



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

30. Sitzung (öffentlich)

13. September 2023

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:01 Uhr bis 11:43 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Psychotherapeutische Versorgung in unterversorgten Regionen sicherstellen!

3

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/3666

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

* * *

Psychotherapeutische Versorgung in unterversorgten Regionen sicherstellen!

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/3666

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzender Josef Neumann: Einen wunderschönen guten Morgen! Ich begrüße die Ausschussmitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr herzlich zur heutigen Anhörung von Sachverständigen. Ich begrüße auch die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Stenografin vom Sitzungsdokumentarischen Dienst, alle Zuschauerinnen und Zuschauer, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung sowie der Abgeordneten und die Ausschussassistentin Frau Stall. Ganz besonders begrüße ich natürlich die Damen und Herren Sachverständige.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Mit der Teilnahme an dieser Anhörung erklären Sie sich damit einverstanden. Des Weiteren weise ich darauf hin, dass Bild-, Film- und Tonaufnahmen während der Anhörung nicht zugelassen sind.

Der Antrag für diese Anhörung wurde durch das Plenum an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur alleinigen Beratung überwiesen. Die Einladung zur heutigen Tagesordnung ist Ihnen mit der Nummer E 18/450 bekannt gegeben worden.

Ich freue mich, dass die Sachverständigen den Mitgliedern des Ausschusses heute für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung entstehen. Außerdem möchte ich mich bei Ihnen für die vorab eingereichten Stellungnahmen im Namen des Ausschusses bedanken.

Zum Ablauf der Anhörung gebe ich folgende Hinweise: Ein mündliches Eingangsstatement der Sachverständigen ist nicht vorgesehen, sondern die Abgeordneten werden direkt Fragen an Sie richten. Die Abgeordneten bitte ich, die jeweiligen Sachverständigen konkret zu benennen, an die Sie Ihre Fragen adressieren.

Damit beginnen wir mit der ersten Fragerunde. Dafür haben sich Herr Bakum, Herr Hagemeyer, Frau Müller-Rech, Herr Klocke und Herr Tritschler gemeldet. Herr Bakum, bitte schön.

Rodion Bakum (SPD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, vielen Dank für das Wort. – Sehr geehrte Sachverständige, herzlichen Dank für Ihre ausführlichen Stellungnahmen, aus denen hervorgeht, dass wir alle in die gleiche Richtung arbeiten und zielen; sprich: die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung.

Meine erste Frage gilt der angekündigten Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie und richtet sich an die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie haben in Ihren Stellungnahmen ausgeführt, dass Sie die psychotherapeutische Versorgungssituation auf der Grundlage der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie grundsätzlich als gut bewerten. Das sehen Sie anders als alle anderen Sachverständigen. Meine Fraktion und auch

der Gesundheitsminister haben sich in der Plenardebatte zur aktuellen Versorgungslage ebenfalls anders geäußert.

Unterschiedliche Auffassungen vertreten Sie hinsichtlich der Auswirkungen der angekündigten Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sieht gemäß ihrer Stellungnahme keine großen Auswirkungen der Reform in Nordrhein. Im Gegensatz dazu sieht die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe damit Verbesserungen für die Kinder und Jugendlichen und die nicht mobilen Erwachsenen.

Könnten Sie aus Ihrer Sicht und anhand von objektivierbaren Kriterien erläutern, wie die Versorgung der Bevölkerung mit psychotherapeutischen Behandlungsangeboten im Zuge der Bedarfsplanung verbessert werden kann, sodass sich auch die Wartezeiten für Therapien verkürzen?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Ausweisung von Kassensitzen und richtet sich auch an die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen. In den Stellungnahmen der Depressionsliga und der Psychotherapeutenkammer ist die These aufgestellt, dass genug Fachpersonal vorhanden sei. Allerdings gebe es nicht genug refinanzierte Kassensitze.

Gemäß der Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung einen Nachfrageanstieg von 21 % für Psychotherapeut*innen bis 2035 prognostiziert. Herr Laumann hat in der Plenardebatte erwähnt, dass sein Ministerium die Möglichkeit des § 103 Abs. 2 SGB V prüfen werde, für die unterversorgten ländlichen und städtischen Gebiete nach definierten Kriterien bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzliche Kassensitze zu beantragen.

Nach welchen Kriterien würden Sie den Anträgen der Landesregierung bzw. des Ministeriums auf zusätzliche Kassensitze stattgeben, sofern Sie der These zustimmen, dass genug Personal vorhanden ist, um diese Kassensitze zu besetzen?

Meine dritte Frage betrifft die Telemedizin sowie die digitalen Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten und richtet sich an Frau Steffens, Herrn Leuther und Herrn Höhner. Könnten Sie erläutern, welche empirisch wirksamen digitalen Hilfs- und Behandlungsangebote zum einen heute schon vorhanden und möglich wären, und was zum anderen aufgrund des durch das Kabinett verabschiedeten Digitalgesetzes, das hoffentlich durch den Deutschen Bundestag gehen wird, auf digitalem Weg möglich sein wird? – Vielen Dank.

Daniel Hagemeier (CDU): Ich danke namens der CDU-Fraktion den Sachverständigen für die Stellungnahmen. Meine Fragen richten sich an Sie alle.

Wäre es sinnvoll, die Psychotherapeuten vermehrt zur Übermittlung von Akutterminen an die TSS zu verpflichten, oder würde man dadurch dafür sorgen, dass es zum Beispiel den Hausärzten schwerer fiele, akute Fälle an Psychotherapeuten zu verweisen?

Inwiefern kann die Möglichkeit der Fernbehandlung dazu beitragen, dass mehr Menschen eine psychotherapeutische Behandlung erhalten können, und wie hoch sind die

Erfolgswahrscheinlichkeiten dieser Therapieform im Vergleich zu einer Behandlung in Präsenz? – Vielen Dank.

Franziska Müller-Rech (FDP): Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf mich im Namen der FDP-Fraktion und insbesondere meiner Kollegin Susanne Schneider herzlich dafür bedanken, dass Sie uns heute Rede und Antwort stehen und uns dadurch bei der parlamentarischen Arbeit unterstützen.

Herr Leuther, Sie haben in Ihrer Stellungnahme eine Reihe von Betroffenenberichten hinsichtlich der Suche nach einem Therapieplatz und der Wartezeiten abgebildet. Könnten Sie aus Sicht der Selbsthilfe schildern, wie sich eine lange Wartezeit auf die Patientinnen und Patienten sowie auf die Entwicklung ihrer psychischen Erkrankung auswirkt? Welche Maßnahmen könnten besonders schnell bzw. am besten zur Verbesserung der Versorgung beitragen? – Danke schön.

Arndt Klocke (GRÜNE): Ich danke namens der Grünen den Sachverständigen für die Vorbereitung auf diese Anhörung, für Ihr Kommen und für Ihre Expertise.

Meine erste Frage richtet sich an alle Sachverständigen. Im Antrag der SPD sind die vielfältigen gesellschaftlichen Krisen dargelegt, denen Menschen heutzutage ausgesetzt sind. Könnten Sie erläutern, welche Art von Prävention benötigt wird, damit Menschen auf den Umgang mit diesen Krisen besser vorbereitet sind? Das heißt, wie können Menschen über Präventionsmaßnahmen gestärkt werden?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Höhner. Herr Höhner, Sie fordern Präventionsangebote durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Könnten Sie beschreiben, welche neuen oder veränderten Präventionsangebote Ihnen dabei vorschweben, und darüber hinaus darlegen, was Sie sich vom Ausbau der Möglichkeit des Jobsharings in Psychotherapiepraxen erwarten?

Meine letzte Frage richtet sich an Frau Steffens. Frau Steffens, wie kann sichergestellt werden, dass Akut- und Schwererkrankte vorrangig behandelt werden? Das heißt, was wäre am jetzigen System zu ändern, um das zu gewährleisten? – Danke.

Sven Werner Tritschler (AfD): Meine Damen und Herren! Ich danke Ihnen im Namen der AfD-Fraktion und insbesondere von Herrn Dr. Vincentz, der sich für die heute Sitzung entschuldigen lässt, für Ihre Stellungnahmen.

Herr Bördner, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass bei der Gruppe der nicht ärztlichen Psychotherapeuten grundsätzlich kein Nachwuchsproblem vorhanden sei. Anhand der reinen Zahlen scheint NRW tatsächlich sogar eher überversorgt zu sein. Inwieweit sehen Sie daher eine Möglichkeit, die Zahl der Kassensitze zu erhöhen?

Herr Höhner, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass sich die Wartezeiten für Psychotherapien im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum deutlich erhöht hätten; die Anzahl der Fälle von Wartezeiten mit mehr als sechs Monaten habe sich von 38,3 % auf 47,4 % erhöht. Inwieweit ist die Coronapolitik der Landes- und Bundesregierung für die Zunahme von psychischen Problemen ursächlich? – Vielen Dank.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank, Herr Tritschler. – Damit sind wir am Ende der ersten Fragerunde. Es wurden an alle Sachverständigen Fragen gerichtet, und ich schlage vor, dass wir mit der Beantwortung bei Herrn Höhner beginnen.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): Vielen Dank. – Ich möchte zunächst etwas zu den Möglichkeiten des Ausbaus der psychotherapeutischen Behandlungsangebote sagen. Die Probleme bei der psychotherapeutischen Versorgung wurden nicht durch die Belastungen während der Coronapandemie erzeugt, sondern höchstens verdeutlicht. Solange, wie es das Psychotherapeutengesetz gibt, sind auch die besonderen Probleme im Ruhrgebiet bekannt. Die besonderen Probleme der Versorgung in den ländlichen Regionen bestehen aus unserer Sicht wiederum nur deshalb, weil dort keine KV-Sitze ausgewiesen werden.

Zur Ausweitung von Fernangeboten und von digitalen Angeboten: Wir haben in diesem Bereich im Zusammenhang mit den Coronahilfsmaßnahmen sehr viele Erfahrungen gemacht. Vor zwei Jahren wurde das Angebot an Videokontakten sowohl von den niedergelassenen Psychotherapeuten als auch von den Patienten zunächst sehr gerne und sehr zuverlässig genutzt. Nach einem halben Jahr ist das insbesondere seitens der Patienten deutlich abgeebbt; das ist einfach eine Feststellung. Ohne persönliche Kontakte kommt man in bestimmten Kontexten nicht aus. Diese Erfahrung haben die Patienten genauso wie alle anderen im Rahmen dieser Coronasozialdeprivationssituation gemacht. Im Grunde genommen ist das auch eine Antwort auf die Frage, in welchem Umfang digitale Angebote ausgeweitet werden könnten.

Während und nach Corona haben wir in der psychotherapeutischen Versorgung auch die Erfahrung gemacht, dass eine grundsätzliche Notwendigkeit von persönlichen Kontakten insbesondere im Hinblick auf die Diagnostik und die Indikationsstellung besteht. Es gibt keine psychotherapeutische oder psychopathologische Ferndiagnostik. Meiner Meinung nach wäre das auch ein Kunstfehler, denn man kann nicht im Rahmen eines Videokontakts mit Menschen über deren zum Teil höchst private und sehr intime Ängste und Sorgen sprechen. Ich würde behaupten, dass das eigentlich jeder von uns aus seinen persönlichen Erfahrungen ableiten kann.

Die Möglichkeiten sind in Bezug auf die Fernbehandlungen insofern begrenzt. Wir haben in unseren Berufsordnungen – dabei rede ich nicht nur von NRW, aber ich beziehe mich jetzt einmal auf NRW – Fernbehandlungen jedoch für den Fall eröffnet, wenn sich die Behandlung aus persönlichen Gründen des Patienten bzw. der Patientin örtlich verändert. Ein Beispiel dafür ist die Fernbehandlung von Angehörigen der Bundeswehr.

