

## L 9 KR 19/02

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 72 KR 3060/00

Datum

08.11.2001

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 19/02

Datum

19.01.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 8. November 2001 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung.

Der 1947 geborene Kläger erkrankte im Jahre 1999 an einer Erschöpfungsdepression. Der ihn behandelnde Arzt empfahl die Behandlung mittels einer Psychotherapie. Daraufhin versuchte der Kläger nach seinen Angaben zunächst im Juli 1999 vergeblich mit der Dipl.-Psychologin C S-K, im Folgenden Behandlerin genannt, Kontakt aufzunehmen. Dies gelang ihm erst am 16. August 1999. Zwei probatorische Gespräche fanden dann am 20. August und am 20. September 1999 statt. Weitere psychotherapeutische Gespräche erfolgten am 7. und 26. Oktober 1999, am 9. und 23. November 1999 und am 6. Dezember 1999. Die Behandlerin erhielt ihre Approbation als Psychologische Psychotherapeutin im Januar 1999. Ihr Antrag auf bedarfsunabhängige Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung wurde von dem zuständigen Zulassungsausschuss mit Beschluss vom 22. Juni 1999 abgelehnt. Ihr hiergegen gerichteter Widerspruch blieb ebenso wie die hiergegen gerichtete Klage letztinstanzlich ohne Erfolg (Beschluss des Berufungsausschusses vom 31. Mai 2000, Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 5. Juni 2002 - S 71 KA 302/00 -, Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 4. Juni 2003 - [L 7 KA 286/02](#) - und Beschluss des Bundessozialgerichts vom 5. November 2003 - [B 6 KA 66/03 B](#) -).

Den Antrag des Klägers auf Erstattung der Kosten seiner psychotherapeutischen Behandlung vom 30. September 1999 lehnte die Beklagte mit der Begründung ab, die Behandlerin sei nicht zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen. Den hiergegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13. September 2000 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass die Behandlerin weder zur Versorgung von Versicherten der GKV zugelassen noch im Wege des Delegationsverfahrens berechtigt sei, psychotherapeutische Behandlung zu ihren Lasten durchzuführen.

Mit seiner hiergegen gerichteten Klage hat der Kläger sein Begehren, die "Kostenerstattung für psychotherapeutische Leistungen in Höhe von 105,00 DM je Sitzung seit dem 20. August 1999" weiterverfolgt und sich hierbei zunächst durch seine Behandlerin vertreten lassen. Mit rechtskräftigem Beschluss vom 24. Oktober 2000 hat das Sozialgericht Berlin sie als Bevollmächtigte vom Verfahren ausgeschlossen. Zur Begründung seiner Klage hat der Kläger vorgetragen, dass seine Behandlerin bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung über ihren Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung weiterhin berechtigt gewesen sei, als "Erstattungstherapeutin" Versicherte zu Lasten der GKV zu behandeln. Für die Behandlung des Klägers in der Zeit vom 20. August 1999 bis zum 6. Dezember 1999 hat die Behandlerin dem Kläger insgesamt 1.575,00 DM in Rechnung gestellt (Rechnung vom 30. Dezember 1999).

Das Sozialgericht Berlin hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 8. November 2001 abgewiesen und insoweit auf die nach Auffassung des Gerichts zutreffende Begründung des Widerspruchsbescheides verwiesen.

Mit seiner gegen den ihm am 22. Dezember 2001 zugestellten Gerichtsbescheid am 22. Januar 2002 eingelegten Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Seine Behandlerin sei berechtigt gewesen, bis zum rechtskräftigen Abschluss ihres Zulassungsverfahrens ihre bisherige psychotherapeutische Tätigkeit einstweilen weiterzuführen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 8. November 2001 sowie den Bescheid der Beklagten vom 9. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. September 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für seine psychotherapeutische Behandlung in der Zeit vom 20. August 1999 bis zum 6. Dezember 1999 in Höhe von 1.575,00 DM zu erstatten, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

die sie für unbegründet hält.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die die Klägerin betreffende Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für seine psychotherapeutische Behandlung in der Zeit vom 20. August 1999 bis zum 6. Dezember 1999 in Höhe von 1.575,00 DM.

