

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Wartezeiten für psychisch erkrankte Menschen

Immer mehr psychisch erkrankte Menschen finden nur schwer einen Termin bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Wartezeiten für eine Richtlinientherapie betragen im Durchschnitt sechs Monate (Bundespsychotherapeutenkammer – BPtK –, Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, 2011). Im Ruhrgebiet oder in ländlichen Regionen müssen behandlungsbedürftige Personen sogar häufig acht Monate auf den Therapiebeginn warten, obwohl es durchaus mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten gäbe, die wegen der restriktiven Bedarfsplanung jedoch keine Kassenzulassungen erhalten. Da wegen der neuen psychotherapeutischen Angebote (Sprechstunde und Akutbehandlung) seit April 2017 noch weniger Zeit für die klassische Richtlinientherapie bleibt, dürften sich die Engpässe insbesondere im ländlichen Raum und im Ruhrgebiet noch zuspitzen (Pressemitteilungen der BPtK vom 22. Mai 2017 und der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e. V. vom 2. November 2017 und 21. Februar 2018). Auch der Andrang von Anfragenden bei den Terminservicestellen zeigt die Versorgungslücken in der Psychotherapie deutlich auf. Im zweiten Quartal 2017 machten die vermittelten Termine aus dem Bereich Psychotherapie bereits rund 40 Prozent aus und stiegen damit aus dem Stand auf die meist vermittelte Gruppe auf (www.kbv.de/html/terminservicestellen.php).

Zwar hat der Gesetzgeber im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, bis Anfang 2017 die psychotherapeutische Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur bedarfsgerechter zu gestalten. Bisher liegt dem G-BA nach Kenntnis der Fragesteller jedoch noch nicht einmal das Gutachten vor, auf dessen Grundlage er eine Entscheidung treffen möchte. Für das Ruhrgebiet hat der G-BA mit Beschluss vom 17. November 2017 die Verhältniszahlen bei der psychotherapeutischen Versorgung marginal angepasst. Die bedarfsplanerischen Vorgaben weichen aber weiterhin von denen vergleichbarer Regionen und den allgemeinen Vorgaben für Großstädte ab, obwohl Prävalenzdaten zeigen, dass im Ruhrgebiet sogar ein höherer psychotherapeutischer Versorgungsbedarf besteht als anderswo (IGES Institut GmbH, 2017; www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15_BPL-RL_Abnahme_EB_IGES_mit_Anlage.pdf).

Da immer mehr gesetzlich Versicherte keinen Therapieplatz bei einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung finden, sind sie darauf angewiesen, die Therapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten ohne Zulassung durchzuführen und sich die Kosten gemäß § 13 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) von der Krankenkasse erstatten zu lassen. Patientinnen

und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten berichten immer wieder, dass Krankenkassen falsch über das Kostenerstattungsverfahren informieren sowie die Bearbeitung der Kostenerstattungsanträge verzögern, bereits eingereichte Unterlagen nachfordern oder Nachweise nicht berücksichtigen (vgl. u. a. SPIEGEL ONLINE vom 11. Februar 2018: „Patienten sind in einer Schleife gefangen“). Nach Angaben psychotherapeutischer Fachverbände und der BPTK hat sich die Situation seit Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung sowie der Vermittlung dieser Leistungen durch die Terminservicestellen sogar noch verschärft. Teilweise sollen Krankenkassen die Kostenerstattungen pauschal mit der Begründung ablehnen, diese sei im Gegensatz zur neuen Sprechstunde oder Akutbehandlung keine unaufschiebbare Leistung (Pressemitteilungen der BPTK vom 22. Mai 2017 und der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung vom 2. November 2017 und 21. Februar 2018).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Wartezeiten von Patientinnen und Patienten für eine Richtlinienpsychotherapie bei Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung, Planungsbereich sowie Erwachsenen und Minderjährigen aufschlüsseln)?
2. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Einführung der Sprechstunde und Akutbehandlung im April 2017 auf die Wartezeiten für Richtlinienpsychotherapie ausgewirkt?

Reform der Bedarfsplanung

3. a) Welche Gründe sind der Bundesregierung für die Verzögerung der Reform der Bedarfsplanung bekannt?
b) Wann rechnet die Bundesregierung mit dem Abschluss der Reform der Bedarfsplanung?
c) Wann wird nach Kenntnis der Bundesregierung das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten zur Bedarfsplanung in der Psychotherapie vorliegen?
4. Hat das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen seiner Rechtsaufsicht Maßnahmen ergriffen bzw. wird es ergreifen, um die Einhaltung der Vorgaben in § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V einschließlich der dort vorgegebenen Frist zur Reform der Bedarfsplanung durch den G-BA sicherzustellen?
a) Wenn ja, welche Maßnahmen waren dies, und warum haben sie nicht zum Erfolg geführt?
b) Wenn nein, warum nicht?
5. Beabsichtigt die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorzulegen mit dem Ziel, den G-BA zu beauftragen, die Reform der Bedarfsplanung für Psychotherapeutinnen und -therapeuten von der Reform der Bedarfsplanung weiterer Arztgruppen zu entkoppeln und vorzuziehen, vor dem Hintergrund, dass die Wartezeiten in der Psychotherapie durchschnittlich sechs Monate betragen und damit weitaus länger sind als bei anderen Arztgruppen?