Zur Entwicklung von Präventionsangeboten: Aktuell gibt es das sehr erfolgreiche Präventionsangebot einer offenen Gruppenarbeit für Kinder und Jugendliche, das auf einer relativ kurzfristig gestarteten Initiative der KVen und des Ministers basiert. In diesen offenen Gruppen haben sich eher ältere Kinder zusammengetan und unter fachlicher Führung und Hilfe über ihre Ängste, ihre Nöte und ihre Unsicherheits- und Bedrohungsgefühle im Rahmen der Coronazeit gesprochen.

Diese Maßnahme wurde, wie gesagt, erfreulicherweise sehr kurzfristig und nicht unwesentlich aufgrund der Initiative des MAGS umgesetzt. Die dementsprechenden

Angebote gingen mittwochmorgens online und waren zwei Stunden später ausgeschöpft. Es gab an diesem Punkt also eine deutliche Nachfrage. Jetzt wurde dieses Angebot bis zum Ende dieses Jahres verlängert, und wenn Sie mich fragen, kann ich Ihnen sagen, dass man es fortsetzen sollte.

Des Weiteren ist dieses Angebot ein gutes Beispiel für sehr spezifische Präventionsleistungen ohne den gesamten diagnostischen und indikativen Vorlauf. Viele Menschen, die sich in eine Behandlung begeben, müssen natürlich durch diesen diagnostischen und indikativen Vorlauf. In diesem Fall war das aber weder indiziert noch erforderlich, und das Ergebnis war ausgesprochen positiv.

Was ließe sich ausbauen? Ich würde Gruppenangebote insbesondere im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen als erforderlich, sinnvoll und auch als möglich erachten. Allerdings müsste man dann die Richtlinie ändern, um eine vernünftige Finanzierung dieser Angebote herbeizuführen, weil sie sonst nur kurzfristig wären.

Die Frage von grundsätzlichen bzw. längerfristigen Präventionsangeboten betrifft insbesondere die Beratungen zur Vorbereitung der Landesgesundheitskonferenz. Im Schwerpunkt geht es darum, was unsererseits getan werden kann, damit jemand nicht erst in eine psychische Krise bzw. Krankheit gerät. Denn es liegt auf der Hand, und wir stellen das auch immer wieder fest, dass wir uns allen sowohl individuell als auch gesellschaftlich – das muss man immer wieder betonen – sehr negative Folgewirkungen ersparen würden, wenn es gelänge, eine solche Entwicklung frühzeitig aufzuhalten oder zu konterkarieren.

Nicht behandelte psychische Krankheiten verursachen erhebliche Kosten. Wenn Sie sich eine Angabe des deutschen Rentenversicherers dazu angucken, dann stellt sich die Frage, warum wir diesen Punkt so vernachlässigen, denn damit geht, wie gesagt, eine immense finanzielle Belastung für die Gesellschaft einher.

Zum Thema „Jobsharing“: In den letzten Jahren kam die Entwicklung in Gang, dass vorhandene KV-Sitze sozusagen rechtlich halbiert werden. Das heißt, Personen mit einem vollen KV-Sitz – ich nehme jetzt einfach einmal 100 % – haben sich mit einem Kollegen oder einer Kollegin zusammengetan und rechtlich zweimal einen halben Sitz ausgewiesen. Das ist eine Folge der hohen Nachfrage nach ambulanten Versorgungssitzen. Diese Entwicklung hat dann zu einer deutlichen Erhöhung des Angebots an psychotherapeutischen Leistungen in der ambulanten Versorgung geführt, weil die beiden Sitze mit 50 % in der Summe deutlich mehr als eine Leistung von 100 % – in der Regel sind es nämlich 150 % und zum Teil sogar noch mehr – ergeben.

Das heißt, es ist eine Entwicklung in Gang gekommen, die man hinsichtlich der Versorgung gut finden kann. Mit Blick auf die finanzielle bzw. wirtschaftliche Situation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist sie hingegen nicht zu begrüßen, weil es diese Situation eigentlich nicht zulässt, davon zu leben, wenn man eine Familie hat oder über keine zusätzliche Finanzierung verfügt. Das Jobsharing geht in die gleiche Richtung.

Im Grunde genommen werden diese Möglichkeiten sehr intensiv genutzt, und ich wüsste nicht, welche rechtliche oder organisatorische Initiative sinnvoll oder erforderlich wäre, um das zu intensivieren. Die Entwicklung zeigt allerdings, dass der Druck

sowohl im Hinblick auf die Versorgungsleistungen als auch in Bezug auf die Versorgungsangebote sehr groß ist.

Zu den Wartezeiten: Es liegt auf der Hand, dass die Situation während Corona die Nachfrage von psychotherapeutischen Leistungen im Allgemeinen deutlich erhöht hat. Wer will sich darüber noch wundern? Dazu habe ich aber ein paar Anmerkungen.

Nicht jede Nachfrage bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten führt zu einer Behandlung. Die Rate der Nichtbehandlungsindikationen liegt bei 30 %. Es werden also ungefähr ein Drittel derjenigen, die sich in einer psychotherapeutischen Praxis melden und einen Termin bekommen, nicht in eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen. Diese Rate ist übrigens in den letzten 20 Jahren und damit unabhängig von der Coronasituation relativ konstant und eigentlich nur das Resultat einer fachlich sauberen Arbeit.

Zur Frage, warum sich die Wartezeiten erhöht haben und ob eine Verbindung mit der Coronapolitik des Landes besteht, sage ich jetzt nichts, weil ein diesbezüglicher Zusammenhang nicht nachvollziehbar ist. Die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ist einfach gestiegen, weil es immer weniger Alltagshilfen gibt. Wenn wir uns dann noch in einer sozialen Isolation befinden, sind auch noch die Alltagshilfen weg, die gerade bei Kindern und Jugendlichen durch soziale Kontakte erfolgen.

Zur enormen Zuspitzung der Situation in den Familien will jetzt auch nichts weiter ausführen. Wir gehen davon aus, dass die Nachfrage nach Behandlungen gerade im Bereich der Kinder und Jugendlichen weiter steigen wird. Das ist das typische Phänomen der Verzögerung von psychischen Störungen infolge von Belastungen. Das geht einfach nicht sofort, sondern das dauert immer über den Daumen gepeilt zwei Jahre.

Jonas Bördner (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Ich möchte die Antworten auf die an mich gerichteten Fragen ein wenig zusammenziehen, weil es teilweise Überschneidungen gab.

Zur bedarfsplanerischen Situation und der Frage der AfD-Fraktion, wie wir die Zahl der Kassensitze einschätzen bzw. ob noch Kapazitäten vorhanden sind: Sie können unserer Stellungnahme entnehmen, dass wir derzeit in vier Planungsbereichen offene Niederlassungsmöglichkeiten sehen. Darüber hinaus besteht immer die Möglichkeit, zusätzliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über einen Sonderbedarf ins System zu bekommen; die entsprechenden Anträge werden von der KV Nordrhein in den Zulassungsausschüssen überwiegend befürwortet. Das sind die derzeit vorhandenen Steuerungsmöglichkeiten.

Zur Frage von Herrn Bakum nach dem Stand im Hinblick auf § 103 Abs. 2 SGB V: Ich bezeichne diesen Paragraphen immer liebevoll als politischen Sonderbedarf, weil das Land darüber die Möglichkeit hat, in Versorgungsthemen einzugreifen. Gerade laufen die Beratungen in den Arbeitsgruppen der Landesausschüsse; wir haben zu diesem Thema auch Stellungnahmen erarbeitet. Derzeit findet auch die Abstimmung zwischen den Kassenvertretern und den KVen statt. Insofern kann ich Ihnen dazu noch nichts Genaues sagen.

Es handelt sich jedoch um ein heterogenes Bild. Das heißt, es gibt einerseits Regionen, in denen man durchaus schnell einen Konsens finden und sagen kann, dass es sicherlich gut ist, wenn zusätzliches Personal ins System kommt. Andererseits gibt es Regionen, bei denen wir diesbezüglich noch gespaltener Meinung sind. Solche Themen werden gerade in den Arbeitsgruppen beraten und müssen insofern vom Landesausschuss erst festgestellt werden.

Die Kriterien für Versorgungsfragen wurden mit dem Land in dem nach § 90a SGB V gebildeten gemeinsamen Gremium festgelegt. Das sind neben den demographischen Kriterien insbesondere auch sozialpolitische Kriterien. Das heißt, dass unter anderem die Arbeitslosenquote Berücksichtigung findet.

Die Reform der Bedarfsplanung zielte darauf ab, über kleinräumigere Regionen eine Art Steuerung zu bekommen; das habe ich Ihrem Antrag auch so entnommen. Dieses Instrumentarium können wir nach dem Sozialgesetzbuch V anwenden, und wir haben das für Nordrhein zum Beispiel im Landkreis Wesel getan. Dort haben wir kleine Regionen aufgemacht, und diese Steuerung hat gut funktioniert.

In der Planungsregion der Landkreise und der kreisfreien Städte werden Psychotherapeuten bzw. grundversorgende Fachärzte hingegen beplant, und eine Verkleinerung der Region würde bei der derzeit sehr starken Überversorgung aufgrund des Bestandsschutzes keine Steuerung bewirken. Denn zum einen würden die Praxen an den Standorten nicht umgezogen, und wir haben auch keine Steuerungsmöglichkeit, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dahin gehend zu bewegen. Zum anderen können Bestandspraxen in einem gesperrten Planungsbereich – sprich: jenseits von 110 % – jederzeit nachbesetzt werden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass wir hier über eine Verkleinerung der Region eine Standortverlegung herbeiführen, ist von daher eher nicht gegeben. Wir KVen versuchen, das über positive Anreizsysteme insbesondere im primärärztlichen Bereich zu erreichen. Das werden künftig sicher aber auch Themen im fachärztlichen Bereich sein, die es gilt, zum Beispiel über eine Strukturfondsförderung zu incentivieren, um positive Anreize in den Regionen zu setzen, in denen wir einen Bedarf sehen. Für Nordrhein sehen wir diesen Bedarf gerade nicht, weil hier die Versorgungsgrade bei durchschnittlich 140 % und teilweise deutlich darüber liegen.

Im Hinblick auf ein für uns wesentliches Steuerungsinstrumentarium würde ich gerne zwei Punkte aufgreifen. Der erste Punkt ist die Fernbehandlung bzw. die Telemedizin. Der zweite Punkt sind die Gruppenangebote, die auch ein wenig einen präventiven Charakter haben. In diesem Zusammenhang sollten wir uns insbesondere über die niedrighwelligen Beratungsangebote unterhalten, denn es geht, wie das auch Ihrem Antrag zu entnehmen ist, viel um das Thema „Einsamkeit“.

Im Ausbau von Gruppentherapien sehen wir eine große Chance. Mein Vorredner hat es angesprochen; während der Coronazeit haben wir damit sehr positive Erfahrungen gemacht. Die Finanzierung dieser Angebote, die durchweg durch das Land erfolgte, ist jetzt jedoch weggebrochen.

Derzeit befinden wir uns in Gesprächen mit dem Ministerium und den Kostenträgern hinsichtlich eines Ausbaus der Gruppenangebote. Nach der neuen Weiterbildungs-

ordnung können nachrückende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten grundsätzlich Gruppentherapien anbieten. Die nach der alten Weiterbildungsordnung ausgebildeten Psychotherapeuten brauchen dafür eine Abrechnungsgenehmigung. Für Nordrhein haben das etwa 50 % der Psychotherapeuten, die hier im System sind. Allerdings rechnen nur etwa 20 % Gruppentherapien ab.

Wir sehen ein deutliches Potenzial, dieses Angebot zu steigern, und wir sind gerade am Ausloten, wie man das unterstützen kann. Fehlt es zum Beispiel an Räumlichkeiten, weil ein in einer Einzelpraxis tätiger Psychotherapeut möglicherweise einfach nur über beschränkte Kapazitäten verfügt? Zudem handelt es sich natürlich auch um eine Frage der Disposition. Wer kümmert sich, dass die Gruppen voll werden oder Patienten nachrücken können?

