Deutscher Bundestag **Drucksache 19/1347**

19. Wahlperiode 21.03.2018

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/1066 –

Wartezeiten für psychisch erkrankte Menschen

Vorbemerkung der Fragesteller

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

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 19. März 2018 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

juris Lex QS
17052024 ()

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 berücksichtigten (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).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung ist von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Der Bundesregierung ist es ein wichtiges Anliegen, dass eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau gewährleistet wird. Dafür hat der Gesetzgeber in den vergangenen Legislaturperioden mehrere Maßnahmen auf den Weg gebracht, die die psychotherapeutische Versorgung sowohl in Ballungsräumen als auch in ländlichen Regionen verbessern sollen.

Bereits mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) wurde 2012 klargestellt, dass der Anspruch der Versicherten auf eine medizinisch notwendige Anschlussversorgung eine zeitgerechte fachärztliche Versorgung, zu der auch die psychotherapeutische Versorgung zählt, mit einschließt. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen daher auch dafür zu sorgen, dass psychisch erkrankten Menschen eine angemessene und zeitnahe Versorgung mit entsprechenden Therapeuten zur Verfügung steht.

Im Jahr 2015 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) beauftragt, seine Psychotherapierichtlinie umfassend zu bearbeiten, um das Angebot und den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen weiter zu verbessern. Ziel war es insbesondere, einen niedrigschwelligen, flexiblen und gut erreichbaren Zugang flächendeckend auszubauen, dadurch Wartezeiten zu vermeiden und eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen. Die neue Richtlinie ist zum 1. April 2017 in der Versorgung wirksam geworden.

juris Lex QS
17052024 ()

Mit den Änderungen der Psychotherapierichtlinie wurden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, beispielsweise die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung oder Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen. Innerhalb von fünf Jahren evaluiert der G-BA, inwieweit die Ziele der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie erreicht wurden.

Ebenfalls mit dem GKV-VSG wurde vorgesehen, dass sich gesetzlich Versicherte bei Vorliegen einer Überweisung zur fachärztlichen Versorgung an eine zentrale Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung wenden können. Die Terminservicestelle hat innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem entsprechenden Facharzt in zumutbarer Entfernung zu vermitteln. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten. Sollte dies nicht gelingen, ist durch die Terminservicestelle eine Behandlung im Krankenhaus anzubieten. Seit dem 1. April 2017 gelten die gesetzlichen Regelungen für die Vermittlung von Terminen durch Terminservicestellen auch für psychotherapeutische Behandlungen. Dies ergibt sich aus § 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V, der bestimmt, dass die Regelungen zur Terminservicestelle ab Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA für psychotherapeutische Behandlungen hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden, zeitnah erforderlichen Behandlungstermine gelten. Einer Überweisung bedarf es in diesen Fällen nicht.

Zudem sieht der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vor, dass die Terminservicestellen künftig unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer von 8 bis 18 Uhr erreichbar sein müssen.

Mit den gesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung wird ein bundeseinheitlicher Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden, definiert. Die Konkretisierung der Bedarfsplanung erfolgt durch den G-BA in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL). Der G-BA hat dabei u. a. die Aufgabe, die zu beplanenden Arztgruppen und die jeweiligen Planungsbereiche zu bestimmen sowie einheitliche Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner je Arzt) für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen. Die vom G-BA festgelegten Verhältniszahlen und der daraus abzuleitende Versorgungsgrad im jeweiligen Planungsbereich sind Grundlage für die Feststellung von Unter- und Überversorgung und die Berechnung der vorhandenen Zulassungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung.

Mit dem GKV-VSG hat der G-BA auch den Auftrag erteilt bekommen, die Bedarfsplanung insgesamt zu überprüfen und notwendige Anpassungen vorzunehmen. Insbesondere für die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten hat dieser Überprüfungsauftrag eine besondere Bedeutung, denn Anpassungs-und Verbesserungsmöglichkeiten sind ausdrücklich insbesondere im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen. Der G-BA hat für die Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags ein umfassendes Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag zu geben. Der Gutachtenauftrag wurde inzwischen erteilt. Die Ergebnisse des Gutachtens werden in die Beratungen des G-BA einbezogen werden.

