

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther,
Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/2294 –**

Zugang und Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Vorbemerkung der Fragesteller

Psychische Belastungen und Erkrankungen haben in den letzten Jahren – auch durch die COVID-19-Pandemie – stark zugenommen. Besonders betroffen durch die Pandemie sind Kinder und Jugendliche, wie die COPSYS-Studie (COPSY = COrona und PSYche) eindrücklich zeigt. Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen liegt in Deutschland bei 43 Prozent der Bevölkerung, jährlich sind etwa 28 Prozent aller Erwachsenen, Frauen häufiger als Männer, betroffen (www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf).

Aufgrund der erforderlichen Weiterentwicklung des Hilfesystems hat die Aktion Psychisch Kranke (APK) im Anschluss an den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierten „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ eine Fortführung des Psychiatriedialogs umgesetzt. Wie bereits im ersten Dialog war das grundsätzliche Ziel, Handlungsbedarfe zu identifizieren und diese in Form von gesetzlichen und untergesetzlichen Änderungsempfehlungen zu formulieren. Nachdem der Fokus des ersten Dialogs im Binnenbereich des Sozialgesetzbuches lag (www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/Informationen_Dialog/230227_Projektbericht_Dialog_gesamt_bf.pdf), konzentrierte sich die Fortführung insbesondere auf die Themen Partizipation und Zwangsvermeidung sowie auf die Schnittstellen zwischen den Leistungen im Behandlungsbereich und denen der Teilhabe (www.apk-ev.de/projekte/fortfuehrung-psychiatriedialog?fs=3&cHash=8731f4b05278300cbe8342e4ad95c418). Die Ergebnisse des zweiten Psychiatriedialogs wurden im Rahmen eines Fachgesprächs im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 10. September 2025 vorgestellt, die Handlungsempfehlungen wurden entsprechend auch an das Parlament und die zuständigen Bundesministerien adressiert.

Die Hilfen aus den psychiatrischen Kliniken sind häufig zu unflexibel, was zu Sektorenbrüchen zu Lasten der Patientinnen und Patienten führt, wenn der Übergang von stationärer zu teilstationärer oder ambulanter Behandlung erfolgen soll. Angesichts der prognostizierten Entwicklung der psychiatrischen vertragsärztlichen Versorgung wird es zunehmend notwendig, Hilfen aus dem

psychiatrischen Krankenhaus zu flexibilisieren. In Modellprojekten wurden nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sogenannte Globalbudgets erprobt. Diese ermöglichen es den Kliniken, bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfe stationär, teilstationär und ambulant anzubieten. Dazu gehören auch Konzepte wie das „Home Treatment“ als „stationsäquivalente Leistungen“. Die Evaluation zeigt, dass diese Hilfen bessere Qualität und Ergebnisse für die Betroffenen bringen, kostenneutral sind und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen.

Die demografische Entwicklung in der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung macht es ebenfalls notwendig, die Psychiatrischen Institutsambulanzen zu stärken, u. a. um sogenannten Drehtürentwicklungen entgegenzuwirken und insbesondere schwer und chronisch psychisch kranken Menschen passgenaue vor- und nachstationäre Hilfen zu ermöglichen.

Es ist oft schwer, für psychisch erkrankte Menschen zeitnah niedrigschwellige Hilfen oder einen Therapieplatz zu finden. Zahlreiche Studien belegen lange Wartezeiten. So ermittelte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) für das Jahr 2019 eine durchschnittliche Wartezeit von 142,4 Tagen vom Erstgespräch bis zum Beginn einer Psychotherapie (www.bptk.de/pressemitteilung/n/psychisch-krankte-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung/). Für Kinder- und Jugendliche haben sich die Wartezeiten seit Pandemiebeginn laut einer Studie der Universität Leipzig nahezu verdoppelt (www.lw.uni-leipzig.de/fakultaet/aktuelles/detail-nachrichten/artikel/studie-kinder-von-pandemie-besonders-hart-betroffen-2022-07-08).

Die aktuelle Bedarfsplanung orientiert sich weitgehend an Verhältniszahlen aus den 1990er-Jahren. Ein Gutachten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus dem Jahr 2018 (www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf) zeigt die große Versorgungslücke in der psychotherapeutischen Versorgung. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (S. 111 f.) ist festgehalten, dass die Bedarfsplanung im Hinblick auf Kinder und Jugendliche und auf die Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum angepasst werden soll (www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf).

Der Mangel an Hilfeangeboten wird nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller durch Unsicherheiten in der Finanzierung der Psychotherapie-Weiterbildung zusätzlich verschärft. Die Bundesregierung verspricht im Koalitionsvertrag (S. 112) die Sicherstellung der Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie (www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf).

Niedrigschwelligen Hilfen, die von Betroffenen zeitnah und ohne große Zugangshürden in Anspruch genommen werden können, beugen der Chronifizierung vor und entlasten das psychiatrische und psychotherapeutische System. Trotz dieser Effekte sind psychiatrische Krisendienste, niedrigschwellige Suizidprävention und weitere psychosoziale Hilfen nicht flächendeckend erreichbar.

Frühzeitige Hilfeangebote stehen im engen Zusammenhang mit der Vermeidung von Zwang. Im Kontext der Psychiatrie wird zu oft auf Zwangsmaßnahmen zurückgegriffen. Dies geschieht auch in Bereichen, in denen die Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen nicht explizit gesetzlich geregelt ist. Der Einsatz von Zwang kann gravierende Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen haben (www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen_Positionspapiere/Position_APK_Zwangsbehandlung_-_Zwangsvermeidung.pdf). Internationale Abkommen, wie die UN-Behindertenrechtskonvention (UN = United Nations), unterstreichen das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der UN-Sonderberichterstatter für Folter sprechen sich klar gegen Zwangsmaßnahmen aus, einschließlich der unfreiwilligen Verabreichung von Medikamenten. Beide APK-Psychiatriedialoge, die Ergebnisse des Projektes „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesys-

tem“ sowie die S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ fordern daher, jede Art von Zwang im Kontext der Psychiatrie, wo immer es möglich ist, zu vermeiden. Es gibt kaum belastbare Belege dafür, dass Zwangsmaßnahmen tatsächlich die Selbst- oder Fremdgefährdung verringern. Vielmehr können sie dazu führen, dass Menschen aus Angst vor Zwang auf notwendige Hilfe verzichten.