Dieses Angebot ist sicherlich etwas, das sich telemedizinisch darstellen lässt. Insofern begrüßt die KV Nordrhein den Kabinettsentwurf zum Digitalisierungsgesetz, der eine Entbudgetierung der Fernbehandlung beinhaltet. Die bisherige Leistungsbegrenzung auf 30 % soll es danach nicht mehr geben, sondern es ist angedacht, das dem Bewertungsausschuss zu überlassen. Des Weiteren soll die Ärztezulassungsverordnung angepackt werden und den Ärzten endlich Homeoffice ermöglicht werden. Hierin sehen wir auch für die nachfolgenden Ärzte- und Therapeutengenerationen den großen Gewinn, flexibel arbeiten zu können, und glauben, dass wir damit viele Synergien heben können.

Zur Terminvermittlung: Akuttermine mit Dringlichkeitscode werden durch die TSS immer vermittelt. Es gibt auch kein Problem, die klassische Sprechstunde, die Eingangssprechstunde, in der entschieden wird, wie es weitergeht, durch die TSS zu vermitteln. Probleme bestehen hingegen, wenn es um die Probatorik oder um die Richtlinientherapie geht. Das sind natürlich aber auch Therapieformate, die sich nicht mit ein paar Terminen abhandeln lassen, sondern für die weitere Kapazitäten aufgebaut werden müssen. Wir sehen auch hier ein großes Potenzial bei der Gruppentherapie gerade für die niedrigschwelligen Fälle, bei denen in der Eingangssprechstunde festgestellt wird, dass im Rahmen von Probatorik oder Richtlinientherapie ein Gruppenangebot in Präsenz oder digital erfolgen könnte. Dieses Angebot sollte weiter ausgebaut werden.

Herr Hagemeier, Sie fragten, ob Ärzte verpflichtet werden sollten, mehr Termine an die TSS zu melden. Gemäß dem Bundesmantelvertrag – Ärzte muss eine Meldung seitens des Therapeuten nur dann erfolgen, wenn er freie Termine hat. Diese Regelung ist sehr unglücklich, und wir fassen hier regelmäßig nach. Wir stecken auch erhebliche Mittel bzw. Geld der Ärzteschaft in die Terminservicestellen, um dieses Angebot weiter auszubauen und so Termine anbieten und vermitteln zu können. Das betrifft also das Personal. Es gibt jedoch keine Rechtsgrundlage, wonach ein Psychotherapeut immer ein gewisses Kontingent für eine Meldung an die TSS freihalten muss.

Dr. Dirk Spelmeyer (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung. Ich möchte die Ausführungen von Herrn Bördner gerne ergänzen.

Wir alle in diesem Raum wissen, dass die psychotherapeutische Versorgung in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichend ist. Zahlenmäßig können wir sagen, das alles in Ordnung ist; auch bei uns ist der Bedarf zu weit 110 % gedeckt, und wir haben im Gegensatz zu Nordrhein nicht einmal mehr freie Plätze zur Verfügung. Darum geht es aber nicht, sondern es geht darum, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Versorgungsauftrag zu erfüllen haben. Wir versuchen, diesem Versorgungsauftrag nachzukommen und haben uns diesbezüglich natürlich Gedanken gemacht.

Was haben wir gemacht? Wir sollten uns davon lösen, zu versuchen, die psychotherapeutische Versorgung mit der Gießkanne über das Land zu verteilen. Stattdessen gilt es, für eine punktuelle Verbesserung der Versorgungslage zu sorgen; ich denke, dass das auch etwas ist, was Sie in Ihren Überlegungen immer wieder umtreibt. Dafür gibt es das Instrument der Sonderbedarfszulassungen, das der KV eine punktgenaue Analyse ermöglicht, inwieweit in einer Region, in einem Quartier oder in einem Stadtbereich ein Bedarf besteht. Dem Bedarf kommen wir dann nach. Über das hierfür erforderliche Zahlenmaterial verfügen wir.

Ich habe in meiner Stellungnahme dargelegt, dass wir in Westfalen-Lippe über den Sonderbedarf 90 Stellen für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesichert haben. Das hat sicherlich zu einer Verbesserung der Versorgung geführt, und das ist das Entscheidende, was uns umtreibt. Darüber hinaus haben wir alleine in diesem Jahr bis jetzt weitere 29 Psychotherapeuten über den Weg des Sonderbedarfs in die Zulassung gebracht.

Was möchte ich damit ausdrücken? Wir versuchen, die Versorgung über den Sonderbedarf dort zielgenau zu verbessern, wo das erforderlich ist. Darüber hinaus hat das Land ein Sonderprogramm hinsichtlich der Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche und deren Eltern ausgelobt, für das die Landesregierung 300.000 Euro zur Verfügung gestellt hat. Das ist sicherlich ein erster Aufschlag, und es ist dringend erforderlich – Herr Höhner hat es bereits gesagt –, das nachhaltig und langfristig weiterzuführen.

Zu der Frage, ob wir die Bedarfsrichtlinien ändern können: Wie Sie alle wissen, steht das nicht in unserer Macht, weil die Zuständigkeit dafür beim G-BA bzw. Bundesgesetzgeber liegt. Gleichwohl versuchen wir selbstverständlich, alles möglich zu machen, um die Versorgung nicht nur darzustellen, sondern auch zu verbessern. Des Weiteren müssen wir beobachten, was sich hinsichtlich der Bedarfs- bzw. Planungsrichtlinie auf der Bundesebene weiter ergibt.

Zu der Frage, wie sich das Land in Bezug auf die in § 103 SGB V vorgesehene Sondermöglichkeit aufstellt: Wir haben in Westfalen-Lippe ebenfalls die dementsprechenden Anträge vom Land bekommen. Derzeit befinden sich 23 zusätzliche Sitze in der Planung; Herr Laumann hat mir aber mitgeteilt, dass er daran denkt, das noch weiter auszubauen. Jetzt wird nach den Regularien über den Landesausschuss und die einschlägigen Gremien von der KV und den Kassen geprüft, ob wir diese zusätzlichen Sitze zulassen können und sollen. Das Ergebnis der Prüfung wird der Landesausschuss dann an das Ministerium weitergeben, dem letztendlich die Entscheidung obliegt.

Zu der Frage, welche Verpflichtung wir hinsichtlich der TSS sehen: Im II. Quartal 2023 wurden über 5.700 TSS-Anfragen bearbeitet. 90 % der Anfragenden konnten an Psychotherapeuten weitergeschickt werden. Das bezieht sich jedoch auf die Akutsprechstunde. Bei der Psychotherapie verhält es sich allerdings auch im Gegensatz zu Allgemeinmedizinerinnen oder Chirurgen, wo meistens zwei oder drei Termine ausreichen, ganz anders, weil in der Psychotherapie bei einem Therapiebedarf eine langfristige Betreuung des Patienten oder der Patientin erforderlich ist. Genau daran hapert es. Es mangelt also nicht an einer Vermittlung in die Akutsprechstunde, sondern an der langfristigen Betreuung der Patienten.

Was die Videosprechstunde bzw. die Telemedizin anbelangt, haben wir eine ganz interessante Erfahrung gemacht. Das Land hat die Videosprechstunde mit einem Millionenbetrag gefördert. Dieses Geld, das vor allem der Ausstattung der Praxen diente, war relativ schnell weg. Psychotherapeuten bieten am meisten Telemedizin und Videosprechstunden an, und es ist ausgesprochen erfreulich, dass das aufgewendete Geld bei ihnen zu einer Ausstattungsverbesserung geführt hat und sie diese Möglichkeit nach wie vor nutzen.

Wie wollen wir präventiv weiter vorgehen? Das Beispiel der Gruppentherapie habe ich bereits genannt. Die Prävention gehört aber nicht so sehr in die Hände der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Therapeuten, sondern sie muss im Vorfeld stattfinden. Die Prävention muss auch in den Schulen und in den Kindergärten stattfinden. Dafür ist die Schaffung von besseren Möglichkeiten der Prävention und der Versorgung erforderlich.

Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga): Herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung. Die Deutsche Depressionsliga ist eine bundesweite Organisation der Patientenvertretung für depressiv erkrankte Menschen. Natürlich denken wir heute aber auch für die anderen Krankheitsbilder mit.

Es werden viele Zahlen, viele Gesetze und viele Richtlinien genannt, und es wird sehr viel über die Bürokratie gesprochen. Für die betroffenen Menschen ist das aber eher zweitrangig, denn sie benötigen erst einmal zeitnah, ortsnahe und niedrigschwellig Hilfe, die auf die individuelle Krankheitsgeschichte zugeschnitten ist. Die genannten Ideen sind gut und richtig, aber jeder Mensch hat seine persönliche Krankheitsgeschichte und braucht deswegen, wie gesagt, eine auf ihn zugeschnittene Therapie. Leider ist die traurige Realität seit langer Zeit, dass das nicht gewährleistet ist; das muss man einfach sagen. Trotz der ganzen Bemühungen und Veränderungen ist es leider immer noch zu wenig.

Zur Digitalisierung: Aus Sicht der Betroffenen würde ich sagen, dass die Videotherapie bzw. die Telemedizin eine gute Ergänzung ist, weil das niemals ein Ersatz sein kann. Ich als Betroffener habe es bei meiner noch laufenden ambulanten Psychotherapie während der Coronazeit, aber auch über die Coronazeit hinaus sehr genossen, eine Videoberatung in Anspruch nehmen bzw. eine Videotherapie machen zu können. Darüber hinaus habe ich auch einmal eine App ausprobiert. Das alles ist schon einmal besser als nichts, aber das kann keine persönliche Therapie ersetzen.

Wie lassen sich die Wartezeiten für Therapien verkürzen? Aus der Perspektive der Betroffenen kann ich sagen, dass wir schlichtweg mehr Angebote und weniger Diskussionen brauchen.

Zur Akutversorgung und der Versorgung chronisch Erkrankter: Ich denke, dass in diesem Bereich noch viel zu tun ist. Ich bin Diplompädagoge und systemischer Therapeut, und ich habe 20 Jahre lang in Baden-Württemberg in einem sozialpsychiatrischen Dienst gearbeitet. Weil ich auch selbst eine sehr schwere Depression durchlitten und die Psychiatrie dadurch als Patient und nicht nur als Mitarbeiter gesehen habe, kenne ich das System also von beiden Seiten.

Aus meiner Arbeit in der Sozialpsychiatrie weiß ich, dass die chronisch Kranken nach wie vor psychotherapeutisch unterversorgt sind. Den Vorschlag der Psychotherapeutenkammer, die psychotherapeutische Expertise in den psychosozialen Beratungsstellen auszubauen, finde ich daher sehr erfrischend.

Ich habe als Patientenvertreter an der Erarbeitung der Depressionsrichtlinie mitgewirkt. In der Akutphase bekommt ein Betroffener sehr schnell eine Medikation. Das ist okay, wenn er das möchte und das braucht, und wenn ihm das hilft, ist das eine gute Sache. Nicht ebenso schnell wie das Rezept für die Medikamente erhält er aber ein Gespräch oder eine Telefonnummer, um rund um die Uhr eine psychosoziale Hilfe erhalten zu können.

In den Medien wird häufig die Telefonseelsorge genannt. Das halten wir zunehmend für unverantwortlich. Ich schätze die Arbeit der dortigen ehrenamtlichen Mitarbeiter sehr; ich habe in meiner depressiven Phase selbst dort angerufen, und das hat mir auch geholfen. Es kann aber nicht auf Dauer sein, dass in den Medien sogar auch beim Thema „Suizid“ ausschließlich auf die Telefonseelsorge hingewiesen wird, weil die Kolleginnen und Kollegen am Limit sind und es an Nachwuchskräften mangelt. Das kann also nur ein Baustein sein.

