

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg,
Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/3239 –**

Kostenerstattung Ambulante Psychotherapie

Vorbemerkung der Fragesteller

Laut Psychotherapie-Richtlinie und Bundesmantelvertrag ist es Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen bei entsprechendem Bedarf die Versorgung ihrer Versicherten mit ambulanter Psychotherapie zu gewährleisten. Gelingt dies der Kasse nicht, was zum Beispiel bei „unzumutbaren Wartezeiten“ von mehr als sechs Wochen der Fall ist (Bundessozialgericht – BSG, Az.: 6 R KA 15/97), besteht im Rahmen der sogenannten Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Möglichkeit notwendige Leistung selbst zu beschaffen und von der Kasse erstattet zu bekommen. Im SGB V ist dazu festgesetzt, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, die Kosten für notwendige selbstbeschaffte Leistungen in der entstandenen Höhe zu erstatten. Dies gilt in allen Fällen, in denen die Behandlung indiziert ist, die Krankenkasse selbst die Leistung aber nicht rechtzeitig erbringen konnte oder diese zu Unrecht abgelehnt hat. Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Bundestagsdrucksache 19/1347 eine weitere Gültigkeit dieser Regelung auch nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie bestätigt.

Im Gegensatz dazu hat die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) in einer Umfrage festgestellt, dass seit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 vermehrt Anträge auf eine Übernahme der Kosten für benötigte ambulante Psychotherapien von den gesetzlichen Kassen abgelehnt werden (www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/nc/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=17&tx_ttnews%5Btt_news%5D=3003). Durch diese Ablehnung der „Kostenerstattung“ der ambulanten Psychotherapie seien Patienten unnötigerweise finanziell und psychisch schwer belastet worden. Weiter heißt es, dass teilweise die Kostenübernahme für eine Therapie mit der Begründung abgelehnt wurde, dass nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie Therapieplätze von Terminservicestellen vermittelt werden würden. Dabei vermitteln Terminservicestellen ausschließlich Termine für einmalig stattfindende Psychotherapeutische Sprechstunden und für Akutbehandlungen. Akutbehandlungen entsprechen in Umfang

und Qualität aber keinesfalls den ambulanten Psychotherapien. Außerdem hätten einige Kassen generell keine Kosten für Psychotherapien im Rahmen von Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V mehr erstattet und dies auch so an die Versicherten mitgeteilt. Im Urteil des Sozialgerichts (SG) Berlin vom 9. April 2018 (S81KR 1002/17) wurde der Klage einer Patientin wegen Ablehnung eines Antrags auf Kostenerstattung stattgegeben und auch hier wurde vom SG Berlin-Brandenburg einem Zwang zur Vermittlung von Therapieplätzen durch die Terminservicestelle widersprochen. Die Kosten des Verfahrens sind laut Beschluss durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu tragen.

Sollten die oben genannten Vorwürfe zutreffen, wäre dieses Verhalten der betreffenden Kassen nicht nur nachteilig für die dort versicherten Menschen mit psychischen Erkrankungen, die so zusätzlich zu den oftmals langen Wartezeiten für eine Psychotherapie (www.aerzteblatt.de/nachrichten/80590/Psychotherapie-Weiterhin-zu-lange-Wartezeit-auf-Behandlung) einem hohen Kostenrisiko ausgesetzt würden. Es würde weiterhin bedeuten, dass die gesetzlichen Krankenkassen in ihrem Handeln gegen das SGB V verstoßen und ihren Versorgungsauftrag nicht wahrnehmen. Dazu kommen Belastungen durch Gerichtskosten in unbekannter Höhe, die durch die GKV und damit die Versichertengemeinschaft getragen werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung ist der Bundesregierung ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen. Versicherte, die psychisch erkrankt sind, sollen unabhängig von ihrem Wohnort zeitgerecht die erforderlichen psychotherapeutischen Leistungen in Anspruch nehmen können. § 75 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet daher die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die vertragsärztliche (auch psychotherapeutische) Versorgung im gesetzlich vorgesehenen Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Die Krankenkassen haben ihren Versicherten die erforderlichen Leistungen im Regelfall als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen (§ 2 SGB V). Lediglich in besonderen, insbesondere in § 13 SGB V geregelten Fällen haben Versicherte stattdessen einen Anspruch auf Kostenerstattung. So sieht § 13 Absatz 3 SGB V unter anderem vor, dass die Krankenkasse in Fällen, in denen sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, die Kosten für Leistungen zu übernehmen hat, die sich der Versicherte selbst beschafft hat.

