bundesregierung bereit, entsprechende Studien auf den Weg zu bringen?

Ist der Bundesregierung bekannt, dass bei dieser Patientengruppe sowohl bei den Zugangswegen zu Psychotherapeuten mit einem Schwerpunkt im Bereich der Traumatherapie als auch hinsichtlich der Behandlungsumfänge in den Richtlinienverfahren veritable Versorgungslücken bestehen?

Zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (K-PTBS) gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung keine belastbaren epidemiologischen Daten für Deutschland. Die K-PTBS ist erst im grundlegend revidierten, zum 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Diagnosekatalog ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11. Revision) als eigenständige Diagnose beschrieben. Die deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) geht davon aus, dass die K-PTBS oft erst spät erkannt wird und eine hohe Überschneidung mit anderen psychischen Erkrankungen, wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der nicht-komplexen PTBS, den dissoziativen Störungen, Depressionen, Angst- bzw. Panikstörungen sowie Sucht- und Zwangserkrankungen aufweist. Oft würden deshalb zunächst andere Diagnosen gestellt. Dass ein Zusammenhang mit einer Traumatisierung besteht, würde nicht selten erst später erkannt. Die richtige Einschätzung ist jedoch die Voraussetzung dafür, dass komplex traumatisierte Menschen die Behandlung erhalten, die sie benötigen – zumeist eine spezifische und qualifizierte Traumatherapie.

Nach der PT-RL des G-BA können in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung im Bereich der Traumatherapie die hier anerkannten Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) Anwendung finden. In diesem Zusammenhang kann auch das sogenannte Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes angewandt werden. Nach § 30 Satz 3 PT-RL sind grundsätzlich bestimmte Höchstgrenzen einzuhalten, die sich in Bezug auf das Alter der Behandelten und das angewandte Psychotherapieverfahren unterscheiden. Nach § 30 Satz 2 PT-RL ist jedoch eine Überschreitung des mit den jeweiligen Bewilligungsschritten festgelegten Therapieumfangs zulässig, wenn mit der Beendigung des Bewilligungsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht.

7. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung vor, welche volkswirtschaftliche Kosten durch eine verspätete oder ausbleibende Behandlung von psychischen Erkrankungen entstehen?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Der Bundesregierung liegen aktuell keine Informationen über volkswirtschaftliche Kosten vor, die durch verspätete oder ausbleibende Behandlung von psychischen Erkrankungen entstehen. Das BMFSFJ hat im Oktober 2022 eine wissenschaftliche Analyse und Quantifizierung der gesellschaftlichen Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19-Pandemie in Auftrag gegeben. Sie wird vom Universitätsklinikum Ulm in Zusammenarbeit mit der Universität Hamburg durchgeführt. Ergebnisse werden im ersten Halbjahr 2023 erwartet.

Zudem liegen Informationen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) vor zu mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen assoziierten Produktions- und Bruttowertschöpfungsausfällen. Zu beachten ist, dass diese Fälle von Arbeitsunfähigkeit auch trotz adäquater Behandlung psychischer Störung aufgetreten sein können. Die BAuA schätzt für psychische Störungen, dass diese im Jahr 2020 Produktionsausfallkosten (Lohnkosten) in Höhe von 14,6 Mrd. Euro verursachten, was 0,4 Prozent des Bruttonationaleinkommens ausmacht. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung (Verlust an Arbeitsproduktivität) durch Arbeitsunfähigkeit wird mit 24,3 Mrd. Euro (0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens) geschätzt. Die Werte fallen damit geringer aus als für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Es liegen gegenwärtig Schätzungen für die Jahre 2018, 2019 und 2020 vor. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

8. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung, inwiefern sich eine unbehandelte oder zu spät behandelte psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen auf die Schul-, Arbeitsfähigkeit und Teilhabemöglichkeiten auswirkt?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gehen, wenn sie unbehandelt bleiben oder auf Behandlung nicht oder nicht ausreichend ansprechen, mit erheblichen Risiken für die persönliche, soziale und schulische Entwicklung wie auch die spätere Arbeitsfähigkeit einher und können zu gravierenden Einschränkungen der Bildung und Teilhabe sowie der Lebensqualität führen.

Vergleichbares gilt auch für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf Aus- und Weiterbildungs-, Arbeitsfähigkeit und Teilhabechancen. Art und Ausmaß der Einschränkungen sind höchst individuell, sie hängen von der Art und Schwere der Erkrankung, dem Verlauf sowie der medizinischen und sozialen Unterstützung ab.

Eine Befragung aus dem Bereich der Teilhabeforschung, bei der Eltern von Kindern mit längerfristigen Beeinträchtigungen bzw. einem besonderen Betreuungs- oder Unterstützungsbedarf befragt wurden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS – 2022, Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen. Unterstützungsbedarfe und Hinweise auf Inklusionshürden), ergab, dass schwere seelische oder psychische Beeinträchtigungen zu den häufigsten Beeinträchtigungsarten bei Kindern bzw. Jugendlichen zählen. Dabei gaben sechs von zehn Eltern an, sie fühlten sich durch schwere seelische oder psychische Probleme ihrer Kinder sehr in ihren eigenen Alltagsaktivitäten beschnitten. Der wissenschaftlichen Literatur zufolge gibt es auch Zusammenhänge zwischen schweren seelischen bzw. psychischen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen von Eltern und einem erhöhten Risiko der Kinder für psychische Erkrankungen. Diese Zusammenhänge wurden durch die Ergebnisse der o. g. Studie erneut bestätigt.

Daher ist es Anliegen der Bundesregierung, dass Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen zeitnah eine bedarfsgerechte Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation erhalten. Dazu hält das deutsche Gesundheitswesen ein breit angelegtes und ausdifferenziertes Versorgungsangebot vor. Eine frühzeitige Diagnose und bedarfsgerechte Behandlung kann Entwicklungs- und Teilhabechancen betroffener Kinder, Jugendlicher und Erwachsener erheblich verbessern. Gerade langwierige, chronifizierte und komplexe Krankheitsverläufe manifestieren sich nicht selten schon im Kindes- und Jugendalter. Um psychische Belastungen und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, wurden diese Aspekte explizit als Untersuchungsbestandteil in das Programm der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche gemäß § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Zudem wurden in den letzten Jahren zahlreiche Anpassungen und Weiterentwicklungen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem vorgenommen, um der seit Jahren ansteigenden Nachfrage bei Kindern und Jugendlichen wie auch bei Erwachsenen nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen mit einem bedarfsgerechten modernen und leistungsfähigen Hilfsangebot Rechnung zu tragen (siehe Vorbemerkung der Fragesteller). Zu weiteren geplanten Maßnahmen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu den Fragen 2 und 2a verwiesen.

9. Wie bewertet die Bundesregierung das Thema „Erhalt und Förderung der psychischen Gesundheit sowie frühzeitige Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ auch mit Blick auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Erhalt von Fachkräften für den Arbeitsmarkt?

Die konstant hohe Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen und Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Erkrankungen, sowie die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen nehmen Einfluss auf den Arbeitsmarkt. Auch deshalb sind der Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit von hoher Relevanz für die Bundesregierung.

Der Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit sind auch ein Thema der Arbeitsgestaltung. Gut gestaltete Arbeit trägt zum Erhalt und der Förderung der psychischen Gesundheit bei. Arbeitsbezogene Aktivitäten der Bundesregierung fokussieren dabei den Schutz der psychischen Gesundheit und die Prävention arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen.

