

L 4 KR 5338/08 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 15 KR 6869/08 ER
Datum
30.10.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5338/08 ER-B
Datum
22.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. Oktober 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt, die vorläufige Übernahme der Kosten einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, die von Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. R.-K., die angestellte Ärztin in der S.-Klinik S. und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist, durchgeführt werden soll.

Die 1975 geborene Antragstellerin, die im Oktober 2008 ihren Wohnsitz von W. nach E. verlegte, ist Mitglied der Antragsgegnerin. Bei ihr besteht eine Borderline-Störung. Sie befand sich vom 5. Dezember 2005 bis 12. Januar 2006, 26. April bis 27. Oktober 2006, 26. Februar bis 20. April 2007 und 9. Juli bis 6. August 2007 in stationärer Behandlung der S.-Klinik Stuttgart. Die Antragsgegnerin genehmigte im Juni 2006 160 Sitzungen analytische Therapie. Nach 77 Sitzungen wechselte die Antragstellerin den Behandler. Von Dezember 2007 bis August 2008 (41 Behandlungsstunden) führte der in W. zugelassene Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Kl. die Behandlung fort. Vom 17. August bis 11. November 2008 befand sich die Antragstellerin erneut in stationärer Behandlung in der S.-Klinik Stuttgart.

Die Antragstellerin beantragte am 25. Juli 2008 bei der Antragsgegnerin Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) für ambulante Psychotherapie zur Fortführung der laufenden ambulanten, von der Antragsgegnerin bereits genehmigten analytischen Psychotherapie durch Dr. R.-K. ... Dr. R.-K. kenne sie seit dem Jahr 2005 und habe sie bei den stationären Aufenthalten in der S. Klinik sowohl in der Einzel- und Gruppentherapie als auch im Rahmen von Kriseninterventionen behandelt und betreut sowie stets eng mit den ambulanten Behandlern in W. zusammengearbeitet. Trotz des Umzugs und des damit verbundenen Therapeutenwechsels wäre eine Behandlungskontinuität gegeben. Wenn sie sich mit einem neuen Therapeuten nochmals mit der Etablierung eines Arbeitsbündnisses und dem Vertrauensaufbau beginnen müsse, befürchte sie einen großen Rückschritt in Bezug auf die mühsam errungenen Therapieerfolge, die sie demgegenüber bei der Behandlung durch Dr. R.-K. schnell weiter ausbauen könne.

Die Antragsgegnerin lehnte die Kostenerstattung ab, da Dr. R.-K. keine vertraglich zugelassene Leistungserbringerin sei. Medizinische oder soziale Gründe für eine Inanspruchnahme eines nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringers seien den vorgelegten Unterlagen nicht zu entnehmen (Bescheid vom 6. August 2008). Die Antragstellerin erhob Widerspruch. Im Bescheid sei keine individuelle Prüfung erfolgt, weshalb die Ablehnung der Kostenerstattung ermessensfehlerhaft sei. Auch habe sie von den Mitarbeitern der Antragsgegnerin keine bzw. keine ausreichenden Auskünfte zu ihrem Antrag auf Kostenerstattung für die Psychotherapie erhalten. Eine Einschränkung der Kostenerstattung nur auf Psychotherapie sei möglich. Im Schreiben vom 22. August 2008 an die Antragsgegnerin vertraten Dr. H., Ärztlicher Direktor der S.-Klinik, und Dr. R.-K. die Auffassung, bei der Antragstellerin sei ein nochmaliger Therapeutenwechsel medizinisch nicht zu vertreten. Gerade bei ihrem speziellen Fall sei die Behandlungskontinuität auf einer vertrauensvollen Basis, die im Rahmen der therapeutischen Zusammenarbeit während verschiedener Aufenthalte der Antragstellerin in ihrer Klinik seit Anfang 2006 mit großen Mühen habe erarbeitet werden können, Voraussetzung für einen ausreichenden Behandlungserfolg.