Psychische Erkrankungen können, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden, lebenslange negative Folgen haben. Dazu kann der Zugang zur Versorgung durch eine psychische Erkrankung und damit einhergehende Herausforderungen erschwert werden. Im Jahr 2024 führten psychische Erkrankungen mit durchschnittlich 28,5 AU-Tagen (AU = Arbeitsunfähigkeit) zu den längsten Ausfallzeiten (www.aok.de/pp/gg/update/fehlzeiten-2024/). Sie sind außerdem die häufigste Ursache für vorzeitige Verrentungen in Deutschland (www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_archive/2021/2021_11_30_psych_erkrankungen_erwerbsminderung.html). Damit ist nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller eine Früherkennung und Frühbehandlung auch aus einer sozioökonomischen Perspektive von hoher Relevanz.

Nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller stellen die aktuellen, übergreifenden Krisen eine ernsthafte Bedrohung für die Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland dar. Eine frühzeitige Diagnostik und Versorgung sind daher zentral, um die psychische Gesundheit wiederherzustellen und Beschwerden zu lindern. Aus Sicht der Fragestellerinnen und Fragesteller trägt die Bundesregierung eine besondere Verantwortung, konkrete Maßnahmen zu ergreifen, um die Folgen psychischer Erkrankungen abzumildern.

Vorbemerkung der Bundesregierung

In Deutschland besteht insgesamt ein breit angelegtes, niedrighschwellig zugängliches und ausdifferenziertes medizinisches Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowohl im ambulanten wie auch teilstationären und stationären Bereich sowie ein breites Angebot an weitergehenden Hilfen. Gleichzeitig bestehen in diesem Bereich aktuell Herausforderungen, unter anderem durch eine hohe Nachfrage an Behandlungsleistungen, damit einhergehenden Kapazitätsengpässen und Bedarf an komplexen Behandlungsansätzen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, setzt sich die Bundesregierung kontinuierlich für eine Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der weiteren Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen wie auch für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ein.

In den letzten Jahren wurde durch die Bundesregierung und auch durch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eine Vielzahl an gesetzlichen und untergesetzlichen Maßnahmen umgesetzt, um die Versorgung weiterzuentwickeln. So wurde beispielsweise das Angebotsspektrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung stark erweitert, unter anderem indem Online-Beratungsangebote ausgebaut und Psychotherapie per Telefon und Video ermöglicht wurden. Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stetig seine Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) überarbeitet und zudem sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene seine Richtlinien über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbe-

darf beschlossen (KSVPsych-RL und KJ-KSVPsych-RL). Ziel der Maßnahmen ist insbesondere eine vernetzte Versorgung, die den Zugang zu den notwendigen Maßnahmen vereinfachen, die notwendige Koordination der an einem gemeinsamen Gesamtbehandlungsplan beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aus verschiedenen Berufsgruppen sicherstellen und den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erleichtern kann. Diese Maßnahmen können deutlich zur Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen beitragen. Es ist dabei wesentlich, dass ausreichend Zeit vorgesehen wird, um diese Maßnahmen möglichst flächendeckend in die praktische Umsetzung zu bringen.

Um die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zu unterstützen hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) im Jahr 2018 einen strukturierten Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen initiiert und gefördert (Psychiatriedialog I). Dieser wurde ab dem Jahr 2023 von der APK fortgesetzt (Psychiatriedialog II). Während der Psychiatriedialog I insbesondere die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zum Inhalt hatte, befasste sich der Psychiatriedialog II schwerpunktmäßig mit Schnittstellen zwischen den Leistungen im Behandlungsbereich und denen der Teilhabe. Im Ergebnis haben beide Dialogprozesse umfassende Handlungsempfehlungen ergeben, die sich insbesondere an den Bund, die Länder, die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowie an die Fachgesellschaften und Ärztekammern und weitere Akteure richten.

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist der Bundesregierung auch weiterhin ein wichtiges Anliegen. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht hierzu unter anderem vor, die Voraussetzungen für die gesonderte Bedarfsplanung psychotherapeutisch tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, zu schaffen, um den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung Rechnung zu tragen. Mit diesem Vorhaben können weitere Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten entstehen und Wartezeiten auf ein wohnortnahes Therapieangebot verringert werden. Auch sollen Anpassungen bei der Weiterbildungsfinanzierung vorgenommen werden. Zudem wurde im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbart, eine Strategie „Mentale Gesundheit für junge Menschen“ zu entwickeln, die niedrigschwellige Online-Beratung und digitale Gesundheitsanwendungen in der Psychotherapie zu stärken sowie die Prävention und Versorgung in der Fläche und in Akutsituationen zu verbessern.

1. Wie bewertet die Bundesregierung die einzelnen Handlungsempfehlungen aus den beiden Psychiatriedialogen, auf welcher Grundlage kommt sie zu ihrer Annahme, und mit welcher Priorität plant die Bundesregierung, die Handlungsempfehlungen aus beiden Dialogen umzusetzen?
2. Bis wann plant die Bundesregierung, die Handlungsempfehlungen beider Psychiatriedialoge umzusetzen?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Handlungsempfehlungen der beiden Psychiatriedialoge geben wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgung und Hilfen insbesondere für schwer psychisch Kranke. Die Bundesregierung setzt sich konstruktiv mit den

Handlungsempfehlungen auseinander und prüft derzeit Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen ihrer Zuständigkeit. Eine Priorisierung der Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung und Hilfen psychisch erkrankter Menschen ergibt sich insbesondere aus den Zielsetzungen des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD.