Entgegen der Auffassung des Klägers kommt als Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch allein [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Denn die Übergangsbestimmung des Art. 10 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und anderer Gesetze (PsychThGEG), nach der die Rechtsstellung der bis zum 31. Dezember 1998 an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden nichtärztlichen Leistungserbringer bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses über deren Antrag auf Zulassung oder Ermächtigung unberührt bleibt, sofern sie einen Antrag auf Zulassung oder Ermächtigung bis zum 31. Dezember 1998 gestellt haben, regelt ersichtlich nur die Rechtsstellung bestimmter Leistungserbringer, nicht jedoch den Anspruch der Versicherten auf Erstattung von Kosten für von ihnen selbstbeschaffte Leistungen. Soweit der Kläger meint, er habe im Zusammenhang mit der Regelung des Art. 10 PsychThGEG einen Anspruch auf Erstattung seiner Behandlungskosten, ohne dass hierfür weitere Voraussetzungen vorliegen müssten, verkennt er, dass es nach dem Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes, der im Sozialleistungsrecht in [§ 31](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch normiert ist und nach dem Rechte und Pflichten in den Sozialleistungsbereichen des Sozialgesetzbuches nur begründet werden dürfen, soweit ein Gesetz es vorschreibt oder zulässt, hierfür einer entsprechenden Rechtsgrundlage bedarf, die es aber nicht gibt. Im Übrigen bestimmt auch [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ausdrücklich, dass die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten darf, soweit es dieses oder das hier nicht einschlägige Neunte Buch des SGB vorsieht. Der Erstattungsanspruch kann daher - abgesehen von hier nicht vorliegenden Besonderheiten - im Bereich des Krankenversicherungsrechts allein nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestehen. Er setzt voraus, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

Zunächst lässt sich nicht feststellen, dass die Beklagte die Leistungen zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative). Denn wie sich aus [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung. Er besteht deshalb nur, soweit die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Mit der Durchbrechung des sich aus [§ 2 Abs. 2 SGB V](#) ergebenden Sachleistungsgrundsatzes trägt [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen (vgl. [§§ 1 Abs. 1 Satz 1, 27 Abs. 1 Satz 1, 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), sei es infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip jedoch nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist (vgl. [BSGE 79, 125 ff.](#) [126 ff.]). Vorliegend hatte der Kläger indes keinen Sachleistungsanspruch auf Durchführung der Psychotherapie bei der von ihm gewählten Behandlerin. Auch war deren Inanspruchnahme nicht auf ein Systemversagen zurückzuführen.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Kläger litt im Jahre 1999 an einem Erschöpfungssyndrom und war daher behandlungsbedürftig im Sinne der vorgenannten Norm, was einen Anspruch auf Krankenbehandlung begründen würde, der nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) auch die psychotherapeutische Behandlung umfasst. Hingegen hatte er keinen Anspruch darauf, die erforderliche psychotherapeutische Behandlung durch die von ihm gewählte Behandlerin durchführen zu lassen. Denn nach dem durch das PsychThGEG mit Wirkung ab dem 1. Januar 1999 eingefügten [§ 28 Abs. 3 SGB V](#) wird die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) durchgeführt. Die von dem Kläger gewählte Behandlerin gehörte jedoch weder zu den Vertragsärzten noch zu den (Vertrags-)Psychotherapeuten. Sie war zwar im fraglichen Zeitraum approbierte Psychologische Psychotherapeutin. Dies allein aber reichte nicht aus. Vielmehr bedurfte sie der Zulassung zur psychotherapeutischen Behandlung, über die sie unstreitig nicht verfügte.

Ebenso unstreitig kann die erforderliche Zulassung nicht aufgrund der Regelung des Art. 10 PsychThGEG fingiert werden. Denn in dieser Vorschrift ist lediglich bestimmt, dass die Rechtsstellung der bis zum 31. Dezember 1998 an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden nichtärztlichen Leistungserbringer bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses über deren Zulassung oder Ermächtigung unberührt bleibt, sofern sie einen Antrag auf Zulassung oder Ermächtigung bis zum 31. Dezember 1998 gestellt haben. Bereits die in der Vorschrift gewählte Formulierung, "die Rechtsstellung ... bleibt unberührt", zeigt jedoch, dass den Betroffenen lediglich Bestandsschutz im Rahmen der seinerzeit von ihnen innegehabten Rechtsposition gewährt wird. Die Fiktion einer Zulassung würde hingegen angesichts der mit ihr verbundenen Erweiterung und Verbesserung der

beruflichen Einkommenssituation weit über den gesetzlich zugesicherten Bestandsschutz hinausgehen (vgl. Beschluss 2. Kammer des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 30. Mai 2000 - [1 BvR 704/00](#) - [SozR 3-2500 § 95 Nr. 24](#)). Vertrauensschutz wegen Tätigkeiten im Kostenerstattungsverfahren kann jedoch über die durch [§ 95 Abs. 10 und Abs. 11 SGB V](#) zugebilligte gesetzliche Möglichkeit privilegierter Erlangung einer Zulassung oder Ermächtigung hinaus nicht anerkannt werden (BSG [SozR 4-2500 § 95 Nr. 4](#)).

