

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/13338 –

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ländlichen Räumen

Vorbemerkung der Fragesteller

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.charite.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/KiJu_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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Es ist ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung, dass Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen die bedarfsgerechte Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation erhalten. Wichtig ist dabei insbesondere eine flächendeckende Versorgung, die nicht nur städtische Ballungszentren, sondern auch ländliche Regionen berücksichtigt.

Das deutsche Gesundheitswesen hält bereits ein breit angelegtes, niedrigschwellig zugängliches und ausdifferenziertes Versorgungsangebot für die Behandlung psychischer Erkrankungen vor.

In Umsetzung des Koalitionsvertrags zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP enthält der Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG-E) und zudem Maßnahmen, die auf eine flächendeckende, insbesondere auch zielgerichtete und auf die spezifischen Bedürfnisse ausgerichtete psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung abzielen. Der Zugang soll insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für diejenigen besonders vulnerablen Versicherten verbessert werden, die einen erschwerten Zugang zur Versorgung haben.

Es sollen die gesetzlichen Voraussetzungen für eine separate Bedarfsplanung derjenigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychothera-

peuten geschaffen werden, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Damit kann die Bedarfsplanung zukünftig zielgerichteter auf die Versorgungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet werden.

Für vulnerable Patientinnen und Patienten sollen zusätzliche psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsaufträge im Rahmen eines neuen Ermächtigungstatbestandes in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) entstehen.

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen, psychosomatischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bestehen seit 2013. Sie sind auf die sektorenübergreifende Verbesserung der Patientenversorgung ausgerichtet, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll mindestens ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V durchgeführt werden. Verschiedene Evaluationsansätze geben Hinweise darauf, dass die Behandlung im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V zu einer Reduktion der vollstationären Betten sowie von voll- und teilstationären Behandlungstagen beitragen kann. Gleichwohl ist bislang die Evaluation der bereits bestehenden Modellvorhaben gemäß § 65 SGB V noch nicht abgeschlossen.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung aus dem Jahr 2019 (BGBl. I 2019, 1604) wurde die Psychotherapeutenausbildung reformiert. Um an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) teilnehmen zu können, ist neben der Approbation der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung erforderlich (§ 95c Absatz 1 SGB V). Dabei hat der Bund für die Weiterbildung in den Heilberufen keine Gesetzgebungskompetenz, so dass Inhalte und Organisation der Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf der Grundlage der Heilberufe-Kammergesetze der Länder geregelt werden. Um eine Anpassung an die Regelungen der bestehenden Weiterbildungsordnungen der Länder zu erreichen, sieht der GVSG-E für den ambulanten Bereich die Streichung der Nennung der Weiterbildungsteilnehmer in § 117 Absatz 3c Satz 3 SGB V vor, da diese Regelung den Weiterbildungsordnungen widerspricht, die eine hauptberufliche Tätigkeit (in Vollzeit) vorsehen. Zudem werden die Ambulanzen nach § 117 Absatz 3b SGB V in § 120 Absatz 2 und 3 SGB V aufgenommen, damit diese ihre Vergütung für die Leistungserbringung durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiW) mit den Krankenkassen frei verhandeln können. Auch die Regelung in § 120 Absatz 4 SGB V für das Verfahren vor der Schiedsstelle gilt hier. Darüber hinausgehende Regelungen im Bereich der GKV sind durch die Bundesregierung nicht möglich, da insoweit die Leistungsverpflichtung der GKV nicht betroffen ist.

Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Ausgestaltung und Umsetzung der Qualitätssicherung (QS) der medizinischen Versorgung in eigener fachlicher Verantwortung übertragen. Mit § 136a Absatz 2a SGB V ist der G-BA beauftragt, in einer Richtlinie ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches QS-Verfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung bis zum 31. Dezember 2022 zu beschließen. Mit Beschluss vom 18. Januar 2024 hat der G-BA das Verfahren zur QS ambulante Psychotherapie als 16. Verfahren in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL – eingeführt (www.g-ba.de/downloads/62-492-3532/DeQS-RL_2024-01-18_iK-2024-09-01.pdf – abgerufen am 24. Oktober 2024). Zunächst erfolgt ab dem 1. Januar 2025 eine sechsjährige Erprobung des Verfahrens in den Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe mit begleitender Evaluation, um vor einem bundesweiten

Regelbetrieb Verbesserungspotentiale zu identifizieren und umsetzen zu können. Das QS-Verfahren muss geeignet sein, in einem guten Aufwand-Nutzen-Verhältnis belastbare Aussagen zur Versorgungsqualität zu gewinnen und Verbesserungsbedarfe aufzuzeigen.

