

Kleine Anfrage

der Fraktion der CDU/CSU

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ländlichen Räumen

Die Versorgungssicherheit muss für Menschen in der Stadt und in ländlichen Räumen auch zukünftig gewährleistet werden. Dies gilt auch für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch für sie ist die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten in Wohnortnähe besonders wichtig. Die Folgen einer psychischen Erkrankung und damit einhergehende Herausforderungen im Alltag können den Zugang zur Versorgung erschweren, auch längere Anfahrtswege können eine Barriere für Patientinnen und Patienten sein (www.harite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/neues_therapieangebot_fuer_menschen_mit_schwerer_angsterkrankung/). Darüber hinaus sind viele Patientinnen und Patienten auf Begleitung angewiesen, um die Behandlung in einer Praxis zu beanspruchen. Das ist insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen der Fall (www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJ_u_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf). Doch gleichzeitig ist die Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in ländlichen Räumen nicht gleichermaßen gewährleistet wie in Städten und Ballungsräumen. Die Anzahl der Versorgungsangebote pro Einwohner ist deutlich geringer und vielfach mit langen Fahrtwegen verbunden (www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf).

Kernelement der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte. Die Weiterbildung ausreichender Fachkräfte ist nach Ansicht der Fragesteller für die Gewährleistung der Versorgung auch in Zukunft im Rahmen der Neuregelungen zur Ausbildung in der Psychotherapie zentral. Die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im ambulanten Bereich in Psychotherapiepraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Weiterbildungsambulanzen für mindestens zwei Jahre absolviert werden muss, ist daher dringend sicherzustellen. Aus Sicht der Fragesteller sind entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten zugleich bedeutsam für eine regionale Bindung von Fachkräften – insbesondere auch in ländlichen Räumen.

Dennoch fehlen nach Auffassung der Fragesteller im Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) der Bundesregierung umfassende Maßnahmen, um die ambulante Weiterbildung von Psychotherapeuten tatsächlich zu sichern. Dabei wird insbesondere die Bedeutung der Praxen und MVZ bisher ganz außer Acht gelassen. Dies ist aus Sicht der Fragesteller auch deshalb unverständlich, da bereits mit einer Petition im Deutschen Bundestag (Petition 148151) auf den Handlungsbedarf hingewiesen wurde und der Deutsche Bundestag diese mit dem höchstmöglichen Votum „zur Berücksichtigung“ an die Bundesregierung überwiesen hat. Des Weiteren hat auch der Bundesrat in

seiner Stellungnahme zum Entwurf eines GVSG empfohlen, die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung zu sichern (vgl. 234/24 (B)).

Eine nachhaltige Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu regionalen, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten mit attraktiven Arbeitsbedingungen für die immer knapper werdenden Fachkräfte setzt zudem voraus, dass sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in die Regelversorgung und Regelfinanzierung überführt werden. Diese in anderen Ländern längst etablierten und auch in Deutschland nunmehr über viele Jahre erprobten und evaluierten patientenzentrierten, sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsformen (Regionalbudgets, Modellprojekte nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)) sind nach Ansicht der Fragesteller das Versorgungsmodell der Zukunft und sollten zukünftig allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

Mit einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 22./23. Juni 2022 wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) daher aufgefordert, für eine zügige Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsmodelle (Regionalbudgets, Modellprojekte nach § 64b SGB V) in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu sorgen. Zuletzt hat die Gesundheitsministerkonferenz vom 12./13. Juni 2024 das BMG erneut mit einem entsprechenden Beschluss aufgefordert, ein bundesweites Rahmenkonzept für die Budgetfindung und Abfindung von Vergütungsmodellen zu erarbeiten. Das BMG wird in diesem Beschluss konkret aufgefordert, entsprechende gesetzliche Grundlagen im SGB V, in der BPflV und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu schaffen.

Unabhängig davon sind nach Ansicht der Fragesteller auch in der psychotherapeutischen Versorgung Maßnahmen zur Entbürokratisierung geboten, um die wertvolle Zeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen, und wie hat diese sich in den letzten zehn Jahren entwickelt?
2. Inwiefern unterscheidet sich nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen, die in städtischen Ballungsräumen leben, gegenüber Menschen, die in ländlichen Räumen leben, und wie hat diese sich in den letzten zehn Jahren entwickelt?
3. Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in den nächsten zehn Jahren, und welche Unterschiede zwischen städtischen Ballungsräumen und ländlichen Räumen werden prognostiziert (bitte nach stationär und ambulant differenzieren)?
4. Wie wirkt sich nach Kenntnis der Bundesregierung eine frühzeitige Diagnose und Behandlungsbeginn bei Menschen mit psychischen Erkrankungen auf die durchschnittliche Behandlungsdauer und den Heilungserfolg aus?
5. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung vor, inwiefern sich die durchschnittliche Wartezeit auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zwischen den Kreistypen in der Bedarfsplanung aufgrund der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterscheidet?

