

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/21206 –

Einflussnahme der Krankenkassen auf psychotherapeutische Behandlungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 10. März 2020 veröffentlichte der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) die Ergebnisse einer Untersuchung, welche 100 Fälle dokumentiert und auswertet, bei denen Krankenkassen versucht haben, Einfluss auf die psychotherapeutische Behandlung zu nehmen (https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200310-PM_bvvp-gegen-Krankenkasseneinmischungen_public-1.pdf).

Aus der Auswertung geht hervor, dass Krankenkassen versuchten, ihre Versicherten zu beeinflussen und mit der Aufhebung von Krankschreibungen drohten, falls gewisse Anweisungen nicht befolgt werden. Laut bvvp drängen Krankenkassenmitarbeiter Patienten zur Beantragung von Reha-Maßnahmen (auch entgegen Empfehlung der behandelnden Psychotherapeuten), Nutzung anderer Behandlungsangebote als Richtlinienpsychotherapie, zu Facharztbesuchen, stationären oder tagesklinischen Aufenthalten und Rentenantragsstellung. Auch andere Fachverbände berichten seit Jahren von der zunehmenden Einmischung von Krankenkassen in psychotherapeutische Behandlungen (<https://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/krankenkassen-druck-auf-psychisch-krank-waechst-a-938625.html>).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Nach § 27 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung einschließlich der Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung. Psychische Erkrankungen sind insoweit mit körperlichen Erkrankungen sozialrechtlich gleichgestellt.

Versicherte der GKV können im Krankheitsfall ohne vorherige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes zugelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Dabei stehen ihnen neben den psychotherapeu-

tisch tätigen Ärztinnen und Ärzten auch approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandeln Kinder, Jugendliche und Heranwachsende bis zum 21. Lebensjahr.

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 das Nähere insbesondere zu den zu Lasten der GKV ambulant erbringbaren psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen und deren Anwendungsbereiche, zum Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren und zum Leistungsumfang.

Mit der Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden seit dem 1. April 2017 wurde ein niedrigschwelliger Zugang zur ambulanten Psychotherapie geschaffen. An die Sprechstunde können sich eine Akutbehandlung und sogenannte probatorische Sitzungen anschließen. Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren dienen. Darüber hinausgehende Psychotherapiesitzungen in dem geeigneten Psychotherapieverfahren werden bei der Krankenkasse beantragt. Die Anträge dazu stellen in der Regel die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Absprache mit ihren Patientinnen und Patienten.

Allgemein gilt, dass die Auswahl der erforderlichen Behandlung eine medizinisch-fachliche Einschätzung ist, die die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter Berücksichtigung des Krankheitsgeschehens und der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen zu treffen haben. Über die Frage der Kostenübernahme durch die GKV trifft die Krankenkasse eine Entscheidung im Einzelfall, die gerichtlich überprüfbar ist.

Zulässig ist nach § 44 Absatz 4 SGB V die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl I 2015, 1211) wurde ein Anspruch der Versicherten auf eine solche Unterstützung eingeführt. Die Krankenkassen sollen die Versicherten so bei der Überwindung der Krankheit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gezielt unterstützen. Versicherte, die Krankengeld beziehen, haben regelmäßig eine länger andauernde Krankheit zu überwinden und oft einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Dieser kann im konkreten Einzelfall über bloße Auskünfte oder allgemeine Beratung hinausgehen. Die Inanspruchnahme dieser Beratung ist für die Versicherten freiwillig. Eine etwaige Ablehnung der Beratung durch die Versicherten hat keine leistungsrechtlichen Konsequenzen, insbesondere keine Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch. Eine Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V sowie die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information und mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der Versicherten erfolgen.