Darauf hinzuweisen ist schließlich, dass sich die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung durch die oben genannten Neuregelungen zur Psychotherapie nicht verändert haben. Das gilt sowohl für die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse

juris Lex QS
17052024 ()

im Rahmen der vom Versicherten selbst gewählten Kostenerstattung (§ 13 Absatz 2 SGB V) als auch für die Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften unaufschiebbaren Leistungen im Falle einer nicht rechtzeitigen oder zu Unrecht abgelehnten Leistungserbringung durch die Krankenkasse (§ 13 Absatz 3 SGB V).

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)?

Der Bundesregierung liegen keine validen Daten über die Wartezeiten von Patientinnen und Patienten für eine Richtlinienpsychotherapie bei Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, aufgeschlüsselt nach Kassenärztlicher Vereinigung, Planungsbereich sowie Erwachsenen und Minderjährigen vor.

2. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Einführung der Sprechstunde und Akutbehandlung im April 2017 auf die Wartezeiten für Richtlinienpsychotherapie ausgewirkt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

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?

Mit dem GKV-VSG, das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, wurde der G-BA in Bezug auf die Bedarfsplanung u. a. verpflichtet, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur einer kleinräumigeren Planung, insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, zu treffen.

Nach Kenntnis der Bundesregierung rechnet der G-BA mit der Vorlage des Gutachtens im zweiten Quartal 2018. Die anschließende Überarbeitung der Bedarfsplanung hängt vom Zeitpunkt der Abnahme des Gutachtens, den Auswertungen und den Umsetzungsmaßnahmen des G-BA ab.

juris Lex QS
17052024 ()

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?

Dem G-BA wurden mit dem GKV-VSG mehrere Aufträge zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erteilt. Der G-BA hat die notwendigen Beratungen zeitnah aufgenommen. Für die Umsetzung des Auftrags aus § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V war aus Sicht des G-BA die Vergabe eines wissenschaftlichen Gutachtens notwendig. Zur Begründung wird auf die Antwort zu den Fragen 3a bis 3c verwiesen.

Da angesichts des geplanten umfangreichen Gutachtenauftrags erhebliche Zweifel bestanden, dass der G-BA seinen gesetzlichen Auftrag innerhalb der vorgesehenen Frist erfüllen wird, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den G-BA mit Schreiben vom 26. November 2015 auf die Bedeutung des gesetzlichen Auftrags hingewiesen und eine fristgerechte Umsetzung des Auftrags angemahnt. Der Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, hat in einem Gespräch am 15. März 2016 gegenüber dem BMG zugesagt, dass der G-BA neben der Beauftragung des Gutachtens auch die weiteren Beratungen zur Neuordnung einzelner Arztgruppen fortführen und entsprechende Entscheidungen herbeiführen werde.

Das BMG wird weiterhin darauf drängen, dass der gesetzliche Auftrag zeitnah umgesetzt wird. Dies entspricht auch dem im Koalitionsvertrag für die neue Legislaturperiode formulierten Anliegen, dass die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet wird.

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?

Nach den Ausführungen in dem zwischen CDU, CSU und SPD geschlossenen Koalitionsvertrag werden die Koalitionspartner weiterhin darauf drängen, dass die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet wird. Ein entsprechender gesetzlicher Auftrag an den G-BA wurde bereits mit dem GKV-VSG ins SGB V aufgenommen. Die inhaltliche Priorisierung bei der Umsetzung des Auftrags ist Aufgabe des G-BA. Dabei ist zu beachten, dass sich der Überprüfungsauftrag bereits nach geltendem Recht insbesondere auf die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten bezieht. Auch die Gesetzesbegründung enthält einen entsprechenden Hinweis, nämlich, dass „Anpassungs- und Verbesserungsmöglichkeiten insbesondere im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen“ sind.

juris Lex QS
17052024 ()

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?