3. Wie bewertet die Bundesregierung die gesetzliche Verankerung von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen (aufsuchende Hilfen)?
4. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller, dass der Ausbau stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungen (aufsuchende Hilfen) zu einer verbesserten Versorgung schwer psychisch kranker Menschen führen würde, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 3 und 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die seit dem Jahr 2018 bestehende Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Das Versorgungsangebot ist damit möglichst dicht an der Lebenswelt von Betroffenen angesiedelt. Es unterstützt dabei, Trennungen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden, Bindungen und Familienkompetenzen aufrechterhalten oder zu verbessern und dadurch die Nachhaltigkeit der Behandlung zu stärken. Diese besondere Behandlungsform hilft dabei, eine Lücke bei der Behandlung psychisch schwer kranker Menschen zu schließen.

Die Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH hat im Rahmen ihres vom Innovationsfonds geförderten Projekts „AKTiv-Studie - Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB nach § 115d SGB V)“ die klinische Wirksamkeit, die stationären Wiederaufnahmeraten und die Kosten der StäB untersucht.

Die Ergebnisse und der diesbezügliche Beschlusstext des G-BA sind auf der Internetseite des G-BA abrufbar (unter www.innovationsfonds.g-ba.de/beschlusse/aktiv-studie.361). Diese enthalten auch Hinweise zu den Entwicklungsmöglichkeiten von StäB. Der G-BA empfiehlt in seinem Beschluss vom 17. Oktober 2025, die im Projekt erzielten Ergebnisse unter anderem an den GKV-Spitzenverband, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft weiterzuleiten.

Die genannten Verbände der gemeinsamen Selbstverwaltung haben gemäß § 115d Absatz 2 und 3 SGB V die Aufgabe, die Versorgungsform der StäB im Rahmen der von ihnen zu schließenden Vereinbarungen zu konkretisieren. Insofern obliegt es ihnen auch, die Projektergebnisse und Hinweise zur Weiterentwicklung der StäB zu bewerten und gegebenenfalls Änderungen an den bisherigen Vereinbarungen vorzunehmen. Da eine Bewertung der gesetzlichen Verankerung der StäB maßgeblich davon abhängt, wie sie konkret von der gemeinsamen Selbstverwaltung ausgestaltet und vor Ort von den Leistungserbringern umgesetzt wird, wird die Bundesregierung beobachten, inwiefern die Studienergebnisse von den Vertragspartnern aufgegriffen werden. Insofern hat es die Selbstverwaltung in der Hand, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Umsetzung der StäB gefördert wird.

5. Plant die Bundesregierung, die psychische Krisen- und Notfallversorgung weiter auszubauen und einheitliche Standards hierfür zu etablieren, und wenn ja, wie wird sie dabei vorgehen?

Die Bundesregierung prüft im Kontext der Reform der Notfallversorgung auch die Verbesserung der psychische Notfallversorgung. Ebenso wird geprüft, wie die bestehenden Krisendienste der Länder mit den Leitstellen 112 und 116117 vernetzt werden könnten.

6. Plant die Bundesregierung, die Ergebnisse beider vom BMG geförderten Psychiatriedialoge der Aktion Psychisch Kranke, die eine gemeinsame und geteilte Beteiligungsanforderung von Krankenversicherung (KV) und Eingliederungshilfe an der Sicherstellung der Krisendienste fordern, in einer Reform der Notfallversorgung zu platzieren, und wenn nein, warum nicht?

Eine Übernahme der Finanzierungsverantwortung für Krisendienste als soziale Fürsorge der Länder aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Rahmen der Reform der Notfallversorgung nicht vorgesehen. Die Schwerpunkte dieser Reform liegen insbesondere auf der Vernetzung bestehender Versorgungsbereiche, vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste, sowie auf einer besseren Steuerung von Patientinnen und Patienten in eine bedarfsgerechte Versorgung.

7. Plant die Bundesregierung die Einführung einer einheitlichen Notrufnummer für psychische Krisen, wenn ja, wie, und bis wann soll diese umgesetzt werden?

Die Bundesregierung prüft aktuell Möglichkeiten und erforderliche Rahmenbedingungen zur Einführung einer einheitlichen Notrufnummer für psychische Krisen.

8. Was bedeutet konkret das im Koalitionsvertrag der Bundesregierung formulierte Ziel, die psychosozialen Zentren zu unterstützen?

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wird in Kapitel 4, Seite 105, Zeile 3339 bis 3340 formuliert: „Auch als Beitrag zu mehr Sicherheit und Integration unterstützen wir weiter die Psychosozialen Zentren“. Beratung und Betreuung von Flüchtlingen ohne dauerhaften Aufenthaltsstatus ist eine staatliche Aufgabe, vornehmlich der Länder, die die Wohlfahrtsverbände mit einem niedrigschwelligen Angebot wirkungsvoll ergänzen. Die Bundesregierung fördert im Rahmen des Programms für ausländische Flüchtlinge seit dem Jahr 1979 unter anderem beratende und betreuende Maßnahmen der Flüchtlingsarbeit, darunter beispielsweise soziale Stabilisierung, Ermöglichen eines Ankommens in Deutschland sowie Hilfe zur Selbsthilfe für Schutzsuchende. Seit dem Jahr 2016 werden Psychosoziale Zentren hieraus verstärkt unterstützt. Hierfür erhalten die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege finanzielle Mittel durch den Bund.

9. Welche Schritte hat die Bundesregierung geplant, um das Ziel, die psychosozialen Zentren zu unterstützen, zu erreichen, und wurden bisher konkrete Maßnahmen umgesetzt?