Die Bundesregierung hat insbesondere zu bedarfsplanerischen Kennzahlen und der Entwicklung der Behandlungsstrukturen zu einigen Fragen Informationen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingeholt.

Ergänzend wird auf die Vorbemerkung in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU auf Bundestagsdrucksache 20/5106 verwiesen.

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?

Zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung liegen der Bundesregierung aus den letzten zehn Jahren keine Daten vor. Eine Annäherung bietet die Beobachtung von Kernsymptomen psychischer Störungen in Befragungsstudien. Der Anteil Erwachsener mit depressiven Symptomen oder Angstsymptomen ist zwischen 2019 und 2023 gestiegen. Die Zahl der ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnosen psychischer Erkrankungen in der ambulanten Versorgung ist seit dem Jahr 2012 gestiegen.

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?

Zu Prävalenzunterschieden zwischen städtischen und ländlichen Regionen liegen der Bundesregierung keine aktuellen Daten vor. In der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS – www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_start_inhalt.html?nn=2379402 – abgerufen am 24. Oktober 2024) der Jahre 2009 bis 2011 zeigten sich für die Gesamtgruppe der untersuchten psychischen Störungen keine Unterschiede nach Größe der Gemeinde, affektive und psychotische Störungen wurden in Großstädten mit über 500 000 Einwohnern häufiger beobachtet.

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)?

Die Entwicklung der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in den nächsten zehn Jahren kann nicht sicher vorhergesehen werden. Sie hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Zu diesen zählen neben anderen die Häufigkeit und Schwere psychischer Störungen in der Bevölkerung, die Veränderung des Inanspruchnahme- bzw. Hilfesuchverhaltens und die Veränderung möglicher Barrieren der Inanspruchnahme. Eine Projektion des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland erwartet auf Grundlage seiner Projektion des Versorgungsbedarfs für den Bereich der Psychotherapie auf Basis der Bevölkerungsprognose und unter Berücksichti-

gung der Inanspruchnahmeentwicklung der letzten Jahre einen Nachfrageanstieg von 23 Prozent bis 2030. Für städtische Räume wird eine Zunahme um 25 Prozent angenommen, für ländliche Räume um 19 Prozent. Wie bei allen Projektionen ist das Ergebnis in Abhängigkeit vom Eintritt der getroffenen Annahmen und weiterer Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen, mit Unsicherheiten behaftet.

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?

Ob und wieweit sich eine frühzeitige Diagnose und ein früher Behandlungsbeginn bei Menschen mit psychischen Erkrankungen auf die durchschnittliche Behandlungsdauer und den Heilungserfolg auswirken, hängt von der Art der Erkrankung sowie weiteren Faktoren ab und lässt sich nicht pauschal beantworten. Die Evidenz in der wissenschaftlichen Literatur spricht für Vorteile einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen, die sich positiv auf den Behandlungserfolg auswirken und die Behandlungszeit verkürzen kann.

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?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zu Wartezeiten, differenziert nach Kreistypen in der Bedarfsplanung, vor. Im Hinblick auf Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung im Allgemeinen wird auf die verfügbare Studienlage verwiesen.

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?
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 Erwachsenen die Verhältnisse in der Gesundheitsversorgung zwischen ländlichen Räumen und städtischen Ballungszentren anzugleichen?
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?

Die Fragen 6, 7, 11, 12 und 14 werden gemeinsam beantwortet.

Es ist ein wesentliches Ziel der Bundesregierung, gleichwertige Lebensverhältnisse in städtischen Ballungszentren und ländlichen Räumen zu gewährleisten. Das betrifft auch die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung.