Wenn nein, warum nicht?

6. Gibt es Überlegungen in der Bundesregierung, den G-BA zu beauftragen, im Vorgriff auf die umfassende Reform der Bedarfsplanung auf Grundlage bereits vorhandener Daten (z. B. aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle 1, des Robert-Koch-Instituts, DEGS1-MH Studie) die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur anzupassen, um den Zeitraum der mangelhaften Versorgung zu verkürzen, und wenn nein, warum nicht?
7. a) Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus der DEGS1-MH-Studie, nach der es nur geringe Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen gibt (Schwankungen zwischen 28 und 32 Prozent)?
b) Sind nach Einschätzung der Bundesregierung danach die erheblichen Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen den Kreistypen (Kt 1: 36,1; Kt 2: 14,7; Kt 3: 12,1; Kt 4: 12,8; Kt 5: 18,2 Psychotherapeuten/100 000 Einwohner) noch zu rechtfertigen oder vielmehr durch Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen oder durch regionale Unterschiede in der Morbiditäts- und Sozialstruktur zu begründen?
8. a) Hält die Bundesregierung die durch den Beschluss des G-BA vom 17. November 2017 zur Bedarfsplanung für das Ruhrgebiet neu geschaffenen 85 Sitze für Psychotherapeutinnen und -therapeuten für ausreichend, um psychisch erkrankte Menschen im Ruhrgebiet angemessen zu versorgen?
b) Wenn ja, was rechtfertigt aus Sicht der Bundesregierung eine ungünstigere planerische Vorgabe für das Ruhrgebiet im Vergleich zu den allgemeinen Vorgaben für Großstädte und insbesondere den Vergleichsregionen Rhein-Main-Gebiet und Rheinland?
c) Wenn nein, plant die Bundesregierung Maßnahmen, um diesen Zustand zu beseitigen?
9. Hat der G-BA nach Kenntnis der Bundesregierung die Auswirkungen der pauschalen Anrechnung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) auf die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten gemäß § 22 Absatz 6 der Bedarfsplanungsrichtlinie evaluiert?
a) Wenn ja, welche Daten und Erkenntnisse hat die Evaluation hervorgebracht?
b) Wenn nein, warum nicht?
10. Welche Informationen zum Leistungsumfang der PIA generell und dazu, welcher Anteil der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, liegen der Bundesregierung vor?
11. In welchem Umfang haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung durch die pauschale Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten die rechnerischen Versorgungsgrade in den verschiedenen Planungsbereichen erhöht?
12. Inwiefern hält die Bundesregierung die vom G-BA beschlossene Verlängerung der pauschalen Anrechnung der PIA bis Ende 2022 für angemessen und sachgerecht vor dem Hintergrund, dass PIA im Schwerpunkt keine Richtlinien-therapie erbringen und Ziel der Reform der Bedarfsplanung ist, eine verbesserte Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu erreichen?

Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 3 SGB V durch die Krankenkassen