Aktuell wird zum einen über die Förderung der psychosozialen Zentren (PSZ) auf dem Wege der Weiterleitung über die Wohlfahrtsverbände sowie die begleitenden Maßnahmen „Förderung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAFF)“ und die wissenschaftliche Begleitung insgesamt das Ziel verfolgt, ein verlässliches Netzwerk von qualitativ hochwertigen Beratungsstellen bundesweit aufrecht zu erhalten. Zum aktuellen Stand werden 70 PSZ über Weiterleitungen an die Wohlfahrtsverbände gefördert. Zweite Säule des Programms ist die koordinierende und qualitätssichernde Tätigkeit der Spitzenverbände selbst. Noch stärker wird dabei auch auf die guten Anreizwirkungen vor Ort in das Regelsystem gesetzt: Die beratenden Verbände haben über die letzten Jahre wertvolle Expertise erarbeitet, die das Gesamtsystem stärken kann, damit perspektivisch das Regelsystem die Länder bei der Umsetzung ihrer Aufträge in diesem Bereich weiter stützt. Insgesamt betreuten die im Rahmen des Bundesprogramms geförderten PSZ im Jahr 2024 10 358 Klientinnen und Klienten mit multiprofessionellen Angeboten. 20 Prozent der Klienten sind minderjährig. Traumatisierte Geflüchtete finden nur in sehr geringem Prozentsatz (direkte) Hilfe über Regelsysteme, sind aber rasch auf niedrigschwellige Angebote wie über das Bundesprogramm angewiesen – dies entfaltet auch positive gesamtgesellschaftliche Wirkung, wenn sie diese erhalten.

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Verlängerung der Leistungseinschränkung für Geflüchtete im Asylbewerberleistungsgesetz auf 36 Monate hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Integrations- und Teilhabechancen von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern?

Die Verlängerung des Grundleistungsbezugs im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) stellt keine Anspruchseinschränkung nach dem AsylbLG dar. Auch während des AsylbLG-Grundleistungsbezugs ist die medizinische Versorgung von AsylbLG-Leistungsberechtigten im Rahmen der §§ 4 und 6 AsylbLG gewährleistet. Dies schließt die Versorgung psychisch erkrankter Menschen ein.

11. In welchem Rahmen plant die Bundesregierung, die psychotherapeutische Versorgung in psychosozialen Zentren insbesondere von Geflüchteten in der Bedarfsplanung abzudecken?

Aufgrund der Zuständigkeitsverteilung zwischen Bund und Ländern liegt die Verantwortung für die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung (von Schutzsuchenden in psychosozialen Zentren) bei den Ländern. Die Bundesregierung unterstützt die Länder durch Modellprojekte in ihren Anstrengungen, z. B. durch die Verbesserung der Datenlage zur Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften („Pri.Care“) oder mit der Erprobung niedrigschwelliger, resilienzfördernder Angebote für Geflüchtete bzw. Migrantinnen und Migranten durch muttersprachliche, fachlich qualifizierte Beraterinnen und Berater (IPSO).

Psychosoziale Zentren sind nicht Teil der vertragspsychotherapeutischen Versorgung und deshalb nicht Gegenstand der Bedarfsplanung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

12. Wurde das nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gemäß § 92 Absatz 6b SGB V (KSV-Psych-RL) formulierte Unterziel,
 - a) die Bildung einer leicht erreichbaren und flexiblen Versorgungsstruktur zu fördern, nach Kenntnissen der Bundesregierung erreicht?
 - b) Zeitnahe Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, nach Kenntnissen der Bundesregierung erreicht?
 - c) Eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen, nach Kenntnissen der Bundesregierung erreicht?
 - d) Schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten eine patientenindividuelle notwendige Koordination der Versorgungsangebote zu gewährleisten, erreicht?
13. Plant die Bundesregierung, die Versorgung nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gemäß § 92 Absatz 6b SGB V weiter zu fördern und Behandlungskapazitäten gezielt zu stärken, indem
 - a) ein gesetzlicher Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtet wird, die KSV-Psych-RL dahin gehend zu überarbeiten, dass Befunde und Vorbehandlungen berücksichtigt werden müssen sowie Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen bzw. Vertragspsychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag („halber Kassensitz“) ebenfalls die Koordination der Versorgung übernehmen können,
 - b) gesetzlich verankert wird, dass Vertragsarztpraxen und Vertragspsychotherapiepraxen ihren Praxisumfang im Einzelfall bedarfsnotwendig vergrößern dürfen, sofern dies der Versorgung nach der KSV-Psych-RL dient, und
 - c) die finanzielle Förderung der Praxisstrukturen und des Aufbaus der Netzwerkverbünde für die Versorgung nach der KSV-Psych-RL gesetzlich geregelt wird?
 - d) Und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 12 bis 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der G-BA ist mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) in § 92 Absatz 6b SGB V beauftragt worden, in einer Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen. Dadurch hat der G-BA auch die Möglichkeit erhalten, Regelungen zu treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Zudem ist der G-BA verpflichtet worden, in der Richtlinie Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen. Der G-BA hat am 2. September 2021 die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) beschlossen. (www.g-ba.de/beschluesse/5005/). Die KSVPsych-RL ist einen Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger (BAnz 17. Dezember 2021 B3) am 18. De-

