

L 9 KR 117/02

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 85 KR 1889/01

Datum

20.06.2002

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 117/02

Datum

19.01.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. Juni 2002 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung.

Die 1963 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Um die Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung abzuklären, setzte sie sich im Oktober 1999 mit der Diplom-Psychologin C (im Folgenden: Behandlerin) in Verbindung. Diese gehört zum Personenkreis der sog. Erstattungspsychotherapeuten, denen die Behandlungskosten bis zum 31. Dezember 1998 auf der Grundlage des [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) von den gesetzlichen Krankenkassen direkt oder über die jeweiligen Versicherten erstattet worden waren. Seit Januar 1999 verfügt die Behandlerin über die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin. Ihr noch vor Ablauf des Jahres 1998 gestellter Antrag, sie bedarfsunabhängig zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen, hilfsweise zu ermächtigen, wurde hingegen abgelehnt (Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte und Psychotherapeuten vom 22. Juni 1999). Der dagegen gerichtete Widerspruch wurde zurückgewiesen (Beschluss des Berufungsausschusses für Ärzte und Psychotherapeuten vom 31. Mai 2000). Die daraufhin erhobene Klage blieb ebenso wie die gegen das klageabweisende Urteil eingelegte Berufung ohne Erfolg (Urteile des Sozialgerichts und Landessozialgerichts Berlin vom 5. Juni 2002 und 4. Juni 2003). Auch die gegen die Nichtzulassung der Revision eingelegte Beschwerde wurde zurückgewiesen (Beschluss des Bundessozialgerichts -BSG- vom 5. November 2003).

Mit Schreiben vom 26. November 1999, das am 29. November 1999 bei der Beklagten einging, beantragte die Behandlerin im Namen der Klägerin, die Kosten für eine von ihr bei der Klägerin durchgeführte Verhaltenstherapie zu erstatten. Zur Begründung verwies sie auf eine ärztliche Bescheinigung des Neurologen und Psychiaters Dr. H vom 25. November 1999, wonach bei der Klägerin wegen eines depressiven Syndroms eine Psychotherapie (Kurzzeittherapie 25 h) erforderlich sei, die sofort beginnen sollte. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit ihrem direkt an die Klägerin gerichteten Bescheid vom 9. Dezember 1999 mit der Begründung ab: Seit In-Kraft-Treten des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des SGB V und anderer Gesetze (PsychThGEG) zum 1. Januar 1999 könnten Kosten für psychotherapeutische Leistungen nicht mehr nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) erstattet werden. Denn die Versicherten könnten diese Leistungen nunmehr mit ihrer Versichertenkarte kostenfrei im Sachleistungswege erhalten. Hierbei dürften sie sich allerdings nur von zugelassenen Leistungserbringern behandeln lassen, die in Berlin jedoch in ausreichender Anzahl zur Verfügung stünden. Zu diesen Leistungserbringern gehöre die Behandlerin nicht, weil ihr Antrag auf Zulassung zwischenzeitlich abgelehnt worden sei.

Hiergegen erhob die Behandlerin im Namen der Klägerin unter Vorlage von zwei Vollmachten Widerspruch und machte geltend: Die Kosten der bei ihr durchgeführten Verhaltenstherapie müssten schon deshalb erstattet werden, weil die Beklagte der Klägerin die Kostenerstattung Anfang Oktober 1999 im Rahmen eines Telefongesprächs zugesagt habe. Auch ihr gegenüber habe sich die Beklagte telefonisch dahingehend geäußert, dass eine Einzelfallentscheidung möglich sei. Davon abgesehen sei der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch aber auch deshalb gegeben, weil sie nach der Übergangsbestimmung des Art. 10 PsychThGEG als Erstattungspsychotherapeutin weiterhin an der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilnehmen dürfe, bis eine rechtskräftige Entscheidung über ihren Antrag auf Zulassung vorliege. Zur weiteren Begründung des Widerspruchs überreichte sie zwei Rechnungen vom 30. Dezember 1999 und 22. Dezember 2000 über insgesamt 5.975,16 DM (= 3.055,05 EUR) für am 29. Oktober, 9. November, 17. November und 25. November 1999 erbrachte "Kriseninterventionen" sowie vom 1. Dezember 1999 bis zum 11. Dezember 2000 erbrachte Leistungen der Verhaltenstherapie. Im Übrigen legte sie zwei Abtretungserklärungen vom 30. Dezember 1999 und 3. Januar 2000 vor,

wonach die Klägerin ihren "Anspruch auf Erstattung der Honorarsätze" an die Behandlerin rechtsverbindlich abgetreten habe.

Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit ihrem an die Behandlerin als Bevollmächtigte der Klägerin gerichteten Widerspruchsbescheid vom 11. Mai 2001 unter Vertiefung der Gründe des Ausgangsbescheides als unbegründet zurück.

Mit ihrer daraufhin erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, ihr sämtliche Kosten für die von der Behandlerin erbrachte und nach wie vor andauernde Verhaltenstherapie einschließlich der Kosten für die im Oktober und November 1999 durchgeführten Kriseninterventionen zu erstatten und die Erstattungsbeträge direkt an die Behandlerin zu überweisen. Zur Begründung hat sie unter Bezugnahme auf verschiedene Stellungnahmen des Bundesversicherungsamtes und des Bundesministeriums für Gesundheit zur Rechtsstellung der Erstattungspsychotherapeuten in der Zeit nach dem 31. Dezember 1998 erneut vorgetragen: Ihre Behandlerin sei kraft Übergangsrechts bis zur rechtskräftigen Entscheidung über ihren Antrag auf Zulassung, hilfsweise Ermächtigung, zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung weiterhin berechtigt, gesetzlich Krankenversicherte und damit auch sie gegen Erstattung ihrer Kosten zu behandeln. Auf die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) komme es hierbei nicht an.

Mit seinem Urteil vom 20. Juni 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die Klage sei zwar zulässig, weil die Klägerin trotz der Abtretung ihres Anspruchs auf Erstattung der Honorarsätze an die Behandlerin Inhaberin des Stammrechts geblieben und damit zur Führung des Rechtsstreits aktivlegitimiert sei. Die Klage sei jedoch unbegründet, weil die Voraussetzungen des als Anspruchsgrundlage allein in Betracht zu ziehenden [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht vorlägen. Zunächst habe die Beklagte eine Leistung hier nicht zu Unrecht abgelehnt. Denn der Klägerin habe ein Sachleistungsanspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung bei der Behandlerin nicht zugestanden und ihr stehe ein solcher Anspruch auch heute noch nicht zu, weil die von ihr in Anspruch genommene Behandlerin nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen sei. Die Übergangsbestimmung des Art. 10 PsychThGEG könne insoweit zu keinem anderen Ergebnis führen, weil sie bis zum rechtskräftigen Abschluss des Zulassungsverfahrens übergangsweise lediglich das bis zum 31. Dezember 1998 geltende Recht fortschreiben könne, dessen Bestandteil [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) jedoch gewesen sei. Des Weiteren sei nicht feststellbar, dass die Beklagte hier eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können. Denn in Berlin seien bereits am 1. September 1999 1.661 Psychotherapeuten zugelassen gewesen, von denen die Klägerin einen anstelle der von ihr gewählten Behandlerin hätte in Anspruch nehmen können. Dass die Beklagte ihr eine wirksame Zusicherung erteilt haben könnte, ihr die Kosten der Behandlung bei der Behandlerin zu erstatten, sei nicht ersichtlich.

Gegen dieses ihr am 10. Juli 2002 zugestellte Urteil hat die Klägerin am Montag, dem 12. August 2002, Berufung eingelegt und unter Vertiefung ihrer bisherigen Ausführungen vorgetragen: Mit Blick auf die Übergangsbestimmung des Art. 10 PsychThGEG sei ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die bei der Behandlerin durchgeführte Verhaltenstherapie einschließlich der Kriseninterventionen gegeben. Denn nach dieser Vorschrift sei die Behandlerin berechtigt gewesen, bis zum rechtskräftigen Abschluss ihres Zulassungsverfahrens weiterhin als Erstattungspsychotherapeutin an der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilzunehmen. Auf die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) komme es insoweit nicht an, weil die Übergangsbestimmung ansonsten keinen Sinn mache.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. Juni 2002 und den Bescheid der Beklagten vom 9. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die von ihrer Behandlerin Diplom-Psychologin Frau in der Zeit vom 29. Oktober 1999 bis zum 11. Dezember 2000 erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in Höhe von 3.055,05 EUR zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

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 Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung, mit der die Klägerin nur noch das Begehren auf Erstattung der Kosten in Höhe von 3.055,05 EUR für die in der Zeit vom 29. Oktober 1999 bis zum 11. Dezember 2000 erbrachten psychotherapeutischen Leistungen weiterverfolgt, ist zulässig, aber nicht begründet. Das insoweit angegriffene Urteil des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden.

Zu Recht hat das Sozialgericht zunächst die von der Klägerin erhobene Klage, bei der es sich um eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) handelt, als zulässig angesehen. Denn die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid vom 9. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2001 in ihren eigenen Rechten betroffen. Dies bedarf für den an sie adressierten und ihren Antrag auf Kostenerstattung ablehnenden Ausgangsbescheid keiner näheren Darlegung. Für den Widerspruchsbescheid, der an die von der Klägerin zur Wahrnehmung ihrer Interessen gegenüber der Beklagten bevollmächtigte Behandlerin gerichtet gewesen ist, ergibt sich dies aus dem sich bei sachdienlicher und vernünftiger Auslegung ebenfalls auf einen Kostenerstattungsanspruch der Klägerin beziehenden Inhalt des jeweiligen Bescheides.