Auf Veranlassung der Antragsgegnerin erstattete Psychologische Psychotherapeutin B., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Hessen (MDK), das Gutachten vom 15. September 2008. Sie befürwortete die Behandlung bei Dr. R.-K. nicht. Eine krankheitswertige Störung

nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien) liege vor. Die psychoanalytische Psychotherapie sei hinsichtlich Setting und Frequenz nicht klar erläutert. Es gebe Zweifel an der Angemessenheit des behandlungstechnischen und -methodischen Vorgehens sowie prognostische Zweifel hinsichtlich der Behandlungskonzeption. Der Antragstellerin sei es durchaus zumutbar, auch in Stuttgart mit Hilfe der Klinik einen ambulanten Therapieplatz zu finden.

Unter Bezugnahme auf dieses Gutachten teilte die Antragsgegnerin der Antragstellerin unter dem 19. September 2008 nochmals mit, es werde der Empfehlung des Gutachters gefolgt und der Antrag auf Kostenübernahme der psychotherapeutischen Behandlung abgelehnt. Über den Widerspruch der Antragstellerin hat die Widerspruchsstelle der Antragsgegnerin bislang nicht entschieden.

Am 14. Oktober 2008 erhob die Antragstellerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG), die beim SG noch anhängig ist (S 15 KR 6870/08), und beantragte zugleich im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, ihr die vorläufig zustehenden Leistungen zu bewilligen. Nur unter der Voraussetzung, dass eine ambulante Weiterbehandlung erfolge, werde sie in zwei Wochen aus der stationären Behandlung entlassen.

Die Antragsgegnerin trat dem Antrag entgegen. Sie habe mit Dr. D., den sie für die Antragstellerin gesucht habe und der in Esslingen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei, abgestimmt, dass dieser sofort mit der Behandlung beginnen könne, sobald die Antragstellerin aus dem Krankenhaus entlassen werde. Die Versicherten dürften nur unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Behandlern frei wählen, auch wenn anstatt der Sachleistung die Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählt worden sei. Die von der Antragstellerin gewählte Behandlerin Dr. R.-K. sei nicht zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Aufgrund der Begründung des MDK-Gutachtens könne sie eine Genehmigung, die Kosten für die Behandlung bei Dr. R.-K. ausnahmsweise anteilig zu erstatten, nicht aussprechen.

Das SG lehnte mit Beschluss vom 30. Oktober 2008 den Erlass der einstweiligen Anordnung ab. Es bestehe kein Anordnungsanspruch. Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) komme nicht in Betracht, weil es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung handle, die nicht rechtzeitig erbracht werden könne. Rechtsgrundlage könne daher allein [§ 13 Abs. 2 Satz 6](#) und 7 SGB V sein. Hierfür sei jedoch Voraussetzung, dass die Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gewählt worden sei. Die Antragstellerin habe für den Bereich der psychotherapeutischen Behandlung Kostenerstattung gewählt. Seit dem 1. Januar 1999 handle es sich bei der psychotherapeutischen Behandlung nicht (mehr) um eine ärztlich veranlasste Leistung, sodass fraglich erscheine, ob eine Beschränkung der Kostenerstattung nach Wahl für diesen Bereich zulässig sei, weil jedenfalls eine Einschränkung auf bestimmte ambulante Leistungen ausgeschlossen sei. Ob die Antragstellerin wirksam eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gewählt habe, könne dahinstehen. Jedenfalls bestehe kein Anspruch auf Inanspruchnahme der nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Dr. R.-K. ... Dass ein zugelassener Leistungserbringer mit der erforderlichen Qualifikation in angemessener Nähe nicht zur Verfügung stehe, sei ersichtlich nicht der Fall. Auch seien - unter Berücksichtigung des Gutachtens vom 15. September 2008 - keine sonstigen medizinischen oder sozialen Gründe glaubhaft gemacht, die eine andere Entscheidung erforderten, zumal ein Vertragspsychotherapeut am Wohnort der Antragstellerin zur Verfügung stehe. Auch ein Anordnungsgrund sei nicht glaubhaft gemacht. Es liege in der Hand der Antragstellerin, das von der Antragsgegnerin gemachte Angebot anzunehmen, und somit eine mögliche Entlassung aus dem Krankenhaus nicht zu verzögern.