zember 2021 in Kraft getreten und ab 1. Oktober 2022 in der Versorgung wirksam geworden. Am 30. Januar 2024 hat der G-BA einen Evaluationszwischenbericht zur Frage nach Umsetzungshindernissen bei der Bildung von in der Richtlinie vorgesehenen Netzverbünden veröffentlicht. Mit Beschluss vom 21. August 2025 hat der G-BA zudem die KSV-Psych-RL auf Basis dieser Zwischenevaluation überarbeitet und dabei unter anderem auch Änderungen bezüglich der Vorgaben zum Versorgungsauftrag zur Erfüllung der Bezugsfunktion beschlossen. Der Evaluationsbericht, der Beschluss und die weiteren beschlussrelevanten Unterlagen, einschließlich der Tragenden Gründe (TG), sind auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht (www.g-ba.de/beschluesse/7417/). Das Bundesministerium für Gesundheit hatte die Beratungen des G-BA begleitet und den Richtlinienbeschluss im Rahmen seiner Rechtsaufsicht nach § 94 SGB V geprüft. Das Vorliegen eines Rechtsverstoßes konnte hier nicht festgestellt werden: Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Beschluss mit Schreiben vom 23. Oktober 2025 nicht beanstandet. Der Beschluss tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Gemäß § 13 der KSV-Psych-RL hat der G-BA zudem innerhalb von 5 Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie eine Evaluation vorzulegen, bei der untersucht wird, ob die in § 1 Absatz 2 der Richtlinie festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Diese Evaluation ist noch nicht abgeschlossen. Vor diesem Hintergrund sind gegenwärtig keine weiteren konkreten gesetzlichen Beauftragungen des G-BA vorgesehen.

14. Plant die Bundesregierung, die Mental Health Surveillance durch das Robert Koch-Institut oder das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit hinsichtlich der Schließung von Datenlücken zu Bedarfen sowie der Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen fortzuführen, und wenn nein, warum nicht?

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut (RKI) haben gemeinsam den Aufbau einer Mental Health Surveillance (MHS) initiiert mit dem Ziel der Verstetigung der MHS als Bestandteil einer übergreifenden Surveillance für nichtübertragbare Krankheiten (NCD) im Rahmen der Amtsaufgaben des RKI. Hierzu wurde im Zeitraum von März 2019 bis Juni 2023 mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Forschungsprojekt durchgeführt. Das RKI führt die Arbeiten der MHS seit 2023 im Rahmen des Aufbaus einer NCD-Surveillance fort.

15. Plant die Bundesregierung, die Daten des Robert Koch-Instituts gemeinsam mit aktuellen Leitlinien als Grundlage für die Planung von Versorgungsangeboten und Versorgungsstrukturen in den Gesundheitsregionen zu nutzen, und wenn nein, warum nicht?

Die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der G-BA setzt mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-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, mit dem Ziel, bundesweit einen gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang zur ambulanten Versorgung zu gewährleisten. Auf Landesebene haben die KVen 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 Ent-

wicklung anzupassen. Es ist ausdrücklich geregelt, dass von den Vorgaben der BPL-RL abgewichen werden kann, soweit dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. Änderungen an dieser Planungssystematik sind nicht beabsichtigt.

Darüber hinaus bestehen zahlreiche gesetzliche Optionen der regionalen Versorgungsgestaltung, etwa durch Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V und zur Erprobung innovativer Versorgungsansätze (beispielsweise mit den Modellvorhaben gemäß der §§ 63 ff. SGB V). Mit Bezug auf die Versorgung psychisch kranker Menschen wird darauf hingewiesen, dass der G-BA sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene seine Richtlinien über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen hat (KSVPsych-RL und KJ-KSVPsych-RL). Kern dieser Versorgung ist die Gründung entsprechender regionaler Netzverbünde beziehungsweise die Vernetzung aller benötigten Gesundheitsberufe, um Betroffenen schnell und bedarfsgerecht zu helfen. Es wird im Übrigen auf die Antworten der Bundesregierung auf die Fragen 12 und 13 sowie auch auf das Informationsangebot des G-BA auf seiner Internetseite (abrufbar unter: www.g-ba.de/themen/psychotherapie/) verwiesen.

16. Welche Bedeutung werden digitale Angebote zur Versorgung psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen nach Ansicht der Bundesregierung künftig haben, und welche konkreten Maßnahmen sind von der Bundesregierung geplant?

Die Videosprechstunde ist ein wichtiger Baustein der Versorgung in der Psychotherapie geworden. Mit der zuletzt erfolgten Vereinfachung und Flexibilisierung der mengenmäßigen Begrenzung der Leistungen im Videokontakt wird dieses Instrument noch bedarfsgerechter eingesetzt werden können. Mit den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) stehen im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung weitere qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Angebote zur Verfügung, die etwa begleitend zur Psychotherapie oder zu Überbrückung von Wartezeiten eingesetzt werden können. Darüber hinaus arbeitet die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen an der Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt diese Bemühungen und prüft etwaige erforderliche Gesetzesänderungen in diesem Zusammenhang.

17. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller, dass eine Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsmodelle (Regionalbudgets, Modellprojekte nach § 64b SGB V) in die Regelversorgung zu einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von Versicherten im Kliniksetting führt, und wenn nein, warum nicht?
18. Bis wann plant die Bundesregierung eine Regelung zur Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsmodelle (Regionalbudgets, Modellprojekte nach § 64b SGB V) in die Regelversorgung und Regelfinanzierung, und welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher ergriffen, um den Forderungen der Gesundheitsministerkonferenz in diesem Bereich nachzukommen?

19. Wie bewertet die Bundesregierung eine Entfristung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V als Zwischenschritt bis zur Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in die Regelversorgung und Regelfinanzierung?

Die Fragen 17 bis 19 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Seit dem Jahr 2013 besteht die gesetzliche Möglichkeit von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V, die auf die Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld, ausgerichtet sind. Gleichwohl ist bislang die Evaluation der bereits bestehenden Modellvorhaben gemäß § 65 SGB V noch nicht abgeschlossen. Die derzeit noch laufende Evaluation der Modellvorhaben nach § 65 SGB V sollten vor einer Entscheidung zur Fortführung oder Verstetigung ordnungsgemäß weitergeführt und abgeschlossen werden.

20. Bis wann wird die Bundesregierung eine gesetzliche Regelung zur Stärkung der Psychiatrischen Institutsambulanzen schaffen?
21. Inwieweit plant die Bundesregierung, den Zugang zu Psychiatrischen Institutsambulanzen als Anlaufstelle für Menschen in akuten Krisen zu erleichtern?