Eine Möglichkeit für ein schnelles Hilfsangebot könnten interdisziplinäre Ambulanzen sein, die mischfinanziert werden. Ich arbeite in einer Familienberatungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche. Zu uns können nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz alle Betroffenen bis zu einem Alter von 27 Jahren kommen. Ich frage mich immer, warum es nicht möglich ist, dieses niedrigschwellige und unbürokratische Angebot in Kombination mit den sehr gering ausgestatteten Lebensberatungsstellen auszuweiten.

Ich will nicht sagen, dass ein solches Angebot ein Ersatz für eine Psychotherapie wäre. Der Übergang zwischen gesund und krank ist jedoch fließend, und solche interdisziplinären Ambulanzen, die also mit unterschiedlichen Berufsgruppen ausgestattet sind, wären ein großer Gewinn. Denn die Betroffenen müssten dann nicht so lange in diesem etwas komplizierten psychotherapeutischen System auf ein erstes Gespräch warten, was einfach eine unterlassene Hilfeleistung ist.

Zur Frage der Ursachen bzw. ob gesellschaftliche Krisen die Probleme verstärken: Die Probleme werden dadurch sicherlich verstärkt, aber das alleine wird es nicht sein. Es gibt immer Menschen, die in schweren Krisen sehr resilient sind. Andere Menschen haut hingegen schon etwas Geringeres um, wobei man nicht weiß, was in deren Vorgeschichte passiert ist.

Zum Thema „Vorbeugung“: Die Prävention muss tatsächlich mehr in die Schulen hinein. Ich erlebe in der Familienberatung viele Belastungen junger Familien, viele Trennungs- und Scheidungssituationen, psychisch erkrankte und suchterkrankte Elternteile sowie viele Ängste und Zukunftssorgen der Kinder und Jugendlichen. Demgegenüber erlebe ich wenig Vorbeugung in den Schulen. Ich habe gelesen, dass jetzt Gesundheitscoaches eingesetzt werden sollen. Das finde ich ganz spannend. Leider wurden dafür nur ganz wenige Stellen geschaffen; das ist ein Tropfen auf dem heißen Stein. Dieses Angebot auszubauen und an die Schulen im Sinne von Prophylaxe zu bringen – Was ist Gesundheit? Was ist seelische Gesundheit? Welche Möglichkeiten gibt es? –, fände ich ganz wichtig.

Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Auf die Frage nach einer Fast Lane hat die KV bereits geantwortet. Gibt es zudem eine Möglichkeit, dass die Patienten mit extremen und mit dringend akuten Bedarfen auch wirklich entsprechend ankommen? Wir brauchen gesetzliche Änderungen, um eine bessere Steuerung über die Terminservicestellen herbeizuführen. Das halte ich für zwingend notwendig. Für zwingend notwendig halte ich auch, dass dafür Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Das Problem wurde gerade beschrieben. Ein Betroffener erhält einen ersten Termin. Unter Umständen wird in den probatorischen Sitzungen auch ein Gutachten erstellt. In der Finanzierung ist das noch ganz gut ausgestattet. Wenn der Patient oder die Patientin aber eine Therapie braucht, ist damit eine unglaublich lange Wartezeit verbunden. Das kann nicht sein, weil man dadurch immer wieder ein Stück zurück auf Los gesetzt wird und dann wieder bei der Terminservicestelle anruft. Das kann nicht funktionieren.

Wir brauchen eine Möglichkeit, diejenigen Patienten, die akut mehr als diese ersten Sitzungen benötigen, in Termine steuern zu können. Dafür wird man einen gemeinsamen Prozess unter Einbeziehung der Psychotherapeuten anstrengen müssen, in dem erarbeitet wird, wie man das konkret regelt. Ich denke jedoch, dass klar ist, dass hier ein zwingender Bedarf besteht.

Ein weiterer großer Bereich ist die Prävention. Hier gilt es zwischen der medizinischen Prävention, für die unter anderem die GKV zuständig ist, und der gesellschaftlichen Prävention zu unterscheiden. Welche Sozialräumlichkeiten und welche Quartiersentwicklung haben wir? Wie werden junge Menschen im Studium abgeholt? Welche Angebote und Strukturen existieren? Das alles sind Themen, die auch in der Enquete-Kommission „Einsamkeit“ diskutiert wurden und die angegangen werden müssen. Des Weiteren ist daran geknüpft, welche gesellschaftlichen Veränderungen durch Social Media entstehen. In diesem Bereich wird eine Isolation und Einsamkeit herbeigeführt, und es sind erste Suchtproblematiken festzustellen. Es handelt sich also um einen großen Komplex, der sozialräumlich und sozialpolitisch diskutiert werden muss.

Außerdem gehört zu dieser Thematik, wie Kinder und Jugendliche in der Schule gestärkt werden können. Im Hinblick auf die psychische Stabilität gab es in NRW einmal ein Achtsamkeitsprojekt in Solingen. Es gibt aber auch etliche andere Schulprojekte, die dazu laufen, wie bereits früh begonnen werden kann, die psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zu stabilisieren.

Der nächste Schritt in der Prävention, für den sich die GKV als Kostenträger mit in der Pflicht sieht, sind die niedrigschwelligen Angebote. In diesem Zusammenhang sind auch die digitalen Angebote zu nennen. Zum einen gibt es die DiGAs, die sich Menschen verordnen lassen können. Zum anderen haben wir natürlich unglaublich viele kassenindividuelle Apps und Angebote. Ich finde es wichtig, für die Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen unterschiedliche Angebote zum mentalen Wohlbefinden vorzuhalten, anstatt über Therapieangebote zu reden, sowie über ein sehr breites Angebot und Gesprächsangebote zu verfügen, mit denen viel Niedrigschwelligkeit verbunden ist.

Dann geht es darum, wie man die Menschen mit einem akuten Bedarf noch ein Stück weit mehr abholen kann. Wir haben für unsere Versicherten TK-Doc mit medizinischen Gesprächspartnern für eine medizinische Beratung. Natürlich werden auch dadurch zum Beispiel Krisen erkannt, und es wird wieder ins System gesteuert. Die Menschen müssen also nicht unbedingt bei der Telefonseelsorge anrufen, sondern ihnen wird geholfen, indem sie ein Angebot im Gesundheitssystem bekommen. Allerdings ist auch das nur ein Teil von vielen Teilen.

Des Weiteren ist es sehr begrüßenswert, weiterhin über niedrigschwellige Gruppenangebote zu sprechen. Wichtig ist ebenfalls, gerade bei Menschen mit Fluchtproblematik über Peer-to-Peer-Angebote zu reden. Dabei handelt es sich um Angebote, die sehr stark stabilisieren, stärken und die Selbstwirksamkeit wiederherstellen. Darüber hinaus ist das sehr viel niedrigschwelliger, als für alle eine Therapie mit der Gießkanne auszuschütten.

Im Moment sind wir auch dabei, die Möglichkeiten zu prüfen, die wir jetzt durch die Gesetzgebung bekommen. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, nach dem Sie sich explizit erkundigt haben, ist noch ein wenig eng gefasst; ich fände es schön, wenn es sehr viel weiter gefasst wäre. Die Krankenkassen haben danach die Möglichkeit, die Menschen bei einem TS, zur Früherkennung seltener Erkrankungen, zur Erkennung von Gesundheitsgefahren und hinsichtlich der risikoadaptierten Früherkennung von Krebsrisiken zu beraten. Darüber hinaus geht es um die Erkennung und Identifizierung von akuten und schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen. Auch hier wird man sehen müssen, inwieweit es Möglichkeiten gibt, den Menschen Angebote zu unterbreiten.

Eine Option sind auch datenbasierte Feedbacks zum mentalen Wohlbefinden. Im Zuge dessen lässt sich über Abfragen erfassen, welche Bedarfe jemand hat, und man könnte frühzeitig Empfehlungen aussprechen, was für jemanden gut ist bzw. ob ein Therapeut aufgesucht werden sollte. Das heißt, darüber besteht die Möglichkeit, mentale Belastungen zu messen und die betroffenen Menschen zu begleiten.

Bei den genannten Angeboten handelt es sich um Präventionsangebote bzw. um niedrigschwellige Angebote.

Ich möchte einen weiteren Punkt nennen, den ich als sehr wichtig erachte. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es sehr viele Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen gibt, die Videositzungen bzw. digitale Therapiesitzungen begrüßen. Nicht jeder möchte in eine Praxis gehen. Wir erleben zum Beispiel bei den Studierenden, die nicht an ihrem Wohnort sind, dass sie ihren Therapeuten gerne „mitnehmen“ und online kontaktieren wollen. Für viele Berufstätige mit einer hohen Reisetätigkeit ist es

ebenfalls unglaublich wichtig, ihre Therapie sozusagen bei sich zu haben. Es gibt aber auch viele Menschen, die keine Therapie an ihrem Wohnort machen wollen.

Wichtig ist dabei, dass die Patientinnen und Patienten nicht auf das Recht eines physischen Therapeuten verzichten. Wenn jemand bei einer akuten Belastung einen Menschen vor sich haben will, muss er bei einem Therapeuten in eine Therapie gehen können. Gleichwohl muss das Wahlrecht bestehen, mit dem Therapeuten in ein Onlineformat zu wechseln. Von daher wird hier eine breite und vielfältige Angebotspalette benötigt.

Ich denke, wir sind uns alle darüber im Klaren, dass wir in den nächsten Jahren und Jahrzehnten in allen Gesundheitsbereichen immer weniger personelle Ressourcen haben werden. Wir alle ziehen an derselben Decke; es sind alles dieselben Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Ein Mehr von irgendetwas wird daher nicht die Lösung sein, sondern die Lösung wird sein, andere vielfältige und differenzierte Angebote zu haben und Bedarfe zu vermeiden. Dabei wird es sich um eine gemeinsame Aufgabe von Politik, von Leistungserbringern und von Kostenträgern handeln, weil das keiner alleine stemmen kann.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank, Frau Steffens. – Damit sind wir mit der Beantwortung der Fragen aus der ersten Fragerunde am Ende und kommen zur zweiten Fragerunde. Dafür haben sich Frau Oellers, Herr Bakum, Frau Müller-Rech und Herr Klocke gemeldet. Frau Oellers, Sie haben das Wort.

Britta Oellers (CDU): Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich danke den Sachverständigen für Ihre Antworten. Es wurde gerade dargelegt, was wir auch aus allen anderen Diskussionen kennen, nämlich dass die psychotherapeutischen Behandlungsbedarfe bei Kindern und Jugendlichen gestiegen sind. Denken Sie, dass diese Bedarfe langfristig auf diesem hohen Niveau bleiben? Diese Frage richte ich an alle Sachverständigen.

Außerdem wurde angesprochen, dass mehr in den Schulen agiert werden muss. Es gibt natürlich viele Bedarfe und viele Wünsche, was verbessert werden soll, und dabei ist der erste Ruf immer nach den Schulen. Sehen Sie noch andere Bereiche, in denen man anpacken könnte? Denn wir wollen vorankommen, und die Schule kann aus unserer Sicht nicht alles leisten.

Frau Steffens, Sie sagten, dass gerade im Hinblick auf die akuten Fälle gesetzliche Änderungen benötigt würden. Könnten Sie konkreter darauf eingehen, was Sie sich darunter vorstellen? Wo sollen wir da anpacken? Wie ist das Miteinander unter den beteiligten Personen, die hier eingreifen müssen? – Vielen Dank.

Rodion Bakum (SPD): Ich danke den Sachverständigen für die spannende erste Runde. Aus Ihren Antworten ergeben sich für mich drei neue Fragen.

