

L 9 KR 48/98

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 75 Kr 387/97
Datum
27.05.1998
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 48/98
Datum
08.12.1999
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. Mai 1998 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte Kosten zu erstatten hat, die durch die Behandlung des Klägers durch eine nichtärztliche Psychotherapeutin (Diplom-Psychologin) in der Zeit vom 6. November 1996 bis 6. März 1997 entstanden sind.

Die Diplom-Psychologin C. X beantragte mit Schreiben vom 6. Dezember 1996 - eingegangen bei der Beklagten am 9. Dezember 1996 - für den bei der Beklagten versicherten Kläger die Kostenübernahme für eine von ihr durchzuführende Verhaltenstherapie. Beigefügt wurde eine Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin S vom 11. November 1996. Danach litt der Kläger unter einem psychosomatischen Beschwerdebild, welches eine psychotherapeutische Behandlung notwendig machte.

Im Dezember 1996 übersandte die Beklagte dem Kläger ein Merkblatt über die Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen mit einer Liste der in den Bezirken Steglitz, Friedenau, Schöneberg und Zehlendorf zur Durchführung und/oder Delegation von psychotherapeutischen und/oder verhaltenstherapeutischen Maßnahmen berechtigten Vertragsärzten.

Mit Bescheid vom 17. Januar 1997 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers auf Kostenübernahme für eine Verhaltenstherapiebehandlung u. a. mit der Begründung ab, dass die Durchführung einer Verhaltenstherapie durch eine Diplom-Psychologin zwar möglich sei, jedoch voraussetze, dass diese im Wege der Delegation von einem zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassenen Arzt mit entsprechender Befähigung zur Psychotherapie beauftragt worden sei. Der Arzt S sei aber weder zur Delegation berechtigt noch die Diplom-Psychologin X im Delegationsverfahren zu Kassenlasten tätig. Eine Liste der zur Durchführung und/oder Delegation von psychotherapeutischen und/oder verhaltenstherapeutischen Maßnahmen berechtigten Vertragsbehandler liege dem Kläger bereits vor. Sollten sich hinsichtlich der Inanspruchnahme dieser Ärzte Schwierigkeiten ergeben, werde die Beklagte dem Kläger gerne weiter behilflich sein.

Seinem Widerspruch fügte der Kläger ein Attest des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie E vom 13. März 1997 bei, wonach dieser als delegationsberechtigter ärztlicher Psychotherapeut die bei der Diplom-Psychologin X begonnene Behandlung befürwortet. Mit Schreiben vom 18. März 1997 benannte die Beklagte dem Kläger vier weitere Vertragstherapeuten, die ihm kurzfristig Termine für Vorgespräche anbieten könnten. Des Weiteren empfahl sie dem Kläger, sich zur Vermittlung eines Therapieplatzes an das Institut für Verhaltenstherapie Berlin e. V. zu wenden.

Mit Schreiben vom 21. April 1997 teilte die Diplom-Psychologin X der Beklagten mit, aus welchen Gründen es dem Kläger nicht gelungen sei, einen ihm als geeignet erscheinenden Vertragsbehandler zu finden.

Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 26. Juni 1997).

Im anschließenden Klageverfahren hat der Kläger unter Bezugnahme auf ein beigefügtes ärztliches Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin S vom 29. August 1997 geltend gemacht, seine akuten psychosomatischen Beschwerden hätten es Ende des Jahres 1996 erforderlich gemacht, eine sofortige psychologische Behandlung zu beginnen. Die Beklagte sei ihrer Verpflichtung zur Beratung nicht ausreichend nachgekommen. Mit der Übersendung der vierzigseitigen Liste der 382 Vertragsbehandler sei er schlichtweg überfordert gewesen. Die von der Beklagten letztendlich benannten vier Vertragsbehandler seien für ihn nicht akzeptabel bzw. erreichbar gewesen. Er

habe den Eindruck gewinnen können, dass die Therapeuten noch zu jung bzw. mit der Arbeitswelt nicht in ausreichendem Maße vertraut gewesen seien. Hingegen sei die Diplom-Psychologin X mit der Arbeitswelt und Problemen des „Mobbings“ vertraut. Im Übrigen habe er von einer weiblichen Therapeutin behandelt werden wollen. Insgesamt begehre er Kostenerstattung für 25 erbrachte bzw. noch zu erbringende psychotherapeutische Leistungen in Form der Verhaltenstherapie für je 123,25 DM je Sitzung sowie zuzüglich Kostenerstattung für durchgeführte probatorische Sitzungen seit dem 6. November 1996.