Das grundsätzliche Ziel in der Arbeitswelt ist es, mit Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit die Verhältnisprävention voranzutreiben und Gefährdungen durch psychische Arbeitsbelastung zu vermeiden. § 5 des Arbeitsschutzgesetzes stellt klar, dass Gesundheit bei der Arbeit physische und psychische Faktoren umfasst. Beide müssen in den vom Arbeitgeber zu erstellenden Gefährdungsbeurteilungen berücksichtigt werden.

Im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie wurden und werden seit dem Jahr 2013 Maßnahmen zur Qualifizierung und zur Verbesserung Handlungssicherheit der Arbeitsbedingungen bei psychischer Belastung entwickelt und umgesetzt. Die Beratung und Überwachung zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung bei psychischer Belastung wird weiter intensiviert, um den Anteil von Betrieben mit angemessenen Gefährdungsbeurteilungen zu erhöhen und Verbesserungen bei der Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen zu erzielen. Gefährdungen durch psychische Belastung zu verringern und zu vermeiden, sind wichtige Aspekte, für den Erhalt und die Sicherung der Arbeitsfähigkeit und damit auch für die Fachkräftesicherung.

10. Sind der Bundesregierung aktuelle Daten über Ausfallzeiten durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen bekannt?
- a) Wie verlief die Entwicklung in den letzten 10 bis 20 Jahren?

Die Fragen 10 und 10a werden gemeinsam beantwortet.

Die Ausfallzeiten durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen können nachfolgender Tabelle entnommen werden.

Arbeitsunfähigkeitstage der Mitglieder der GKV aufgrund psychischer Erkrankungen in den Jahren 2005 bis 2020 (absolut)	
Jahr	Tage
2005	33.411.601
2006	30.338.079
2007	14.800.488
2008	40.141.328
2009	55.729.334
2010	60.743.175
2011	67.052.948
2012	65.128.191
2013	66.618.605
2014	70.318.408
2015	89.849.502
2016	97.582.851
2017	97.915.830
2018	107.463.024
2019	113.051.373
2020	119.447.682

Quelle: amtliche GKV-Statistik KG 8

- b) Ist die Bundesregierung ggf. bereit, neue Studien in Auftrag zu geben?

Die vorgenannten Daten werden im Rahmen der amtlichen GKV-Statistiken jährlich von den Krankenkassen erhoben und an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt. Eine Beauftragung von Studien ist hierfür nicht notwendig.

11. Sind der Bundesregierung aktuelle Daten über Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland bekannt?
- a) Wie verlief die Entwicklung in den letzten 10 bis 20 Jahren?

Die Fragen 11 und 11a werden gemeinsam beantwortet.

Daten zu Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen sind für die Jahre ab 1983 bis 2021 in der aktuellen „Rentenversicherung in Zeitreihen – Ausgabe 2022“ auf der Seite 99 veröffentlicht. Die Daten stammen von der Deutschen Rentenversicherung.

- b) Ist die Bundesregierung ggf. bereit, neue Studien in Auftrag zu geben?

Hierzu wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 16 und 17 der Kleinen Anfrage der Fraktion der AfD auf Bundestagsdrucksache 19/30583 verwiesen.

12. Sind der Bundesregierung Daten bekannt über die Wechselwirkungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen („Komorbidität“)?

Die Darstellung und Analyse von Komorbidität bei psychischen und körperlichen Erkrankungen ist ein Arbeitsschwerpunkt des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI). Die bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) und 2010 (DEGS1) des RKI wurden jeweils durch „Mental Health“-Module ergänzt, auch um Zusammenhänge zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen zu untersuchen. Dabei zeigte sich, dass die Komorbidität zwischen körperlichen und psychischen Störungen in allen Altersgruppen eine wichtige Rolle spielt und Wechselwirkungen zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen.

- c) Welche körperlichen Krankheitsbilder spielen bei den Wechselwirkungen eine besondere Rolle?

Körperliche Symptome können bereits bei der Diagnosestellung psychischer Störungen eine wichtige Rolle spielen, hierbei vor allem somatische Beschwerden wie Erschöpfung bzw. Müdigkeit, Schlaf- oder Appetitstörungen, Reizbarkeit, innere Unruhe, Herzklopfen oder schnelle Atmung. Häufige Komorbiditäten einer psychischen und körperlichen Erkrankung sind z. B. Depression und Diabetes, Depression und Adipositas, Depression und Herz-Kreislauf-erkrankungen sowie Angststörungen und Asthma.

- d) Wie verlief die Entwicklung in den letzten 10 bis 20 Jahren?  
Ist die Bundesregierung ggf. bereit, neue Studien in Auftrag zu geben?

Die Untersuchung von Trends bei Komorbiditäten hat sehr hohe methodische Hürden und kann sehr leicht verzerrt sein durch unterschiedliche Krankheitsdefinitionen über die Zeit und auch durch erhöhte Aufmerksamkeit und veränder-

tes Diagnoseverhalten über die Zeit. Belastbare Zahlen zur Entwicklung von Komorbiditäten zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen liegen der Bundesregierung nicht vor. Mit Förderung des BMG erfolgt am RKI der Aufbau einer nationalen Diabetes-Surveillance (seit dem Jahr 2015, <https://diaburv.rki.de/>) als Prototyp einer Surveillance von nichtübertragbaren Erkrankungen (NCD) sowie einer Mental Health-Surveillance (seit 2019, <https://edoc.rki.de/handle/176904/9115>). Derzeit stehen insbesondere die Zusammenhänge zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit im Fokus. Eine Erweiterung beider Surveillance-Systeme um ausgewählte Krankheiten hin zu einer zukünftigen NCD-Surveillance wird derzeit vorbereitet und soll jene Kernindikatoren beinhalten, die elementare Kennwerte zu Häufigkeit, Risikofaktoren, Versorgung und Krankheitslast darstellen. Datengrundlage bilden hierbei das fortlaufende RKI-Gesundheitsmonitoring und andere relevante Datenquellen (z. B. GKV-Daten, Registerdaten, amtliche Statistik etc.). Durch dieses Vorhaben lassen sich wechselseitige Komorbiditäten bei psychischen und körperlichen Erkrankungen darstellen, perspektivisch auch hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung.

- e) Sind der Bundesregierung Daten über körperliche Erkrankungen, die einen psychischen Ursprung haben bekannt?

Es besteht hohe Evidenz, dass psychische Erkrankungen und Beschwerden zu körperlichen Erkrankungen beitragen können, insbesondere zu einem chronischen Verlauf. So können etwa Depression, (chronischer) Stress oder posttraumatische Belastungsstörungen das Risiko für das Auftreten von Typ-2-Diabetes oder kardiovaskulären Erkrankungen erhöhen. Zu beachten ist hierbei, dass sich Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen meist nicht eindeutig nachweisen lassen; die Beziehung kann sich in beide Richtungen, d. h. bidirektional, entwickeln, etwa bei Depression und Diabetes oder kardiovaskulären Erkrankungen.

- f) Wie viele Frühverrentungen und Berufsunfähigkeiten entstehen aus psychosomatischen Hintergründen?

Der Bundesregierung liegen dazu keine validen Erkenntnisse vor.