Die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung einschließlich der angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung obliegt nach den gesetzlichen Vorgaben den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie der KBV, siehe § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Der G-BA setzt mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPI-RL) einen bundeseinheitlichen Rahmen zur Bestimmung der angestrebten regionalen Behandlungskapazitäten, die für eine ausgewogene Versorgung benötigt werden.

Der G-BA hat dabei den gesetzlichen Auftrag, die Verhältniszahlen fortwährend an den jeweiligen Versorgungsbedarf anzupassen. In der BPI-RL sind unterschiedliche Verhältniszahlen für unterschiedliche Regionstypen (fünf raumordnungsspezifische Planungskategorien auf Basis Konzepts der Großstadregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung) festgelegt, um Mitversorgungsbeziehungen und Pendlerverflechtungen der Regionen adäquat abzubilden. Dementsprechend wird insbesondere für stark mitversorgende Kreise (größere Städte in zentraler Lage) eine etwas höhere Arztdichte als für mitversorgte und eigenversorgte Kreise vorgesehen.

Auf Landesebene haben die KV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach diesen Maßgaben einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und an die jeweilige Entwicklung anzupassen. Es ist ausdrücklich geregelt, dass von den Vorgaben der BPI-RL abgewichen werden kann, soweit dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. Diese Abweichungsmöglichkeit gilt auch für die Zuschnitte der Planungsbereiche, das heißt es besteht auf Landesebene beispielsweise die Möglichkeit, kleinräumigere Planungsbereiche festzulegen, wenn dies für die Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Es liegt damit in der Entscheidung der jeweiligen Planungsgremien auf der Ortsebene, von dieser Regelung Gebrauch zu machen.

Zudem besteht die Möglichkeit, durch Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen weitere Ärztinnen und Ärzte in einzelne Teilregionen oder für bestimmte medizinische Leistungen oder Leistungsbereiche in die Versorgung zu bringen. Optional können die Länder auch bestehende Niederlassungsbeschränkungen in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten aufheben, soweit dies aus ihrer Sicht zur Verbesserung der Versorgung erforderlich ist.

Nach Auskunft der KBV waren zu Beginn der Einführung der Psychotherapie in die Regelversorgung Niederlassungen fast ausschließlich in Verdichtungsräumen oder in der Nähe von Ausbildungsinstituten zu verzeichnen. Nach Einführung der Bedarfsplanung und Sperrung solcher Gebiete verzeichnen auch ländliche Gebiete einen Niederlassungszuwachs in einem Ausmaß, wie er für keine andere Bedarfsplanungsgruppe beobachtet werden kann (Fachgruppenwachstum seit 2014 um 46,1 Prozent). Die Versorgungskapazitäten seien auch

infolge des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 gewachsen. Zuwächse der letzten Jahre in Höhe von rund 750 Sitzen seien vorrangig für ländliche eigenversorgte Gebiete eingeplant. Das Zulassungsgefälle zwischen Stadt und Land habe sich deutlich reduziert. Mit dem Angebot von psychotherapeutischen Sprechstunden und Akutbehandlung sei auch in Gebieten, die nicht mitversorgt werden, der Zugang in die Psychotherapie deutlich verbessert worden. Das Ausschöpfen der Potentiale von Videosprechstunden und -behandlungen könne sich zudem positiv auf die Versorgungssituation auswirken.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

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?

Die Fragen 8 und 9 werden gemeinsam beantwortet.

Die Zahl der offenen Niederlassungsmöglichkeiten für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, wird sich durch die im GVSG-E vorgesehene Regelung erhöhen. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für die Beplanung der neuen Arztgruppe ist nach Regelung im GVSG-E erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Dem G-BA wird aufgegeben, die Verhältniszahlen für die neue Arztgruppe innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des GVSG-E zu beschließen.