Die Fragen 20 und 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) werden nach § 118 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigt, um eine bedarfsgerechte Behandlung von bestimmten Patientengruppen sicherzustellen.

Die Bundesregierung bezieht die PIA in die fortlaufenden Überlegungen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung ein; konkrete Planungen zur Anpassung der gesetzlichen Regelungen gibt es gegenwärtig nicht.

22. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell für Erwachsene die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Termin nach einem Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde, und wie haben sich diese Wartezeiten in den letzten zehn Jahren verändert (bitte differenziert nach Bundesländern, Raumkategorien [städtisch, halbstädtisch, ländlich] und KV-Bezirken angeben)?
23. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell für Kinder und Jugendliche die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Termin nach einem Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde, und wie haben sich diese Wartezeiten in den letzten zehn Jahren verändert (bitte differenziert nach Bundesländern, Raumkategorien [städtisch, halbstädtisch, ländlich] und KV-Bezirken angeben)?
24. Wie bewertet die Bundesregierung angesichts der langen Wartezeiten die derzeitige wohnort- und zeitnahe psychotherapeutische Versorgung, wenn bei gesetzlich Versicherten die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wurde?

25. Welche Gründe gibt es nach Kenntnissen der Bundesregierung für lange Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, und welche Maßnahmen plant sie konkret, um Wartezeiten zu reduzieren?

Die Fragen 22 bis 25 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine differenzierten, validen Daten zur Entwicklung der durchschnittlichen Wartezeiten für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche auf einen psychotherapeutischen Termin nach einem Erstgespräch vor. Wann nach einem Erstgespräch eine Richtlinien-therapie begonnen wird, hängt jedoch von verschiedenen Faktoren ab, die nicht allein auf die Verfügbarkeit von freien Kapazitäten zurückzuführen sind (z. B. passende Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten). Insofern sind Wartezeiten nur bedingt geeignet, die Versorgungssituation zu beschreiben.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages Instrumente, um auf besondere regionale Versorgungsbedarfe zu reagieren. Dabei kann von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA abgewichen werden, soweit dies aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Beispielsweise kann zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung eine abweichende Raumgliederung vorgenommen werden. Auch die Länder haben umfassende Optionen, sich im Rahmen der Aufstellung des Bedarfsplans einzubringen und so unmittelbar Einfluss auf das Angebot der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung zu nehmen. § 103 Absatz 2 SGB V eröffnet die Möglichkeit, unabhängig von bedarfsplanerischen Vorgaben zusätzliche Versorgungskapazitäten auch für die Psychotherapie in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten zu schaffen. Um einen regionalen Mehrbedarf an Versorgungskapazitäten zu decken, stellen darüber hinaus die Instrumente der Sonderbedarfszulassung und Ermächtigung geeignete Mittel dar. Auch hier werden den Ländern weiträumige Mitberatungs- und Antragsrechte in den Zulassungsausschüssen eingeräumt, gemäß § 96 Absatz 2a SGB V.

26. Wie bewertet die Bundesregierung den Anstieg der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in den letzten Jahren, und welche Ursachen sieht sie dafür?

Die Ursachen für die in den letzten Jahren beobachteten Entwicklungen bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen sind vielfältig. Hierzu können zunehmende individuelle wie auch gesellschaftliche Belastungssituationen zählen (z. B. im Zusammenhang mit Krisen wie Pandemie, Kriegen und Klimawandel), Veränderungen bei der Diagnosehäufigkeit psychischer Erkrankungen, gesellschaftliche Veränderungen wie auch eine höhere Bereitschaft von psychisch belasteten oder erkrankten Menschen, frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel infolge verbesserter Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

27. Welche Entwicklungen erwartet die Bundesregierung bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in den nächsten zehn Jahren, und auf welche wissenschaftliche Evidenz stützt sie sich bei ihrer Einschätzung?

Der Bundesregierung liegen hierzu nur wenige wissenschaftlich validierte Prognosen vor. In Projektionen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versor-

gung (ZI) zur Beanspruchung der vertragsärztlichen Versorgung für die Jahre 2030 und 2035 wurde die durchschnittliche jährliche Veränderung der Fallzahlen der jeweiligen Arztgruppen aus den Jahren 2011 bis 2019 in die Zukunft fortgeschrieben und auf den in den Jahren 2030 und 2035 gemäß Bevölkerungsprognose erwartbaren Bevölkerungsstand angewendet. Das ZI kommt zum Ergebnis, dass bei einer Fortsetzung des Trends der Jahre 2011 bis 2019 mit einer erheblichen Zunahme der Inanspruchnahme der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu rechnen sei.

28. Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Psychiaterinnen und Psychiater, dargestellt in absoluten Zahlen und Verhältniszahlen, stehen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der psychotherapeutischen Versorgung im Bundesgebiet zur Verfügung, und wie haben sich diese Zahlen seit der Wiedervereinigung entwickelt (bitte differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien wie städtisch, halbstädtisch und ländlich sowie nach Geschlecht und Altersgruppen angeben)?
29. Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, dargestellt in absoluten Zahlen und Verhältniszahlen, stehen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der psychotherapeutischen Versorgung im Bundesgebiet zur Verfügung, und wie haben sich diese Zahlen seit der Wiedervereinigung entwickelt (bitte differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien wie städtisch, halbstädtisch und ländlich sowie nach Geschlecht und Altersgruppen angeben)?

