

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 19/21915 –**

### **Beeinflussung von Psychotherapiebehandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Psychotherapeutische Praxen berichten vermehrt von Einmischungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen in laufende Therapieverfahren (s. z. B. Ärzteblatt vom 20. März 2020: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/110962/Psychotherapeuten-prangern-Einmischung-der-Kassen-in-laufende-Therapien-an>). Beim Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) wurden über 100 Fälle von Einmischung seitens der Krankenkassen gemeldet (s. [https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200306-%C3%9Cbersicht\\_F%C3%A4lle\\_public.pdf](https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200306-%C3%9Cbersicht_F%C3%A4lle_public.pdf)). Laut der Erhebung der bvvp nehmen die Krankenkassen vornehmlich dadurch auf die Behandlung Einfluss, indem sie Patientinnen und Patienten einschüchtern oder Drohungen aussprechen (27 Prozent der Fälle) und indem sie die Aufhebung der Krankschreibung entweder androhen oder tatsächlich vollziehen (24 Prozent der Fälle). In 13 Prozent der Fälle forderten die Krankenkassen die Patientinnen und Patienten auf, andere Behandlungsangebote als die Richtlinienpsychotherapie zu nutzen; meistens werden Patientinnen und Patienten hierbei dazu gedrängt sich trotz laufender psychotherapeutischer Behandlung Fachärzten bzw. Psychiatern vorzustellen (s. [https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200306-Statistische-Auswertung\\_public.pdf](https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200306-Statistische-Auswertung_public.pdf)). Laut Einschätzung der bvvp „üben die Krankenkassen Druck aus und nehmen spürbar Einfluss auf den psychischen Heilungsprozess“ (ebd., S. 3).

Zudem kommt es vermehrt zur Empfehlung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) seitens der Krankenkassen (s. z. B. <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/psychische-gesundheit/minddoc-psychotherapie-per-video-165670>). Digitale Psychotherapieangebote erfolgen ohne direkten Arzt-Patientenkontakt abseits der Bedarfsplanung und können eine laufende Behandlung empfindlich stören (s. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114137/KV-Hamburg-warnt-Psychotherapeuten-vor-Einbindung-in-Online-Intervention-MindDoc>). Im Rahmen von Selektivverträgen erstatten unter anderem die Barmer und die AOK Bayern sowie eine Reihe von privaten Krankenversicherungen die Kosten für die Online-Intervention „MindDoc“. Abseits der unmittelbaren Einmischung in laufende Therapien kommt es vermehrt zur Ablehnung von Therapieverfahren als Ganzes, sofern diese im Kostenerstattungsverfahren beantragt werden (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98547/Kr>

ankenkassen-lehnen-verstaerkt-Kostenerstattung-von-Psychotherapien-in-Privatpraxen-ab).

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Hinsichtlich der von den Fragestellern in Bezug genommenen Pressemitteilung des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die insoweit themengleiche Kleine Anfrage der Fraktion der FDP – Einflussnahme der Krankenkassen auf psychotherapeutische Behandlungen – auf Bundestagsdrucksache 19/21503 und die diesbezüglichen Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Hinsichtlich der angesprochenen Kostenerstattung einzelner Krankenkassen für eine Online-Intervention im Rahmen von Selektivverträgen wird darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen über den Abschluss von Selektivverträgen autonom entscheiden. Für Versicherte ist die Teilnahme an Selektivverträgen freiwillig.

1. Liegen der Bundesregierung Informationen darüber vor, dass es gehäuft oder systematisch Fälle der Einmischung der gesetzlichen Krankenkassen in laufende Psychotherapiebehandlungen gibt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

2. Ist die Einmischung der gesetzlichen Krankenkassen in laufende Therapiebehandlungen nach Einschätzung der Bundesregierung rechtlich zulässig?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannte Kleine Anfrage der Fraktion der FDP bezüglich der Zulässigkeit der individuellen Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 44 Absatz 4 SGB V verwiesen.

3. Welche Möglichkeiten haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Patientinnen und Patienten, um gegen eine mögliche Beeinträchtigung des Therapieerfolgs von Seiten der Krankenkassen vorzugehen?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 5 und 8 der Kleinen Anfrage der Fraktion der FDP auf Bundestagsdrucksache 19/21503 verwiesen.

4. Inwiefern sind die Krankenkassen nach Kenntnis der Bundesregierung gehalten, Interventionen mit Bezug auf die psychische Gesundheit mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten abzusprechen?