Das Krankengeld der GKV ist eine Entgeltersatzleistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit. und In Fällen, in denen eine Erwerbstätigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit nicht ausgeübt werden kann, kommt demgegenüber die Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung zum Tragen. Vor diesem Hintergrund haben die Krankenkassen die Möglichkeit, ihre Versicherten zur Stellung eines Antrages auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben aufzufordern. Diese ihnen gemäß § 51 Absatz 1 SGB V eingeräumte Möglichkeit setzt voraus, dass

die Erwerbsfähigkeit der bzw. des jeweiligen Versicherten nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Diese Regelung steht in engem Zusammenhang zur rentenrechtlichen Regelung des § 116 Absatz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI), wonach ein Rehabilitationsantrag als Antrag auf Erwerbsminderungsrente gilt, wenn ein Erfolg der Rehabilitationsleistungen nicht zu erwarten ist oder die erbrachten Rehabilitationsleistungen nicht erfolgreich gewesen sind. Durch diese sogenannte Antragsfiktion sollen Nachteile für die Versicherten durch eine verspätete Rentenantragstellung vermieden werden.

1. Existiert eine Bewertung der Bundesregierung bezüglich der vom bvvp aufgezeichneten Fälle von Einflussnahme der Krankenkassen auf die psychotherapeutische Behandlung?

Die Bundesregierung hat keine Bewertung der Fallskizzen und Protokolle vorgenommen, die in der Pressemitteilung des bvvp angesprochen werden; sie sind der Bundesregierung auch nicht bekannt. Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass die Versicherten die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 44 Absatz 4 SGB V auf freiwilliger Basis in Anspruch nehmen können. Ohne schriftliche oder elektronische Einwilligung der bzw. des Versicherten darf die Krankenkasse eine Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V nicht durchführen. Die Regelungen zur Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V gelten jedoch nicht für alle Kontakte der Krankenkassen zu ihren Versicherten im Rahmen der Fallbearbeitung bei Arbeitsunfähigkeit. So endet die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen beispielsweise dort, wo die jeweilige Krankenkasse den Medizinischen Dienst einschalten muss, insbesondere bei der Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs, wie der Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen.

2. Hat die Bundesregierung Kenntnis von der Einflussnahme der Krankenkassen auf psychotherapeutische oder ärztliche Behandlungen außerhalb des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, wenn ja, in welchem zahlenmäßigen Umfang?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine konkreten Erkenntnisse vor. Für die individuelle Beratung und Hilfestellung für Versicherte durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 44 Absatz 4 SGB V, die die Zustimmung der Versicherten erfordert, wird auf den diesbezüglichen Bericht der Bundesregierung vom 14. Dezember 2018 (Bundestagsdrucksache 19/6300) verwiesen. Der zahlenmäßige Umfang der Beratung und Hilfestellung ergibt sich danach im Wesentlichen aus der Anzahl der abgegebenen Einwilligungserklärungen. Für das Jahr 2017 wurden von den Krankenkassen, die an der dem Bericht zugrunde liegenden Befragung teilgenommen haben, 714.581 Einwilligungserklärungen dokumentiert.

3. In wie vielen Fällen haben sich Ärzte und psychologische Psychotherapeuten bzw. deren Patienten nach Kenntnis der Bundesregierung wegen solcher Eingriffe in den Jahren 2017, 2018, 2019 jeweils an die Aufsichtsbehörden gewandt?

Nach den der Bundesregierung von den Aufsichtsbehörden zur Verfügung gestellten Informationen sind in dem in der Frage genannten Zeitraum lediglich vereinzelt Versichertenbeschwerden über das Krankengeldfallmanagement an

einzelne Aufsichtsbehörden herangetragen worden. Ob bei den Beschwerden ein Bezug zu psychotherapeutischen Behandlungen besteht, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

4. Hat die Bundesregierung geprüft, ob solche Eingriffe durch die Krankenkassen mit dem Prinzip der Therapiefreiheit vereinbar sind, und wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Für die Prüfung, ob eine rechtswidrige Einflussnahme vorliegt, können sich Leistungserbringer an die für die betreffende Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde wenden (vgl. Antwort auf Frage 8); dies obliegt nicht der Bundesregierung.