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

Die Zahl der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (im Folgenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), hat sich in den vergangenen Jahren sehr dynamisch entwickelt. Im Jahr 2014 nahmen noch 27 125 Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Versorgung teil, derzeit sind es insgesamt 40 769 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2024). Der Anstieg ist maßgeblich auf die stark steigende Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zurückzuführen, von 2 583 im Jahr 2009 auf 8 044 im Jahr 2024 (Bundesarztregister). Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen nach den Hausärztinnen und Hausärzten die zweitgrößte Teilnehmergruppe in der vertragsärztlichen Versorgung dar. Im Rahmen der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 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 2024 gab es insgesamt in 51 von 392 Planungsbereichen noch Zulassungsmöglichkeiten für die Fachgruppe der Psychotherapeuten. Es wurde in keinem Planungsbereich eine Unterversorgung festgestellt. Bundesweit sind insgesamt 5 946 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oberhalb der Sperrgrenze (Versorgungsgrad von über 110 Prozent) tätig. In Bezug auf die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat der G-BA zudem im April 2022 beschlossen, das Versorgungsniveau für diese Arztgruppe um 10 Prozent anzuheben. Damit ergeben sich bundesweit circa 60 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugend-

psychiatrie und -psychotherapie. Es wird im Übrigen auf das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführte Bundesarztregister verwiesen.

30. Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie psychotherapeutische Praxen, differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien, nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf, und welche Gründe werden dafür genannt?
31. Wo steht Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung im europäischen Vergleich bezüglich der Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro Kopf der Bevölkerung?

Die Fragen 30 und 31 werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

32. Inwieweit hält die Bundesregierung die Quotierung für Kassensitze für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln (mindestens 20 Prozent der Kassensitze), für angemessen, um eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche sicherzustellen?
33. Wie viele zusätzliche Kassensitze für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen würden nach Prognose der Bundesregierung durch eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, entstehen, und inwieweit reichen diese nach Ansicht der Bundesregierung aus, um dem gestiegenen Bedarf gerecht zu werden?
34. Wie würden sich die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Prognose der Bundesregierung durch eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, entwickeln?

Die Fragen 32 bis 34 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Um den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung Rechnung zu tragen, ist im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbart, die Voraussetzungen für die gesonderte Bedarfsplanung psychotherapeutisch tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, zu schaffen. Mit diesem Vorhaben können weitere Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten entstehen und Wartezeiten auf ein wohnortnahes Therapieangebot verringert werden. Eine konkrete Bezifferung der zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

35. Hat die Psychotherapiestrukturereform 2017 (Änderung der Psychotherapierichtlinie) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach Ansicht der Bundesregierung das Ziel erfüllt, den Patientinnen und Patienten zeitnah einen niederschweligen Zugang zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen, und wenn nein, welche Konsequenzen oder Änderungen schlägt die Bundesregierung vor?

Der G-BA hat mit Beschluss vom 16. Juni 2016 eine Strukturreform der ambulanten Psychotherapie auf den Weg gebracht. Es wurden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, unter anderem die psychotherapeutische Sprechstunde und Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen (Rezidivprophylaxe). Weitere Änderungen zielten beispielsweise darauf ab, die Inanspruchnahme von Gruppentherapien zu fördern. Der Beschluss des G-BA trat im Februar 2017 in Kraft. Die neu eingeführten Leistungen beziehungsweise Strukturelemente wurden vom G-BA evaluiert, insbesondere hinsichtlich der zentralen Fragestellungen, ob die jeweils intendierten Ziele erreicht werden konnten. Die Evaluationsberichte sind vom G-BA auf seiner Internetseite veröffentlicht (abrufbar unter: www.g-ba.de/themen/psychotherapie/evaluation-strukturen-ambulante-psychotherapie/).

Das neu eingeführte Versorgungselement der Psychotherapeutischen Sprechstunde wurde gemäß § 42 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) fünf Jahre nach Beschlussfassung evaluiert. Die Evaluation auf Basis von Abrechnungsdaten kam zu dem Ergebnis, dass die mit der Einführung intendierten Ziele erreicht wurden. Die Psychotherapeutische Sprechstunde fungiere demnach als Erstkontakt zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in dessen Rahmen der Behandlungsbedarf festgestellt und eine Steuerung in die verschiedenen Versorgungsbereiche erfolgen könne. Die Auswertung gab Hinweise darauf, dass zuvor definierte ambulante Folgebehandlungen (Akutbehandlung, Probatorik und Richtlinienpsychotherapie) bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten zeitnah im selben Quartal wie die letzte Psychotherapeutische Sprechstunde oder im ersten Folgequartal erfolgt seien. Angesichts der bisher verfügbaren Evaluationsergebnisse ist das Versorgungselement der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus Sicht der Bundesregierung sinnvoll, um den niedrighschweligen Zugang in die ambulante Versorgung zu ermöglichen.

36. Plant die Bundesregierung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen gesetzlichen Auftrag zu erteilen, die Bedarfsplanung in der Psychotherapie weiterzuentwickeln und dabei
- a) die regionalen Verhältniszahlen für die Fachgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abzusenken, um die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie für schwer psychisch erkrankte Personen zu stärken,
 - b) die regionalen Verhältniszahlen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, abzusenken, um die Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu stärken, und
 - c) die Verhältniszahlen durch eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, abzusenken?
 - d) Und wenn nein, warum nicht?

37. Hält die Bundesregierung die Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung für angemessen, um eine adäquate psychotherapeutische Versorgung für schwer psychisch erkrankte Personen sicherzustellen, und wenn ja, auf welche Erkenntnis beruft sie sich bei ihrer Einordnung?
38. Plant die Bundesregierung eine Anpassung des Morbiditätsfaktors durch einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA, um eine Absenkung der Verhältniszahlen und damit des Versorgungsniveaus im Zeitverlauf zu ermöglichen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 36 bis 38 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die vertragsärztliche Bedarfsplanung obliegt dem G-BA, der die Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie regelmäßig überprüft, aktualisiert und dafür umfangreiche Versorgungs- und Auswirkungsanalysen durchführt. Der G-BA hat erst zu Beginn des Jahres 2025 die Auswirkungen der Bedarfsplanungs-Reform des Jahres 2019 umfassend evaluiert. Der Evaluationsbericht ist auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht (www.g-ba.de/richtlinien/4/). Der G-BA kommt seinem Auftrag zur kontinuierlichen Beobachtung der bundesweiten Versorgungsstrukturen sowie der gesetzlichen Rahmenbedingungen und zur bedarfsgerechten Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie nach. Gesetzliche Vorgaben an den G-BA zur Absenkung von Verhältniszahlen sind derzeit nicht beabsichtigt.