13. Hat die Psychotherapiestrukturereform 2017 (Änderung der Psychotherapie-Richtlinie) durch den G-BA nach Meinung der Bundesregierung das Ziel ausreichend erfüllt, den Patientinnen und Patienten zeitnah einen niederschweligen Zugang zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler zu gestalten?

Wenn das nicht zutreffen sollte, welche Konsequenzen bzw. Änderungen schlägt die Bundesregierung vor?

Der G-BA hat mit seinem am 16. Februar 2017 in Kraft getretenen Beschluss zur Strukturreform der ambulanten Psychotherapie verschiedene Elemente neu in die psychotherapeutische Versorgung eingeführt, darunter die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung oder Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen (Rezidivprophylaxe). Bereits weniger als ein Jahr nach dem Inkrafttreten des genannten Beschlusses konnten erste positive Effekte gezeigt werden, insoweit wird auf die Antwort zu den Fragen 17 bis 17b verwiesen.

Darüber hinaus hat der G-BA im Jahr 2021 die Evaluation der Strukturreform in Bezug auf die Regelung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 42 Absatz 1 PT-RL sowie die Regelung zur Veränderung der Gruppengröße

gemäß § 42 Absatz 3 PT-RL veröffentlicht (abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/2634/>). Demnach hat sich die Sprechstunde als neue Leistung nach ihrer Einführung schnell etabliert. So haben im Jahr 2017 bereits im Quartal der Einführung etwa 350 000 Versicherte mindestens eine Sprechstunde in Anspruch genommen. Diese Zahl ist im Verlauf bis auf nahezu 600 000 Versicherte im ersten Quartal 2020 gestiegen. Pandemiebedingt weist die Inanspruchnahme im Folgezeitraum einige Schwankungen auf. Etwa die Hälfte aller wahrgenommenen Sprechstunden führte in der Folge zu einer ambulanten Psychotherapie. Auch konnte mit der Strukturreform der Anteil der Gruppenpsychotherapie um mehr als 40 Prozent gesteigert werden.

14. Ist der Bundesregierung bekannt, dass die Wartezeiten auf psychotherapeutische Sprechstunden (das sogenannte Erstgespräch) zur Abklärung eines Verdachts auf eine krankheitswertige Störung sowie auf den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung weit auseinanderliegen – abhängig von Struktur des Versorgungsgebietes (städtisch versus ländlich)?

Welche Pläne hat die Bundesregierung dieses Ungleichgewicht zwischen städtisch und ländlich strukturieren Versorgungsgebieten zu beheben?

Ein genereller Zusammenhang zwischen Wartezeiten und siedlungsstruktureller Prägung ist nach Angaben der KBV nicht nachweisbar, wenngleich regionale Unterschiede unabhängig von der Siedlungsstruktur allein aufgrund unterschiedlicher Versorgungsdichten in den etwa 400 Planungsbereichen und regional unterschiedlicher Inanspruchnahmen nicht ausgeschlossen werden können. Auffällig ist nach Einschätzung der KBV, dass auch aus Regionen mit einer außergewöhnlich hohen Dichte an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Wartezeiten berichtet werden. Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine validen Daten zur Beantwortung der Frage vor. Ergänzend wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

15. Ist der Bundesregierung bekannt, welche konkreten Wartezeiten für Patientinnen und Patienten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz nach einem Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde bestehen?

Welche Maßnahmen möchte die Bundesregierung ergreifen, um ggf. diese Wartezeiten zu verringern?

Innerhalb welchen Zeitraums eine Richtlinienberatung nach einem Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde begonnen wird, hängt von vielen Faktoren ab, die nicht allein auf die Verfügbarkeit von freien Kapazitäten zurückzuführen sind (z. B. Passung zwischen Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten). Nach Auffassung der KBV wäre für eine solche Erhebung eine statistische Verknüpfung von patientenbezogenen Informationen zu Erstgespräch und Therapiebeginn erforderlich, die nicht angelegt ist und aus vielen Gründen auch kaum operationalisierbar erschiene. Die Bundesregierung verfügt hierzu nicht über valide Informationen. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

16. Wie hat sich das im Jahr 2019 eingeführte Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf die Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz ausgewirkt?

Welche Gründe sind nach Meinung der Bundesregierung dafür verantwortlich, dass das Gesetz nicht zu einer signifikanten Reduzierung der Wartezeiten geführt hat?

Hierzu liegen weder der Bundesregierung noch der KBV valide Erkenntnisse vor.

17. Wie bewertet die Bundesregierung die BPtK-Studie zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie und die Auswirkungen auf die Wartezeiten aus dem Jahr 2019?
- a) Welche weiteren Studien sind der Bundesregierung darüber hinaus bekannt, die die Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz untersuchen, und zu welchen Erkenntnissen kommen diese Studien?
- b) Ist die Bundesregierung bereit, hierzu neue Studien in Auftrag zu geben?

Die Fragen 17 bis 17b werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung ist eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) aus dem Jahr 2018 bekannt: „Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018“ (abrufbar unter: <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie/>), daneben liegt eine Auswertung der BPtK aus dem Jahr 2021 vor, die sich auf Daten aus dem Jahr 2019 stützt: „Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut\*innen, Corona-Pandemie verschärft das Defizit an Behandlungsplätzen“ (abrufbar unter: <https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>).

Beide Auswertungen sind in der Dokumentation der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages (WD 9 – 3000 – 059/22; Titel: „Wartezeiten auf eine Psychotherapie“; Untertitel: „Studien und Umfragen“) enthalten.

Die erstgenannte Studie der BPtK untersucht einzelne Aspekte der Auswirkungen des am 16. Februar 2017 in Kraft getretenen Beschlusses des G-BA zur Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf führte im Auftrag der BPtK und der Landespsychotherapeutenkammern im November und Dezember 2017 eine Online-Befragung durch. Teilgenommen haben 9 432 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig waren. Der Studie zufolge habe sich nach der Reform die Wartezeit auf ein Erstgespräch deutlich verringert, die Wartezeit auf einen ersten Behandlungstermin sei jedoch weiterhin sehr hoch. So hätten die Wartezeiten auf ein Erstgespräch im Bundesdurchschnitt von 12,5 Wochen im Jahr 2011 auf 5,7 Wochen im Jahr 2017 verkürzt werden können. Etwa 70 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten führten ihr Erstgespräch mit ihren Patientinnen und Patienten innerhalb von vier Wochen. Eine Akutbehandlung erhielten Patientinnen und Patienten in psychischen Krisen im Durchschnitt in 3,1 Wochen, in 66,3 Prozent der Fälle innerhalb von zwei Wochen, nachdem eine solche für notwendig erachtet wurde.

Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass sich die Umfrage lediglich auf die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der PT-RL bezieht. Die akutpsychiatrische Versorgung, psychosoziale Unterstützungsangebote oder sozialpsychiatrische Krisendienste, die oftmals eine notwendige Akutbehandlung durchführen

oder initiieren können, wurden nicht beleuchtet. Eine Vernetzung der genannten Leistungserbringer auch mit den Leistungserbringenden im Rahmen der PT-RL ist ein Ziel der KSVPsych-RL des G-BA. Die in § 13 KSVPsych-RL vorgesehene Evaluation innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten erstreckt sich auch auf die Frage, ob die in § 1 Absatz 2 KSVPsych-RL festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden. Darunter fallen neben der Bildung einer leicht erreichbaren und flexiblen Versorgungsstruktur auch im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten.