Grundlage für die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Sie regelt insbesondere das Nähere zu den zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ambulant erbringbaren psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen und deren Anwendungsbereiche, zum Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren und zum Leistungsumfang. Danach sind Anträge bezüglich eines über eine Akutbehandlung und sogenannte probatorische Sitzun-

gen hinausgehenden Behandlungsbedarfs bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen, die dazu eine Entscheidung im Einzelfall trifft, die gerichtlich überprüfbar ist.

5. Wie hoch war die Zahl der Versicherten mit einer Psychotherapie jeweils in den letzten zehn Jahren?

Zur Anzahl der Versicherten, die eine Psychotherapie wahrgenommen haben, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zeigt sich in der Frequenzstatistik ein deutlicher Anstieg der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen, die aber nicht einzelnen Patientinnen oder Patienten zugeordnet werden können. Insoweit wird auch auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 15 der Kleinen Anfrage der Fraktion der FDP – Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinie-Reform und des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) auf die psychotherapeutische Versorgung – auf Bundestagsdrucksache 19/22034 verwiesen.

6. Beabsichtigt die Bundesregierung das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) damit zu beauftragen, den dokumentierten Fällen von Einmischung in die Psychotherapie nachzugehen?

Wenn nein, warum nicht?

Falls ja, wann?

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ist eine selbstständige Bundesoberbehörde und nimmt die durch Gesetz oder sonstiges Recht übertragenen Aufgaben in eigener Zuständigkeit wahr. Es führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen und ist insoweit nur an allgemeine Weisungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gebunden. Das BMG ist nach dem Gesetz nicht befugt, auf einzelne aufsichtsrechtliche Entscheidungen des BAS einzuwirken.

Nach Kenntnis der Bundesregierung liegt dem BAS die in den Vorbemerkungen der Fragesteller erwähnte Stellungnahme des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten vor. Das BAS geht nach pflichtgemäßem Ermessen allen Hinweisen nach, die auf ein rechtswidriges Verhalten der beaufsichtigten Krankenkassen hindeuten. Eines gesonderten Auftrags der Bundesregierung bedarf es hierzu nicht.

7. Inwiefern ist der Bundesregierung bekannt, dass im Psychotherapiebereich vermehrt kommerzielle Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) ohne direkten Arzt-Patientenkontakt von den Krankenkassen gegenüber den Patientinnen und Patienten empfohlen werden, obwohl diese Anwendungen kontraindiziert sein können oder eine laufende Behandlung empfindlich stören können?

Das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) befindet sich derzeit im Aufbau, daher liegen regelhaft verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen nicht vor. Insoweit kann es nach Kenntnis des BMG keine Empfehlungen der Krankenkassen für entsprechende Versorgungsangebote geben.

Krankenkassen können im Rahmen ihrer allgemeinen Aufklärungs- und Beratungstätigkeit auf digitale Medizinprodukte hinweisen, die sie ihren Versicherten nach § 140a Absatz 1 und 4a SGB V im Rahmen von Verträgen der beson-

deren Versorgung (sog. Selektivverträge) zur Verfügung stellen. Ärztliche oder psychotherapeutische Leistungserbringer sind an digitalen Versorgungsangeboten nach Maßgabe des Arztvorbehaltes gemäß §§ 15, 28 und 140a Absatz 4a SGB V sowie des maßgeblichen Berufsrechts zu beteiligen. Bei Anhaltspunkten für Rechtsverstöße kann sich die zuständige Aufsichtsbehörde die entsprechenden Verträge vorlegen lassen und ggf. auf deren Abänderung oder Beendigung hinwirken.

8. Sind Angebote wie „minddoc.de“ nach Kenntnis der Bundesregierung als DiGA anzusehen?

Bei digitalen Gesundheitsanwendungen handelt es sich gemäß § 33a Absatz 1 und 2 SGB V um Medizinprodukte der Risikoklassen I und IIa, die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Der Leistungsanspruch nach § 33a SGB V ist danach nicht auf bestimmte Indikationsbereiche begrenzt und kann auch digitale Gesundheitsanwendungen umfassen, die im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung zum Einsatz kommen. Inwieweit es sich bei einem digitalen Versorgungsangebot um eine digitale Gesundheitsanwendung handelt, ist von dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im konkreten Einzelfall zu prüfen.