5. Was unternimmt die Bundesregierung, um solche Einflussnahme der Krankenkassen in psychotherapeutische oder ärztliche Behandlungen zu verhindern?

Die Überwachung der Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns der Krankenkassen ist Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörde (vgl. Antwort auf Frage 8).

6. Handelt es sich hierbei nach Auffassung der Bundesregierung um ein ähnliches Problem der Manipulation von Diagnosen, welches im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) durch Änderung des morbiditätsbasierten Risikostrukturausgleichs adressiert werden sollte?

Es wird kein Zusammenhang zwischen der Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) und dem von den Fragestellern dargestellten Sachverhalt gesehen. Insoweit wird zur grundsätzlichen Einschätzung des Sachverhalts durch die Bundesregierung auf die Vorbemerkung der Bundesregierung sowie die Antworten auf die Fragen 1 bis 5 verwiesen.

7. Welche gesetzlichen Vorschriften sichern das alleinige Recht zur Diagnosen-, Indikationsstellung und Behandlungsempfehlung von Ärzten und Psychotherapeuten, und welche Änderungen möchte die Bundesregierung hier wann vornehmen?

Die ärztliche Therapiefreiheit ist verfassungsrechtlich durch Artikel 5 Absatz 3 Satz 1 (Freiheit der Wissenschaft) und Artikel 12 Absatz 1 Satz 1 (Berufsfreiheit) Grundgesetz geschützt und bildet eine der wesentlichen Säulen des ärztlichen Heilauftrages und des ärztlichen Berufsrechts. Damit verbunden ist auch die Wahl der richtigen Behandlungsmethode durch die Ärztin oder den Arzt. Die Diagnose- und Indikationsstellung sowie die Behandlungsempfehlungen sind der Heilkunde zuzurechnen. Für Ärztinnen und Ärzte – und für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker – ergibt sich die Befugnis zur umfassenden Ausübung von Heilkunde aus § 1 Absatz 1 Heilpraktikergesetz. Bei der Psychotherapie handelt es sich um einen Teilbereich der Heilkunde.

Die Befugnis zur Ausübung von Psychotherapie durch approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ergibt sich aus § 1 Absatz 1 Satz 1 Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998. Auch die Befugnis zur Ausübung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ergibt sich aus der genannten Vorschrift. Die Befugnis zur Ausübung von Psychothe-

rapie durch approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach dem neuen Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019, das am 1. September 2020 in Kraft treten wird, ergibt sich aus § 1 Absatz 1 Satz 1 dieser Novelle des Psychotherapeutengesetzes. Aus deren § 1 Absatz 1 Satz 4 ergibt sich zudem, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ihre Approbation auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 erhalten haben, auch weiterhin befugt sind, Psychotherapie auszuüben.

Änderungen an diesen Vorgaben plant die Bundesregierung derzeit nicht.

8. Welche weiteren Möglichkeiten gibt es für Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten gegen solche Eingriffe vorzugehen?

Leistungserbringer und Versicherte können sich an die für die betreffende Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Die Aufsichtsbehörden haben die Aufgabe, entsprechenden Hinweisen nachzugehen und rechtswidrige Einflussnahmen zu unterbinden. In der GKV versicherte Patientinnen und Patienten können zudem die Inanspruchnahme individueller Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 44 Absatz 4 SGB V durch Widerruf ihrer Einwilligung beenden.

9. Wie viele Anträge auf Erwerbsminderungsrente wurden seit 2010 jährlich aufgrund psychiatrischer Diagnosen gestellt?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Mit der Antrags- und Erledigungsstatistik der Deutschen Rentenversicherung werden Arbeitsergebnisse eines Kalenderjahres dargestellt. Es werden weder Gründe für die Antragsstellung noch Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung erfasst.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.