Auf die Antwort zu Frage 5 wird verwiesen.

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?

Es ist Aufgabe des G-BA, bei der Bedarfsplanung die zu beplanenden Arztgruppen und die jeweiligen Planungsbereiche zu bestimmen sowie einheitliche Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner je Arzt) für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen. Bei der Umsetzung hat der G-BA insoweit einen Gestaltungsspielraum, der auch die Wahl der geeigneten Methoden und Erkenntnisse umfasst.

Für die Bestimmung der allgemeinen Verhältniszahlen hat der G-BA die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in der BPL-RL sechs unterschiedlichen raumordnungsspezifischen Planungskategorien (Kreistypen) zugeordnet. Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Dieses Konzept beschreibt die Verflechtung zwischen Kern und Umland. Mit der Einteilung in die Kreistypen soll der jeweiligen Mitversorgungsleistung Rechnung getragen werden. Während Planungsbereiche des Typs 1 dabei als „stark mitversorgend“ kategorisiert werden, wird in Planungsbereichen des Typs 5 eine Versorgung „aus sich heraus“ angenommen. Im Rahmen der Rechtsaufsicht hat das Bundesministerium für Gesundheit insoweit keine Möglichkeit, auf die inhaltlichen Festlegungen Einfluss zu nehmen.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass bei der Aufstellung des Bedarfsplanes auf Landesebene von der BPL-RL abgewichen werden kann, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Spezifischen oder überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfen, die sich aus einer regionalen demografischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur ergeben können, kann damit Rechnung getragen werden.

Zudem ermöglicht das Instrument der Sonderbedarfszulassung den Zulassungsausschüssen die Erteilung weiterer Zulassungen in Planungsbereichen, die ansonsten wegen Überversorgung gesperrt wären, in den Fällen, in denen trotz festgestellter Überversorgung in einzelnen Teilregionen des Planungsbereichs oder bezogen auf einzelne medizinische Leistungen oder Leistungsbereiche die Versorgung nicht ausreichend sichergestellt ist (sog. lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf).

juris Lex QS
17052024 ()

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?

Der Beschluss des G-BA vom 17. November 2017 über Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet wurde dem BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V zur Prüfung vorgelegt. Im Ergebnis bestanden gegen den Beschluss keine formellen oder materiell-rechtlichen Einwände, die ein aufsichtsrechtliches Eingreifen gerechtfertigt hätten.

Mit dem Beschluss hat der G-BA in der Zuordnung der Planungsbereiche für die allgemeine fachärztliche Versorgung in § 12 Absatz 4 BPL-RL zu den bis dahin geltenden Kreistypen 1 bis 5 einen neuen Typ 6 „polyzentrische Verflechtungsräume“ aufgenommen, dem alle Planungsbereiche des Ruhrgebietes zugeordnet wurden. Der G-BA begründet dies damit, dass die bis dahin existierende Typisierung der Regionen nach Mitversorgungsaspekten auf das Ruhrgebiet aufgrund seiner Verdichtung, Binnenverflechtung und Urbanität nicht anwendbar sei.

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?

Nach Kenntnis der Bundesregierung hat der G-BA die Auswirkungen der Anrechnungsregelungen in der vom Unterausschuss Bedarfsplanung eingesetzten Arbeitsgruppe „Bedarfsplanungs-Richtlinie Neuregelungen“ gemäß § 22 Absatz 6 BPL-RL beraten. Ein Evaluationsbericht liegt der Bundesregierung nicht vor.

10. Welche Informationen zum Leistungsumfang der PIA generell und dazu, welcher Anteil der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, liegen der Bundesregierung vor?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen dazu vor, in welchem Umfang Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) generell an der Versorgung teilnehmen. Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist daher auch nicht bekannt, welcher Anteil des Leistungsumfangs der PIA der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen ist. Die derzeitige Datenlage für PIA lässt eine Differenzierung nicht zu.

juris Lex QS
17052024 ()

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?

Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt in der Umfrage zum Stand der Bedarfsplanung (Stand: 31. Dezember 2017) eine Differenzierung der Versorgungsgrade unter Anrechnung der Ermächtigten und ohne Anrechnung der Ermächtigten. Dabei wird pauschal nach persönlichen Ermächtigungen und Institutsermächtigungen differenziert – eine Unterscheidung der ermächtigten Einrichtungen nach Rechtsgrundlage ist nicht möglich. In der Arztgruppe der Psychotherapeuten, die sich aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zusammensetzt, erfolgt in 215 von 391 Planungsbereichen eine Anrechnung von ermächtigten Einrichtungen. Die Anrechnung von ermächtigten Einrichtungen erfolgt bei den Psychotherapeuten im Umfang von 0,5 bis 6,5 Bedarfsplanungsgewichten im Planungsbereich. Da bei der Feststellung von Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V und bei der Feststellung von Überversorgung nach § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V die Ermächtigten nicht zu berücksichtigen sind, werden durch diese Anrechnungen jedoch keine Niederlassungsmöglichkeiten eingeschränkt oder Feststellungen von Unterversorgung verhindert. Maßgeblich hierfür ist der Versorgungsgrad ohne Anrechnung der Ermächtigten.

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 Richtlinientherapie erbringen und Ziel der Reform der Bedarfsplanung ist, eine verbesserte Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu erreichen?

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 15. Februar 2018 einen Beschluss über Änderungen der BPL-RL, hier der Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL), gefasst. Der Beschluss wurde dem BMG gemäß § 94 Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Prüfung vorgelegt. Die Prüfung ist noch nicht abgeschlossen.

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 Richtlinientherapie 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?

juris Lex QS
17052024 ()

15. Ist die Bundesregierung den Beschwerden über die Praxis der gesetzlichen Krankenkassen, Kostenerstattungsanträge pauschal abzulehnen, nachgegangen, und liegen hierzu seitens der Krankenkassen Stellungnahmen vor?

Die Fragen 13 bis 15 werden aufgrund des sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Vereinbarungen der Krankenkassen, abgestimmtes Verhalten oder pauschales Vorgehen einzelner Krankenkassen, Anträge auf Richtlinienpsychotherapie nicht mehr zu bewilligen, sind der Bundesregierung nicht bekannt. Falls es solche Vorgehensweisen gibt oder die Rechte der Versicherten auf andere Art und Weise eingeschränkt werden, ist es Aufgabe der für die Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden, das Verhalten der Krankenkassen zu überprüfen. Aufsichtsbehörde über die bundesweit tätigen Krankenkassen ist das Bundesversicherungsamt, über die landesweit tätigen Krankenkassen das jeweilige Landesgesundheitsministerium.

16. Was wird die Bundesregierung unternehmen, um sicherzustellen, dass Krankenkassen den Anspruch auf Kostenerstattung gesetzeskonform umsetzen und ihren behandlungsbedürftigen Versicherten zu einer Richtlinientherapie in Privatpraxen verhelfen, wenn Termine bei Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten nicht verfügbar sind?

Wie in der Antwort zu den Fragen 13 bis 15 erläutert, ist es Aufgabe der für die Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden, auf ein rechtmäßiges Verhalten der Krankenkassen hinzuwirken. Ergänzend ist wie bereits in der Vorbemerkung erläutert, darauf hinzuweisen, dass sich die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung durch die ebenfalls in der Vorbemerkung dargestellten Neuregelungen zur Psychotherapie nicht verändert haben. Das gilt sowohl für die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse im Rahmen der vom Versicherten selbst gewählten Kostenerstattung als auch für die Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften unaufschiebbaren Leistungen im Falle einer nicht rechtzeitigen oder zu Unrecht abgelehnten Leistungserbringung durch die Krankenkasse. Die o. g. Maßnahmen des Gesetzgebers zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung schließen eine ausnahmeweise Kostenerstattung bei etwaigen Versorgungsdefiziten nicht aus.