Meine erste Frage bezieht sich auf die Gruppentherapieangebote. Herr Bördner hat dazu bereits einiges ausgeführt, und mich würde an dieser Stelle auch die Meinung von Herrn Dr. Spelmeyer, Herrn Höhner und Frau Steffens interessieren. Ich habe verstanden, dass die Leistungserbringer und die Kostenträger diese Gruppentherapie-

angebote wollen. Herr Laumann will sie seiner Rede zufolge ebenfalls. Insofern stellt sich für mich die Frage, wo Hemmnisse vorhanden sind und wie wir diese Hemmnisse überwinden können.

Ich habe mitgenommen, dass ein Punkt die räumlichen Verhältnisse sind. In meinem „vorherigen“ Leben kannte ich jedoch viele Psychotherapeuten, die diese Gruppentherapien abrechnen konnten, obgleich die Räumlichkeiten nicht vorhanden waren. Ich denke, dass man das offen sagen kann.

Vielleicht müssten wir auch an die Vergütung herangehen. Für eine Einzeltherapie werden 108,14 Euro für 50 Minuten gezahlt. Bei einer Gruppe mit drei Teilnehmern sind es 305,07 Euro für 100 Minuten und bei einer Gruppe mit neun Teilnehmern 532 Euro. Es ist logisch, dass das degressiv heruntergeht. Als Psychotherapeut würde ich mir aber sagen, dass eine Einzeltherapie viel weniger Aufwand bedeutet und ich nicht noch auf neun weitere Patienten eingehen muss. Ist die Vergütung daher ein mögliches Hemmnis?

Meine zweite Frage, die ich an die Vertreter der KVen und an Frau Steffen richte, bezieht sich auf die Sprachmittlung. Sie haben in Ihren Stellungnahmen deutlich gemacht, dass die Amtssprache deutsch ist. Das sei auch durch sämtliche Gerichte festgestellt worden, sodass es für die Krankenkassen oder für Leistungserbringer keine Verpflichtung zum Angebot einer Sprachmittlung bzw. einer diesbezüglichen Kostenübernahme gebe. Gemäß dem noch gültigen Landespsychiatrieplan 2017 wird eine Sprachmittlung hingegen benötigt. Insofern stellt sich für mich die Frage, ob es dafür eine freiwillige Finanzierung geben könnte, wenn alle Akteure feststellen, dass eine Sprachmittlung benötigt wird.

Meine dritte Frage bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit, Armut und Einsamkeit. Der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zufolge hat der Gemeinsame Bundesausschuss festgestellt, dass es nicht quantifizierbar ist, inwiefern Armut zu mehr Krankheit führt. Gleichzeitig ist Armut aber ein Kriterium für Sonderzulassungen. Es ist gut, wenn wir Sonderzulassungen aufgrund solcher sozialen Kriterien haben. Wie bekommen wir aber die Menschen, die diesen Kriterien entsprechen, tatsächlich in Psychotherapieplätze? Denn wir wissen, unter uns gesagt, dass jemand, der sozial bessergestellt ist, eher einen Therapieplatz erhält.

Franziska Müller-Rech (FDP): Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Fragen in der zweiten Runde möchte ich an Herrn Höhner sowie an Herrn Bördner und an Herrn Dr. Spelmeyer richten.

Ich möchte hinsichtlich des Themas „Sprachmittlung“ an die Frage des Kollegen anknüpfen und diesbezüglich das Urteil des Bundessozialgerichts einbeziehen, wonach die Amtssprache deutsch sei. Wie kann in der Praxis besser auf Patientinnen und Patienten mit unzureichenden Sprachkenntnissen eingegangen werden? Welche Ideen gibt es dazu Ihrerseits? Neben der Sprachmittlung geht es mir auch um die Möglichkeit der Fernbehandlung per Video. Welche Änderungen der regulatorischen Rahmenbe-

dingungen wären im Hinblick auf diese beiden Themenbereiche aus Ihrer Sicht notwendig? – Vielen Dank.

Arndt Klocke (GRÜNE): Ich danke Ihnen für Ihre Expertise in der ersten Antwortrunde. Meine erste Frage in dieser zweiten Runde schließt ein wenig an die Frage von Frau Müller-Rech an und richtet sich an alle Sachverständigen, die darauf antworten möchten. Wie lassen sich die schlechter versorgten Zielgruppen besser erreichen? Als Stichwort nenne ich hier vor allem die Menschen mit Handicaps oder Behinderungen. Das Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW nimmt zwar nicht an dieser Anhörung teil, aber wir haben heute noch deren Stellungnahme erhalten, in der genau auf diesen Punkt eingegangen wird. Gibt es Ihrerseits Ideen oder Anregungen, wie man gewährleisten kann, hier einen besseren Zugang oder etwas über innovative Versorgungsformen zu erreichen?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Praxismanager und richtet sich an den Vertreter der Psychotherapeutenkammer. Eine gute Freundin von mir ist Psychotherapeutin, und sie erzählt mir immer, was sie an Schreibkram zu erledigen habe, wodurch ihr Zeit verloren gehe, in der sie eigentlich mit Klientinnen und Klienten arbeiten könne. Könnten Sie auf die Praxismanager näher eingehen?

Frau Steffens, Sie haben zu den Akut- und Schwerekranken bereits einiges gesagt. Gibt es konkrete Erwartungen an das Land Nordrhein-Westfalen, was die Stärkung der Krisenhilfe anbelangt? Es gibt zwar immer verschiedene Ebenen, die reagieren könnten, aber was müsste das Land leisten, damit in diesem Bereich mehr passiert bzw. damit es schneller vorangeht?

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank, Herr Kollege Klocke. – Bei der Beantwortung der Fragen beginnen wir dieses Mal in umgekehrter Reihenfolge. Frau Steffens, Sie haben das Wort.

Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Ich beginne mit der Beantwortung der Frage hinsichtlich der Erwartungen, was eine Stärkung der Krisenhilfe anbelangt. Das ist ein neuer Diskussionspunkt, bei dem man auch über den Landespsychiatrieplan, über eine gemeindenahere Psychiatrie und über die Krisenintervention auf kommunaler Ebene reden müsste.

Ich denke, dass hier ein sehr großer Bedarf jenseits des Themas der psychotherapeutischen Versorgung und Prävention besteht. Man will das in Nordrhein-Westfalen meines Wissen nach aber im Zuge der Evaluation bzw. Fortschreibung des Psychiatrieplans angehen. Es gilt, bei diesem Thema, in das auch der dringende Bedarf der gemeindenaheren Psychiatrie bzw. der Krisenintervention vor Ort sowie die Sozialkrisenintervention über die kommunale Ebene hineinspielt, zu diskutieren, wie das vernetzt und verschränkt wird. Wie steuern die Systeme ineinander, und welche Verbindungen gibt es hier?

Zur Krisenintervention und zu einer Fast Lane: Was wir brauchen, haben die Vertreter der KV beschrieben. Derzeit haben wir das Problem, dass die Therapeutinnen und

Therapeuten keine freien Termine melden müssen. Die Therapeutinnen und Therapeuten können das tun, wobei sie selbst definieren, was ein freier Termin ist. Notwendig wäre, dass die Therapeutinnen und Therapeuten in einem bestimmten Umfang nicht nur für die probatorischen Sitzungen, sondern auch für Therapien Angebote machen müssen; im Moment haben wir das nicht. Dafür würde eine gesetzliche Änderung benötigt, denn letztendlich müsste es Verpflichtung geben.

Zu den Sprachmittlern: Wir haben eine gesetzliche Regelung, wonach die Sprachkompetenz kein Kriterium für eine Zulassung von Therapeuten ist. Man kann also nicht einfach sagen, dass man einen Therapeuten mit einer bestimmten Sprachkompetenz zulassen möchte. Das wurde so entschieden, und ein solches Vorgehen würde auch keiner Konkurrentenklage standhalten. Das heißt, wir bekommen keine muttersprachlichen Therapeuten, was für eine Psychotherapie aber eigentlich am besten wäre, sondern wir müssen über Sprachmittlung reden. Das ist allerdings keine GKV-Leistung, und wir können sie auch nicht einfach als solche aufnehmen.

Die Sprachmittlung ist jedoch im Bundeskoalitionsvertrag enthalten, sodass sich die Frage stellt, was auf Bundesebene passiert. Wird das eine gesetzliche Leistung oder wird das keine gesetzliche Leistung? Wenn das Thema auf der Bundesebene angegangen würde und man sagt, dass die GKV die Kosten für eine Sprachmittlung in einem bestimmten Umfang für bestimmte gesundheitliche Versorgungen übernehmen muss, dann wird sie das auch tun. Solange das hingegen keine verpflichtende Leistung ist, werden wir das nicht übernehmen können, weil wir das Prinzip der Wirtschaftlichkeit haben. Zudem wäre eine Übernahme der Kosten für die Sprachmittlung auch mit Blick auf die ganzen Urteile, die dazu auf dem Tisch liegen, ein großes Problem.

Was die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen anbelangt, müsste gemeinsam mit den Zentren für Menschen mit Behinderung bzw. mit den Versorgungszentren erwogen werden, welche Schnittstellen geschaffen werden könnten. Ich denke auch, dass ein Bedarf vorhanden ist, besondere Verknüpfungen und Vernetzungen zu Therapieangeboten herzustellen. Bei den Conterganopfern weiß ich, dass es eine entsprechende Vernetzung gibt. Ich finde es eine wichtige Anregung, zu prüfen, wie man generell im Bereich von Menschen mit Behinderungen mit dem Thema umgeht.

Das Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW hat in seiner Stellungnahme die sexualisierte Gewalt und Therapiebedarfe thematisiert. Auch das ist ein Thema, über das man reden muss.

Der Rechtsanspruch auf eine Psychotherapie besteht für diese Menschen allerdings genauso. Die Frage ist jedoch, wie sich der Zugang in das System herstellen lässt.

Zu der Frage, ob bei den Kindern und Jugendlichen die Schule wieder erhalten muss: Es geht darum, die Kinder und Jugendlichen in ihrer Persönlichkeit zu stärken. Zudem geht es heute auch in der Elternberatung und in der Elternschulung mehr und mehr um den Umgang mit Social Media. Wir erleben, was in einem ganz frühen Alter der Kinder passiert. Teilweise sind bereits die Kindergartenkinder, die noch nicht lesen und schreiben können, mit ihrem Handy in den Social Media unterwegs; da ist die Welt also schon ein wenig verdreht. Hier brauchen wir dringend eine Unterstützung, und

der Kindergarten ist einfach die erste Stelle, wo angepackt werden sollte, wenn sehr schnell eine große Menge der Zielgruppe erreicht werden soll.

Gleichwohl muss an den Schulen angepackt werden, weil die Schule selbst ein Stressfaktor für die Kinder und die Jugendlichen ist. Wir müssen die mentale Gesundheit der Kinder in der zweiten und dritten Klasse über bestimmte Trainings stabilisieren und die Kinder bis zum Ende der vierten Klasse gestärkt haben, weil der Übergang in die weiterführende Schule einen Stressfaktor darstellt. Ich kann nachvollziehen, dass die Schule aus der Pflicht genommen werden soll. Weil die Schule jedoch der Ort ist, an dem der Stress entsteht, muss dort eine Prävention stattfinden. Das kann nirgendwo anders geschehen.

Es wäre schön, wenn wir darüber hinaus eine Prävention bei den Vereinen ansiedeln könnten. Zum einen haben wir die Vereine aber nicht mehr in diesem Maße. Zum anderen haben wir auch viele Kinder und Jugendliche, die wir mit Vereinen gar nicht mehr erreichen können.

Wir werden um eine Prävention in den Kindergärten und Schulen nicht umhinkommen. In diesem Zusammenhang könnte man auch überlegen, welche Präventionsangebote man zum Beispiel in die OGS holt. Wir als Kostenträger haben viele Präventionsangebote – darunter „Gesunde Schule“ –, die in den Schulen und Kindergärten stattfinden. Diese Settingorientierung müssen wir weiter ausbauen. Da müssen wir anpacken, um die Jugendlichen nicht später bei den Gruppenangeboten zu haben. Wir werden also tatsächlich nicht umhinkommen, zu versuchen, mit einer Prävention in der Grundschule spätere Bedarfe zu vermeiden.