Mit Gerichtsbescheid vom 27. Mai 1998 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt: Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung durch die Diplom-Psychologin X, da es an einer Rechtsgrundlage hierfür fehle. Auf Grund des Arztvorbehaltes bleibe die ärztliche Behandlung den approbierten Ärzten vorbehalten, wodurch gleichzeitig der Ausschluss von anderen Heilberufen sowie u. a. Diplom-Psychologen von der selbständigen Teilnahme am Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt werde. Auch bei Notfällen dürften lediglich andere als die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte, nicht aber Psychologen in Anspruch genommen werden. Zudem sei die Behandlung auch nicht im Wege eines Delegationsverfahrens unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung erfolgt.

Gegen den ihm am 3. Juli 1998 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 31. Juli 1998 eingelegte Berufung des Klägers. Nachdem die Beklagte mit Bescheid vom 18. Februar 1999 einem weiteren Antrag des Klägers vom 15. Februar 1999 auf verhaltenstherapeutische Behandlung durch die Diplom-Psychologin X im Hinblick auf das zum 1. Januar 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PsychTG) entsprochen hatte, begehrt der Kläger im Berufungsverfahren nur noch unter Bezugnahme auf zwei Rechnungen der Diplom-Psychologin X vom 31. Dezember 1996 und 29. Dezember 1997 (Bl. 129, 130 GA) Kostenerstattung in Höhe von insgesamt 986,00 DM. Es handelt sich hierbei um die Kosten für durchgeführte Kriseninterventionssitzungen am 6., 19. und 27. November 1996 sowie am 5. Dezember 1996 und um zwei durchgeführte Verhaltenstherapiesitzungen am 19. Dezember 1996 und am 6. März 1997.

In der Sache weist der Kläger erneut auf seinen seinerzeit schlechten Gesundheitszustand hin. Es habe ein Notfall vorgelegen, der eine Krisenintervention bereits im November 1996 erforderlich gemacht habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. Mai 1998 und den Bescheid der Beklagten vom 17. Januar 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die entstandenen Kosten für die psychotherapeutische Behandlung bei der Diplom-Psychologin X vom 6. November 1996 bis 6. März 1997 in Höhe von 986,00 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakte Bezug genommen. Diese Unterlagen haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft, obgleich der Beschwerdewert nur noch 986,00 DM ausmacht ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) i. V. m. Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Der maßgebende Zeitpunkt für die Beurteilung ist nach [§ 202 SGG](#) i. V. m. [§ 4 Abs. 1 Satz 1](#) Zivilprozessordnung der Tag der Einlegung der Berufung. Das spätere Sinken des Beschwerdewertes ist unschädlich (Meyer-Ladewig, SGG, 6. Auflage 1998, § 144 Rz. 19 m. w. N.). Vorliegend kam es erst während des Berufungsverfahrens zu einer Einschränkung des Streitgegenstandes, da die Beklagte mit Bescheid vom 18. Februar 1999 die verhaltenstherapeutische Behandlung durch die Diplom-Psychologin X unter Bezugnahme auf das zum 1. Januar 1999 in Kraft getretene PsychTG bewilligte und die Kostenübernahme für 25 Sitzungen erklärte.