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)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

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)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor, da ein separater Ausweis der Kostenerstattung für Psychotherapie nach § 13 Absatz 3 SGB V in den amtlichen Statistiken der GKV nicht gegeben ist. Der letzte vorhandene Wert für das isolierte zweite Quartal 2013 lag bei rund 15,4 Mio. Euro, der für das Gesamtjahr 2012 bei rund 41,3 Mio. Euro.

juris Lex QS
17052024 ()

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)?

Eine Unterscheidung der Ausgaben für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegt in den amtlichen Statistiken nicht vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 18 verwiesen.

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?

Konkrete Anhaltspunkte für eine entsprechende Schätzung liegen der Bundesregierung nicht vor.

21. a) Plant die Bundesregierung die Ausgaben für Kostenerstattung für Psychotherapie wieder in der Statistik (Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) auszuweisen, und ggf. ab wann?

Die Bundesregierung plant nicht, die Ausgaben für Kostenerstattung für Psychotherapie wieder in der Statistik (Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) auszuweisen.

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)?

Der erhebliche Verwaltungsaufwand ergibt sich daraus, dass 110 gesetzliche Krankenkassen Buchungen ihrer Leistungsausgaben neu strukturieren müssten und die Wiederaufnahme IT-technisch umzusetzen wäre. Grundsätzlich scheint angesichts dieses Aufwands eine separate Erfassung im Kontenrahmen von bestimmten Leistungen im niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbereich bei einem Leistungsvolumen von 220 Mrd. Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verhältnismäßig.

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?

Die BPL-RL des G-BA dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Grundsätzlich ist die vertragsärztliche Versorgung durch die dafür zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer sicherzustellen. Für die Fälle, in denen in bedarfsplanungsrechtlich als überversorgt ausgewiesenen Planungsbereichen ein zusätzlicher lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf besteht, können sogenannte Sonderbedarfszulassungen erteilt werden. Das Kostenerstattungsverfahren ist für Ausnahmefälle vorgesehen. Hierzu wird ergänzend auf die Antwort zu Frage 16 verwiesen.

juris Lex QS
17052024 ()

Bei der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge und Aufgaben in Zusammenhang mit der Bedarfsplanung hat der G-BA insoweit einen Gestaltungsspielraum, der auch die Wahl der geeigneten Methoden bzw. Maßstäbe für eine ausgewogene bedarfsgerechte Versorgungsstruktur umfasst.

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)?

Der Bundesregierung liegen die zur Beantwortung der Fragen erforderlichen Daten nur teilweise vor. In der der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorliegenden Statistik zur Tätigkeit der Terminservicestellen werden die Anrufer nicht nach gewünschten Terminen nach Arztgruppen erfasst. Die KBV begründet dies unter anderem damit, dass Anrufer die Terminservicestellen nicht immer mit einem konkreten Anliegen kontaktieren, sondern z. T. einen allgemeinen Informationswunsch haben. Zum anderen wende sich ein Teil der Anrufer mit dem Wunsch nach mehreren Terminen bei verschiedenen Arztgruppen an die Terminservicestellen. Erfasst würden daher die berechtigten Vermittlungswünsche nach Arztgruppen, wobei die Statistik quartalsweise erhoben würde. Zum jetzigen Zeitpunkt würden die Zahlen für die Terminvermittlung bei Psychotherapeuten, die sich aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zusammensetzen, für das zweite bis vierte Quartal 2017 vorliegen. Eine Untergliederung nach Planungsbereichen sei in der Statistik nicht möglich. Ebenso sei auf Grundlage der derzeit vorliegenden Daten keine belastbare Aussage bzw. kein belastbarer Vergleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich.

Die verfügbaren Auswertungen der KBV zur Tätigkeit der Terminservicestellen bei der Vermittlung von Terminen für psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach Quartalen sind der beigefügten Anlage zu entnehmen.

Hinsichtlich der Nachfragen von Patientinnen und Patienten nach probatorischen Sitzungen weist die KBV daraufhin, dass hierzu derzeit noch keine Informationen vorliegen, da solche Sitzungen durch die Terminservicestellen noch nicht vermittelt würden. Die Frage der Vermittlung von Behandlungsterminen für probatorische Sitzungen ist derzeit auch Gegenstand von Verfahren beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg.

juris Lex QS
17052024 ()

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)?

Nach den vorliegenden Daten der KBV wurden in der Zeit vom 1. April 2017 bis zum 31. Dezember 2017 67 929 berechtigte Vermittlungswünsche durch Patientinnen und Patienten an die Terminservicestellen gerichtet. 59 359 dieser Vermittlungswünsche seien innerhalb der Vier-Wochen-Frist erfolgreich vermittelt worden (Vermittlungsquote von 87,4 Prozent).

Nach Mitteilung der KBV sind die Gründe dafür, dass nicht alle berechtigten Vermittlungswünsche fristgemäß vermittelt werden können, vielfältig. So werde die Frist in Ausnahmefällen in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten nicht eingehalten, wenn beispielsweise so für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität ein wohnortnaher Behandlungsort sichergestellt werden könne. Keine Vermittlung berechtigter Vermittlungswünsche habe zudem stattgefunden, wenn eine Patientin oder ein Patient den angebotenen Termin abgelehnt habe, weil kein Termin bei der Wunschtherapeutin oder dem Wunschtherapeuten oder am Wunschtag vermittelt werden konnte. Gleiches galt, wenn die Patientin oder der Patient bei Rückruf mitgeteilt habe, dass der Termin nicht mehr benötigt werde oder die Patientin oder der Patient nach mehrmaligen Versuchen telefonisch nicht zu erreichen war. Insbesondere der Wunsch nach einer bestimmten Therapeutin oder einem bestimmten Therapeuten sei bei den Anrufern mit einem Vermittlungswunsch für Psychotherapie sehr häufig geäußert worden.

Die KBV weist im Übrigen darauf hin, dass Terminwünsche sehr häufig zurückgezogen würden, wenn die Terminservicestelle darauf hinweise, dass ein Termin nicht bei der gewünschten Therapeutin oder dem gewünschten Therapeuten gewährleistet werden könne. Zudem habe innerhalb des betrachteten Zeitraums von drei Quartalen kein einziger Termin zur ambulanten Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten in einem Krankenhaus vermittelt werden müssen.

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?

Die Terminservicestellen sind nach § 75 Absatz 1a SGB V bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen verpflichtet, einen Behandlungstermin zu vermitteln. Ist es der Terminservicestelle nicht möglich, einen Behandlungstermin innerhalb der Frist von vier Wochen bei einem der in § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungserbringer zu vermitteln, ist sie verpflichtet, einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Der Bundesregierung ist bislang nicht bekannt, dass Terminservicestellen eine Terminvermittlung nicht möglich war. Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung feststellt, dass sie ihren Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1a SGB V nicht erfüllen kann, ist es ihre Aufgabe, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Hinzuweisen ist in diesem

juris Lex QS
17052024 ()

Zusammenhang z. B. auf die Möglichkeit der ausnahmsweisen Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken (sogenannte Sonderbedarfszulassungen).

26. Wie viele Krankenhäuser können in welchem Umfang nach Kenntnis der Bundesregierung ambulante Richtlinientherapie anbieten, und von wie vielen Krankenhäusern mit wie vielen Behandlungsplätzen haben die Terminservicestellen Kenntnis (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung und Planungsbereich aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 24 verwiesen.

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?

Hinsichtlich der Personalsituation in Krankenhäusern ist zunächst grundsätzlich hervorzuheben, dass die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen sowie der Einsatz von Personal und die Personalplanung in der Organisationshoheit und Verantwortung des Krankenhauses liegen. Im Rahmen ihrer Organisationshoheit obliegt es den Krankenhausträgern daher, eine angemessene Personalausstattung sicherzustellen.