Ein weiterer Bereich, in dem wir Angebote schaffen bzw. vorhalten müssen, sind die weiterführenden Schulen. Diese Angebote beziehen sich auf den gesamten Bereich des Mobbing und der Suchproblematik. Wir müssen uns nichts vormachen; diese Probleme haben wir an den weiterführenden Schulen in einem unterschiedlichen Maße, aber dennoch überall.

Aus den genannten Gründen denke ich, dass wir die Schulen aus den Präventionsangeboten zur mentalen Gesundheit nicht heraushalten können. Ohne die Schulen wird es nicht gehen.

Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga): Ich möchte an das Thema „Schule“ anschließen. Gibt es einen steigenden psychotherapeutischen Bedarf bei Kindern und Jugendlichen, und wird dieser Bedarf anhalten? Ich denke, dass dieser Bedarf anhalten wird. Das kann ich als Betroffener der Depressionsliga, aber auch als Mitarbeiter einer Familienberatungsstelle im Sauerland sagen, weil auch im Sauerland die Welt nicht mehr in Ordnung ist. Durch die komplexe Welt – das muss ich nicht weiter erläutern – gibt es wirklich große Belastungen für die Familien und für die Kinder und Jugendlichen.

Man muss das Thema „Prävention“ an die Schulen bringen und es zudem strukturell aufgreifen. Was ist seelische Gesundheit in der Schule? Das eine ist, dass ein Coach kommt und etwas darüber erzählt. Das andere ist, ob es Pausenräume, Ruheoasen, Rückzugsräume, niedrigschwellige flächendeckende Schulsozialarbeit oder andere ergänzende Angebote gibt. Gibt es Schulgärten? Was lässt uns eigentlich gesund

leben, wenn man von einer ganzheitlichen Pädagogik her denkt? Mich erinnern Schulen immer noch an die Schulen zu meiner Schulzeit, und teilweise sind das nicht so erfrischende Anstalten. Leider muss man nach wie vor sagen, dass sich da nicht viel verändert hat, und meine Schulzeit liegt schon eine Weile zurück. Zudem haben die Lehrer auch viele andere Baustellen, und wenn sie dieses Thema einbeziehen sollen, brauchen sie mehr personelle Unterstützung und Schulsozialarbeit.

Die OGS und die Kitas brauchen erst recht mehr personelle Unterstützung. Ich sehe das, weil ich in der Familienberatungsstelle arbeite und viel in die Kitas komme. Ich sehe das aber auch aus Sicht der Depressionsliga und als Mensch, der selbst eine Depression erlebt hat. In der Kita könnte man aber tatsächlich etwas machen. Allerdings erlebe ich eher, dass die Kitas teilweise die Aufsichtspflicht und eine gute Pädagogik nicht mehr gewährleisten können. Sie haben vielleicht von diesen Überlastungsanzeigen gehört. Das ist ein Skandal. Man sollte in der Kita jedoch etwas machen, aber dafür braucht man mehr Struktur, mehr Personal und mehr Ressourcen.

Zu den immer wieder genannten Gruppentherapien möchte ich ganz klar sagen, dass das ein Angebot sein soll. Aus der Sicht eines Betroffenen bzw. eines Betroffenenverbands muss ich aber auch sagen, dass eine Gruppentherapie kein Ersatz für eine Einzeltherapie sein darf. Der Patient muss selbst entscheiden, ob es ihm helfen kann, wenn er die Schicksale oder Lebensgeschichten von anderen hört. Wie kommen andere aus einer solchen Situation heraus bzw. wie bewältigen das andere depressive oder ängstliche Menschen? Das zu hören, kann helfen. Es kann jemanden aber auch massiv herunterziehen, zu hören, wie schlecht es anderen gerade geht. Das muss man also sehr differenziert betrachten, und das eine sollte nicht gegen das andere ausgespielt werden; vor allem nicht aus ökonomischen Gründen.

Zum Thema „Sprachmittlung“: Wenn ich mich in die Situation eines nicht der deutschen Sprache mächtigen Menschen hineindenke und auch Themen wie Traumata oder Flüchtlinge betrachte, muss ich sagen, dass es hier noch viel Luft nach oben gibt. Aus der Betroffenenpersicht kann ich nur immer wieder sagen, dass es uns eigentlich egal ist, ob die Krankenkasse, die Sozialhilfe, das Land oder die Kommune für die Kosten aufkommt. Wichtig ist nur, dass eine Kostenübernahme erfolgt.

Im Hinblick auf die schlecht versorgten Gruppen fallen mir wieder die niedrigschwelligen und interdisziplinär besetzten Ambulanzen ein. Warum sollte es dafür keine pauschale Mischfinanzierung durch die Krankenkassen, die Eingliederungshilfe und die Jugendhilfe geben, um einfach einmal ein Zeichen zu setzen? Denn alle zahlen in den Pott ein, und einem Betroffenen, der ebenfalls in die verschiedenen Systeme einzahlt, ist es egal, wer die Finanzierung übernimmt; er benötigt kurzfristig Hilfe.

Was sollte das Land hinsichtlich der Krisendienste tun? Das Land sollte sich engagieren, dass es 24/7-Krisendienste gibt, die in Kooperation mit den Krankenkassen, mit den Kommunen, mit dem Landeswohlfahrtsverband oder wie auch immer finanziert werden. Das muss endlich umgesetzt werden, denn die Telefonseelsorge darf nicht immer herhalten müssen.

Dr. Dirk Spelmeyer (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Ich möchte mich den Ausführungen von Frau Steffens und Herrn Leuther zu 100 % anschließen. Man kann es nicht perfekter darstellen. Gestatten Sie mir deshalb, dass ich mich darauf konzentriere, was die KVen und die Versorgung anbelangt.

Zur Frage nach der Langfristigkeit und nach dem Erfolg der Gruppentherapie: Das von der Landesregierung ausgelobte Projekt sollte man evaluieren und anschließend den Sinn noch einmal hinterfragen. Herr Leuther hat es sehr gut ausgeführt; die Gruppentherapie ist längst nicht für jeden Menschen geeignet. Wenn dieses Einzelprojekt abgeschlossen ist, muss man deswegen betrachten, welchen Erfolg es gebracht hat.

Ich verstehe sehr gut, dass sprachliche Hemmnisse oder Menschen mit Handicap für Sie eine hohe Bedeutung haben; das haben sie für uns auch. Wir hatten 2015 die Flüchtlingskrise, und wir haben durch den Ukrainekrieg eine erneute Flüchtlingsproblematik. Wie haben wir darauf reagiert? Wir haben im Jahr 2015 Erfahrungen gesammelt, und wir haben wenige Tage nach Beginn des Krieges im letzten Jahr die Kolleginnen und Kollegen kontaktiert, die russisch bzw. ukrainisch sprechen. Bei uns ist in einem Data Warehouse hinterlegt, welche sprachlichen und räumlichen Möglichkeiten gegeben sind; das ist zwar kein Niederlassungskriterium, aber wir erfassen das. Deshalb waren wir auch imstande, bei den entsprechenden Stellen für die Flüchtlingsversorgung sofort über 200 Kolleginnen und Kollegen mit den einschlägigen Sprachkenntnissen bereitzustellen. Das zeigt, dass wir nicht nur sehr schnell reagieren, sondern das Problem auch erkennen.

Über unser Data Warehouse und anhand eines Kriterienkranzes versuchen wir, eine Paarbildung herzustellen, indem wir Patienten, die sprachliche Probleme oder ein anderes Handicap haben, mit einer geeigneten Therapeutin oder einem geeigneten Therapeuten zusammenbringen. Natürlich gelingt das nicht in 100 % der Fälle. Wir leben aber – Frau Steffens hat das sehr gut ausgeführt – nicht in einem luftleeren Raum, sondern die Menschen werden in diesem Land in verschiedenen Institutionen aufgefangen, und man versucht dann, diesen Menschen gerecht zu werden.

Wir haben auch eine Patientenbeauftragte, die dieses Thema auf dem Schirm hat, und es finden regelmäßige Kontakte und Austausche zu dieser Thematik statt. Außerdem versuchen wir alles, was möglich ist, um gerade diesen Menschen, aber auch allen anderen Betroffenen nicht nur eine psychotherapeutische Therapie, sondern generell eine Therapie zugänglich zu machen.

Kommen wir zum Thema „Geld“: Die Kassenärztlichen Vereinigungen scheinen immer gerne über Geld zu reden. In diesem Fall mache ich das bewusst nicht, weil ich der Meinung bin, dass die Vergütung der Gruppentherapie ausgesprochen gut ist. Das zeigt auch das Maß, mit dem die Therapeuten diese Therapieform durchführen, wobei ich hier bewusst nicht auf das Geld als Primärmotivation zurückgreifen möchte, weil die Therapeuten ihren Beruf leben und umsetzen. Sie machen das mit großer Verve, und sie haben sich hier auch eingebracht; die Vergütung steht erst an zweiter, dritter oder vielleicht vierter Stelle. Mein Eindruck ist, dass das seitens der Landesregierung ausgelobte Projekt der Gruppentherapie in der Vergütung gut ausgestattet ist.

Jonas Bördner (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Ich möchte mich den Ausführungen von Herrn Dr. Spelmeyer anschließen, dass die Vergütung für Gruppentherapien ausreichend ist. Insbesondere hatten wir erst im Jahr 2021 eine Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

Herr Bakum, zu Ihrer Frage, ob es wirtschaftlicher sei, mehr Einzeltherapien als Gruppentherapien anzubieten: Durch eine Gruppentherapie werden mehr Kapazitäten geschaffen, um anderweitig Einzelleistungen anzubieten. Das ist in den EBM-Ziffern abgebildet, und deshalb gibt es auch den degressiven Rückfall. Damit hat man bei mehr Patienten einfach einen anderen Umsatz.

Ich würde mich, wie gesagt, anschließen, dass die Vergütung auskömmlich ist. Es handelt sich bei den Psychotherapeuten bzw. bei allen unseren Mitgliedern um keine Motivationslage. Denn aufgrund der Mischkalkulation gibt es Leistungen, mit denen man gutes Geld verdient, und Leistungen, die bereits eingepreist sind. So ist auch der ärztliche und der therapeutische Ethos, nach dem gehandelt wird.

Frau Oellers, zu Ihrer Frage nach der Entwicklung der psychischen Belastungen bei den Kindern und Jugendlichen: Unsere Mitglieder spiegeln uns immer wider, dass durch Social Media bzw. den immer früheren Zugang zu Medien mit Smartphones das Tor zur Welt einfach geöffnet ist, aber die dafür erforderliche Resilienz fehlt. Das heißt, man muss sich bereits in sehr jungen Jahren mit den großen weltpolitischen Themen wie dem Ukraine Konflikt mit dem russischen Angriffskrieg oder dem Klimawandel auseinandersetzen. Diese Themen, die quasi on top auf die Coronajahre kommen, verunsichern gerade die Kinder und Jugendlichen extrem, und sie führen zu Existenzängsten. Insofern sehen wir nach wie vor einen hohen Bedarf an Beratung.

Zum Thema „Sprachbarrieren“: Die Diskussion, ob es dazu eine EBM-Leistung geben sollte, wird bereits seit Langem geführt. Es gibt diverse niedrighschwellige Angebote, die in Nordrhein derzeit pilotiert werden und die auch auf der Bundesebene angedacht sind. Wir haben zum Beispiel in Aachen, Köln oder in Essen die Gesundheitskioske und wissen, dass die dortigen Mitarbeiter zum Dolmetschen in die Praxen mitkommen. Damit sind sie jedoch nicht glücklich, weil es sich dabei um keine refinanzierte Leistung handelt. Das heißt, es bedarf hier einer Regelung.