Die Klage ist indes unbegründet. Denn der angefochtene Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf die begehrte Kostenerstattung. Zwar ist sie zur Überzeugung des Senats aktivlegitimiert. Denn seine Entscheidung betrifft vorliegend allein ihr Stammrecht gegen die Beklagte, das nach [§ 53](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I) nicht übertragbar ist. Die Abtretung ihrer Zahlungsansprüche an ihre Behandlerin könnte sich damit - vorausgesetzt, dass es sich überhaupt um eine Abtretung an Erfüllung Statt und nicht um eine solche erfüllungshalber handeln sollte und

die Abtretung wirksam wäre - allenfalls hinsichtlich der Person des Zahlungsempfängers auswirken, ließe das Stammrecht der Klägerin hingegen unberührt. Indes liegen die Voraussetzungen für die begehrte Kostenerstattung nicht vor.

Entgegen der Auffassung der Klägerin kommt als Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch allein [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Denn die Übergangsbestimmung des Art. 10 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. Dieser Anspruch kann - 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 müssen entgegen der Auffassung der Klägerin auch in den Fällen erfüllt sein, in denen sich der Versicherte die Leistung, um deren Kosten es geht, von einem Leistungserbringer beschafft hat, der der Übergangsbestimmung des Art. 10 PsychThGEG unterfällt. Denn mit Blick auf den im Sozialleistungsrecht nach [§ 31 SGB I](#) auch für die Begründung von Rechten geltenden Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes, der seine besondere Ausprägung in [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) erfahren hat, dürfen die grundsätzlich nur zur Erbringung von Sach- oder Dienstleistungen verpflichteten Krankenkassen im Rahmen des hier allein einschlägigen SGB V Kosten nur erstatten, soweit dieses Buch des Sozialgesetzbuches die Kostenerstattung erlaubt. Erlaubt ist die Kostenerstattung - abgesehen von hier nicht vorliegenden Besonderheiten - indes nur unter den Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), der im Übrigen auch nur dem Versicherten und nicht den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungserbringern Ansprüche einräumt und unabhängig von der jeweiligen Fallkonstellation für alle Versicherten gleichermaßen gilt. Wie das Sozialgericht zu Recht ausgeführt hat, liegen die Voraussetzungen dieser Vorschrift 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 die Klägerin indes keinen Sachleistungsanspruch auf Durchführung einer Verhaltenstherapie bei der von ihr 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. Nach der ärztlichen Bescheinigung des Neurologen und Psychiaters Dr. Ho vom 25. November 1999 litt die Klägerin zwar zumindest Ende 1999 an einem depressivem Syndrom 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 sie keinen Anspruch darauf, die erforderliche psychotherapeutische Behandlung durch die von ihr 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 der Klägerin 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 daraus folgt jedoch entgegen der Ansicht der Klägerin - und wohl insbesondere der ihrer Behandlerin - gerade nicht, dass die Behandlerin die von ihr erbrachten Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen konnte. Denn die Leistungserbringung durch sie hielt sich nicht an das bis Ende 1998 geltende Recht, woran das In-Kraft-Treten von [§ 95 Abs. 10](#) und 11 SGB V am 24. Juni 1998 gemäß Art. 15 Abs. 1 PsychThGEG nichts ändert. 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 vonseiten 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. der Klägerin die von ihr 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 der Klägerin bereits in ihrem Ausgangsbescheid vom 9. Dezember 1999 einen zugelassenen Therapeuten namentlich benannt und ihr im Übrigen ihre Hilfe bei der Vermittlung eines sonstigen zugelassenen Therapeuten angeboten hat.

Darüber hinaus kann sich die Klägerin 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](#)). Dies aber war vorliegend nicht der Fall, weil die Klägerin nach ihren eigenen Angaben bereits vor Durchführung der Kriseninterventionen ab dem 29. Oktober 1999 sowohl mit der Behandlerin als auch mit der Beklagten in Kontakt gestanden hat. Jedenfalls aber hätte sie 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.

Schließlich kann die Klägerin auch keinen Anspruch gegen die Beklagte daraus herleiten, dass sie ihr telefonisch eine positive Entscheidung zugesagt haben soll. Denn eine entsprechende Zusage bedürfte, um gemäß [§ 34](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches Rechtswirkungen zu entfalten, der Schriftform, an der es hier fehlt.

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