

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender,
Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/94 –**

Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durch eine Mindestquote – Umsetzung des Gesetzes zur Weiter- entwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde eine 20-Prozent-Mindestquote für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen eingeführt, die seit 1. Januar 2009 in Kraft ist. Ziel war, die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche rasch und flächendeckend zu verbessern, persönliches Leid bei den Betroffenen sowie volkswirtschaftliche Kosten zu vermeiden.

Mit der Änderung von § 101 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die 20-Prozent-Mindestquote für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie umzusetzen. Der Beschluss des G-BA erfolgte am 18. Juni 2009. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterbrach im August 2009 die Beanstandungsfrist und stellte Fragen zur Definition der Leistungserbringer, der 10-Prozent-Übergangsregelung sowie der Entscheidungssperre von sechs Monaten. Das BMG hat die Regelungen letztlich nicht beanstandet. Die überarbeitete Bedarfsplanungs-Richtlinie ist am 18. November 2009 in Kraft getreten.

Die geänderte Bedarfsplanungs-Richtlinie schreibt vor, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Doppelzulassung (für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) mit dem Faktor 0,5 auf die Erfüllung der Quote anzurechnen sind, unabhängig davon, in welchem Umfang sie Kinder und Jugendliche behandeln. Der G-BA hat entschieden, die Vorgabe des Gesetzgebers nicht direkt sondern schrittweise umzusetzen: Planungsbereiche im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mit einem Versorgungsanteil über 10 Prozent bleiben so lange gesperrt, bis in jedem Planungsbereich ein Mindestversorgungsanteil

von 10 Prozent erreicht worden ist. Die Bundespsychotherapeutenkammer geht davon aus, dass diese Regelung die bestehende ungleiche Versorgung zwischen Stadt und Land verstärkt. So blieben z. B. in der KV Nordrhein ca. 90 Prozent der etwa 170 zusätzlichen Kassensitze so lange gesperrt, bis in den Städten Bonn, Düsseldorf, Krefeld, Leverkusen und Mönchengladbach zusammen 17 Niederlassungen erfolgten.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 2. September 2009 für 2010 zusätzliche Mittel in Höhe von 40 Mio. Euro für die Versorgung psychisch kranker Menschen beschlossen. Diese dienen sowohl der Umsetzung der neuen gesetzlichen Mindestquote für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, als auch der veränderten Versorgung durch Teilzulassungen, die ebenfalls mit dem GKV-OrgWG geschaffen wurde.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Nach § 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V in der Fassung des GKV-OrgWG ist in der Bedarfsplanungsrichtlinie sicherzustellen, dass in jedem Planungsbereich 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern vorbehalten werden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. Durch diese Quotenregelung soll gewährleistet werden, dass für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen flächendeckend qualifizierte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Der G-BA hat diesen gesetzgeberischen Auftrag mit Beschluss vom 18. Juni 2009 umgesetzt. Nachdem das BMG dem G-BA mit Schreiben vom 10. August 2009 eine Reihe von Fragen zu diesem Beschluss gestellt hatte, hat der Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA in seiner Sitzung am 28. September 2009 diese Fragen intensiv beraten und der G-BA seine Auffassung gegenüber dem BMG in seinem Schreiben vom 6. Oktober 2009 ausführlich dargelegt. Vor dem Hintergrund dieser Diskussion und den schriftlichen Ausführungen des G-BA hat das BMG den Beschluss vom 18. Juni 2009 nicht beanstandet, so dass dieser nach Veröffentlichung am 18. November 2009 in Kraft treten konnte.

Durch die Umsetzung der Quotenregelung des § 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V in der Bedarfsplanungsrichtlinie werden neue Zulassungsmöglichkeiten für psychotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer geschaffen, die sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen konzentrieren und dafür besonders qualifiziert sind. Dies wird flächendeckend zu der von dem Gesetzgeber intendierten spürbaren Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen führen.