Die Berufung ist aber nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs steht nicht entgegen, dass der Kläger seine Forderung bezogen auf die Erstattung der Kosten für die Verhaltenstherapiesitzungen - nicht jedoch für die Kriseninterventionssitzungen - an die Diplom-Psychologin X abgetreten hatte. Denn die Abtretungserklärung vom 6. März 1997 ist erst im Berufungsverfahren eingereicht worden, nachdem die damalige Bevollmächtigte des Klägers - die Diplom-Psychologin X - wegen Verstoßes gegen das Rechtsberatungsgesetz mit Beschluss des Senats vom 3. November 1998 von dem Verfahren ausgeschlossen worden war. Die verspätete Vorlage der Abtretungserklärung diene offenbar nur dem Versuch, auf diese Weise noch weiterhin am Verfahren teilnehmen zu können und die Bestimmungen des Rechtsberatungsgesetzes zu umgehen. Sie ist damit nach [§ 134](#) Bürgerliches Gesetzbuch nichtig. Im Übrigen sind aber offensichtlich auch der Kläger und die Dipl.-Psychologin X von der Wirksamkeit der Abtretungserklärung nicht mehr ausgegangen, da einvernehmlich im erstinstanzlichen Verfahrenszug Kostenerstattung an den Kläger begehrt worden war und auch der Kläger im Berufungsverfahren mit Schreiben vom 6. Mai 1999 seinen geltend gemachten Anspruch ausdrücklich auf 986,00 DM bezifferte.

Dem Kläger steht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die am 6., 19. und 27. November 1996 sowie am 5. Dezember 1996 durchgeführten Kriseninterventionssitzungen und für am 19. Dezember 1996 und 6. März 1997 durchgeführten Verhaltenstherapiesitzungen bei der Diplom-Psychologin X zu.

Als Rechtsgrundlage für die Erstattung bereits entstandener Kosten kommt allein [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch \(SGB V\)](#) in Betracht. Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- und Dienstleistungen ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V vorsieht ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)). Gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind dem Versicherten die für die selbstbeschaffte Leistung entstandenen Kosten,

soweit sie notwendig waren, von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Voraussetzungen sind hier jedoch nicht erfüllt.

Aus [§ 13 Abs. 3](#) (erste Alternative) SGB V kann der Kläger keinen Anspruch auf die Erstattung der streitigen Kosten herleiten. Auch wenn sein psychisches Leiden wegen des psychosomatischen Beschwerdebildes seit November 1996 einer schnellen Behandlung bedurfte, war er dadurch keiner Notlage oder anderen dringenden Bedarfslage ausgesetzt, die die (sofortige) Inanspruchnahme von nichtvertragsärztlicher Hilfe erlaubt hätte (vgl. hierzu im Einzelnen BSG SozR 3 - 2500 [§ 29 SGB V](#) Nr. 3, S. 15 m. w. N.). Denn dies setzte voraus, dass ein zugelassener Leistungserbringer nicht rechtzeitig oder gar nicht zur Verfügung gestanden hätte. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Der Kläger hätte sich durchaus in die Behandlung eines hierzu berechtigten Arztes bzw. einer hierzu berechtigten Ärztin mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ bzw. „Psychosomatik“ begeben können und müssen, um von diesem bzw. dieser die notwendige Hilfe unmittelbar oder durch Vermittlung einer zugelassenen nichtärztlichen Therapeutin zu erhalten. Der Kläger hat aber ausweislich des ärztlichen Attestes des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie E vom 13. März 1997 erstmals am 24. Januar 1997 einen für die Behandlung berechtigten Arzt aufgesucht, als die vier Kriseninterventionssitzungen und eine verhaltenstherapeutische Sitzung bereits durchgeführt worden waren. Bei schweren Störungen seiner Gesundheit durch die psychische Erkrankung hätte er sich darüber hinaus zumindest vorübergehend in (teil-) stationäre Behandlung eines Berliner Krankenhauses begeben können. Bei dieser Sachlage kann der Senat die von dem Kläger behauptete Versorgungslücke nicht feststellen. Denn es ist nicht zu erkennen, dass der Kläger auf dem hier geschilderten Wege durch zugelassene Leistungserbringer die notwendige schnelle Hilfe nicht hätte erhalten können; hierfür hat er weder Tatsachen vorgetragen noch bestehen dafür bei der in Berlin vorhandenen großen Anzahl ärztlicher Psychotherapeuten ausreichende Anhaltspunkte.

Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3](#) (zweite Alternative) SGB V sind nicht gegeben, weil dem Kläger ein Sachleistungsanspruch auf eine Psychotherapie bei der Diplom-Psychologin X nicht zustand. Maßgebend ist die Gesetzeslage im Zeitpunkt der Leistungserbringung.