Gegen den ihr am 3. November 2008 zugestellten Beschluss hat die Antragstellerin am 20. November 2008 Beschwerde eingelegt. Das Gutachten des MDK vom 15. September 2008 berücksichtige maßgebliche Tatsachen nicht, sodass die zentralen Argumente des Gutachtens unzutreffend seien. Dies ergebe sich aus der Stellungnahme der Dr. R.-K. vom 6. Oktober 2008 gegenüber dem MDK. Aufgrund der anhaltenden latenten und immer wieder akuten Suizidalität drohten gesundheitliche Nachteile, die nicht dadurch reduziert würden, dass die Antragsgegnerin ihr einen Vertragsbehandler zur Verfügung stelle, zu dem keinerlei Vertrauensverhältnis und Beziehung bestehe. Seit der Entlassung aus der stationären Behandlung am 11. November 2008 sei sie ohne ambulanten Behandlungsplatz. Die Antragstellerin hat die Stellungnahme der Dr. R.-K. vom 6. Oktober 2008 vorgelegt, in welcher diese auf die langandauernde vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen ihr (Dr. R.-K.) und der Antragstellerin hingewiesen hat. Bei einem Abbruch der therapeutischen Zusammenarbeit mit ihr (Dr. R.-K.) bestehe die akute Gefahr einer erneuten suizidalen Handlung bei anhaltender chronischer latenter Suizidalität. Weiter hat die Antragstellerin das Schreiben der Dr. R.-K. vom 5. Dezember 2008 vorgelegt, wonach nach der Entlassung aus der stationären Behandlung am 11. November 2008 acht Sitzungen stattgefunden hätten sowie mit einem Kostenbetrag von EUR 12.810,00, bei einem maximalen Kontingent von bis zu 300 Stunden zusätzlich von EUR 11.340,00 bei einem vermutlichen Zeitrahmen bis 2011 zu rechnen sei. Das Stundenhonorar von EUR 75,00 für 2008 und von EUR 81,00 ab 2009 habe sie der Antragstellerin gestundet. Schließlich hat die Antragstellerin auch die Stellungnahme des Arztes Kl. vom 13. November 2008 vorgelegt, wonach es ihm sehr wichtig sei, dass die Antragstellerin ihre ambulante Therapie bei Dr. R.-K. fortsetze.

Die Antragstellerin beantragt sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. Oktober 2008 aufzuheben und die Antragsgegnerin zu verpflichten, die Kosten für die ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Dr. R.-K. vorläufig zu übernehmen sowie sie (die Antragstellerin) von bereits angefallenen Kosten dieser Behandlung freizustellen.

Die Antragsgegnerin beantragt sinngemäß,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Beschluss für zutreffend. Sie hat eine weitere Stellungnahme des MDK Hessen vom 15. Dezember 2008 vorgelegt. Danach plädiere zwar Arzt Kl. überzeugend für eine Fortsetzung der ambulanten Therapie nach dem Wohnortwechsel. Dies könne jedoch einen Bericht der Dr. R.-K. selbst über die von ihr vorgesehene Behandlung nicht ersetzen. Es fehlten etliche Informationen zum Fragenkatalog PT 3a.

II.

1. Die gemäß [§ 173](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde der Antragstellerin ist zulässig. Sie ist

nicht nach [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) in der seit 1. April 2008 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 29 Buchst. b) des Gesetzes zur Änderung des SGG und des Arbeitsgerichtsgesetzes vom 26. März 2008 - SGGArbGÄndG - (BGBl. I, S. 444) ausgeschlossen. Die von der Antragstellerin begehrte Behandlung erstreckt sich über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr, sodass in der Hauptsache die Berufung statthaft wäre ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Die zulässige Beschwerde der Antragstellerin ist nicht begründet. Das SG hat den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zu Recht abgelehnt.

Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) sind einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung). Für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist Voraussetzung, dass ein dem Antragsteller zustehendes Recht oder rechtlich geschütztes Interesse vorliegen muss (Anordnungsanspruch), das ohne Gewährung des vorläufigen Rechtsschutzes vereitelt oder wesentlich erschwert würde, sodass dem Antragsteller schwere, unzumutbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (Anordnungsgrund). Anordnungsanspruch und ein Anordnungsgrund müssen glaubhaft gemacht sein. Glaubhaftmachung liegt vor, wenn das Vorliegen eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrunds überwiegend wahrscheinlich sind. Es fehlt aufgrund des derzeitigen Sach- und Streitstands an einem Anordnungsanspruch, weil die Antragstellerin für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Dr. R.-K. weder einen Anspruch auf Kostenerstattung (2.1.) noch auf Freistellung von den Kosten (2.2.) noch einen Anspruch als Sachleistung (2.3.) hat.