Eine konkrete Bezifferung der für den Versorgungsbedarf erforderlichen Versorgungsaufträge ist hingegen nicht sachgerecht. Insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche gilt zudem, dass Maßnahmen der psychotherapeutischen Versorgung häufig Bestandteil komplexer Interventionen verschiedener Berufsgruppen und Hilfesysteme sind. Es bestehen regionale Unterschiede. Regionale Anpassungen der Verhältniszahlen sind deshalb explizit in der entsprechenden G-BA-Richtlinie vorgesehen, um diesen Besonderheiten gerecht werden zu können.

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?

Nach Schätzung der KBV könnte sich im Zuge der Ausgliederung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, die Zahl der offenen Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Erwachsene behandeln, erhöhen. Dies ergibt sich zum einen aus der Verlagerung der Psychotherapeuten, die als Kinder- und Jugendpsycho-

therapeuten tätig sind, in eine separate Gruppe. Mit der Verlagerung dieser Leistungserbringer wären diese Sitze dann für Erwachsenen-Psychotherapeuten offen. Zum anderen bedingt die im Verhältnis zu den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten größere Gruppe der Erwachsenentherapeuten eine entsprechend größere Zahl an zusätzlichen Sitzen.

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?

In der Bedarfsplanung wird regelmäßig für jede Arztgruppe separat der Versorgungsbedarf bewertet und ausgewiesen. Neue Versorgungsansätze wie die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V fördern das interdisziplinäre Zusammenwirken der Leistungserbringer im SGB V und der lokalen Hilfesysteme. Auch wenn es in Folge zu Kompensationseffekten kommen kann, wird kein Anlass gesehen, die Systematik der Bedarfsplanung diesbezüglich zu novellieren.

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?

Bei der Behandlung psychischer Erkrankungen kommen in der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung neben Präsenzangeboten verschiedene digitale Versorgungsangebote und Möglichkeiten zum Einsatz. Diese umfassen neben der Videosprechstunde insbesondere digitale Gesundheitsanwendungen. Bereits heute sind Videosprechstunden im Bereich der Psychotherapie fester Bestandteil der Versorgung. Von 54 erstattungsfähigen digitalen Gesundheitsanwendungen sind 26 für die Versorgung psychischer Erkrankungen bestimmt. Mit dem Digital-Gesetz wurden die Möglichkeiten für eine flexiblere Nutzung der Videosprechstunde und einen weiteren Ausbau der Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen gestärkt. Dies schafft auch neue Versorgungsmöglichkeiten im Bereich der psychischen Erkrankungen.

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)?

Die Fragen 16 und 17 werden gemeinsam beantwortet.

Daten zu persönlichen Ermächtigungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung sind auf Bundesebene im Bundesarztregister verfügbar.

Die individuellen Entscheidungen der Zulassungsausschüsse, aus denen die genaue Dauer der Ermächtigung hervorgeht, liegen allerdings nur auf der Landesebene vor. Aus den Daten des Bundesarztregisters geht insbesondere nicht hervor, ob es sich bei einer Ermächtigung um eine Erstermächtigung handelt oder um eine Verlängerung.

Angaben zur Ermächtigungsdauer von ermächtigten Einrichtungen werden auf der Bundesebene nicht vorgehalten.

18. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, nach welchen Kriterien die Zulassungsausschüsse darüber entscheiden, für welchen Zeitraum eine Ermächtigung erteilt wird?

Gemäß § 31 Absatz 7 Ärzte-ZV hat der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Das Vorliegen der Voraussetzungen im Einzelfall, z. B. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung, sind regelmäßig zu überprüfen.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, 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?

Ermächtigungen stellen ein effizientes Instrument dar, um beispielsweise regionalen Mehrbedarfen oder spezifischen Versorgungsbedarfen zu begegnen. Bei der Ausgestaltung sind die Interessen der Leistungserbringer an langfristigen Ermächtigungszeiträumen einerseits sowie die an den tatsächlichen Bedarfen orientierten Versorgungsstruktur unter Berücksichtigung der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte andererseits auszugleichen. Diese Parameter sind regional jeweils unterschiedlich und können daher am besten durch den Zulassungsausschuss vor Ort beurteilt werden, dem diesbezüglich einerseits eine Pflicht zur Amtsermittlung hinsichtlich der Versorgungssituation und andererseits ein Ermessen hinsichtlich der Ausgestaltung des Ermächtigungsbescheides obliegt.