Art. 10 PsychThGEG als Regelung des vorläufigen Rechtsschutzes ermöglichte der Behandlerin der Klägerin mithin lediglich eine vorübergehende Fortsetzung ihrer bisherigen Tätigkeit als Erstattungspsychotherapeutin nach den bis Ende 1998 geltenden Vorschriften. Auch da- raus folgt jedoch entgegen der Ansicht des Klägers - und wohl insbesondere der ihrer Behandlerin - gerade nicht, dass die Behandlerin die von ihr erbrachten Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen konnte. Denn die Leistungserbringung durch sie hielt sich nicht an das bis Ende 1998 geltende Recht. Allgemein war die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens bis Ende 1998 gesetzlich nicht vorgesehen (vgl. hierzu BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 25](#) und BSG [SozR 4-2500 § 95 Nr. 4](#)). Zur Rechtfertigung dieses gleichwohl praktizierten Verfahrens wurde von Seiten der Krankenkassen darauf verwiesen, dass ein Mangel an zur Psychotherapie in den Richtlinienverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien befähigten und tätigen Ärzten sowie an zur Mitwirkung im Delegationsverfahren befähigten und bereiten nichtärztlichen Psychotherapeuten bestehe, sie ihrem Versorgungsauftrag daher nicht gerecht werden könnten und daher aufgrund eines Systemversagens verpflichtet seien, Kosten für außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung beschaffte Leistungen nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu erstatten. Dementsprechend stand die Tätigkeit der nichtärztlichen Psychotherapeuten im Kostenerstattungsverfahren stets unter dem Vorbehalt, dass zum einen überhaupt ein Versorgungsdefizit bestand und dieses zum anderen nicht durch vermehrte Leistungen psychotherapeutisch tätiger Ärzte oder im Delegationsverfahren tätiger Psychotherapeuten geschlossen würde. Ein entsprechender Mangel hat in Berlin im fraglichen Zeitraum jedoch nicht bestanden. Im Gegenteil waren in Berlin am 1. September 1999 bereits 1661 Psychotherapeuten zugelassen (vgl. Landespressedienst 247/99 vom 20. Dezember 1999 S. A 2 und A 3). Die Beklagte war mithin im fraglichen Zeitraum ohne weiteres in der Lage, ihrem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, d.h. dem Kläger die von ihm benötigte psychotherapeutische Behandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer zu gewähren. Ein Systemversagen, das einen Rückgriff auf einen nicht in dieses System eingebundenen Behandler rechtfertigen könnte, lag mithin jedenfalls in Berlin nicht vor. Dies zeigt sich im Übrigen auch schon daran, dass die Beklagte den Kläger bereits in dem angefochtenen Bescheid auf die Inanspruchnahme eines zugelassenen Leistungserbringers hingewiesen und ihm im Übrigen ihre Hilfe bei der Vermittlung eines solchen Leistungserbringers angeboten hat.

Darüber hinaus kann sich der Kläger hier auch nicht darauf berufen, dass die Beklagte eine unaufschiebbare Leistung im Sinne der 1. Alternative des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht rechtzeitig habe erbringen können. Denn auf diese Alternative kann ein Kostenerstattungsanspruch nur gestützt werden, wenn es dem Versicherten nicht möglich oder nicht zuzumuten war, sich vor der Leistungsbeschaffung mit der Kasse in Verbindung zu setzen um alle erreichbaren Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)). Anhaltspunkte hierfür hat der Kläger aber weder vorgetragen noch sind sie nach dem Sachverhalt ersichtlich. Jedenfalls aber hätte er sich selbst im Falle einer plötzlichen erheblichen gesundheitlichen Gefährdung jederzeit an einen der in Berlin in größerer Anzahl zugelassenen Psychotherapeuten wenden oder einen Vertragsarzt aufsuchen und sich eine Krankenhausbehandlung verordnen lassen können, falls diesem die Behandlungskapazität für eine längere Behandlung gefehlt hätte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil ein Grund hierfür nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2005-11-22