Sowohl ein Sachleistungsanspruch des Klägers als auch ein an seine Stelle tretender Kostenerstattungsanspruch kann grundsätzlich nur dadurch begründet werden, dass ein Vertragsarzt die erforderliche Psychotherapie anordnet und damit die Verantwortung für die Behandlung übernimmt. Denn [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 6](#) sowie Satz 3 SGB V begründet keinen unmittelbar durchsetzbaren Anspruch auf Versorgung mit einer psychotherapeutischen Behandlung schlechthin, sondern lediglich ein ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht. Der Versicherte kann eine psychotherapeutische Leistung erst beanspruchen, wenn sie ihm in Konkretisierung des gesetzlichen Rahmenrechts vom Vertragsarzt unter Angabe der Diagnose, der Begründung, der Indikation sowie der Beschreibung von Art und Umfang der geplanten Therapie verschrieben wird (vgl. BSG SozR 3 - 2200 [§ 182 Nr. 15](#); BSG SozR 3 - 2500 [§ 15 Nr. 2](#); BSG USK 94128; BSG SozR 3 - 2500 [§ 13 Nr. 13](#) m. w. N.). Das ist in [§ 73 Abs. 2 Nr. 6 SGB V](#) dadurch klargestellt, dass alle ärztlichen Anordnungen der Hilfeleistung anderer Personen zum Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung erklärt werden; nur in deren Rahmen sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungen verpflichtet. Hierfür treffen F. I., 1. bis 3. II., sowie G. I., 1. bis 5. der auf Grund von [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) erlassenen Psychotherapierichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nähere Regelungen, die sowohl die nötige Vorbildung, den Inhalt der ärztlichen Anordnung und die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Psychologen näher beschreiben. Dass der Anspruch auf Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen von einer ärztlichen Verordnung abhängig ist, ergibt sich darüber hinaus aus dem Gesetz im systematischen Zusammenhang des [§ 15 Abs. 1](#) mit den [§§ 27](#) und [73 Abs. 2 Nr. 6 SGB V](#).

An der danach erforderlichen ärztlichen Anordnung einer Psychotherapie fehlt es hier. Denn der Facharzt für Allgemeinmedizin S, der zur Behandlung bzw. Anordnung psychotherapeutischer Leistungen durch Diplom-Psychologen ohnehin nicht über die erforderliche ärztliche Vorbildung verfügt, hat durch seine ärztliche Stellungnahme vom 11. November 1996 keine Beschreibung von Art und Umfang dieser Behandlung vor Leistungsbeginn abgegeben und damit dem Regelungssystem der Psychotherapie-Richtlinien nicht entsprochen; Verantwortung für die psychotherapeutische Behandlung des Klägers hat er damit nicht übernommen. Erst der Arzt für Allgemeinmedizin und Psychiatrie E hat die entsprechende Psychotherapiebefürwortung mit ärztlichem Attest vom 13. März 1997 ausgesprochen, zu einer Zeit, zu der allerdings die psychologischen Leistungen für die der Kläger Kostenerstattung begehrt, bereits durchgeführt waren.

Darüber hinaus kommt eine Kostenerstattung für die selbstbeschaffte Leistung auch deswegen nicht in Betracht, weil der Kläger sich die Leistung besorgt hat, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten (vgl. BSG SozR 3 - 2200 [§ 182 Nr. 15](#) sowie BSG SozR 3 - 2500 [§ 13 Nr. 15](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des erkennenden Senats muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand der rechtswidrigen Ablehnung einer Leistung und dem Nachteil des Versicherten ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist. Dies bedeutet, dass Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hatte; ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten (BSG SozR 3 - 2500 [§ 13 Nr. 15](#)). Erst die Weigerung der Krankenkasse gibt dem Versicherten das Recht, sich die benötigte Behandlung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten zu verlangen. An der von der Rechtsprechung danach verlangten Kausalität zwischen Ablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung fehlt es hier. Denn der Kläger hat die begehrte Leistung erstmals am 9. Dezember 1996 beantragt, nachdem er bereits die vier Kriseninterventionssitzungen durchgeführt hatte; die endgültige Ablehnung durch die Beklagte mit Bescheid vom 17. Januar 1997 erfolgte sogar erst nach Durchführung einer weiteren Verhaltenstherapie-sitzung. Im Übrigen war die Ablehnung der begehrten Leistung durch die Beklagte auch deswegen nicht ursächlich für die Selbstbeschaffung der Leistung durch den Kläger, weil dieser von vornherein dazu entschlossen war, sich ausschließlich und unmittelbar durch eine Psychologin behandeln zu lassen, ohne vorher einen ärztlichen Psychotherapeuten aufzusuchen und damit die Erfordernisse des Delegationsverfahrens und des Arztvorbehaltes einzuhalten. Dies zeigt sich insbesondere daraus, dass nicht der Kläger selbst, sondern die Diplom-Psychologin im seinen Namen mit Schreiben vom 6. Dezember 1996 die Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung bei ihr beantragt hatte, und zwar zu einem Zeitpunkt als der Kläger sich bereits bei ihr in psychologischer Behandlung (Krisenintervention) befunden hatte.