Gleichzeitig möchte ich aber auch eine Lanze für unsere Mitglieder brechen, die durchaus mehrere Sprachen sprechen. Herr Dr. Spelmeyer hat dargelegt, wie wir reagiert haben, um als KVen die einschlägigen Listen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind noch viele weitere Sprachkompetenzen vorhanden.

Bei der Zulassung von Psychotherapeuten bzw. Ärzten ist es bei uns genauso wie in Westfalen-Lippe. Wir fragen die Barrierefreiheit und die Sprachkompetenzen ab. Diese Informationen stehen dann bei uns in der Arztsuche online zur Verfügung. Das heißt, die Suche eines Facharztes lässt sich nicht nur regional eingrenzen, sondern es können auch diese Kriterien gewählt werden. Darauf haben auch die Kolleginnen und Kollegen der TSS Zugriff. Im Idealfall versucht man, zu matchen. Bei Kapazitätsengpässen ist das aber natürlich schwierig oder ausbaufähig.

Zum Thema „Videosprechstunde“: Ich glaube nicht, dass das die neue *Lege artis* ist. Frau Steffens hat die vorhandenen Bedürfnisse deutlich dargelegt. Das kann zum

Beispiel sein, den Arzt im Rahmen der freien Arztwahl und unabhängig vom Wohn- oder Arbeitsort sozusagen digital mitzunehmen. Man darf aber auch nicht vergessen, dass teilweise eine Scham vorhanden ist. Möchte ich in eine Therapie an meinem Wohnort gehen oder mache ich sie lieber woanders? Gehe ich zu einem Therapeuten, der näher an meinem Arbeitsplatz als an meinem Wohnort ist? Das alles sind Gründe, die eine Rolle spielen und zu Mitversorgungsaspekten führen.

Wir sehen in der Videosprechstunde oder im Ausbau von telemedizinischen Behandlungsangeboten keine Ultima Ratio, indem wir sagen, dass das der neue Behandlungsstandard ist. Gleichwohl hilft diese Möglichkeit gerade in ländlichen strukturschwachen Regionen, die nicht von einer so hohen Arztdichte wie der urbane Raum geprägt sind, leichter ein zusätzliches Angebot hinzubekommen, weil man nicht massiv über die Präsenz gehen muss.

Das Problem, im Rahmen der Bedarfsplanung ausreichend Ärzte aufs Land zu bekommen, haben wir auch bei anderen Facharztgruppen. Ich hatte eingangs gesagt, dass wir das über unsere Steuerungsinstrumentarien und via Strukturfonds – sprich: eine positive Incentivierung – versuchen. Allerdings handelt es sich um eine freiwillige Entscheidung des Arztes, wo er sich niederlässt. Auch bei den Psychotherapeuten haben die KVen darauf keinen Einfluss. Insofern ermöglicht der digitale Zugang vielleicht einfach die Überwindung von Grenzen oder von Kilometern, um eine flächendeckende Versorgung abbilden zu können.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): An mich wurden Fragen zum Bedarf, zur Gruppentherapie, zur Sprachmittlung und zu den schlecht versorgten Zielgruppen gerichtet.

Ich denke, dass zum Bedarf schon ausreichend gesagt wurde. Zwischen psychischer Belastung und einem Behandlungsbedarf besteht ein Zusammenhang, und wir gehen alle nicht ohne Weiteres davon aus, dass die psychische Belastung demnächst deutlich geringer werden wird.

(Arndt Klocke [GRÜNE]: Ja!)

– Ja, das ist so. Das wird so bleiben.

Beim Thema „Sprachmittlung“ möchte ich einen Aspekt hinzufügen. Im Grunde genommen gibt es eine Menge Initiativen und Ideen – zum Beispiel auch vor dem Hintergrund der Nachfrage an russisch oder ukrainisch sprechenden Psychotherapeuten –, im Zuge derer versucht wird, das Problem zu bewältigen, dass es in einem persönlichen Gesprächskontakt nicht allein um die Übersetzung der Sprache, sondern auch um die kulturelle Kommunikation geht. Ich nenne Ihnen dazu ein überzogenes Beispiel, aber ich denke, dass das weiterhilft.

Ich bin der falsche Therapeut dafür, im Kontakt mit einer muslimischen Familie über die massiven Probleme einer Frau in dieser Familie zu sprechen, weil ich das falsche Geschlecht und den falschen kulturellen Hintergrund habe. Denn es sind die persönlichen Beziehungen, die für psychotherapeutische Leistungen essenziell sind, und diese persönlichen Beziehungen sind kein Zufall, sondern ein primärer therapeutischer Gegenstand, der nicht beliebig gestaltbar ist.

Die kulturellen Hintergründe stellen häufig Hindernisse in der Vermittlung von Sprachleistungen dar. Das tritt insbesondere bei über die Krisenintervention hinausgehenden psychotherapeutischen Kontakten auf.

Zu den schlecht versorgten Zielgruppen: Das Hauptthema hier ist die schlechte Erreichbarkeit. Wir haben eine ganze Menge potenzieller Behandlungsindikationen bei Menschen, die erkennbar etwas brauchen. Ich greife jetzt einfach einmal die Jugendlichen heraus. Wenn die Jugendlichen nicht da sind, nicht verfügbar sind oder wenn sie nicht zu uns kommen, kann man ihnen auch nichts anbieten. Was könnte man also machen? Man könnte zu den Jugendlichen hingehen. Es gibt zum Beispiel sehr gute Erfahrungen in der Straßensozialarbeit.

Es gilt, Wege zu finden, um zu den Menschen zu gelangen. Das ist zurzeit ein besonderes Problem bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, denn die Leistungskataloge für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sehen zum Beispiel nur eine äußerst begrenzte Anzahl an Familien- oder Schulkontakten vor, die refinanziert werden können. Eine Therapie mit einem Kind oder mit einem Jugendlichen lässt sich aber nicht ohne dieses Netzwerk durchführen. Das geht nicht. Sie können mit einem achtjährigen Jungen keine Behandlung durchführen, ohne dass die Familie dabei ist. Das können Sie versuchen, aber das wird scheitern.

Das heißt, wir müssen hier unmittelbar eine Änderung der Refinanzierungsmodalitäten angehen. Des Weiteren drängen wir beim GBA sehr darauf, die Richtlinie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der Richtlinie „Psychotherapie“ herauszunehmen. Die Bedarfe, die für die Erwachsenen im Leistungskatalog gelistet sind, unterscheiden sich einfach von den Bedarfen der Kinder und Jugendlichen.

Im Hinblick auf die schlecht versorgten Zielgruppen möchte ich außerdem auf die Menschen mit Suchtproblemen aufmerksam machen. Diese Menschen kommen auch nicht ohne Weiteres in einen Termin.

Damit kommen wir zu einem Thema, das überhaupt ein Problem darstellt. Was macht ein Therapeut eigentlich mit den Menschen, die den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen? Wenn es kein Wartezimmer gibt, kann er nicht die Tür aufmachen und sagen: Herr Müller kommt nicht; Frau Meier kommen Sie bitte. – Das geht einfach nicht, und solche Ausfälle in der Zeit lassen sich nicht kompensieren. Das ist so.

Die Möglichkeit ist daher begrenzt, Patientengruppen mit besonderen Behandlungsbedarfen, zu denen auch die chronisch psychisch kranken Menschen zählen, in diesem Setting zu behandeln. Des Weiteren ist diese Möglichkeit auch unabhängig davon begrenzt, ob jemand hochmotiviert ist, zum Beispiel Menschen mit geistigen Behinderungen zu behandeln. Das ist ebenfalls eine Gruppe von schlecht versorgten Menschen, weil diese Menschen in dem System, wie es zurzeit ausgelegt ist, schlecht erreichbar sind.

Was die Gruppentherapie angeht, möchte ich einen Hinweis geben. Gruppentherapeutische Angebote entstehen nicht durch das Zusammenfassen von Einzelterminen. Jeder von uns kann das Experiment machen, ob er bereit ist, mit sechs Menschen aus diesem Saal in einen Nachbarraum zu gehen, um untereinander ein persönliches Gespräch zu führen. Ich kann Ihnen sagen, dass das ein ziemliches Unterfangen ist.

(Dr. Dirk Spelmeyer und Carsten Vosseler (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Das ist ein Dilemma!)

Mit diesem Beispiel will ich verdeutlichen, dass eine der Hauptindikationsstellungen für eine Gruppentherapie die Zusammenstellung von Personen ist, die untereinander ein möglicherweise auch nur begrenztes Vertrauensverhältnis entwickeln können. Denn niemand wird in einer Gruppe den Mund aufmachen, wenn er der Meinung ist, dass das, was er erzählt, von einem Mitglied der Gruppe übermorgen draußen weitererzählt wird.

Die Erarbeitung einer Gruppe ist ein eigenes Problem. Das ist auch einer der Gründe, warum das manchmal so schlecht funktioniert. Am schlechtesten funktioniert das im Übrigen bei Menschen mit chronischen und langfristigen psychischen Störungen, und der Hinweis auf die Behandlung von Depressionen ist wichtig. Man darf also nicht so tun, als könnte eine Gruppe den persönlichen Einzelkontakt ersetzen.

Häufig sind Gruppenangebote aber möglich – ich kenne das aus der stationären Versorgung –, wenn bis zu einem bestimmten Punkt eine Einzelbehandlung erfolgt ist, denn wir Menschen müssen teilweise überhaupt erst in die Lage versetzt werden, über persönliche Dinge in gewisser Weise in einer Öffentlichkeit zu reden. Mit wem sprechen wir denn über persönliche Ängste? Gucken Sie sich doch einmal um.

Es geht nicht, eine Gruppe nach dem Motto zu machen: Ich habe im Februar zehn Anmeldungen und packe die ersten zehn angemeldeten Personen in eine Gruppe. Das wird scheitern, und das ist für alle Beteiligten einschließlich der Psychotherapeuten nicht gut. Das ist auch einer der Gründe, warum das in der Praxis nicht ohne Weiteres umzusetzen ist. Man könnte das jedoch verbessern. Dafür müssten allerdings auch die „Drumherum-Leistungen“ verbessert werden. Im Rahmen der Vorbereitung einer Gruppe muss jemand zum Beispiel eine Menge Kontakte einbeziehen. Das wird normalerweise aber nicht refinanziert.

Rodion Bakum (SPD): Ich möchte noch eine eher allgemeine Frage an alle Sachverständigen richten. Vom 10. bis 20. Oktober 2023 findet die Aktionswoche der Seelischen Gesundheit statt. Vor allem in der Stellungnahme von Frau Steffens ist aber zur Sprache gekommen, dass wir hinsichtlich der Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen noch einen langen Weg vor uns haben.

Ich würde mit dem Begriff „Gesundheitsförderung von seelischer Gesundheit“ eine positive Formulierung wählen. Könnten Sie insofern aus dem Blickwinkel Ihrer jeweiligen Organisation darlegen, wie wir sozusagen zu einer positiven Grundstimmung und zu einem Zugang zum System in Bezug auf die seelische Gesundheit kommen? Könnten Sie bei Ihren Antworten bitte einbeziehen, wie wir den Zugang zum Regelsystem insbesondere für die sozial benachteiligten sowie für die armuts- und einsamkeitsbetroffenen Menschen gewähren bzw. verbessern können?

Vorsitzender Josef Neumann: Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Damit kommen wir zur Beantwortung der Frage von Herrn Bakum. Frau Steffens, Sie beginnen bei dieser Abschlussrunde. Bitte schön.

Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Die Kassenkassen versuchen, die benachteiligten und die nicht benachteiligten Versicherten gleichermaßen zu erreichen. Es wird aber auch in Zukunft notwendig sein, individuelle Angebote zu machen, um darüber alle Versicherten zu erreichen.