39. Plant die Bundesregierung, Anreize zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, beispielsweise durch Freihalten von Kapazitäten oder finanzielle Zuschläge für zusätzliches Personal, zu schaffen, und wenn nein, warum nicht?

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hält das ambulante Versorgungssystem differenzierte Versorgungsangebote vor. Neben der Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen stehen multiprofessionelle Angebote, wie die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) oder ambulante psychiatrische Pflege zur Verfügung. Hilfen außerhalb der GKV werden durch Sozialpsychiatrische Dienste in der Zuständigkeit der Länder und Kommunen sowie in einer Vielzahl von psychosozialen Einrichtungen wie z. B. Tagesstätten, Betreutes Wohnen oder Kontaktstellen geleistet. Mit der am 20. Februar 2025 in Kraft getretenen Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (BGBl. 2025 I Nr. 40), wurden zudem die Voraussetzungen für zusätzliche Behandlungskapazitäten für die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von besonders vulnerablen Menschen geschaffen. Das Freihalten von Versorgungskapazitäten ist nicht vorgesehen.

Darüber hinaus hat der G-BA mit seinen beiden Richtlinien sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche die Voraussetzung für die Etablierung des Versorgungsangebots einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geschaffen (KSVPsych-RL und KJ-KSVPsych-RL). Hierfür sieht der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) in den Kapiteln 37.5 und 37.6 gesonderte Gebührenordnungspositionen gemäß dieser Richtlinien vor.

40. Plant die Bundesregierung, Sprachbarrieren in der psychotherapeutischen Versorgung abzubauen, wenn ja, plant sie, gesetzlich abrechenbare Sprachmittlungsleistungen einzuführen, und wenn nein, warum nicht?
41. Plant die Bundesregierung, Anreize zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Sprachbarrieren, beispielsweise durch Freihalten von Kapazitäten oder finanzielle Zuschläge für zusätzliches Personal, zu schaffen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 40 und 41 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Inwiefern eine entsprechende Regelungsinitiative von der Bundesregierung aufgegriffen werden kann, wird gegenwärtig geprüft.

Derzeit fördert das Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Charité Berlin das Modellprojekt „Sprache öffnet Türen (SIMPLE)“, in dem praxistaugliche Vorschläge zur Implementierung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen erarbeitet werden sollen.

42. Was bedeutet konkret das im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die Bundesregierung formulierte Ziel, die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicherzustellen, und welche Schritte hat die Bundesregierung eingeleitet, um das Ziel, die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicherzustellen, zu erreichen?

Mit den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU, CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Ausschussdrucksache 21(14)25) wurden unter anderem gesetzliche Anpassungen im Hinblick auf die Finanzierung der Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiWs) in der vertragsärztlichen Versorgung eingebracht.

43. Inwieweit hat die Bundesregierung bisher auf die abschließenden Bemerkungen des Staatsprüfverfahrens für Deutschland im Jahr 2023 durch den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung reagiert, die die mangelnde Datenlage zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen anmahnt (www.deutscher-behindertenrat.de/mime/00137622D1725608806.pdf), hat die Bundesregierung dabei die Handlungsempfehlungen aus dem ersten Psychiatriedialog berücksichtigt, und wenn nein, warum nicht?
44. Bis wann wird die Bundesregierung ein „Zwangsregister“ zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Institutionen und Pflegeheimen mit dem Ziel der Vermeidung von Zwang einführen, wie plant sie, dies bundesrechtlich umzusetzen, und plant die Bundesregierung, dabei die Handlungsempfehlungen der beiden Psychiatriedialoge zu berücksichtigen?
45. Plant die Bundesregierung, die gesetzliche Regelung des Zwangsmonitorings in die Erarbeitung des Bundesverfassungsgericht-Auftrags von November 2024 (www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2024/bvg24-100.html) zu implementieren, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 43 bis 45 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung plant derzeit kein bundesweites Erfassungssystem zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Institutionen und Pflegeheimen einzurichten. Aufgaben der Dokumentation und Verminderung von Zwangsmaßnahmen fallen primär in die Zuständigkeit der Länder. Mehrere Länder halten hierzu bereits ein Monitoring vor.

46. Inwieweit plant die Bundesregierung, eine trialogisch besetzte Besuchskommission als Instrument der zivilgesellschaftlichen Kontrolle gesetzlich zu verankern, wie es im Rahmen des zweiten Psychiatriedialog empfohlen wird?
47. Plant die Bundesregierung, die Erarbeitung eines bundesweiten Orientierungsleitfadens in Auftrag zu geben, um eine patientenorientierte und menschenrechtebezogene Arbeit der Besuchskommission in die Wege zu leiten, wie es im Rahmen des zweiten Psychiatriedialog empfohlen wird?

Die Fragen 46 und 47 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Einrichtung von Besuchskommissionen fällt in die Zuständigkeit der Länder. In allen Ländern ist in den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychK(H)G) die Einberufung von Besuchskommissionen vorgesehen. Diese sind je nach Land als staatliche Kommission oder zivilgesellschaftlich ausgerichtete Kommission eingerichtet. Es handelt sich dabei um eine Einrichtung der öffentlichen Kontrolle, die teilweise neben dem Institut des Patientenfürsprechers und der unabhängigen Beschwerdestelle besteht und als ergänzendes Institut der Interessenvertretung und damit als zusätzliches Hilfs- und Schutzangebot der besonders belastenden Situation der Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung Rechnung trägt. Vor diesem Hintergrund plant die Bundesregierung hierzu keine Maßnahmen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.