Insofern ist es ein wesentliches Ziel, dafür Sorge zu tragen, dass sowohl die Anzahl der für die Erbringung psychotherapeutischer Sachleistungen für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehenden Leistungserbringer als auch ihre regionale Verteilung dem Bedarf entspricht. Wie bereits in der Vorbemerkung der Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Bundestagsdrucksache 19/1347 dargelegt, hat der Gesetzgeber in den vergangenen Legislaturperioden verschiedene Maßnahmen auf den Weg gebracht, die die psychotherapeutische Versorgung sowohl in Ballungsräumen als auch in ländlichen Regionen verbessern sollen. Zu nennen sind hier insbesondere die an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gerichteten Gesetzaufträge zur umfassenden Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie und zur Überprüfung und Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie sowie die Einrichtung der Terminservicestellen.

Kann eine Krankenkasse den Sachleistungsanspruch der oder des Versicherten nicht rechtzeitig erfüllen, so hat die oder der Versicherte bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 SGB V einen Kostenerstattungsanspruch gegen ihre oder seine Krankenkasse. Diesem darf sich die Krankenkasse nicht unter Berufung auf Gründe, die für den Anspruch nicht maßgeblich sind, entziehen.

1. Warum ist es zulässig, dass eine Veränderung der durchschnittlichen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung (Platz für eine ambulante Psychotherapie, nicht Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde oder Akutbehandlung) seit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie durch die GKV statistisch nicht erfasst wird?

Welche Daten werden es sein, aufgrund derer in fünf Jahren eine Überprüfung der Richtlinie erfolgen wird?

Statistische Erfassungen von Daten sind – nicht zuletzt um den Bürokratieaufwand zu minimieren – nur dann verpflichtend, wenn sie gesetzlich vorgegeben sind. Ansonsten entscheiden die Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen darüber, welche Daten für die Aufgabenerfüllung benötigt und deshalb erhoben und verarbeitet werden. Daten über Wartezeiten fallen routinemäßig nur bei denjenigen Versicherten an, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Um ein umfassendes Bild über die Wartezeiten zu erhalten, müssten zusätzlich flächendeckend die Daten derjenigen erhoben werden, die die psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des Sachleistungssystems in Anspruch genommen haben, und dies müsste den Krankenkassen als Aufgabe zugewiesen sein.

Für die in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehene Evaluation der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Rezidivprophylaxe entscheidet der G-BA, welche Daten er dafür verarbeitet und welche Datenquelle er heranzieht.

2. Wie genau sieht das „Drängen“ (Bundestagsdrucksache 19/1347, Antwort zu Frage 4) des Bundesministeriums für Gesundheit auf die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages der Bedarfsplanung in Richtung Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) aus?

Welche Maßnahmen wurden nach dem Gespräch am 15. März 2016 ergriffen, um den G-BA zu „drängen“?

Das Bundesministerium für Gesundheit macht im Rahmen der ihm obliegenden Rechtsaufsicht von seinem Recht auf Teilnahme an den Sitzungen des G-BA Gebrauch und erhält Kenntnis von den Sitzungsunterlagen. Dadurch hat es die Möglichkeit, die Mitglieder des G-BA zur konzentrierten, zügigen Beratung aufzufordern, wenn unvertretbare Verzögerungen feststellbar sind.

3. Welche Anzahl an Widersprüchen wegen einer verweigerten Übernahme psychotherapeutischer Behandlungen nach § 13 Absatz 3 SGB V gab es bei den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen jeweils in den Jahren 2014 bis 2018?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

4. Welche Urteile des BSG regeln nach Kenntnis der Bundesregierung die Pflicht der GKV, Psychotherapie nach § 13 Absatz 3 SGB V zu bewilligen?

Welche neuen Urteile gibt es in diesem Bereich seit 1. April 2017?

Urteile zum Thema sind über die Internetseiten der Sozialgerichtsbarkeit sowie juristische Datenbanken abrufbar. Nachweise finden sich insbesondere im Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. März 2016 (BSGE 121,40).

5. Welche Anzahl an gerichtlichen Verfahren zur Kostenerstattung von psychotherapeutischen Behandlungen haben die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2014 bis 2018 mit welchen Ergebnissen (etwa Vergleich, Verfahren gewonnen oder verloren) abgeschlossen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

6. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl an Klagen aufgrund von Ablehnung benötigter Psychotherapie nach § 13 Absatz 3 SGB V vor den einzelnen Sozialgerichten?

Wie hoch ist die Anzahl der Klagen beim BSG (bitte nach Quartalen von I/2014 bis I/2018 aufschlüsseln)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

7. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, welche Kosten den Sozialgerichten und dem BSG durch Klagen wegen nicht bewilligter Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Absatz 3 SGB V entstanden sind (wenn ja, bitte nach Quartalen von I/2014 bis I/2018 aufschlüsseln) und welche Kosten den Versicherten durch die Klagen entstanden sind, und wenn ja, welche?