Gleiches gilt für den in Artikel 6 GVSG-E vorgesehenen Ermächtigungstatbestand. Damit können zusätzliche Behandlungskapazitäten passgenau geschaffen und zugleich die Informationslage hinsichtlich der Versorgung der in der Regelung adressierten vulnerablen Personengruppen verbessert werden.

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?

Aus Sicht der Bundesregierung stehen die derzeitigen Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des G-BA einer Verbesserung der Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, nicht entgegen. Mit Blick auf das sogenannte „Abstinenzgebot“ gibt es in der PT-RL differenzierte Regelungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen.

Eine Psychotherapie kann nach § 27 Absatz 2 PT-RL neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz. Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden (§ 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL).

Unabhängig davon befasst sich der G-BA derzeit mit dem Thema; er hat mit Beschluss vom 17. Oktober 2024 ein Beratungsverfahren zur Überprüfung des § 27 Absatz 2 Nummer 1a PT-RL eingeleitet (www.g-ba.de/downloads/39-261-6885/2024-10-17_PT-RL_Einleitung-Beratungsverfahren_Paragraph-27.pdf).

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass sich die genannten Regelungen ausschließlich auf die Psychotherapie im Rahmen der PT-RL beziehen. Die psychiatrische Versorgung im vertragsärztlichen Bereich ist etwa im Hinblick auf die der ärztlichen Berufsgruppe vorbehaltene Pharmakotherapie nicht von den Regelungen der PT-RL umfasst.

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?

Die mit der in Artikel 6 GVSG-E vorgesehenen Ermächtigung ist auf die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Patientinnen und Patienten beschränkt, die intellektuell beeinträchtigt sind (insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung), unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder die aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benach-

teilt sind. Dazu können auch Kinder und Jugendliche zählen. In der Gegenüberung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zum GVSG-E ist festgehalten, dass die Bundesregierung prüfen wird, ob eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich ist.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten und Statistiken vor.

Diese Entscheidungen sind von den jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen zu treffen und nach eingeholter Auskunft vom GKV-Spitzenverband erfolgt keine Zusammenführung der Daten.

Traumafolgestörungen gehen oftmals mit somatischen oder anderen psychischen Erkrankungen einher. In den ambulanten Abrechnungsdaten sowie den Informationen, die im Rahmen der Antragsstellung auf Psychotherapie übermittelt werden, findet zudem keine Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebendiagnosen statt; eine seriöse Einschätzung dazu, welches die behandlungsleitende Diagnose ist, kann daher in der Regel nicht vorgenommen werden.

Die in der PT-RL des G-BA festgelegten Höchstgrenzen der Therapiekontingente für die derzeit zugelassenen Psychotherapieverfahren sind grundsätzlich einzuhalten (siehe § 30 PT-RL). Im Einzelfall kann die Fortsetzung der Therapie bei entsprechender Begründung jedoch auch über die Höchstgrenzen hinaus erfolgen. Bei Anträgen auf Fortführung einer Langzeittherapie liegt es im Ermessen der gesetzlichen Krankenkassen, ob dieser durch eine Gutachterin oder einen Gutachter geprüft werden soll; im Falle einer Ablehnung ist die Einholung eines Gutachters verpflichtend. Die KBV veröffentlicht jährlich die Ergebnisse der Gutachterstatistik (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/40640.php> – abgerufen am 24. Oktober 2024). Im Jahr 2023 wurden – unabhängig von der Art der psychischen Erkrankung – 64,18 Prozent der Fortführungsanträge über die Höchstgrenze hinaus befürwortet, 22,49 Prozent teilbefürwortet und 13,33 Prozent nicht befürwortet.

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?

Die Fragen 23 und 24 werden gemeinsam beantwortet.

