

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Christine Aschenberg-Dugnus, Nicole Bauer, Jens Beeck, Nicola Beer, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Britta Katharina Dassler, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Thomas Hacker, Katrin Helling-Plahr, Katja Hessel, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Gyde Jensen, Thomas L. Kemmerich, Carina Konrad, Wolfgang Kubicki, Alexander Graf Lambsdorff, Ulrich Lechte, Oliver Luksic, Matthias Seestern-Pauly, Judith Skudelny, Bettina Stark-Watzinger, Benjamin Strasser, Katja Suding, Dr. Florian Toncar, Nicole Westig, Katharina Willkomm und der Fraktion der FDP**

### **Kostenerstattung Ambulante Psychotherapie**

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](http://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](http://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.

Wir fragen die Bundesregierung:

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?

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“?

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?

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?

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?

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)?

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?
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)?
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?
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?
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?
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?

Berlin, den 28. Juni 2018

**Christian Lindner und Fraktion**