1. Wie bewertet die Bundesregierung die vom G-BA eingeführten Übergangsregelungen, die eine rasche Verbesserung der Versorgung, wie vom Gesetzgeber gewünscht, deutlich erschwert?

Die Bundesregierung begrüßt es, dass der Beschluss des G-BA vom 18. Juni 2009 inzwischen in Kraft getreten ist und auf regionaler Ebene von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Zulassungsausschüssen zeitnah umgesetzt werden kann. Mit dem Beschluss soll das Ziel des Gesetzgebers umgesetzt werden, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen flächendeckend spürbar zu verbessern. Nach den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgeteilten Zahlen werden auf Grund der gesetzlichen Mindestquote von 20 Prozent durch den Beschluss des G-BA vom 18. Juni 2009 bundesweit mehr als 900 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten entstehen (vgl. Antwort zu Frage 5a). Vor dem Hintergrund der erwähnten gesetzgeberischen Intention ist es versorgungspolitisch zu begrüßen, Anreize für die Niederlassung in derzeit weniger gut versorgten Planungsbereichen zu schaffen.

2. a) In welchem Umfang sind in den Kassenärztlichen Vereinigungen (wenn möglich unterteilt nach Planungsbereichen) Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Doppelzulassung (für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) zugelassen?
- b) Falls es große Unterschiede bei der Zahl der Doppelzulassungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen gibt, wie erklärt sich die Bundesregierung diese?

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren im Bundesarztregister zum 31. Dezember 2008 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen wie folgt registriert:

Zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen

Kassenärztliche Vereinigung	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	davon: mit zusätzlicher Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut	in %
Sachsen	91	50	54,9
Westfalen-Lippe	233	106	45,5
Rheinland-Pfalz	136	49	36,0
Baden-Württemberg	536	166	31,0
Brandenburg	43	12	27,9
Hessen	303	81	26,7
Mecklenburg-Vorpommern	15	4	26,7
Thüringen	52	13	25,0
Niedersachsen	318	77	24,2
Schleswig-Holstein	72	12	16,7
Bayerns	456	71	15,6
Bremen	43	6	14,0
Saarland	24	3	12,5
Hamburg	74	9	12,2
Nordrhein	256	0	0,0
Berlin	178	0	0,0
Sachsen-Anhalt	20	0	0,0
Bundesgebiet	2 850	659	23,1

Nach Planungsbereichen differenzierte Daten liegen dem BMG nicht vor. Der Tabelle lässt sich entnehmen, dass in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen Doppelzulassungen unterschiedlich häufig erteilt werden. Diese Unterschiede beruhen darauf, dass die Zulassungsausschüsse in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Erteilung von Zulassungen jeweils nach freiem Ermessen entscheiden.

3. In welchem Umfang versorgen doppelt zugelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten Kinder und Jugendliche?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen darüber vor, in welchem Umfang Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit zwei Zulassungen tatsächlich Kinder und Jugendliche versorgen.

4. a) Wie bewertet die Bundesregierung angesichts der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (u. a. Urteil vom 26. Januar 2000, B 6 KA 53/98 R), wonach Vertragsärztinnen und -ärzte mit Zulassungen in zwei Fachgebieten nicht zur Übernahme eines jeweils hälftigen Versorgungsauftrages für jedes Fachgebiet verpflichtet werden dürfen, die Regelung des G-BA, Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Doppelzulassung zur Behandlung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen, losgelöst von den von ihnen abgerechneten Fällen, mit dem Faktor 0,5 auf den Mindestversorgungsanteil zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen anzurechnen?
- b) Warum sieht die Bundesregierung darin keinen Widerspruch zum SGB V, in dem festgelegt ist, dass in der Bedarfsplanungs-Richtlinie „... sicherzustellen (ist), dass mindestens ein Versorgungsanteil ... in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Leistungserbringer nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist“ (§ 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V)?