9. Beabsichtigt die Bundesregierung, digitale Angebote im psychotherapeutischen Bereich über die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) hinaus gesondert zu evaluieren und zu regulieren, um die psychische Gesundheit der Bevölkerung nicht zu gefährden?

Das BMG wird die Umsetzung der Regelungen des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) und der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) vom 8. April 2020 (BGBl. I S. 768) durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte umfassend beobachten und bewerten. Die getroffenen Regelungen berücksichtigen auch die Besonderheiten digitaler psychotherapeutischer Versorgungsangebote. Insbesondere die DiGAV definiert dabei erstmals umfassende und einheitliche Anforderungen an digitale Versorgungsangebote in der gesetzlichen Krankenversicherung und leistet so einen erheblichen Beitrag zur Gewährleistung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten.

10. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller, dass diese neuen „Behandlungsmöglichkeiten“ der Krankenkassen ein weiteres Element eines ohnehin zersplitterten Gesundheitssystems sind und damit dem Gedanken einer integrierten Versorgung widersprechen, der mit Gesetzesverfahren der letzten Jahre teilweise gestärkt wurde, und wenn ja, inwiefern?

Die Einführung des Leistungsanspruchs der Versicherten nach § 33a Absatz 1 SGB V integriert digitale Gesundheitsanwendungen in die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die Verordnungsbefugnis der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 33a Absatz 1 SGB V sowie die regelhafte Vergütung der Leistung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungserbringer nach § 87 Absatz 5c SGB V wird eine umfassende Einbindung digitaler Gesundheitsanwendungen in den

Behandlungsalltag der Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet.

11. Sind die Krankenkassen nach Kenntnis der Bundesregierung bei ihren Interventionen entsprechend den kassenfinanzierten Psychotherapien auf psychische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert beschränkt, und wenn ja, inwiefern?

Der Anspruch der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach § 44 Absatz 4 SGB V bezieht sich auf Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die Krankenkassen können diesen Anspruch von Versicherten im Einzelfall insoweit nur im Zusammenhang mit einer vorliegenden krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit erfüllen.

12. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass Krankenkassen Anträge auf Psychotherapie noch restriktiver genehmigen und den Versicherten stattdessen eine „Behandlung“ mit eigenen digitalen (und vermutlich erheblich preiswerteren) Interventionen anraten, und wenn ja, inwiefern?

Im Zusammenhang mit der Einführung des Leistungsanspruchs der Versicherten auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 SGB V haben sich keine Änderungen hinsichtlich der Durchführung von Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben.

13. Liegen der Bundesregierung aktuelle Kenntnisse über das Bewilligungsverhalten der gesetzlichen Krankenkassen beim Kostenerstattungsverfahren für psychotherapeutische Behandlungen vor (bitte nach Ablehnung, Bewilligung, noch nicht entschieden seit der laufenden Legislaturperiode aufschlüsseln)?

Eine Kostentragung im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens kann dann in Betracht kommen, wenn Versicherte durch eigene Bemühungen keinen Termin bei einer zugelassenen Psychotherapeutin bzw. einem zugelassenen Psychotherapeuten erhalten haben und auch über die jeweilige Terminservicestelle kein Termin bei einer zugelassenen Psychotherapeutin bzw. einem zugelassenen Psychotherapeuten oder bei einem zugelassenen Krankenhaus innerhalb der vorgesehenen Fristen vermittelt werden konnte. Möchten Versicherte in diesen Ausnahmefällen eine nicht zugelassene Psychotherapeutin bzw. einen nicht zugelassenen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, müssen sie sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Diese prüft, ob ein Leistungsanspruch besteht und der Leistungserbringer die geforderten Qualitätsvoraussetzungen erfüllt. Bei Erfüllung aller Voraussetzungen stellt die Krankenkasse eine Kostenzusage aus, die der Therapeutin bzw. dem Therapeuten vor dem Leistungsbeginn vorzulegen ist.

Über das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen im Detail liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

14. Liegen der Bundesregierung aktuelle Kenntnisse darüber vor, dass Anträge auf Kostenerstattungsverfahren seitens der gesetzlichen Krankenkassen erheblich restriktiver erstattet werden bzw. man es auf Widerspruchsverfahren ankommen lässt, um so die Zahl der Therapien zu verringern?

Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte vor, dass Kostenerstattungsverfahren von den Krankenkassen restriktiver bearbeitet werden.