Die Fachkräftesicherung im Pflege- und Gesundheitsbereich ist eine der größten Herausforderungen für die Sicherstellung einer flächendeckenden und

hochwertigen Gesundheitsversorgung. Einen relevanten Bereich stellt dabei die Weiterbildung von Fachkräften dar, etwa für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Für die Weiterbildung in den Heilberufen sind allerdings die Länder zuständig. Die Länder haben diese Kompetenz auf die jeweiligen Landespsychotherapeuten-Kammern übertragen, die die Dauer der Weiterbildung auf fünf Jahre festgelegt haben (davon mindestens 24 Monate in der ambulanten Versorgung). Der Bund hat insoweit keine Regelungskompetenz.

Die GKV ist verpflichtet, alle Leistungen, die gegenüber Versicherten erbracht werden und vom Leistungsumfang der Krankenkassen umfasst sind, zu vergüten. Demzufolge werden auch alle Leistungen der Psychotherapie, die durch PiW erbracht werden, in voller Höhe nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) vergütet.

Die Finanzierung der Berufsausbildung ist hingegen keine Aufgabe der GKV und kann somit weder für die PiW noch für andere Leistungserbringer in der GKV, an die gleichermaßen bestimmte Qualifikationserfordernisse gestellt werden, erfolgen.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

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?

Der Bundesregierung liegen keine validen Erkenntnisse dazu vor, inwiefern Angebote der ambulanten Weiterbildung in ländlichen Räumen dazu beitragen, dass eine Niederlassung in ländlichen Räumen gefördert 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?

Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung ist es erforderlich, dass mögliche somatische Ursachen für die psychische Erkrankung ausgeschlossen werden, um die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen. Im Falle von Patientinnen und Patienten, die zuvor eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische stationäre Behandlung erhalten haben, ist davon auszugehen, dass eine umfassende Diagnostik bereits erfolgt ist. Gemäß § 92 Absatz 6b Satz 3 SGB V hat der GB-A auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung in seiner Richtlinie zu treffen. Im Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes ist darüber hinaus zur Vereinfachung und Flexibilisierung der psychotherapeutischen Versorgung vorgesehen, dass künftig die Einholung eines Konsiliarberichts entbehrlich ist, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin erfolgt und daher eine somatische Abklärung bereits stattgefunden hat.

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?

Mit Ausnahme von qualitativen Studien gibt es in der wissenschaftlichen Literatur bisher kaum Evidenz für bestehende Qualitätsdefizite in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die ab dem Jahr 2025 beginnende Erprobung soll daher auch untersuchen, ob und wie mit den jeweiligen Indikatoren mögliche Qualitätsdefizite in der psychotherapeutischen Versorgung abgebildet werden können. Zudem soll sie – einer Empfehlung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) folgend – dazu genutzt werden, Evidenz zu generieren, um ungeeignete Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus dem Verfahren herausnehmen oder bedarfsgerecht überarbeiten zu können.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 28 verwiesen.

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?

Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungübergreifenden, zunächst sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter beauftragt, wobei die Indikatoren diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein sollen. Eine Fokussierung auf Patientengruppen mit bestimmten psychischen Erkrankungen ist damit zunächst nicht vorgesehen. Auch dies soll im Rahmen der Erprobung überprüft werden, so dass nicht nur Angaben zum Therapieverfahren, sondern zusätzlich auch Angaben zur Diagnose mithilfe der fallbezogenen Dokumentation der Psychotherapeuten und Psychotherapeuten erfasst werden.

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?

Die Fragen 29 und 30 werden gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen der Beschlussfassung wurden vom G-BA Bürokratiekosten ermittelt. Im Hinblick auf die Details sowie gegebenenfalls bestehende Limitationen wird auf die Anlage I der Tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA vom 18. Januar 2024 verwiesen, in denen die Bürokratiekosten für die an der Erprobung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dargestellt sind (www.g-ba.de/downloads/40-268-10342/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT_TrG.pdf – abgerufen am 24. Oktober 2024).

Zum jetzigen Zeitpunkt liegen keine Erkenntnisse zu den bei einer bundesweiten Umsetzung des QS-Verfahrens zu erwarteten Kosten vor.

Im Rahmen der Erprobung sollen für alle Bestandteile des QS-Verfahrens und für das Verfahren selbst Erkenntnisse zum Aufwand, insbesondere auch im Verhältnis zu dessen Nutzen, gewonnen werden. Auch auf dieser Grundlage ist im Anschluss die Prüfung von Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich der Effizienz des Verfahrens vor Ausweitung auf die Bundesebene vorgesehen.

