

Psychotherapie in der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung (Systemversagen)

Stand Juli 2021

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V ist ein Auffangverfahren, wenn für gesetzlich versicherte Patienten keine zur Krankenkassenbehandlung zugelassenen Ärzte oder Psychotherapeuten zur Verfügung stehen (sog. Systemversagen). Eine gesetzlich krankenversicherte Patientin* geht – so ist es vorgesehen – bei Krankheit zur nächst erreichbaren Ärztin bzw. Psychotherapeutin und lässt sich unter Vorlage der Chipkarte behandeln. Gelingt es der Patientin nicht, eine geeignete Vertragsbehandlerin, die sie auf Chipkarte behandelt in zumutbarer Zeit in ihrem regionalen Umfeld zu finden oder findet niemanden mit der Spezialisierung, die sie braucht, besteht die Möglichkeit, Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V¹ zu beantragen. Sie kann dann eine private Behandlerin aufsuchen und sich die entstehenden Kosten von ihrer Krankenkasse erstatten lassen.

Ein wichtiger Grundsatz im Sozialversicherungssystem ist das „Wirtschaftlichkeitsgebot“². Danach müssen die Kassenleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Ausnahme des Kostenerstattungsverfahrens wegen Systemversagens wird daher tendenziell restriktiv gehandhabt; dadurch, dass Patienten auf nicht kassengebundene, private Behandler ausweichen, dürfen sie nicht bessergestellt werden und können keine bessere Behandlung verlangen als die von der Krankenkasse geschuldete Sachleistung.

Aus diesem Grund wenden die Krankenkassen gewöhnlich das Richtlinienverfahren der genehmigungspflichtigen Leistungen der Vertragspsychotherapie analog oder in Teilen im Kostenerstattungsverfahren ebenfalls an, denn die Genehmigungspflicht der Vertragspsychotherapie ist Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebots. Auch im Kostenerstattungsverfahren werden daher üblicherweise Gutachter, allerdings des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) eingeschaltet, da die originären Richtlinien-Gutachter nicht zur Verfügung stehen. Es gibt zwar keine Vorschrift für die Krankenkassen in den Kostenerstattungsverfahren wie bei den antragspflichtigen Kassentherapien zu verfahren, aber es ist im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebotes auch nicht zu beanstanden.

In jedem Fall müssen aber die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V für die Inanspruchnahme privater Leistungen vorliegen. Zunächst bedeutet es, dass die privaten Behandler approbiert sein müssen. Weiter muss die von der Krankenkasse für ihre Versicherten zu erbringende **Leistung unaufschiebbar**, also für die Patientin **dringend** und die Krankenkasse muss **außer Stande sein**, die dringend gebotene Leistung **rechtzeitig über ihre Vertragsbehandler** zu erbringen. Hier ergeben sich nun Auslegungsfragen.

Überlange Wartezeiten auf eine Psychotherapie sind im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V irgendwann als „nicht rechtzeitig erbracht“ anzusehen, aber ab wann, ist die Frage. Streitfragen der Krankenkassenversorgung über Auslegungen/Ansichten entscheiden u.a. die Sozialgerichte. Zu **überlangen Wartezeiten** hinsichtlich Psychotherapien hat sich das Bundessozialgericht (BSG) in einem Vergleich v. 21.05.97 geäußert (Akz. - 6 R Ka 15/97). Es war der Ansicht, dass die zumutbare maximale Wartezeit sechs Wochen bei Erwachsenen, im Einzelfall auch bis zu drei Monaten betrage, wenn dadurch keine akute Gesundheitsgefahr oder andere Beeinträchtigung des Patienten zu erwarten sei. Bei Kindern und Jugendlichen hielt das BSG nur eine Wartezeit von 6 Wochen für hinnehmbar.

*Zur Lesereinfachung ist nur eine Geschlechtsform gewählt; diesmal stellvertretend die weibliche.

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert, dass die Wartezeit für psychisch kranke Menschen in der Regel drei Wochen nicht überschreiten soll.

In dem BSG-Verfahren wurde auch angesprochen, wie viele Vertragspsychotherapeuten vergeblich nach Terminen angefragt werden müssen, bevor außervertragliche Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden dürften. Danach sei es Sache der zur Sicherstellung der Versorgung verpflichteten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen, eine Vertragsbehandlerin zur Verfügung zu stellen; nicht Aufgabe der Patientin, sich einen Platz zu suchen. Insofern könnten KVen und Krankenkassen nicht einfach nur auf Listen mit möglichen Vertragsbehandlern verweisen. Ergebe die Behandlungsanfrage bei einer Vertragsbehandlerin, dass Termine nicht frei sind, bestehe Anspruch auf Kostenerstattung für eine Privatbehandlung. Mehr als **drei vergebliche Anfragen** seien aus fachlichen Gründen und im Sinne des Gebots einer humanen Krankenbehandlung nicht zumutbar.

„Unaufschiebbar“ und „nicht rechtzeitig erbracht“ könnte auch bedeuten, dass zwar Vertragspsychotherapeuten mit freien Terminen vorhanden sind, aber dennoch deren Beauftragung so unzumutbar ist, dass sie als nicht vorhanden zu behandeln sind, bspw. bei persönlichen Bekanntschaftsverhältnissen. Jedenfalls bedeutet es nicht, dass ein „Notfall“ vorliegen müsste. Bereits eine dringliche Indikation für die psychotherapeutische Behandlung und fehlende Behandler mit vertragspsychotherapeutischer Zulassung (Systemversagen) genügen. Eine „unaufschiebbare Leistung“ ist nicht dasselbe wie eine Notfallbehandlung, wie das BSG ausgeführt hat³.

Abgerechnet wird an sich nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), oft aber auch gemäß Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragspsychotherapeutische Leistungen (EBM). Krankenkassen haben versucht, nur den einfachen GOP-Satz gem. § 11 Abs. 1 GOÄ⁴ anzuerkennen mit der Behauptung, sie würden im Sinne des § 11 GOÄ Kostenträger sein und die Zahlungen leisten. Dem ist das Sozialgericht Berlin entgegengetreten und hat klargestellt, dass im Kostenerstattungsverfahren nicht die Krankenkasse, sondern der Patient selbst Schuldner der Behandlungsseite ist⁵.

Praktisch heißt das alles: Die Psychotherapeutin wird im Namen der Patientin einen Antrag auf Kostenerstattung an die GKV der Versicherten stellen, die Rechnung der Psychotherapeutin wird von der Patientin direkt beglichen, danach reicht sie diese zur Erstattung bei ihrer Krankenversicherung ein. Zuweilen ist auch eine direkte Erstattung an die Psychotherapeutin durch die Krankenkasse mittels Abtretungserklärung möglich.

Die Krankenversicherungen handhaben die Kostenerstattung restriktiv. Die Unterversorgung sollte deshalb nachgewiesen werden können und die Patientin motiviert sein, die Erstattung durchzufechten. Es empfiehlt sich, dem Antrag auf Psychotherapie neben dem **Konsiliarbericht** eine **Notwendigkeitsbescheinigung** beizufügen, und die Patientin sollte dokumentieren, bei welchen Vertragsbehandlern sie keinen Psychotherapieplatz in zumutbarer Zeit erhalten konnte.

Grundsätzlich ändert sich an den Voraussetzungen der Kostenerstattung auch nach der

Reform der Psychotherapie-Richtlinie nichts. Die Reform wird keinesfalls mehr Psychotherapieplätze schaffen und wenn dieses Systemversagen (keine ausreichenden Behandlungsplätze) wie gehabt von einer Patientin der Krankenkasse gegenüber nachgewiesen wird, besteht auch weiterhin ein Anspruch auf Psychotherapie in einer Privatpraxis mit Abrechnung über Kostenerstattung. Soweit Krankenkassen Anträge ablehnen, bspw. mit dem Hinweis auf die neu eingeführte „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und die „Akutbehandlung“ oder die „Terminservicestelle“, sollte auf jeden Fall Widerspruch eingelegt werden. Denn **Die Sprechstunde dient einzig der diagnostischen Klärung und der Empfehlung weiterer Hilfen**. Hier ist dagegen bereits eine krankheitswertige Störung diagnostiziert und als Behandlungsmethode eine Richtlinienpsychotherapie empfohlen.

Die **Terminservicestelle** vermittelt keine Richtlinienbehandlung, sondern nur Psychotherapeutische Sprechstunden, vorbereitende Probatorik und Akutbehandlungen. Eine Sprechstunde wird nicht benötigt, weil die diagnostische Klärung bereits stattgefunden hat mit dem Ergebnis, dass eine Richtlinientherapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie indiziert ist.

Ebenso wenig wird eine **Akutbehandlung** benötigt. Eine Akutbehandlung – ähnlich wie eine Notfallbehandlung – ersetzt keine psychotherapeutische Richtlinien therapie, die erforderlich ist, sondern ist nur eine kurzfristige Intervention zur unmittelbaren Abwendung einer akuten Gesundheitsgefährdung des/der Patient/in.

Die DPTV hält Antragsformulare bzw. eine Formularsammlung (Muster-Widerspruch) incl. Honorarumrechnungstabelle für die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V bereit, die von unserer Webseite DeutschePsychotherapeuten-Vereinigung.de von Mitgliedern heruntergeladen werden können.

¹ § 13 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V):

„Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“

² § 12 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot:

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

³ BSG, Urteil vom 25. 9. 2000 - B 1 KR 5/99 R)

⁴ § 11 Abs. 1 GOÄ - Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.

⁵ SG Berlin, Urteil vom 28. Mai 2021 – S 81 KR 953/18:

„... Denn ein Systemversagen ergibt sich vorliegend jedenfalls daraus, dass die Beklagte ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht gemäß §§ 13, 14 SGB I und ihrer Verpflichtung gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen zügig erhält, nicht ausreichend nachgekommen und es der Klägerin deshalb nicht gelungen ist, mit den ihr zumutbaren Anstrengungen einen Therapieplatz bei einem zugelassenen Behandlungsbereiten Leistungserbringer zu erlangen. Dass ein Systemversagen vorliegt, ist von der Beklagten jedoch anerkannt und unstreitig.

Die Klägerin hat somit einen Freistellungsanspruch entsprechend § 13 Abs. 3 SGB V gegen die Beklagte. Gemäß § 13 Abs. 3 SGB V kann sich der Versicherte die Leistung auf eigene Kosten selbst beschaffen und von der Krankenkasse Kostenerstattung oder Kostenfreistellung verlangen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 1996 - 1 RK 22/95 -, juris Rn. 22; Urteil vom 9. Juni 1998 - B 1 KR 18/96 R -, juris Rn. 14; Urteil vom 2. September 2014 - B 1 KR 11/13 R -, juris Rn. 16; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11. Oktober 2017 - L 9 KR 299/16 -, juris Rn. 28; Noftz, in Hauck/Noftz, SGB V § 13 Rn. 42; speziell zur Psychotherapie vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11. November 2016 - L 4 KR 4432/14 -, juris Rn. 32). In diesem Rahmen hat die Krankenkasse dem Versicherten nach ständiger Rechtsprechung die Vergütungssätze zu erstatten (bzw. ihn von der entsprechenden Zahlungsverpflichtung freizustellen), die dieser dem Leistungserbringer tatsächlich schuldet, sofern eine GOÄ-konforme Abrechnung vorliegt (BSG, Urteil vom 2. September 2014 - B 1 KR 11/13 R -, Rn. 27 ff.). und auch eine Beschränkung auf den 1,0-fachen GOÄ-Satz nach § 11 Abs. 1 GOÄ scheidet aus, weil nicht die Krankenkasse Vertragspartner des Leistungserbringers ist, sondern der Versicherte, der allein die Vergütung schuldet.

Denn Voraussetzung für die Eröffnung des Anwendungsbereichs des § 11 GOÄ ist gemäß § 11 Abs. 1 GOÄ, dass der jeweilige Kostenträger „die Zahlung leistet“. Es entspricht allgemeiner Ansicht, dass damit nicht eine bloß faktische Zahlung gemeint ist. Notwendig ist vielmehr, dass der Arzt einen Anspruch gegen den Leistungs- und Kostenträger hat. Die Rechtsnatur der Anspruchgrundlage (Vertrag, gesetzliche Verpflichtung) ist irrelevant. § 11 GOÄ gilt aber jedenfalls nicht, wenn der Patient selbst Honorarschuldner der Behandlungsseite ist.“