Ein Anspruch auf die begehrte Erstattung der Kosten der psychotherapeutischen Behandlung des Klägers lässt sich schließlich auch nicht mit einer Verletzung der Beratungs- und Informationspflichten aus dem sogenannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch begründen, worauf das Sozialgericht zutreffend hingewiesen hat. Insofern führt der Einwand des Klägers, man habe ihm sogleich auf seinen Antrag vom 9. Dezember 1996 eine konkrete Auswahl von freien Behandlungstherapeuten anbieten müssen, nicht zum Erfolg. Unabhängig davon, dass

zu dem Antragszeitpunkt der Kläger bereits sämtliche Kriseninterventionssitzungen bei der Diplom-Psychologin X absolviert hatte, ist der sogenannte sozialrechtliche Herstellungsanspruch nur anwendbar, wenn die Folgen der Pflichtverletzung eines Leistungsträgers bei der Erfüllung seiner Aufgaben nicht speziell geregelt sind (BSG [SozR 3 - 2600 § 58 Nr. 2](#), S. 4). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) enthält aber eine solche spezielle und abschließende gesetzliche Regelung für den Bereich des Krankenversicherungsrechts, die für die Anwendung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs für ein Verlangen nach Kostenerstattung keinen Raum (mehr) lässt (BSG [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 11](#), S. 51).

Im Übrigen bietet der Herstellungsanspruch auch keine Rechtsgrundlage für die Gewährung von Leistungen, die das Gesetz nicht vorsieht (BSG [SozR 3 - 2600 § 58 Nr. 2](#), S. 5; BSG SozR 3 - 2200 § 182 RVO Nr. 80, BSG SozR 3 - 2200 § 1407 RVO Nr. 2; Kasseler Kommentar-Seewald, Vor [§§ 38 bis 47 SGB I](#) Rdnr. 44). Die Beklagte durfte die von dem Kläger in Anspruch genommenen Leistungen nicht erbringen. Denn wie bereits ausgeführt wurde, schuldete sie nicht die Gewährung der psychotherapeutischen Behandlung durch eine nichtärztliche Psychotherapeutin. Letztlich ist ein Fehlverhalten der Beklagten auch nicht im Ansatz erkennbar. Die Beklagte hat noch im Dezember 1996 dem Kläger ein Merkblatt zur Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen mit einer entsprechenden Liste der Vertragsbehandler übersandt. Sowohl in dem Merkblatt als auch in dem angefochtenen Bescheid wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Beklagte dem Kläger gerne behilflich sei, sofern es bei der Inanspruchnahme dieser Ärzte zu Schwierigkeiten komme. Dass der Kläger nicht in der Lage gewesen sein soll, dementsprechend Kontakt bei der Beklagten aufzunehmen, ist für den Senat nicht feststellbar. Dokumentierte Zeiten der Arbeitsunfähigkeit finden sich lediglich in der Zeit vom 15. bis 24. Januar 1997. Insgesamt zeigt sich vielmehr, dass der Kläger von Beginn des Verfahrens an - wie bereits ausgeführt - auf die Behandlung durch die Diplom-Psychologin X fixiert war.

Bei dieser Sachlage scheidet der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch unter allen zu beachtenden rechtlichen Gesichtspunkten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil die dafür erforderlichen Voraussetzungen gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorlagen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-09