Der G-BA begründet die hälftige Berücksichtigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer weiteren Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut bzw. Psychologische Psychotherapeutin bei der Berechnung der Versorgung damit, dass hierdurch die Versorgung realitätsnah abgebildet werde. Im Übrigen sei es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen zu überprüfen, ob zugelassene Leistungserbringer ihrem gesetzlichen Versorgungsauftrag nachkommen und gegebenenfalls Maßnahmen zu ergreifen. Da aus Sicht des BMG bei einer pauschalen Anrechnung mit dem Faktor 0,5 nicht ohne Weiteres sichergestellt ist, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit zwei Zulassungen tatsächlich zur Hälfte Leistungen an Kindern und Jugendlichen erbringen, hat das BMG die Nichtbeanstandung des Beschlusses vom 18. Juni 2009 mit der Auflage verbunden, nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten des Beschlusses darüber zu berichten, durch welche Maßnahmen und mit welchem Ergebnis sichergestellt wird, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer weiteren Zulassung tatsächlich entsprechend dem Anrechnungsfaktor 0,5 Leistungen an Kindern und Jugendlichen erbringen.

Die Quotenregelung in § 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V soll nach der Gesetzesbegründung auch dem Ziel dienen, dass für die psychotherapeutische Behandlung ernster psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen Spezialistinnen und Spezialisten zur Verfügung stehen, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Eine qualitativ hochwertige Versorgung ist bei ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aufgrund ihrer Erfahrung und bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten auch aufgrund der besonderen Weiterbildung gewährleistet. Dies gilt unabhängig davon, ob neben der Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeut auch noch eine weitere Zulassung erteilt wurde. Im Übrigen erscheint es aus versorgungspolitischen Gründen durchaus sachgerecht, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die aufgrund ihrer Doppelzulassung sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche behandeln, bei der Betrachtung, ob eine ausreichende Anzahl von Therapeutinnen und Therapeuten zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen, nicht vollkommen unberücksichtigt zu lassen.

5. a) Wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten könnten bundesweit zusätzlich zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beitragen, wenn bei der Berechnung des Versorgungsanteils, wie im Gesetz vorgesehen, nur die Leistungserbringerinnen und -erbringer berücksichtigt würden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung Schätzungen der Bundespsychotherapeutenkammer, dass aufgrund der 0,5-Regelung bundesweit ca. 200 Niederlassungen verhindert werden?

Zu den mit Frage 5 Buchstabe a erfragten Daten teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit, dass auf Grund der Mindestquote von 20 Prozent und bei Anrechnung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Doppelzulassung mit dem Faktor 0,5 bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, bundesweit 909 Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen werden. Würden diese Personen hingegen nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten berücksichtigt, entstünden auf Grund der 20-Prozent-Quote 1 070 Niederlassungsmöglichkeiten. Dabei ist nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu beachten, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die mindestens 90 Prozent ihrer psychotherapeutischen Leistungen an Kindern und Jugendlichen erbringen und deshalb zu den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gezählt werden müssen, auf Grund einer fehlenden Datengrundlage in diese Berechnung nicht einfließen konnten. Würden diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer hingegen mit berücksichtigt, würde die Zahl der zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sinken.

Angesichts der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgeteilten Daten kann die Bundesregierung die Schätzung der Bundespsychotherapeutenkammer nicht bestätigen. Da keine Informationen darüber vorliegen, in welchem Umfang Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit zwei Zulassungen tatsächlich Kinder und Jugendliche versorgen, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht zuverlässig beurteilt werden, ob die 0,5-Regelung des G-BA die tatsächlichen Versorgungsverhältnisse realistisch abbildet. Aufgrund dieser Ungewissheit hat das BMG dem G-BA die Auflage erteilt, nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten des Beschlusses zu berichten, durch welche Maßnahmen und mit welchem Ergebnis die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer weiteren Zulassung tatsächlich entsprechend dem Anrechnungsfaktor 0,5 Leistungen an Kindern und Jugendlichen erbringen.