Im Übrigen wird auf die Tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA vom 18. Januar 2024 (www.g-ba.de/beschluesse/6421/ – abgerufen am 24. Oktober 2024) über die Themenspezifischen Bestimmungen für ein Verfahren 16-ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter DeQS-RL verwiesen.

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?

Im Rahmen der Erprobung soll nach § 20 Absatz 7 DeQS-RL des G-BA durch das IQTIG eine fundierte Evaluation der entwickelten Instrumente zur Qualitätssicherung durchgeführt werden. Dafür kann zusätzlich die Expertise eines externen Instituts für Psychotherapieforschung zur Unterstützung herangezogen werden, um im Rahmen des Modellprojekts einen optimalen Erkenntnisgewinn sicherzustellen.

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?

Die Fragen 32 bis 32b werden gemeinsam beantwortet.

Im Zuge des Modellvorhabens „Mental Health Coaches an Schulen“ wurden auf Grundlage der Finanzierung durch den Bund zum Anfang des Schuljahres 2023/2024 bundesweit Mental Health Coaches an über 100 Schulen eingesetzt. Im Schuljahr 2023/2024 wurden mehr als 1 000 Angebote an den Schulen umgesetzt, fast 40 000 Schülerinnen und Schüler konnten davon profitieren. In der Evaluation des Modellvorhabens sprechen sich über 90 Prozent der Beteiligten für eine längere Laufzeit des Programms aus.

Schulsozialarbeit ist ein Angebot der Jugendhilfe (im Sinne der §§ 11 und 13a des Achten Buches Sozialgesetzbuch), bei dem sozialpädagogische Fachkräfte kontinuierlich am Ort Schule tätig sind und mit Lehrkräften auf einer verbindlich vereinbarten Basis zusammenarbeiten, um junge Menschen in ihrer individuellen sozialen schulischen und beruflichen Entwicklung zu fördern. Im Rahmen ganztägiger Bildungs- und Betreuungsangebote können sozial-pädagogische Kompetenzen und Methoden im schulischen Kontext kooperativ eingebunden werden. Schulsozialarbeit ist dann mehr als Unterstützung und Ergänzung der schulischen Aufgaben und kann konzeptionell und präventiv tätig werden.

Im Übrigen wird darauf verwiesen, dass entsprechend der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern die Zuständigkeit für die Schulen bei den Ländern liegt und der Bund die Länder im Rahmen der verfassungsrechtlichen Möglichkeiten unterstützt.

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?

Die Fragen 33 bis 35 werden gemeinsam beantwortet.

Die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 12. und 13. Juni 2024 beinhalten die Forderung an das Bundesministerium für Gesundheit, ein bundesweites Rahmenkonzept für die Budgetfindung und Abfindung von Modellvorhaben nach § 64b SGB V zu erarbeiten und die gesetzlichen Grundlagen im SGB V, in der Bundespflegesatzverordnung und im Krankenhausentgeltgesetz zu schaffen.

Zu den angesprochenen Modellvorhaben nach § 64b SGB V wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Die Modellvorhaben nach § 64b SGB V eröffnen den Vertragspartnern vor Ort eine große Flexibilität bei der Vereinbarung bedarfsgerechter Versorgungsmodelle für psychisch kranke Men-

schen, einschließlich der hierfür jeweils geeigneten Finanzierungsmodelle. Angesichts der bisher verfügbaren positiven (Zwischen-)Ergebnisse verschiedener Evaluationsvorhaben ist eine Weiterentwicklung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V im Sinne einer Verstetigung aus Sicht der Bundesregierung sinnvoll, um das Ziel zu erreichen, die psychiatrische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zu verbessern. Zudem sollte die derzeit noch laufende Evaluation der Modellvorhaben nach § 65 SGB V ordnungsgemäß weitergeführt und abgeschlossen werden können und sollte eine Evaluation neuer Modellvorhaben auch künftig sichergestellt werden.