18. Wie bewertet die Bundesregierung das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung (2018)?
  - a) Wann plant die Bundesregierung einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA zu richten, die Bedarfsplanungs-Richtlinie dahingehend zu reformieren, dass insbesondere die psychotherapeutische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie dem Ruhrgebiet durch zusätzliche Kassensitze für Psychotherapie gestärkt wird?
  - b) Wie muss die Bedarfsplanung nach Ansicht der Bundesregierung weiterentwickelt werden, um die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten sicherzustellen?
  - c) Kann nach Ansicht der Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie dem Ruhrgebiet über eine Absenkung der Verhältniszahlen gestärkt werden?
  - d) Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die entsprechend der Empfehlung des Gutachtens noch ausstehenden mindestens 1 600 zusätzlichen Psychotherapeutenstellen geschaffen werden müssen?
  - e) Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Bedarfsplanungsreformen der vergangenen Jahre genügend zusätzliche Kassensitze für Psychotherapie geschaffen haben, um die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten?

Die Fragen 18 bis 18e werden gemeinsam beantwortet.

Für die ambulante Psychotherapie setzt der G-BA mit der BPL-RL einen bundeseinheitlichen Rahmen zur Bestimmung der regionalen Behandlungskapazitäten, die für eine ausgewogene Versorgung benötigt werden. Im Jahr 2019 hat der G-BA unter Berücksichtigung der Erkenntnisse eines von ihm in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung weitreichende Änderungen der BPL-RL einschließlich einer substanziellen Erhöhung der Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschlossen. Hintergrund der Reform war ein gesetzlicher Auftrag zur Überprüfung und Anpassung der BPL-RL mit dem Ziel einer bedarfsgerechteren, insbesondere psychotherapeutischen Versorgung.

Dem G-BA steht bei der ihm zugewiesenen Normsetzung ein fachlicher Bewertungsspielraum zu, der von ihm eigenverantwortlich auszufüllen ist. Das BMG ist im Rahmen der ihm obliegenden Rechtsaufsicht nicht befugt, in den fachlichen Bewertungsspielraum einzugreifen. Der G-BA hat das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten intensiv geprüft und umfassend beraten. Vor dem Hintergrund des dargestellten Prüfmaßstabs war insbesondere nicht zu beanstanden, dass der G-BA den im Gutachten vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen teilweise nicht gefolgt ist.

Die unter Landesaufsicht stehenden KVen sind aufgrund ihres Sicherstellungsauftrags verpflichtet, alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung einschließlich zeitnaher Zugangsmöglichkeiten zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Auch die regionale Umsetzung der vom G-BA festgelegten Rahmenvorgaben ist Aufgabe der KVen, die im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung aufzustellen haben. Sie haben hierbei auch die Möglichkeit, zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten von den vom G-BA festgelegten Versorgungsmaßstäben abzuweichen. Darüber hinaus können die Zulassungsausschüsse auch in rechnerisch überversorgten und damit für Neuzulassungen gesperrten Planungsbereichen zusätzliche Zulassungen erteilen, wenn diese für eine ausreichende Versorgung unerlässlich sind (Sonderbedarfszulassungen). Soweit es zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist, etwa, um einen temporären Mehrbedarf zu decken, können auch nicht zugelassene Leistungserbringer zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ermächtigt werden. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) ist schließlich auch den Ländern die Möglichkeit eingeräumt worden, unabhängig von bedarfsplanerischen Vorgaben zusätzliche Versorgungskapazitäten für die Psychotherapie in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten zu schaffen.

Mit Blick auf die im Koalitionsvertrag vorgesehene Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

19. Wie viele Anträge auf Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung wurden in den letzten fünf Jahren gestellt und wie viele davon genehmigt (bitte nach Jahr, nach Kassenärztlicher Vereinigung, Kreistyp gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie nach Patientengruppe und abrechenbaren Leistungen, für deren Versorgung eine Ermächtigung erteilt wurde, aufschlüsseln)?
20. Wie viele Anträge auf Sonderbedarfszulassungen wurden in den letzten fünf Jahren gestellt und wie viele davon genehmigt (bitte nach Jahr, Kassenärztlicher Vereinigung und Kreistyp gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie nach lokalem bzw. qualitativem Sonderbedarf einschließlich der Patientengruppen und abrechenbaren Leistungen, für deren Versorgung eine Sonderbedarfszulassung erteilt wurde, aufschlüsseln)?

Die Fragen 19 und 20 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Beantwortung der Frage für den gewünschten Zeitraum ist nicht möglich, da die KBV die hierfür erforderliche koordinierte Abfrage bei allen KVen kurzfristig nicht durchführen konnte. Es wird daher auf eine Auswertung des KBV aus Mai 2022 zurückgegriffen, in der die Jahre 2020 und 2021 ausgewertet wurden. Die Ergebnisse können der beigefügten Anlage entnommen werden.

Ergänzend weist die KBV auf folgende Aspekte hin: Sonderbedarfszulassungen werden lediglich in gesperrten Planungsbereichen und nach umfangreicher Prüfung zum Versorgungsbedarf erteilt. Vor diesem Hintergrund ist in einigen KV-Bezirken die Anzahl der eingegangenen bzw. negativ beschiedenen Sonderbedarfsanträgen aufgrund der durch die Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2019 zusätzlich entstandenen Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, welche zum Zeitpunkt der Abfrage noch nicht vollständig besetzt worden waren, nur eingeschränkt aussagekräftig. Bei den

Ermächtigungen wird in der Auswertung nicht zwischen Erst- und Folgeanträgen sowie unterschiedlichen Ermächtigungstatbeständen unterschieden.

21. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der barrierefreien Psychotherapeutenpraxen in Deutschland?

Wie viele davon sind nach Kenntnis der Bundesregierung insbesondere an die Bedarfe von kognitiv beeinträchtigten Patienten angepasst?

Nach dem dritten Teilhabebericht der Bundesregierung (Stand: 30. April 2021) weisen je nach Beeinträchtigungsart zwischen 7 Prozent (Sehbehinderung) und 21 Prozent (Mobilitätseinschränkung) der Arztpraxen die relevanten Kriterien für Barrierefreiheit auf. Eine Trennung zwischen Arzt- und Psychotherapeutenpraxen wird im Bericht nicht vorgenommen. Diesen Zahlen liegt die nur teilweise bundeseinheitliche Systematik zur Erhebung von Barrierefreiheit zugrunde, wie sie zum damaligen Erstellungszeitpunkt auf Bundesebene verfügbar war. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Kassenärztlichen Vereinigen nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V verpflichtet sind, bundesweit einheitlich über Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) hinzuweisen.

22. Welche Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen sind der Bundesregierung bekannt?

Welche Maßnahmen unternimmt die Bundesregierung, um die Versorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern?

Es wird darauf hingewiesen, dass seit dem 1. Januar 2022 die Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V in Kraft ist, die eine bundesweit einheitliche Erfassung der Barrierefreiheit von Praxen normiert. Diese Richtlinie wird derzeit unter Beteiligung der Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie der maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140 f. SGB V überarbeitet. Nach der bisherigen Fokussierung, insbesondere auf Mobilitätsbeeinträchtigungen, werden derzeit weitere Differenzierungen nach Hörbehinderung/Taubheit, Sehbehinderung/Blindheit sowie nach kognitiven Beeinträchtigungen vorgenommen. Barrierefreiheit wird damit zu einem Überbegriff für unterschiedliche Beeinträchtigungsarten. Außerdem kann der barrierefreie Zugang zur ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung durch die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs lokal gefördert werden (§ 35 Absatz 5 Satz 5 Nummer 6 BPL-RL).