6. In welchen Planungsbereichen welcher Kassenärztlichen Vereinigungen liegt der Versorgungsanteil mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, unter 10 Prozent?

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liegt der Versorgungsanteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in folgenden 77 (von insgesamt 395) Planungsbereichen unter 10 Prozent:

Kassenärztliche Vereinigung	Planungsbereiche	Anzahl
Baden-Württemberg	Heilbronn, Karlsruhe, Stadt	2
Bayern	Altötting, Passau, Stadt/Passau, Straubing, Stadt/Straubing-Bogen, Regen; Coburg, Stadt/Coburg, Lichtenfels, Nürnberg, Stadt, Schwabach, Stadt/Roth, Fürth Nürnberger Land, Würzburg, Stadt Bad Kissingen	12
Brandenburg	Cottbus, Stadt, Barnim Märkisch-Oderland, Uckermark	4
Bremen	Bremerhaven, Stadt	1
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock, Hansestadt, Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg Demmin, Ludwigslust, Parchim, Rügen, Uecker-Randow	7
Niedersachsen	Salzgitter, Stadt, Wolfsburg, Stadt, Wittmund	3
Nordrhein	Düsseldorf, Stadt, Krefeld, Stadt Mönchengladbach, Stadt Bonn, Stadt, Köln, Stadt Leverkusen, Stadt	6
Rheinland-Pfalz	Birkenfeld, Kaiserslautern, Stadt Kaiserslautern	3
Saarland	Stadtverband Saarbrücken	1
Sachsen	Plauen, Stadt/Vogtlandkreis Annaberg, Chemnitzer Land Stollberg, Aue-Schwarzenberg Dresden, Stadt, Bautzen Meißen, Löbau-Zittau Sächsische Schweiz, Weißeritzkreis Leipzig, Stadt	12
Sachsen-Anhalt	Anhalt-Zerbst, Bernburg Köthen, Halle (Saale), Stadt Saalkreis, Sangershausen Weißenfels, Magdeburg, Aschersleben-Staßfurt, Halberstadt Jerichower Land, Ohrekreis Quedlinburg, Schönebeck	14
Schleswig-Holstein	Kiel, Landeshauptstadt	1
Thüringen	Gera, Stadt, Eichsfeld Nordhausen, Unstrut-Hainich-Kreis Kyffhäuserkreis, Hildburghausen Greiz	7
Westfalen-Lippe	Gelsenkirchen, Stadt, Höxter, Hamm, Stadt, Herne, Stadt	4

7. a) Worin sieht die Bundesregierung die Ermächtigungsgrundlage für die Regelung des G-BA, wonach der gesetzliche Mindestversorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent solange nicht angewendet werden soll, wie nicht in allen Planungsbereichen des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung ein Versorgungsanteil von 10 Prozent erreicht wird?
- b) Warum sieht die Bundesregierung darin keinen Widerspruch zum SGB V, in dem festgelegt ist, dass in der Bedarfsplanungs-Richtlinie „... sicherzustellen (ist), dass mindestens ein Versorgungsanteil ... in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Leistungserbringer nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist“ (§ 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V)?

Nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 SGB V ist der G-BA zum Erlass der Bedarfsplanungsrichtlinie ermächtigt und hat dabei bedarfsplanungsrechtliche Vorgaben des SGB V wie die in § 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V umzusetzen und zu konkretisieren. Übergeordnete Aufgabe des G-BA ist es in diesem Zusam-

menhang, durch die Bedarfsplanung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Mit der genannten Übergangsregelung verfolgt der G-BA das Ziel, ungewollte Verwerfungen in der Versorgungsstruktur zu verhindern und die Zulassung neuer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne einer gleichmäßigen Versorgungsverbesserung zu steuern. Der dadurch geschaffene Anreiz zur Niederlassung in bislang schlechter versorgten Planungsbereichen ist unter Versorgungsgesichtspunkten zu begrüßen und entspricht der gesetzgeberischen Intention, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen flächendeckend zu verbessern.

8. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Bundespsychotherapeutenkammer, dass die vorgesehene Zehn-Prozent-Quote in der Bedarfsplanung zunächst vor allem in Städten, in denen bereits heute im Vergleich zum ländlichen Raum bis zu neunmal so viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100 000 Einwohner zugelassen sind, zu einer besseren Versorgung führen wird und gleichzeitig Verbesserungen in ländlichen Gebieten verhindert werden?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen vor, nach denen die 10-Prozent-Quote zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Städten führt und gleichzeitig eine Verbesserung in ländlichen Gebieten verhindert wird. Allerdings sind die Ausführungen der Bundespsychotherapeutenkammer insofern zutreffend, als auch nach den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgeteilten Daten im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein der Versorgungsanteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in den Städten Bonn, Düsseldorf, Krefeld, Leverkusen und Mönchengladbach unter 10 Prozent liegt. Die Antwort zu Frage 6 zeigt aber auch, dass es in den Bezirken der übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen keinesfalls überwiegend städtische Regionen sind, die einen Versorgungsanteil von unter 10 Prozent aufweisen.

Insgesamt lässt sich die Einschätzung der Bundespsychotherapeutenkammer schwer verifizieren, weil die Bedarfsplanungsrichtlinie auf Ebene der siedlungsstrukturellen Kreistypen nach der Einstufung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung stattfindet. Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommen zu dem Ergebnis, dass sich bei Anwendung der 10-Prozent-Übergangsregelung Niederlassungsmöglichkeiten in 77 Planungsbereichen ergeben und es sich dabei um Kreise sämtlicher Planungskategorien handelt. Unter Berücksichtigung der Stadt-Umland-Beziehung sind dabei städtisch geprägte Kreise im Vergleich zu Kreisen des verdichteten bzw. ländlichen Umlands deutlich in der Minderheit. Lediglich 25 Kreise kernstädtischer Prägung sind nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht gesperrt. Bei Verzicht auf die 10-Prozent-Übergangsregelung hätte sich die Zahl der nicht gesperrten kernstädtisch geprägten Planungsbereiche demgegenüber auf 63 erhöht.

Diese Daten legen nahe, dass der von der Bundespsychotherapeutenkammer befürchtete Effekt nicht eintritt. Vielmehr scheint es so, dass die Übergangsregelung potenzielle Niederlassungsmöglichkeiten in Kernstädten zunächst reduziert. Zwar verbessert sich dadurch nicht unmittelbar die Versorgungssituation in ländlichen Räumen, jedoch wird verhindert, dass sich durch eine zu große Öffnung für eine Niederlassung attraktiver Gebiete die Versorgungssituation in ländlichen Regionen verschlechtert.

9. a) Auf welcher Basis erfolgte im Erweiterten Bewertungsausschuss die Berechnung der Mittel der zusätzlichen Leistungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche?
- b) Sofern dies auf Grundlage von § 101 Absatz 4 SGB V erfolgte, wie werden die bereitgestellten, nicht im vollen Umfang für den intendierten Zweck beanspruchten Mittel verwendet, und wie bewertet die Bundesregierung dies?

Bei der von dem Erweiterten Bewertungsausschuss am 2. September 2009 beschlossenen Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten insbesondere aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG (Beschlussenteil B, Punkt 3.3) handelt es sich um eine Schätzgröße.

Allerdings sieht der Beschluss vor, dass der Bewertungsausschuss die tatsächlichen Auswirkungen des GKV-OrgWG auf den Behandlungsbedarf je Versicherten bis zum 31. August 2010 überprüfen und über notwendige Anpassungen dieser Regelung für das Jahr 2011 beschließen wird. Das BMG hat den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 nicht beanstandet.