Für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist anzumerken, dass mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 der G-BA beauftragt wurde, im Rahmen der Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in seinen Richtlinien insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal mit Wirkung zum 1. Januar 2020 festzulegen. Dies wird dazu beitragen, die personelle Situation zu stärken.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 24 und 25 verwiesen.

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?

Eine Vermittlung von Behandlungsterminen durch die Terminservicestellen bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Privatpraxen sehen die gesetzlichen Regelungen nicht vor. Es wird auf die Antworten zu den Fragen 24 und 25 verwiesen.

juris Lex QS
17052024 ()

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)?

Der Bundesregierung sind bislang keine konkreten Beschwerden der genannten Art über die Vermittlung von psychotherapeutischen Leistungen durch die Terminservicestellen bekannt. Auch in der Geschäftsstelle der Patientenbeauftragten liegen bislang keine entsprechenden Beschwerden vor. Bekannt sind dort allerdings Beschwerden über die Schwierigkeiten, einen Therapieplatz bei Psychotherapeuten zu bekommen. Das hängt auch damit zusammen, dass die Terminservicestellen derzeit noch keine Termine für probatorische Sitzungen, sondern nur Termine zur Akutbehandlung bzw. in die Sprechstunde vermitteln (vgl. Antwort zu Frage 23).

juris Lex QS
17052024 ()

Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV

Anlage: Auswertung TSS-Vermittlung für Psychotherapeuten 2.-4 Quartal 2017

	2. Quartal 2017				3. Quartal 2017				4. Quartal 2017			
	Berechtigte Vermittlungs-wünsche	Fristgemäße Vermittlung	Vermittlungs-quote*	Vermittlung eines Termins im ambulanten Bereich	Berechtigte Vermittlungs-wünsche	Fristgemäße Vermittlung	Vermittlungs-quote*	Vermittlung eines Termins im ambulanten Bereich	Berechtigte Vermittlungs-wünsche	Fristgemäße Vermittlung	Vermittlungs-quote*	Vermittlung eines Termins im ambulanten Bereich
ärztliche und psychologische Psychotherapeuten - psychotherapeutische Sprechstunde	18.457	15.711	85%	100%	22.641	20.217	89%	100%	19.746	17.288	88%	100%
ärztliche und psychologische Psychotherapeuten - psychotherapeutische Akutbehandlung	822	676	82%	100%	1.175	966	82%	100%	1.024	837	82%	100%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - psychotherapeutische Sprechstunde	847	717	85%	100%	869	795	91%	100%	902	801	89%	100%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - psychotherapeutische Akutbehandlung	48	40	83%	100%	31	28	90%	100%	37	35	95%	100%
Psychotherapeuten (KVen, in denen Akutbehandlung und Sprechstunde nicht differenziert werden kann)	448	492	110%	100%	438	374	85%	100%	444	382	86%	100%
Deutschland Gesamt	**20.622**	**17.636**	**86%**	**100%**	**25.154**	**22.380**	**89%**	**100%**	**22.153**	**19.343**	**87%**	**100%**

Anmerkung: * Die KVen melden eine Reihe von Gründen, warum nicht alle berechtigten Vermittlungswünsche fristgemäß vermittelt werden können. So wird die Frist in Ausnahmefällen in Absprache mit dem Patienten gerissen, wenn beispielsweise so für einen Patienten mit eingeschränkter Mobilität ein wohnortnaher Behandlungsort sichergestellt werden kann. Keine Vermittlung berechtigter Vermittlungswünsche fand außerdem statt wenn der Patient die angebotenen Termine ablehnte (nicht der Wunscharzt, nicht der Wunschtag), der Patient bei Rückruf mitteilte, dass der Termin nicht mehr benötigt wurde oder der Patient nach mehrmaligen Versuchen telefonisch nicht zu erreichen war. Insbesondere der Wunsch nach einem bestimmten Therapeuten wurde bei den Anrufern mit einem Vermittlungswunsch für Psychotherapie sehr häufig geäußert.

Quelle: TSS-Daten der KVen, KBV 2017

juris Lex QS
17052024 ()

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333

juris Lex QS
17052024 ()