13. Sind der Bundesregierung die Beschwerden der psychotherapeutischen Fachgesellschaften, der BPTK sowie von Patientinnen und Patienten bekannt, die darauf hinweisen, dass viele gesetzliche Krankenkassen seit Einführung der Sprechstunde und Akutbehandlung im April 2017 Anträge auf Kostenerstattung für Richtlinienbehandlung pauschal mit der Begründung ablehnen, diese sei im Gegensatz zu den neuen psychotherapeutischen Leistungen keine unaufschiebbare Leistung?
14. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung landes- oder bundesweite Vereinbarungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, Kostenerstattungsanträge mit Blick auf die Einführung der Sprechstunde und Akutbehandlung nicht mehr zu bewilligen?
15. Ist die Bundesregierung den Beschwerden über die Praxis der gesetzlichen Krankenkassen, Kostenerstattungsanträge pauschal abzulehnen, nachgegangen, und liegen hierzu seitens der Krankenkassen Stellungnahmen vor?
16. Was wird die Bundesregierung unternehmen, um sicherzustellen, dass Krankenkassen den Anspruch auf Kostenerstattung gesetzeskonform umsetzen und ihren behandlungsbedürftigen Versicherten zu einer Richtlinienbehandlung in Privatpraxen verhelfen, wenn Termine bei Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten nicht verfügbar sind?
17. In wie vielen Fällen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2014 Anträge auf Kostenerstattung für eine Psychotherapie gemäß § 13 Absatz 3 SGB V von den Krankenkassen bewilligt bzw. abgelehnt (bitte nach Quartal, Kassenärztlicher Vereinigung, Planungsbereich und Krankenkasse aufschlüsseln)?
18. In welcher Höhe sind den Krankenkassen nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem dritten Quartal 2013 Ausgaben für Kostenerstattungen für Psychotherapie gemäß § 13 Absatz 3 SGB V entstanden (bitte nach Quartal, Kassenärztlicher Vereinigung und Planungsbereich aufschlüsseln)?
19. In welcher Höhe und in wie vielen Fällen betrifft dies psychotherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen (bitte Zeitraum und Aufschlüsselung wie in den Fragen 17 und 18)?
20. Sollten der Bundesregierung keine Daten zur Höhe der Ausgaben vorliegen, wie hoch schätzt sie die Ausgaben für Kostenerstattungen für Psychotherapie seit dem dritten Quartal 2013 ein, und auf welchen Erwägungen beruht ihre Einschätzung?
21. a) Plant die Bundesregierung die Ausgaben für Kostenerstattung für Psychotherapie wieder in der Statistik (Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) auszuweisen, und ggf. ab wann?
b) Wenn nein, warum nicht?
c) Worin besteht der erhebliche Verwaltungsaufwand bei der IT-Umsetzung der Buchungsvorgänge, der nach Ansicht der Bundesregierung bei der Höhe der Ausgaben nicht sachgerecht sei (vgl. Antwort zu Frage 2 der Kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Bundestagsdrucksache 18/2140)?
22. Wie kann der tatsächliche Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung nach Ansicht der Bundesregierung festgestellt werden, wenn die wegen Systemversagens beantragten bzw. in Anspruch genommenen Behandlungen in Privatpraxen mangels Transparenz nicht in die Bedarfsplanung einfließen können?

Vermittlung durch Terminservicestellen

23. a) Wie viele Personen haben nach Kenntnis der Bundesregierung seit April 2017 monatlich bei den Terminservicestellen nach einem Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung oder probatorische Sitzung gefragt (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung und Planungsbereich aufschlüsseln)?
- b) Wie viel Prozent aller Anfragenden, die sich seit April 2017 an die Terminservicestellen gewandt haben, baten um Vermittlung psychotherapeutischer Leistungen (bitte nach Monat, Kassenärztlicher Vereinigung und Planungsbereich aufschlüsseln)?
- c) Wie viel Prozent aller Anfragenden, die sich seit April 2017 an die Terminservicestellen gewandt haben, baten um Vermittlung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (bitte nach Monat, Kassenärztlicher Vereinigung und Planungsbereich aufschlüsseln)?
24. Wie vielen Personen, die sich wegen einer psychotherapeutischen Sprechstunde oder Akutbehandlung an eine Terminservicestelle wandten, wurde nach Kenntnis der Bundesregierung seit April 2017
- a) innerhalb von vier Wochen ein Termin in einer psychotherapeutischen Praxis vermittelt,
- b) mangels verfügbarer Termine bei Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten ein Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus vermittelt
- (bitte nach Monat und Kassenärztlicher Vereinigung aufschlüsseln)?
25. Welchen Nutzen für Patientinnen und Patienten verspricht sich die Bundesregierung davon, dass die Terminservicestellen auch Termine für probatorische Sitzungen vermitteln sollen, solange keine neuen Kassensitze zugelassen und damit auch nicht mehr Behandlungsplätze verfügbar werden?
26. Wie viele Krankenhäuser können in welchem Umfang nach Kenntnis der Bundesregierung ambulante Richtlinienpsychotherapie anbieten, und von wie vielen Krankenhäusern mit wie vielen Behandlungsplätzen haben die Terminservicestellen Kenntnis (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung und Planungsbereich aufschlüsseln)?
27. Inwiefern sind Krankenhäuser nach Ansicht der Bundesregierung personell ausreichend ausgestattet, um flächendeckend dem Bedarf an Richtlinienpsychotherapie nachzukommen, der wegen mangelnder Behandlungsplätze von Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten nicht abgedeckt werden kann?
28. Sollten nach Ansicht der Bundesregierung die Terminservicestellen Termine bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Privatpraxen vermitteln, sofern Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten innerhalb von vier Wochen nicht verfügbar sind, um bis zur Reform der Bedarfsplanung dem Mangel an Behandlungsplätzen entgegenzuwirken?
- a) Wenn ja, wann wird sie einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen?
- b) Wenn nein, warum nicht?

29. Welche und wie viele Beschwerden, bspw. pauschale Abweisung von Anfragen oder Vermittlung an wohnortferne Praxen, sind der Bundesregierung über den Service bei der Vermittlung von psychotherapeutischen Leistungen bekannt (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung und Planungsbereich aufschlüsseln)?

Berlin, den 2. März 2018

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