6. Wie positioniert sich die Bundesregierung dazu, dass in Kreistypen mit wenig oder keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen deutlich weniger Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten pro Versichertem gegenüber den anderen Kreistypen vorgesehen sind, und wie steht dies in Bezug auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen der Bevölkerung in diesen Gebieten?
7. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse mit Blick auf städtische Ballungszentren und ländliche Räume auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung ist, und inwiefern kann dies über eine Anpassung der Verhältniszahlen in der BPL-RL für die psychotherapeutische Versorgung erfolgen, welche Faktoren beeinflussen aus der Sicht der Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgung im ländlichen Raum?
8. Wie viele zusätzliche Kassensitze für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstehen nach Prognose des (BMG) durch die im GVSG vorgesehene separate Beplanung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, und inwieweit reichen diese aus Sicht der Bundesregierung aus, um dem gestiegenen Bedarf gerecht zu werden?
9. In welchem Umfang sind aus Sicht der Bundesregierung zusätzliche Kassensitze für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen insgesamt mindestens erforderlich?
10. Erwartet die Bundesregierung, dass durch eine separate Beplanung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, auch zusätzliche Kassensitze für die Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen entstehen, und wenn ja, warum, und wie viele, und wenn nein, warum nicht?
11. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass auch psychisch erkrankte Erwachsene in ländlichen und strukturschwachen Regionen einen Anspruch auf eine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung haben, und inwiefern werden die aktuellen Verhältniszahlen der BPL-RL diesem Anspruch gerecht?
12. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um auch für psychisch erkrankte Erwachsene die Verhältnisse in der Gesundheitsversorgung zwischen ländlichen Räumen und städtischen Ballungszentren anzugleichen?
13. Besteht aus der Sicht der Bundesregierung ein Bedarf, das interdisziplinäre Zusammenwirken der verschiedenen Leistungserbringer in der psychotherapeutischen Versorgung und dementsprechend die Folgen der rückläufigen hausärztlichen Kapazitäten sowie den Psychiatermangel bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen?
14. Wie bewertet die Bundesregierung die Möglichkeit, durch Einräumung von mehr Flexibilisierung und mehr regionalen Gestaltungsmöglichkeiten, insbesondere beispielsweise dort, wo unbesetzte Haus- und Kinderarztsitze sind, die Versorgung psychischer Erkrankungen sicherzustellen?
15. Welche Bedeutung werden aus der Sicht der Bundesregierung digitale Angebote zur Versorgung von psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen erhalten, und welche Maßnahmen will die Bundesregierung hier gegebenenfalls ergreifen?

16. Welche Informationen liegen der Bundesregierung vor, inwiefern Ermächtigungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen zeitlich begrenzt werden und für wie viele Jahre im Durchschnitt eine Ermächtigung erteilt wird?
17. In wie viel Prozent der Fälle wird nach Kenntnis der Bundesregierung eine an eine Ärztin bzw. einen Arzt oder an eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten erteilte Ermächtigung verlängert, und um wie viele Jahre im Durchschnitt (bitte nach Fachgebiet und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) differenzieren)?
18. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, nach welchen Kriterien die Zulassungsausschüsse darüber entscheiden, für welchen Zeitraum eine Ermächtigung erteilt wird?
19. Inwiefern ist es nach Ansicht der Bundesregierung geboten, dass bei den geplanten Regelungen im GVSG in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zur Ermächtigung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Ärztinnen und Ärzten für die psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, eine zeitliche Begrenzung der Ermächtigungen entfällt oder die Ermächtigung für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren erteilt wird, um für die benannten Patientengruppen die Versorgung und die Kooperationsstrukturen nachhaltig zu stärken?
20. Kann aus Sicht der Bundesregierung die Versorgung von Menschen mit bestehender Suchterkrankung durch die im GVSG geplanten Ermächtigungen gestärkt werden, obwohl die Psychotherapie-Richtlinie ein Abstinenzgebot vorsieht, demnach eine Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten, die bis zur zehnten Behandlungsstunde keine Abstinenz erreicht haben oder können, nicht durch- bzw. weitergeführt werden darf, und wenn ja, inwiefern?
21. Schließt die geplante Regelung im GVSG in der Ärzte-ZV zur Ermächtigung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Ärztinnen und Ärzten für die psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, auch eine Stärkung des Versorgungsangebots von Kindern und Jugendlichen ein, die in diese Patientengruppen fallen, und wenn ja, inwiefern?
22. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung dazu vor, wie häufig bei Patientinnen und Patienten mit Traumafolgestörung ein Antrag auf Verlängerung der psychotherapeutischen Behandlung bei den Krankenkassen gestellt wird, wenn die Behandlungsstunden gemäß Psychotherapie-Richtlinie ausgeschöpft wurden, und welche Informationen liegen der Bundesregierung vor, wie häufig die Verlängerungsanträge von den Krankenkassen genehmigt bzw. abgelehnt werden?
23. Sieht die Bundesregierung es als geboten an, dass heute schon ausreichend Fachkräfte weitergebildet werden müssen, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch zukünftig sicherzustellen, und stimmt die Bundesregierung den Fragestellern zu, dass ein potenzieller oder drohender Fachkräftemangel frühzeitig abgewendet werden sollte?