Damit bin ich wieder bei den Möglichkeiten der Datennutzung und den damit verbundenen Potenzialen. Wenn man mehr Daten nutzen könnte, hätte man natürlich eine Chance, bestimmte Parameter zu identifizieren und die Menschen darauf hinzuweisen, welche Angebote sie in Anspruch nehmen können. Das ist heute an vielen Stellen noch nicht der Fall, und das ist ein Punkt, an dem man als Krankenkasse selbst Optionen und Möglichkeiten hat.

Wie lässt sich eine positive Grundstimmung herbeiführen? Ich denke, dass das keine Aufgabe von Einzelnen ist. Die Normalität, dass somatische und psychische Erkrankungen bzw. Belastungen gleich sind und es keine Unterscheidung dabei gibt, thematisieren die Krankenkassen ständig. Die meisten Stigmatisierungen und die größten Probleme sind wahrscheinlich in der Schule und im Arbeitsleben zu finden; das heißt, überall dort, wo Menschen eng in einem sozialen Kontext zueinander stehen und es zum Beispiel Mobbing gibt. Hier müsste man eruieren, welche Kampagnen es diesbezüglich noch geben kann. Das Land NRW hat unabhängig unter welchen Mehrheitsverhältnissen schon immer an diesem Thema gearbeitet, und ich denke, dass das auch weiterhin notwendig ist.

Ein weiterer Punkt, bei dem wir Zugänge haben bzw. haben müssen, ist die gemeinde-nahe Psychiatrie. Wie stellen wir die Kommunen auf? Wie gehen die kommunalen Gesundheitskonferenzen mit diesem Thema um? Da sitzen alle Akteure an einem Tisch, und sie müssten die Problembereiche identifizieren, in denen die Stigmatisierungen am stärksten sind. Vor Ort kann das noch einmal sehr viel effektiver als Top-down geschehen. Eine Entstigmatisierung muss also Bottom-up vorgebracht werden.

Was wir dazu beitragen können, machen wir immer gerne. Sollte es Anregungen in unsere Richtung geben, nehme ich diese natürlich gerne mit.

Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga): Die Woche der Seelischen Gesundheit ist sicherlich ein gutes Instrument, aber ich denke, dass noch viel Arbeit nötig ist, um gegen die Vorurteile bei psychischen Erkrankungen anzukämpfen. Ich habe lange als Therapeut in der Psychiatrie gearbeitet, und ich habe mich erst getraut, meine schwere Depression in der Position „Vorstandsmitglied Deutsche Depressionsliga“ und auf dieser politischen Ebene öffentlich zu machen. Es ist ein Stück weit meine Art von Selbsthilfegruppe, dass ich versuche, das politisch zu bewältigen. Warum habe ich meinen Arbeitgeber, als ich ein SPZ geleitet habe, nicht informiert? Ich wollte mit meinem Arbeitgeber einfach nicht darüber reden. Das war mir zu heikel. Daran erkennt man, dass hier noch viel Arbeit zu leisten ist.

Wenn ich richtig informiert bin, gibt es allein fünf Millionen akut depressiv Erkrankte pro Jahr. Demgegenüber verzeichnet die Deutsche Depressionsliga ungefähr 1.700 Mitglieder. Wir haben bei der Mitgliederzahl zwar ordentlich zugelegt, aber es geht auch um die Relation. Nur wenige Menschen trauen sich zu sagen: Ich habe das. Da

müssen wir etwas tun, und dafür will ich mich einsetzen. – Warum gibt es hier noch immer große Vorbehalte?

Abschließend möchte ich kurz das bundesweite Projekt „Verrückt? Na und!“ vorstellen, das ich schon lange auch aus der Sozialpsychiatrie in Baden-Württemberg kenne und an dem ich selbst beteiligt bin. Dieses Projekt, das an den Schulen stattfinden wird, ist eine tolle Geschichte. Ein Profi und ein Betroffener gehen für einen ganzen Tag an die Schule. Ich werde das mit meiner Kollegin aus der Beratungsstelle machen und dabei den Betroffenenpart übernehmen; wir sind bereits geschult worden bzw. werden noch geschult. Die Kolleginnen berichten, dass die Schüler sehr hungrig darauf sind, zu erfahren, was psychische Gesundheit ist und was psychische Erkrankungen sind, dass es noch viele Vorurteile gibt und dass die Schüler sehr überrascht sind, wenn der Betroffene dann berichtet. Ich bin sehr gespannt darauf und freue mich sehr darüber, hier teilzunehmen. Solche Projekte könnte man noch viel mehr ausbauen.

Dr. Dirk Spelmeyer (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Wie fördern wir die seelische Gesundheit? Ich glaube, das geschieht ganz unten bei unseren Kolleginnen und Kollegen, indem sie für dieses Thema sensibilisiert werden bzw. dafür sensibilisiert sind. Herr Leuther hat sehr gut dargestellt, warum er sich erst spät – bitte entschuldigen Sie das Wort – geoutet hat. Außerdem müssen nicht nur die Therapeuten, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte über die nötige Sensibilität verfügen, um zu spüren, welche Befindlichkeiten die Menschen haben, die vor ihnen sitzen. Das ist ganz wesentlich.

Was versuchen wir als Organisation? Wir haben regelmäßig eine Sprechstunde, in der wir Gesundheitsthemen aufgreifen, wozu selbstverständlich auch die Förderung der seelischen Gesundheit gehört. Des Weiteren haben wir gemeinsam mit der Kammer eine Patientenberatung eingerichtet, an die sich Betroffene und Menschen, die eine Frage haben, wenden können.

Über die Sensibilisierung der Kolleginnen und Kollegen hinaus ist auch die Fortbildung sehr wichtig. Die Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer in Westfalen-Lippe ist eine der größten Akademien im Bundesgebiet, wo diese Themen immer wieder benannt werden, weil sie sich in jeglicher beruflichen Tätigkeit einer Ärztin und eines Arztes finden.

Außerdem müssen wir darauf achten – auch das kam heute mehrfach zur Sprache –, dass sich die Zusammenarbeit mit den Städten und Kommunen auf diesem Gebiet verbessert. In der letzten Zeit sind wir in einen sehr guten Dialog mit den Politikern vor Ort vor allem hinsichtlich der Versorgung im allgemeinmedizinischen Bereich getreten. In diesem Zusammenhang werden auch die genannten Themen besprochen. Ich bin sehr froh darüber, dass die Abgrenzung, die wir über viele Jahre hatten, der Vergangenheit angehört, und ich baue sehr auf diese Zusammenarbeit.

Jonas Bördner (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Wir brauchen zum einen eine Entstigmatisierung und zum anderen eine Sensibilisierung der Bevölkerung und unserer Mitglieder. Wir in Nordrhein haben Fortbildungsveranstaltungen zum Beispiel gemeinsam mit der Kammer, um insbesondere die Kolleginnen und Kollegen im

hausärztlichen Bereich abzuholen, die eine Psychotherapie nicht selbst über eine Genehmigung erbringen, aber entsprechend sensibilisiert sind.

Außerdem brauchen wir eine Vernetzung vor Ort, um den Austausch der Angebote sicherzustellen. Wir als KVen treiben derzeit voran, uns stärker zu vernetzen. Des Weiteren sind wir dankbar dafür, dass die Kommunen diese Themen im Rahmen der Daseinsvorsorge akzeptieren und mit uns in den Austausch gehen, weil wir darüber sicherstellen können, dass unsere Mitglieder wissen, was vor Ort angeboten wird. Dieser Austausch ist sehr fruchtbar.

Darüber hinaus hat die KV Nordrhein die Abteilung Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA), die zum Beispiel die Woche der Seelischen Gesundheit begleiten wird. Wir haben Flyer erstellt, wir haben Onlineangebote, und wir stehen als Körperschaft beratend zur Verfügung, um einen niedrigschwelligen Zugang zu den entsprechenden Themen zu ermöglichen.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): Zunächst möchte ich etwas zu dem Thema „Entstigmatisierung“ sagen, was vielleicht nicht so optimistisch klingt. Ich bin mit diesem Thema beruflich seit 40 Jahren beschäftigt und kenne die Auseinandersetzungen auf der Ebene eines einzelnen Patienten, der sich, wie das hier dargelegt wurde, lange gescheut hat, seine – jetzt kommt ein signifikantes Wort – „Schwäche“ zu offenbaren. Außerdem kenne ich die Reaktion der unmittelbaren Umgebung. Viele Familien haben zum Beispiel bei Kindern mit Störungen sofort ein schlechtes Gewissen; sie wollen das verbergen und häufig so schnell wie möglich reparieren.

Die Verschreibung von Benzodiazepinen, also unter anderem von Antidepressiva, an junge Frauen unter 18 Jahren hat im Rahmen der Coronaversorgung um 120 % zugenommen; ich weiß nicht, welcher Vater oder welche Mutter hier im Raum der 15-jährigen Tochter ein solches Rezept vom Arzt in der Hand gelassen hätte. Das ist ein Zeichen von offensichtlicher Hilflosigkeit des Systems, mit dem Problem umzugehen, wobei ich natürlich niemandem unterstelle, bewusst etwas falsch zu machen.

Wir brauchen mehr Informationen und seitens der Anbieter eine höhere Bereitschaft, sich mit diesen komplexen und komplizierten Themen auseinanderzusetzen. Dazu gehört auch eine andere grundsätzliche Versorgungsauffassung. Es geht nicht alles im Zehn-Minuten-Takt. Das ist nicht möglich, und das müssen wir wissen. Wenn bei einem Arzttermin mehr persönlicher Kontakt gewünscht wird, dann müssen wir andere Zeitmuster haben. Das muss man hier einfach so sagen.

Des Weiteren ist der gesellschaftliche Umgang miteinander maßgeblich. Solange wir in einer relativ engen Führung von Begriffen wie der Leistungsfähigkeit als eine primäre menschliche Wertigkeit denken, werden wir aus dem Problem der psychischen Störungen schlecht herauskommen, weil psychische Störungen immer auch Störungen der Leistungsfähigkeit sind; das geht gar nicht anders. Ich nenne Ihnen ein typisches Beispiel. Jemand offenbart im beruflichen Kontext seine Depression und hat glücklicherweise einen sehr verständnisvollen und verantwortungsvollen Arbeitgeber. Dieser Arbeitgeber wird jedoch auch irgendwann einmal nach der Leistungsfähigkeit

fragen. Damit möchte ich aufzeigen, welche Dimension das Thema hat und vor welche Herausforderungen es uns alle stellt.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank, für Ihre Schlussworte, Herr Höhner, denn weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. – Damit sind wir am Ende unserer Anhörung, in der wir eine sehr wichtige Thematik besprochen haben. Ich bedanke mich bei den Sachverständigen für die Bereitschaft, unsere Fragen zu beantworten, und wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Das Protokoll zur heutigen Sitzung ist nach der Fertigstellung auf der Internetseite des Landtags einsehbar. Ich denke, dass uns das Thema in unterschiedlichen Facetten sicher noch eine gewisse Zeit begleiten wird.

gez. Josef Neumann
Vorsitzender

Anlage

02.10.2023/13.10.2023

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Psychotherapeutische Versorgung in unterversorgten Regionen
sicherstellen!**

Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/3666

am Mittwoch, dem 13. September 2023
10.00 bis (max.) 12.00 Uhr, Raum E3 A 02, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Gerd Höhner	18/761
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Düsseldorf	Jonas Bördner	18/768
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund	Dr. Dirk Spelmeyer Carsten Vosseler	18/727
Deutsche DepressionsLiga e.V. Bonn	Jürgen Leuther	18/740
Anke Richter-Scheer Vorsitzende des Hausärzterverbandes Westfalen-Lippe e.V. Unna	<i>entschuldigt</i>	---
Barbara Steffens TK-Landesvertretung Nordrhein- Westfalen Düsseldorf	Barbara Steffens	18/766

weitere Stellungnahme:

Netzwerk Frauen und Mädchen
mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW

Stellungnahme 18/799