In § 2a SGB V ist ausdrücklich geregelt, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Das gilt auch für die psychotherapeutische Versorgung. Im Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien vereinbart, mit allen Beteiligten einen „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ zu erarbeiten, damit weitere Versorgungsverbesserungen erreicht werden können. Entsprechende Vorarbeiten sind eingeleitet. Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 40 verwiesen.

23. Wenn Versicherte trotz Indikationsstellung für eine dringend erforderliche Psychotherapie zeitnah keinen Behandlungsplatz bei einer Vertragspsychotherapeutin, einem Vertragspsychotherapeuten erhalten, welche Nachweise müssen sie nach Kenntnis der Bundesregierung gegenüber ihrer Krankenkasse vorlegen, um die Kosten für eine Psychotherapie nach § 13 Absatz 3 SGB V („Kostenerstattungsverfahren“) erstattet zu bekommen?

Die Voraussetzungen für die Kostenerstattung einer selbstbeschafften Leistung sind in § 13 Absatz 3 SGB V geregelt. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, welche Nachweise im jeweiligen Einzelfall von der Krankenkasse gefordert werden. Jedenfalls muss der Versicherte, bevor er eine Leistung selbst beschafft, Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen, damit diese die objektive Verfügbarkeit prüfen und dem Versicherten mitteilen kann.

24. Wie viele Anträge auf Kostenerstattung für eine Psychotherapie wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren bei gesetzlichen Krankenversicherungen gestellt (bitte pro Jahr aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

25. Wie viele Anträge auf Kostenerstattung wurden genehmigt oder abgelehnt (bitte pro Jahr aufschlüsseln)?

Gegen wie viele negative Bescheide wurde Widerspruch seitens der Versicherten eingelegt (bitte pro Jahr aufschlüsseln)?

In wie vielen Fällen wurde nach dem Widerspruch der Kostenerstattungsantrag genehmigt (bitte pro Jahr aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

26. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass Versicherte mit einer psychischen Erkrankung ihren Anspruch auf Psychotherapie nicht wahrnehmen können, weil sie weder wohnort- und zeitnah einen Behandlungsplatz bei einer Vertragspsychotherapeutin bzw. einem Vertragspsychotherapeuten finden noch die Kosten für eine Psychotherapie in einer Privatpraxis durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet bekommen, und wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 23 verwiesen.

27. Plant die Bundesregierung, die Kostenerstattung für Psychotherapie für Versicherte zu erleichtern, und wenn ja, inwiefern?

Kennzeichnend in der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Sachleistungssystem, wonach der Versicherte Leistungen erhält, ohne in Vorleistung treten oder direkt mit dem Leistungserbringer abrechnen zu müssen. Der Vorteil des Sachleistungsprinzips liegt unter anderem darin, dass die Arzt-Patient-Beziehung nicht durch Zahlungsflüsse beeinflusst wird. Dieser Grundsatz gilt auch für die psychotherapeutische Versorgung. Versorgungsmängel sind daher nicht durch Ausweitung der Kostenerstattung, sondern innerhalb des Systems der Sachleistung zu beseitigen. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

28. Wie bewertet die Bundesregierung die Situation, dass im Jahr 2020 psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen die häufigste Ursache für stationäre Krankenhausbehandlungen von jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren waren?

Die Zahl stationärer Behandlungen von 15- bis 24-Jährigen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen ist im Jahr 2020 gegenüber dem Vor-Corona-Niveau des Jahres 2019 um rund 13 Prozent zurückgegangen und damit in etwa genauso stark gesunken wie die Zahl der Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020 insgesamt. Wie auch im Jahr 2019 waren im Jahr 2020 psychische und Verhaltensstörungen die häufigste Ursache für stationäre Behandlungen in diesen Altersgruppen.

- a) Wie hat sich dies seit 2020 durch die Corona-Pandemie und als Folge von Ängsten, die durch den Ukraine-Krieg und die prekäre wirtschaftliche Situation vieler Familien entstanden sind, entwickelt?

Der Anteil der Krankenhausbehandlungen bei 15- bis 24-Jährigen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen an den Krankenhausbehandlungen insgesamt ist – wie oben bereits dargestellt – im Jahr 2020 auf dem gleichen Niveau wie im Vor-Corona-Jahr 2019 geblieben. Auch im Jahr 2021 ist der Anteil auf einem vergleichbaren Niveau geblieben. Aus den Daten der Krankenhausdiagnostikstatistik lassen sich keine kausalen Zusammenhänge zwischen pandemie- oder sonstigen krisenbedingten Belastungen und den behandelten Erkrankungen ableiten.

- b) Ist die Bundesregierung bereit, hierzu neue Studien in Auftrag zu geben?

Sofern sich aus der Statistik der kommenden Jahre konkrete Forschungshypothesen ergeben, wird die Bundesregierung auch die Förderung von Studien dazu prüfen.

29. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung, inwiefern stationäre Behandlungsfälle und Wiederaufnahmen aufgrund psychischer Erkrankungen reduziert werden könnten, wenn die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch zusätzliche Kassensitze gestärkt und Wartezeiten auf einen ambulanten Behandlungsplatz abgebaut werden würden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine validen Erkenntnisse vor.

30. Wie bewertet die Bundesregierung, dass laut Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit psychische Erkrankungen insbesondere bei Mädchen und Adipositas bei Jungen während der Pandemie gestiegen sind?
- a) Welche Pläne hat die Bundesregierung, um auf diese Entwicklung zu reagieren?

Die Fragen 30 und 30a werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat im Rahmen der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ (IMA Kindergesundheit) Ergebnisse aus dem DAK Kinder- und Jugendreport 2022 und insbesondere zur Ausbildung von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen zur Kenntnis genommen. Die Daten geben deutliche Hinweise auf Zunahmen der Neudiagnosen einzelner psychischer Erkrankungen wie Depressionen und Essstörungen bei Mädchen im Schul- und Jugendalter – nicht je-

doch bei Jungen der gleichen Altersgruppe – und auf Zunahmen der Neudiagnose von Adipositas bei Jungen. Zu diesen Ergebnissen gehörte, dass die Anzahl diagnostizierter Essstörungen bei Mädchen (15 bis 17 Jahre) in den Jahren 2019 bis 2021 um 54 Prozent gestiegen ist und dass die Anzahl diagnostizierter Adipositas bei Jungen (15 bis 17 Jahre) in den Jahren 2019 bis 2021 um 15 Prozent gestiegen ist. Die in der IMA Kindergesundheit ausgewerteten Studien und ihre Ergebnisse fließen in den Abschlussbericht der IMA ein und bilden eine Grundlage für Handlungsempfehlungen und Maßnahmen zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen bei der Überwindung sekundärer gesundheitlicher Folgen der COVID-19-Pandemie. Der Bericht soll dem Bundeskabinett im Februar 2023 vorgelegt werden.

- b) Gibt es Überlegungen seitens der Bundesregierung für die Etablierung einer konzertierten Aktion zum Aufbau von Sofortprogrammen bzw. anderen Hilfsangeboten?

Im Koalitionsvertrag ist ein Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit vereinbart, um die Situation von Kindern und Jugendlichen in den aktuellen Krisenzeiten mittels Bewegung, Kulturangeboten und Maßnahmen für die körperliche und seelische Gesundheit zu verbessern. Nach Verabschiedung des Bundeshaushaltes 2023 stehen für das Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit im kommenden Jahr 55 Mio. Euro zur Verfügung. Das Zukunftspaket ist so konzipiert, dass Kinder und Jugendliche im Mittelpunkt stehen. Es soll ihnen Raum für Teilhabe und Engagement geben. Junge Menschen werden mit dem Zukunftspaket eingeladen, mit ihren Ideen und ihrer Motivation, ihr Umfeld zu gestalten und zu verändern. Im Fokus der Projekte stehen Bewegung, kulturelle Teilhabe und Gesundheitsförderung. Zudem wird im Rahmen des Zukunftspakets das Modellprogramm „Mental Health Coaches“ an Schulen umgesetzt.

- c) Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Kinder und Jugendliche unter einer komplexen Traumafolgeerkrankung leiden?

Zu komplexen Traumafolgeerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen liegen der Bundesregierung keine aktuellen bevölkerungsbezogenen Zahlen vor. Ältere Studien zeigen, dass ca. 1,3 Prozent bis 1,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland innerhalb ihrer Kindheit und Jugend in Folge von traumatischen Erlebnissen an der PTBS, die eine der häufigsten Traumafolgeerkrankungen darstellt, erkranken.

- d) Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Kinder und Jugendliche nach einem Strafverfahren z. B. im Childhoodhouse in eine traumatherapeutische Behandlung kommen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

- e) Ist der Bundesregierung bekannt, dass eine Traumatherapie für ein Strafverfahren eine Kontraindikation darstellt?

Was plant die Bundesregierung hier zu unternehmen, damit eine zeitnahe Behandlung ermöglicht wird?

Soweit sich die Frage auf einen möglichen Konflikt zwischen einer traumatherapeutischen Behandlung potentiell Geschädigter und ihrer Glaubwürdigkeit als Zeugen und Zeuginnen in einem späteren Strafverfahren bezieht, ist anzumerken, dass der Bundesgerichtshof in seiner Rechtsprechung Mindestanforderungen an die aussagepsychologische Begutachtung von Zeugen und Zeuginnen im Strafverfahren aufgestellt hat (Bundesgerichtshof, Urteil vom 30. Juli 1999

– Az. 1 StR 618-98). Aus dieser Rechtsprechung folgt jedoch nicht, dass potentiell Geschädigten davon abgeraten werden sollte, vor Abschluss des Strafverfahrens eine Therapie in Anspruch zu nehmen. Eine Therapie beeinträchtigt den Beweiswert einer Aussage nach dieser Rechtsprechung nicht grundsätzlich. Die Entstehungsgeschichte einer Aussage, einschließlich einer Therapie und der Möglichkeit von Suggestion, muss allerdings bei der Beweiswürdigung stets berücksichtigt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass insbesondere suggestive Vorgehensweisen nicht Teil einer professionell durchgeführten Psychotherapie sind. Die Bundesregierung bemüht sich hier um Aufklärung und einen verbesserten Dialog der betroffenen beruflichen Akteure. Zuletzt hat das Bundesministerium der Justiz im Oktober 2022 ein interdisziplinäres Symposium zu dieser Problematik veranstaltet, um verschiedene Aspekte dieser Problematik, den aktuellen Stand der Forschung und mögliche Implikationen für die Praxis vorzustellen und Gelegenheit zu einer intensiven Debatte über die besten Wege im Umgang mit traumatisierten Betroffenen von Straftaten zu geben, deren Aussagen im Rahmen des Strafverfahrens als Beweismittel verwendet werden sollen. Zudem hat die Bundesregierung in der Begründung zum Gesetzentwurf Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder wie folgt klargestellt: „Auch darf und muss, soweit medizinisch-psychologisch indiziert, ohne Rücksicht auf die in einem Strafverfahren anstehenden Vernehmungen mit einer Therapie begonnen oder eine bereits begonnene Therapie weiter durchgeführt werden. Anderslautende Empfehlungen, mit dem Therapiebeginn bis zum Abschluss des Strafverfahrens zuzuwarten, wären geeignet, die Gesundheit der Verletzten zu gefährden und finden eine Stütze weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung. Insbesondere ist der Beweiswert von Zeugenaussagen, die erst nach oder während einer Therapie erfolgen, nicht generell geringer. Es ist lediglich erforderlich, dass das Tatgericht die Tatsache der Therapie in seinem Urteil erwähnt und sich bei der Beweiswürdigung auch mit dieser Tatsache auseinandersetzt (BGH, Beschluss vom 25. November 1998 – Az. 2 StR 496/98, NStZ-RR 1999, 108).“ Eine Strafanzeige oder ein Ermittlungs- oder Strafverfahren stehen damit einer Therapie nicht entgegen.

- f) Kennt die Bundesregierung das Problem, dass durch die Umsetzung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychTherAus-bRefG) ganze Berufsgruppen (hier: pädagogische und soziale Berufsabschlüsse) keinen Zugang zur Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mehr haben werden, da diese nach dem o. g. Gesetz die Zulassung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung verloren haben?

Ist der Bundesregierung bewusst, dass hierdurch ein massiver Versorgungsnotstand für Kinder und Jugendliche existieren wird, der nicht von Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzten aufgefangen werden kann?

Wie will die Bundesregierung hierauf reagieren?

Im Rahmen des vom Fragesteller genannten Gesetzgebungsverfahrens ist die Frage des künftigen Bedarfs an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten intensiv geprüft und diskutiert worden. Die Bundesregierung war davon ausgegangen, dass 2 500 Studienplätze für den neuen Studiengang zur Verfügung stehen. Die Entwicklungen deuten bereits darauf hin, dass diese Zahl überschritten werden wird. Dementsprechend geht die Bundesregierung nicht davon aus, dass sich der Psychotherapeutenberuf zu einem Mangelberuf entwickeln wird.

Die angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden zudem im Studium altersgruppenübergreifend qualifiziert. Sie sind damit in der Lage, die Entscheidung für eine spätere Weiterbildung, insbesondere auch in der

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, auf der Grundlage eines abgeschlossenen Masterstudiums zu treffen, in dem sie bereits Erfahrungen in der psychotherapeutischen Versorgung über alle Altersgruppen hinweg sammeln konnten.

- g) Kennt die Bundesregierung das Problem, dass (in Anlehnung an die neue „Musterweiterbildungsverordnung“ zur Umsetzung des neuen PsychTherAusbRefG) es viel zu wenig postgraduale psychotherapeutische Weiterbildungseinrichtungen bzw. Weiterbildungsplätze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt, welche die neuen Anforderungen im neuen Gesetz leisten können?

Wie will die Bundesregierung auf diese weitere Verringerung der künftigen psychotherapeutischen Versorgung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie reagieren?

Für die Regelungen der Weiterbildung sind die Länder bzw. die berufsständischen Kammern zuständig. Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die Psychotherapeutenkammern im Rahmen dieser Zuständigkeit auch mit Fragestellungen zur Umsetzbarkeit der Anforderungen, die sich aus den Weiterbildungsordnungen ergeben, beschäftigt haben.

Im Übrigen weist die Bundesregierung darauf hin, dass aufgrund der Übergangsvorschriften in § 27 Absatz 2 Psychotherapeutengesetz parallel zu dem neuen Recht bis zum Jahr 2032 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch nach altem Recht ausgebildet werden, so dass sich hier ein fließender Übergang ergibt.

31. Hat die Bundesregierung eine Untersuchung in Auftrag gegeben, um den in der Vorbemerkung der Fragesteller vermuteten Zusammenhang zwischen Behandlungszahlen, Unterversorgung und z. B. Homeschooling bei Kindern und Jugendlichen empirisch zu validieren (Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit)?

Welche Konsequenzen wird die Bundesregierung daraus ziehen, wenn dieser Zusammenhang empirisch belegt wird?

Die Bundesregierung hat mehrere Studien in Auftrag gegeben zur Untersuchung der gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen im Kontext der COVID-19-Pandemie (siehe die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 18 und 19 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 20/5027), jedoch keine explizite Studie zur Validierung der genannten Fragestellung. Bezüglich der Schlussfolgerungen wird auf die Antworten zu den Fragen 30 und 30a und 30b verwiesen.

32. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag, Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche auszuweiten sowie einen besseren Schlüssel für die Betreuung von Schülerinnen und Schülern durch Schulpsychologinnen und Schulpsychologen aufzustellen und die schulpsychologischen Dienste stärker systematisch mit der ambulanten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung zu vernetzen?

Die Bundesregierung begrüßt die Ausweitung von Gruppentherapien für Kinder und Jugendliche. Mit Gruppentherapien können psychisch belastete oder erkrankte Kinder und Jugendliche in höherer Anzahl und kurzfristiger erreicht werden. Außerdem können Peer-Effekte auch für therapeutische Prozesse genutzt werden und somit für viele Teilnehmende im therapeutischen Prozess zuträglich sein.

Der G-BA hat mit der am 18. Februar 2021 in Kraft getretenen Erweiterung seiner PT-RL ein neues gruppenpsychotherapeutisches Therapieangebot geschaffen. Nach § 11a Absatz 1 Satz 2 PT-RL dient die sogenannte Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung der strukturierten Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie aufzubauen und zu stärken. Die Wahrnehmung dieses Therapieangebots durch Kinder und Jugendliche ist hierbei explizit vorgesehen. So kann nach § 11a Absatz 3 Satz 2 PT-RL bei Kindern und Jugendlichen im Falle einer Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 500 Minuten) erbracht werden.

Darüber hinaus berät der G-BA aktuell über die KSVPsych-RL (siehe Antwort zu Frage 2b) für Kinder und Jugendliche. Es ist davon auszugehen, dass ein Ziel der Regelungen darin bestehen wird, vorhandene Angebote stärker mit der ambulanten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung zu vernetzen.

Im Rahmen der aktuellen Diskussionen der IMA Kindergesundheit (siehe Antwort zu den Fragen 30 und 30a) wurde auch die Bedeutung der schulpсихologischen Dienste herausgestrichen und eine Ausweitung und Vernetzung empfohlen. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Ländern und Kommunen.

33. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, eine eigene Arztgruppe zu bilden?
  - a) Wie viele zusätzliche Kassensitze für Psychotherapie würden hieraus resultieren?
  - b) Hält die Bundesregierung einen zusätzlichen gesetzlichen Auftrag an den G-BA zur Absenkung der Verhältniszahlen für erforderlich, um zusätzliche Kassensitze zu schaffen, die die langen Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie abbauen können?

Die Fragen 33 bis 33b werden gemeinsam beantwortet.

Der Vorschlag wurde vom G-BA in der Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022, BGBl. I S. 1990) vorgebracht. Der G-BA schlägt hierzu eine Änderung in § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V vor. Die Bundesregierung wird diesen Vorschlag in Zusammenhang mit den beabsichtigten gesetzlichen Änderungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung prüfen.

34. Welche Pläne verfolgt die Bundesregierung, um die PIAs (Psychologische Institutsambulanzen) zu stärken und damit die wohnortnahe Versorgung zu garantieren bzw. zu verbessern?

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) werden nach § 118 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigt, um eine bedarfsgerechte Behandlung von bestimmten Patientengruppen sicherzustellen. Im Rahmen der beabsichtigten Gesetzgebung zur psychotherapeutischen Versorgung wird die Bundesregierung auch die Rolle der PIAs überprüfen.

Die KSVPsych-RL des G-BA sieht im Rahmen dieser Versorgung eine aktive Rolle der PIAs vor. So muss mindestens ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene Teil des Netzverbundes sein. § 4 Absatz 1 Satz 4 KSVPsych-RL sieht in Ergänzung dazu die Teilnahme eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses mit einer PIA nach § 118 SGB V als Kooperationsvertragspartner explizit vor. Die Vergütung für die Leistungen, die durch die PIAs im Rahmen dieser Versorgung erbracht werden, hat gemäß § 120 Absatz 2 Satz 7 SGB V nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu erfolgen. Für andere Leistungen, die nicht unter diese Richtlinie fallen, wird die Vergütung von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den jeweiligen Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land individuell vereinbart.

35. Hält die Bundesregierung eine gesetzliche Regelung für erforderlich, die parallele Behandlungen von Patientinnen und Patienten in den PIAs und bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich erlaubt, um insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten eine umfassende ambulante multiprofessionelle Versorgung zu ermöglichen?

Eine wichtige Grundlage der Arbeit der PIAs bildet die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 Absatz 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV (PIA-Vereinbarung). Anlage 1 zur PIA-Vereinbarung vom 30. April 2010 enthält eine Spezifizierung der Patientengruppe gemäß § 3 PIA-Vereinbarung, in deren Abschnitt „2. Einschlusskriterien für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrischen Institutsambulanz“ unter Ziffer 3 Ausschlusskriterien für die Behandlung in der PIA definiert werden. Danach ist eine solche auch bei der Erfüllung der Einschlusskriterien nicht angezeigt, wenn eine kontinuierliche und ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt bzw. durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten erfolgt und ein ausreichend stützendes soziales Netzwerk besteht.

Dieses Kriterium ist mit dem in § 1 Satz 2 PIA-Vereinbarung formulierten Ziel konsistent, das Angebot der PIAs an die Kranken zu richten, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend erreicht werden.

Hinsichtlich der Rolle der PIAs im Rahmen der Versorgung gemäß der KSVPsych-RL des G-BA wird auf die Antwort zu Frage 34 verwiesen. Mit Blick auf die neue Versorgung nach der KSVPsych-RL erscheint eine gesetzliche Regelung nicht angezeigt.

36. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung, in welchem Umfang schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten in den PIAs eine intensive, multiprofessionelle Behandlung mit mindestens wöchentlichem Behandlungskontakt erhalten?

Verlässliche Daten zur Versorgungssituation in PIAs liegen der Bundesregierung nicht vor.

37. Was plant die Bundesregierung, um mehr ambulante Behandlungskapazitäten und Angebote insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten zu schaffen, um stationäre Fälle zu vermeiden oder zu verkürzen?

Wie sollen Sektorenübergänge von stationär nach ambulant verbessert werden?

Ein zentrales Ziel der KSVPsych-RL des G-BA ist die Erleichterung des Übergangs zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung. Sie soll explizit für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung schaffen. Dieses Ziel soll insbesondere durch Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung, eine zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, eine qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung, eine Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten, eine Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund, einen abgestimmten, verbindlichen Gesamtbehandlungsplan, eine Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, den Einbezug des sozialen Umfelds sowie den strukturierten Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V erreicht werden.

38. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um vor dem Hintergrund, dass inzwischen an vielen Tagen, insbesondere an Wochenenden, Notfallpatientinnen und Notfallpatienten an den psychiatrischen Kliniken nicht mehr zügig und vor allem von dezentralen Versorgungsstrukturen aufgenommen werden, weil sich Krankenhäuser zunehmend abmelden, die Versorgung zu verbessern?

Für die Sicherstellung der stationären Versorgung, einschließlich der psychiatrischen Versorgung durch Krankenhäuser, sind die Länder zuständig. Es ist insofern Aufgabe der Länder, im Rahmen ihrer Planungshoheit die stationäre Versorgung mit Leistungen zur Behandlung psychischer Notfälle in hinreichendem Umfang sicherzustellen. Die Bundesregierung hat insoweit keine Einwirkungsmöglichkeiten.

39. Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Umfang Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Abschluss der Ausbildung bzw. Weiterbildung regelmäßig weiterhin Supervision oder Intervention beanspruchen?

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes erstreckt sich auf die sogenannte Erstzulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen, nicht aber auf Regelungen zur Berufsausübung. Dementsprechend ist der Bundesregierung nicht bekannt, ob und in welchem Umfang Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen ihrer Berufsausübung Supervisionen oder Interventionen in Anspruch nehmen.

40. Inwiefern unternimmt die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und Kommunen Anstrengungen, die psychosozialen Versorgungsangebote für Patientinnen und Patienten mit und ohne Behinderungen zu stärken?

Bereits jetzt besteht eine Leistungspflicht der GKV für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen im ambulanten und stationären Bereich, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind – insbesondere gemäß den entsprechenden Richtlinien des G-BA, der diese fortlaufend überprüft und ggf. anpasst.

Das Spektrum psychosozialer Angebote ist breit gefächert und reicht von niedrigschwelligen Beratungsstellen freier Träger bis hin zu den sozialpsychiatrischen Diensten der Kommunen. Daneben sind auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege zentrale Akteure der psychosozialen Versorgung, die grundsätzlich nicht im Regelungskreis des SGB V enthalten ist. Die Vernetzung mit diesen Angeboten ist gleichwohl Ziel der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der GKV, wie etwa in der KSVPsych-RL des G-BA vorgesehen. So sollen nach § 3 Absatz 5 Nummern 6 bis 9 KSVPsych-RL des G-BA insbesondere psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, Traumaambulanzen, Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten zur Adressierung des Versorgungsziels einer Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V berücksichtigt werden.

Hinzuweisen ist ebenfalls auf das im Koalitionsvertrag festgehaltene Vorhaben, die psychosoziale Hilfe für geflüchtete Menschen zu verstetigen.

Das BMAS beabsichtigt darüber hinaus, die Barrierefreiheit in Deutschland im Rahmen der Bundesinitiative Barrierefreiheit, gemeinsam mit allen aus dem Koalitionsvertrag betroffenen Bundesressorts, voranzutreiben. Dazu wurde ein Eckpunktepapier erstellt, welches am 30. November 2022 durch das Kabinett beschlossen wurde. Das Eckpunktepapier greift die Barrierefreiheit im Bereich Gesundheit als einen Schwerpunkt auf. Dazu gehört u. a. die Erstellung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen (siehe hierzu die Antwort zu Frage 22). Hierbei werden auch die Länder und Kommunen über einen kontinuierlichen Beirat an den Maßnahmen der Bundesinitiative Barrierefreiheit beteiligt.

**Anlage**

Antwort zu den Fragen 19 und 20; Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Antwort KV-Abfrage gesamt

Jahr	Sonderbedarf <sup>1)</sup>		Ermächtigungen <sup>2)</sup>	
	Anträge gesamt <sup>3)</sup>	negativ beschieden	Anträge gesamt <sup>3)</sup>	negativ beschieden
2020	144	59	181	22
2021	204	94	217	73

<sup>1)</sup> Angemerkt wurde von einigen KVen, dass nicht unterschieden wurde zwischen Sonderbedarfszulassungen, -anstellungen, -nachbesetzungen o. ä.

<sup>2)</sup> Angemerkt wurde von einigen KVen, dass nicht unterschieden wurde zwischen Erst-, Folgeanträgen. Die Zahlen enthalten zudem unterschiedliche Ermächtigungstatbestände.

<sup>3)</sup> Es werden grds. alle Anträge gezählt, da nicht unterschieden wurde zwischen laufenden, zurückgezogenen und beschiedenen Anträgen.

**Anlage**

Antwort zu den Fragen 19 und 20; Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Antworten KV-Abfrage gesamt pro KV

Fragen	Baden- Württemberg	Bayern	Berlin	Bran- denburg	Bremen	Ham- burg	Hessen	Mecklenburg Vorpommern	Nieder- sachsen
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2020 gestellt?	9	13	13	9	0	5	3	2	15
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	3	6	9	1	0	0	0	1	7
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2021 gestellt?	3	24	12	10	2	7	14	12	25
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	2	15	3	4	2	2	11	8	10
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Ermächtigung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2020 gestellt?	19	43	4	0	0	5	6	0	24
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	0	5	0	0	0	0	3		0
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Ermächtigung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2021 gestellt?	13	48	5	2	0	2	82	1	26

Fragen	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	0	10	0	0	0	0	52		1
Anmerkungen	Es werden nur positiv oder negativ beschiedene Anträge gezählt. Zurückgezogene oder laufende Verfahren werden nicht berücksichtigt. Anstellungen bzw. Arbeitszeiterhöhungen im Sonderbedarf werden nicht mitgezählt.	In der Zählung der Sonderbedarfsanträge werden Anträge auf Zulassung, Teilzulassung und Anstellung erfasst. Bei der Zählung der Erstmachtigungen werden Erst- und Folgeanträge berücksichtigt.					Bei den Erstmachtigungen werden Erstmachtigungen und Erneuerungen von Erstmachtigungen gezählt.		

Fragen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	Summe
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2020 gestellt?	21	1	0	1	2	6	4	40	144
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	3	0	0	0	1	3	0	25	59
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2021 gestellt?	23	2	0	16	1	14	3	36	204
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	3	0	0	1	0	6	2	25	94
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Ermächtigung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2020 gestellt?	8	3	0	14	19	2	9	25	181

Fragen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	Summe
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	0	0	0	0	1	0	3	10	22
Wie viele Anträge auf Erteilung einer Ermächtigung wurden von Psychotherapeuten im Jahr 2021 gestellt?	8	4	0	4	2	4	2	14	217
Wie viele Anträge wurden davon negativ beschieden?	0	0	0	1	1	1	0	7	73
Anmerkungen	<p>Es wird darauf darauf hingewiesen, dass derzeit 22 Anträge von Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten und therapeuten auf Ermächtigung in Bearbeitung sind. Diese haben die Behandlung zur Bewältigung der seelischen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche aufgrund der COVID-19-Pandemie zum Inhalt. Diese Verfahren befinden sich derzeit noch in der jeweils konkreten Bedarfsprüfung und sind noch nicht abgeschlossen.</p> <p>Bei Sonderberufen werden Zulassungen und Anstellungen gezählt, Verlegungen und Nachbesetzungen werden nicht mitgezählt. Bei Ermächtigungen werden 'Erneute Ermächtigungen' nicht mitgezählt.</p>								