24. Wird die Bundesregierung der Empfehlung des Bundesrates zum GVSG nachkommen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Möglichkeit von Regelungen zur Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierungsstruktur u. a. auch für Aufgaben der Weiterbildungsteilnehmenden im Bereich der Theorie und Selbsterfahrung sowie für den anfallenden Kostenaufwand einer gebotenen Supervision zu prüfen, und wenn ja, wie?
25. Inwiefern können nach Ansicht der Bundesregierung Angebote der ambulanten Weiterbildung in ländlichen Räumen dazu beitragen, dass eine Niederlassung in ländlichen Räumen gefördert und damit auch zukünftig die Gesundheitsversorgung dort gesichert wird?
26. Kann aus Sicht der Bundesregierung ein Konsiliarbericht vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten entfallen, die zuvor eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung erhalten haben, und wenn ja, inwiefern, und ist hierzu eine gesetzliche Änderung erforderlich?
27. Liegen der Bundesregierung seit ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 20/6856 neue Erkenntnisse vor, inwieweit aus Sicht der Bundesregierung das vom G-BA auf Basis der Konzeption des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beschlossene Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten Psychotherapie, das zunächst in Nordrhein-Westfalen (NRW) über sechs Jahre erprobt werden soll, geeignet ist, um evidenzbasiert zur Sicherung und Steigerung der Qualität in der ambulanten Psychotherapie beizutragen, und wenn ja, welche, und wie bewertet die Bundesregierung diese?
28. Liegen der Bundesregierung seit ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 20/6856 neue Erkenntnisse vor, inwiefern sich die Ergebnisse des QS-Verfahrens in der ambulanten Psychotherapie dazu eignen, Informationen dazu zu erhalten, bei welcher Patientengruppe mit bestimmten psychischen Erkrankungen die Behandlungsprozesse und Behandlungsergebnisse Qualitätspotenziale aufweisen und gesteigert werden sollten, und wenn ja, welche, und wie bewertet die Bundesregierung diese?
29. Liegen der Bundesregierung seit ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 20/6856 neue Erkenntnisse vor, auf welche Summe sich die Kosten für die sechsjährige Erprobung des QS-Verfahrens der datengestützten QS in der ambulanten Psychotherapie nach § 136a Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in NRW insgesamt belaufen werden, einschließlich der Dokumentationsaufwände, der Kosten für die Beschaffung und Pflege der Software, der Aufwände in der Versendestelle, den Datenannahmestellen, den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung und deren Fachkommission, den beteiligten Praxen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren und der Bundesauswertungsstelle, und wenn ja, welche, und wie bewertet die Bundesregierung diese?
30. Welche neuen Prognosen oder Erkenntnisse sind der Bundesregierung seit ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 20/6856 dazu bekannt, welche Kosten bei einer bundesweiten Umsetzung des QS-Verfahrens jährlich zu erwarten sind, und wie bewertet sie den Kosten-Nutzen-Aufwand?

31. Hat die Bundesregierung neue Schlussfolgerungen seit ihre Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 20/6856 gezogen, inwiefern es erforderlich ist, dass der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Absatz 2a SGB V angepasst wird, um eine ergebnisoffene Evaluation der Erprobung des QS-Verfahrens in NRW zu ermöglichen und dem G-BA den Gestaltungsspielraum zu schaffen, im Falle eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses oder einer fehlenden Eignung des QS-Verfahrens für die ambulante Psychotherapie alternativ einen adäquaten Qualitätssicherungsansatz zu etablieren?
32. Welche Bedeutung hat aus der Sicht der Bundesregierung der Einsatz von Schulsozialarbeitern und Schulpsychologen, und hält die Bundesregierung hier einen flächendeckenden Ausbau für notwendig?
 - a) Wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung dazu zu ergreifen, und wie sollen diese auskömmlich finanziert werden?
 - b) Wenn nein, warum ist der Einsatz von Schulsozialarbeitern und Schulpsychologen aus der Sicht der Bundesregierung keine geeignete Maßnahme, um dem steigenden Bedarf an psychiatrischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu begegnen, und welche Maßnahmen will sie stattdessen treffen, um Kindern und Jugendlichen in ihren Lebenswelten auch präventiv zu begegnen?
33. Was hat die Bundesregierung bisher unternommen, um den in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten Forderungen der Gesundheitsministerkonferenz nachzukommen?
34. Plant die Bundesregierung derzeit ein bundesweites Rahmenkonzept für die Budgetfindung und Abfindung von Vergütungsmodellen, oder plant die Bundesregierung in diesem Zusammenhang ggf. alternative Maßnahmen?
35. Bis wann kann mit einer Regelung zur Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsmodelle (Regionalbudgets, Modellprojekte nach § 64b SGB V) in die Regelversorgung gerechnet werden?

Berlin, den 2. Oktober 2024

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion

