

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

15.09.2025

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 V<sup>1</sup> 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“<sup>2</sup>. Danach müssen die Kassenleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Ausnahme einer Kostenerstattung 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 bei der Kostenerstattung ebenfalls an, denn die Genehmigungspflicht der Vertragspsychotherapie ist Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebots. Auch wenn es um Kostenerstattung geht 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 der Kostenerstattung 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. 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.

Inzwischen sind seit dem BSG-Urteil etliche weitere Vertragspsychotherapeutenplätze hinzugekommen und entsprechend wird auch die Rechtsprechung strenger. So hat das Landessozialgericht Hamburg ausgeführt, dass sich Versicherte nachhaltig um eine Behandlung bemühen müssten, bei einer Vielzahl von Kontaktaufnahmen in einem größeren räumlichen Umfeld. Es käme auf die tatsächlichen Vor-Ort-Verhältnisse an, auch auf die

konkreten Gesundheitseinschränkungen des Versicherten sowie auf dessen persönliche Verhältnisse. Großstadt und ländlicher Raum wirkten sich auf die Zumutbarkeit der Therapeutensuche im Hinblick auf Behandlerdichte und Verkehrsanbindungen aus. Zudem genügte reine Mailabfragen u.U. nicht, eine telefonische Kontaktaufnahme zur Erläuterung der Dringlichkeit sei Versicherten zumutbar (Beschluss des LSG Hamburg v. 27.06.2022).

„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 hat.<sup>3</sup>

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 GOÄ<sup>4</sup> 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 bei der Kostenerstattung nicht die Krankenkasse, sondern der Patient selbst Schuldner der Behandlungsseite ist.<sup>5</sup>

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 hat sich an den Voraussetzungen der Kostenerstattung auch nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie nichts Wesentliches geändert. Die Reform hat nicht mehr

Psychotherapieplätze geschaffen; wenn ein Systemversagen (keine ausreichenden Behandlungsplätze) von einer Patientin der Krankenkasse gegenüber nachgewiesen wird, besteht nach wie vor ein Anspruch auf Psychotherapie in einer Privatpraxis mit Abrechnung über Kostenerstattung. Soweit Krankenkassen Anträge ablehnen, bspw. mit dem Hinweis auf die seinerzeit eingeführte „Psychotherapeutische Sprechstunde“, 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 Richtlinienpsychotherapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie indiziert ist.

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

Im Übrigen ist das Verfahren der Kostenerstattung bis auf die Voraussetzungen gem. § 13 Abs. 3 SGB V, nicht weiter gesetzlich geregelt. Da es um private Behandlungen geht, ist an sich die GOP einschlägig. Soweit früher deren Tarife höher waren als die des EBM haben die gesetzlichen Kassen gerne gemäß dem ihnen bekannten System analog abgerechnet. Wir hatten die EBM-Abrechnung durchaus empfohlen zu tolerieren, um die Genehmigung einer Kostenerstattung zu erleichtern. Somit sind beide Abrechnungssysteme benutzt worden. Mithin kann auch versucht werden, gem. EBM abzurechnen, wobei allerdings zu beobachten ist, dass sich die Krankenkassen davon abzuwenden scheinen.

Im Hinblick auf die **GOÄ-Analogleistungen** vom Juli 2024 gilt, dass das Leistungsspektrum des EBM im Rahmen der Kostenerstattung nicht erweitert werden kann, auch nicht durch die analoge Anwendung von Gebührenziffern. Nicht erstattungsfähig sind somit Kosten für nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthaltene Behandlungen. Mit anderen Worten: Wenn der EBM keine entsprechende Ziffer kennt – so ist es bei der psychotherapeutischen Befunderhebung analog Ziffer 801 GOÄ -, dann besteht auch kein Anspruch auf Kostenerstattung. Anders liegt es bei der Psychotherapeutischen Sprechstunde oder der psychotherapeutischen Akutbehandlung, jeweils analog Ziffer 812 GOÄ. Die Nr. 35151 EBM stellt die entsprechende EBM-Ziffer für die psychotherapeutische Sprechstunde, die Nr. 35152

EBM die entsprechende EBM-Ziffer für die psychotherapeutische Akutbehandlung dar. Es handelt sich folglich um Behandlungsmaßnahmen, die im Leistungskatalog der GKV gelistet sind und dann auch in der Kostenerstattung liquidierbar sind.

Grundsätzlich sind Krankenkassen verpflichtet, auch **erhöhte Steigerungssätze** zu bezahlen, sofern ein erhöhter Aufwand gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ geltend gemacht werden kann. Der Ansatz eines höheren Steigerungssatzes bei der einzelnen Leistung muss nach Schwierigkeit und Zeitaufwand berechtigt sein. Liegt ein Erschwernisfaktor vor, dann wird sich der Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse auch darauf erstrecken. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang die Begründungspflicht gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 GOÄ bei Ansatz erhöhter Steigerungssätze, denn ohne ausreichende Begründung wird die Forderung gar nicht erst fällig und können also auch keine Kosten entstehen, von denen gesetzlich versicherte Patienten freizuhalten oder die ihnen zu erstatten wären. Sollte der Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors nicht gerechtfertigt sein, wird nicht nur die Krankenkasse die Zahlung des Betrages in der geltend gemachten Höhe ablehnen können, sondern natürlich auch der Patient bzw. die Patientin.

**Honorarvereinbarungen** sind in der Kostenerstattung möglich, da es um Privatleistungen geht. Hierauf basierende Rechnungen müssen bis zur Höhe des 2,3 fachen Satzes auch erstattet werden, soweit nicht die Voraussetzungen für erhöhte Steigerungssätze vorliegen. Ob Kassenpatienten überzeugt werden können, darüberhinausgehende Forderungen als ihnen ungeläufige Selbstbehalte zu akzeptieren, ist eine andere Sache.

**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](http://DeutschePsychotherapeuten-Vereinigung.de) von Mitgliedern heruntergeladen werden können.**

[Formularsammlung Kostenerstattung](#)

[Widerspruch gegen die Ablehnung einer Psychotherapie über Kostenerstattung](#)

#### **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 unstrittig.

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 Anspruchsgrundlage (Vertrag, gesetzliche Verpflichtung) ist irrelevant. § 11 GOÄ gilt aber jedenfalls nicht, wenn der Patient selbst Honorarschuldner der Behandlungsseite ist.“