Es ist Aufgabe der Sozialgerichtsbarkeit, in den ihnen nach dem Sozialgerichtsgesetz (SGG) zugewiesenen Fällen zu entscheiden. Die Finanzierung der Gerichtsbarkeit ist eine staatliche Aufgabe. Bei der Finanzierung wird nicht nach den für die Entscheidungen der Gerichte maßgeblichen Rechtsvorschriften differenziert. Erkenntnisse über die Kosten, die den Gerichten aus Klagen wegen nicht bewilligter Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Absatz 3 SGB V entstanden sind, liegen somit nicht vor.

Die Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit sind für die Versicherten gerichtskostenfrei (§ 183 SGG). Eigene Kosten der Versicherten für die Prozessführung (z. B. das Honorar eines ggf. beauftragten Rechtsanwaltes) müssen die Versicherten grundsätzlich selbst tragen. Solche Aufwendungen werden nur dann ganz oder teilweise erstattet, wenn die Kläger den Prozess gewinnen. Die gesetzliche Vergütung eines Rechtsanwaltes ist stets erstattungsfähig (§ 193 Absatz 3 SGG).

8. Wie hoch waren die Kosten, die der GKV durch verlorene Gerichtsverfahren entstanden sind, welche die Kostenerstattung für Psychotherapie betrafen?

Inwiefern werden diese Kosten auf die Versicherten umgelegt (bitte nach Quartalen von I/2014 bis I/2018 aufschlüsseln)?

Es ist Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, den Versicherten die Leistungen in dem gesetzlich vorgegebenen Umfang zur Verfügung zu stellen. Dazu zählt es auch, die Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall zu prüfen und im Streitfall ein Widerspruchs- oder Gerichtsverfahren durchzuführen. Diese Aufgaben werden

aus den Beiträgen der Versicherten und den der gesetzlichen Krankenversicherung zustehenden Steuermitteln finanziert. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, welche Kosten aus rechtlichen Auseinandersetzungen über bestimmte Leistungsbereiche – etwa die Kostenerstattung - entstanden sind.

9. Wie viele Meldungen an die Aufsichtsbehörden haben bezüglich einer fehlenden Übernahme von Leistungen nach § 13 Absatz 3 SGB V zwischen 2014 und 2018 (bitte nach Quartalen aufschlüsseln) stattgefunden?

Die Zahl der Beschwerden über die fehlende Übernahme von psychotherapeutischer Behandlung beim Bundesversicherungsamt (BVA) ergibt sich aus folgender Übersicht:

| Jahr/Quartal | I | II | III | IV |
|--------------|----|----|-----|----|
| 2014 | 11 | 5 | 11 | 5 |
| 2015 | 16 | 14 | 19 | 21 |
| 2016 | 25 | 13 | 15 | 14 |
| 2017 | 17 | 20 | 38 | 21 |
| 2018 | 14 | 13 | 1* | - |

* Stichtag 06.07.2018

Weitere Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor.

10. Trifft es zu, dass dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die GKV keine Zahlen über Beschwerden über die Allgemeinen Ortskrankenkassen vorliegen?

Ist der Bundesregierung bekannt, ob diese Beschwerden bei den Landesgesundheitsministerien gesammelt werden?

Das BVA führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen. Die AOKen unterliegen der Aufsicht des jeweils zuständigen Bundeslandes. Daher ist es zutreffend, dass dem BVA keine entsprechenden Erkenntnisse vorliegen. Weitere Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor.

11. Wie hoch wären geschätzt die Kosten für die GKV, wenn bis zur Anpassung der Bedarfsplanung auf Ablehnungen der Kostenerstattung für Psychotherapie verzichtet würde?

Welchen Anteil am Überschuss der GKV würde dies ausmachen?

Krankenkassen können Kostenerstattungsansprüchen nach geltendem Recht nur dann stattgeben, wenn die gesetzlichen und von der Rechtsprechung konkretisierten Voraussetzungen vorliegen. Da nicht bekannt ist, in wie vielen Fällen Krankenkassen contra legem Ansprüche ablehnen, ist eine Kostenschätzung nicht möglich.

12. Wie könnte die Bundesregierung sicherstellen, dass die GKV bei Verstößen gegen das SGB V zu einer Einhaltung des SGB V angehalten wird?

Welche Rolle spielt hierbei der G-BA?

Es ist Aufgabe der Aufsichtsbehörden, sicherzustellen, dass die gesetzlichen Krankenkassen die gesetzlichen Vorgaben einhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat keine Befugnisse, die Krankenkassen zur Beachtung der rechtlichen Vorgaben anzuhalten.