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. Die Krankenbehandlung umfasst nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung. Wegen der bei der Antragstellerin vorliegenden Borderline-Störung hat sie Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung. Die hier streitigen psychotherapeutischen Leistungen der Krankenbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)) sind grundsätzlich als Sachleistungen zu erbringen. Denn nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) - im vorliegenden Fall nicht gegeben, weil es sich um keine Leistung zur Teilhabe im Sinne des [§ 15 SGB IX](#) handelt - nichts Abweichendes vorsehen. Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch (das SGB V) oder das (im vorliegenden Fall nicht einschlägige) SGB IX vorsieht. Die Voraussetzungen der Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 2](#) und 3 SGB V, die vorliegend allein in Betracht kommen, sind nicht gegeben.

2.1. Nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) in der seit 1. April 2007 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I, S. 378](#)) können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen (Satz 1). Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen (Satz 2). Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind (Satz 3). Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen (Satz 4). Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich (Satz 5). Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden (Satz 6). Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist (Satz 7). Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sind nicht gegeben, weil die Antragstellerin von der durch diese Bestimmung eröffneten Möglichkeit, anstelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung zu wählen, nach dem Inhalt der vorliegenden Akten keinen Gebrauch gemacht hat. Nachdem die Antragstellerin die Kostenerstattung für die ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Dr. R.-K. bei der Antragsgegnerin beantragte hatte, ließ die Antragsgegnerin der Antragstellerin eine "Erklärung über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach [§ 13 Absatz 2 SGB V](#)" zukommen. Diese Erklärung gab die Antragstellerin nicht ab, weil sie andere ambulante Behandlungen weiterhin als Sachleistung in Anspruch nehmen will. Dies ergibt sich aus ihrem Widerspruch vom 25. August 2008 (S. 3). Eine Ausübung des Wahlrechts allein auf die konkrete ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Dr. R.-K. ist nicht zulässig. Denn das Wahlrecht kann nur in der Weise ausgeübt werden, dass sich der Versicherte gegenüber der Krankenkasse durch eine das Versicherungsverhältnis gestaltende Erklärung generell und für die gesamte Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) (ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung) einheitlich auf das Kostenerstattungsverfahren anstelle des Sachleistungsgrundsatzes festlegt. Eine auf einzelne Behandlungen oder gar Teile einer Behandlung beschränkte Wahlmöglichkeit (im vorliegenden Fall ausschließlich die ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Dr. R.-K.), wie sie das Bundessozialgericht (BSG) für die frühere, von 1993 bis 1997 geltende Gesetzesfassung zugelassen hatte (vgl. die Nachweise im Urteil vom 25. September 2000 - [B 1 KR 5/99 R](#) - = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)), besteht dagegen nicht mehr (BSG, Urteil vom 19. Juni 2001 - [B 1 KR 23/00 R](#) - = [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)). Da die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nicht gegeben sind, sind auch die Voraussetzungen der Sätze 6 und 7 dieser Vorschrift nicht gegeben, sodass hierauf ein Kostenerstattungsanspruch nicht gestützt werden kann. Wie der Senat bereits zu den wortgleichen Bestimmungen des [§ 13 Abs. 2 Satz 4](#) und 5 SGB V in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I, S. 2190](#)) entschieden hat, begründen diese Bestimmungen keinen eigenständigen Kostenerstattungsanspruch, sondern setzen die - im vorliegenden Fall wie dargelegt nicht erfolgte - Wahl der Kostenerstattung anstelle der Sach- und Dienstleistungen voraus (Urteil des Senats vom 13. Juli 2007 - [L 4 KR 2531/06](#) -, nicht veröffentlicht).

2.2. Auch die Voraussetzungen nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind nicht gegeben. Da der Antragstellerin für bereits durchgeführte Behandlungen bislang keine Kosten entstanden sind, weil diese Dr. R.-K. gestundet hat, kommt insoweit nur ein Anspruch auf Freistellung von den entstandenen Behandlungskosten in Betracht. 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 nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch auf Freistellung von Behandlungskosten reicht dabei nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 24. September 1996 - [1 RK 33/95](#) - = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#) und 19. Oktober 2004 - [B 1 KR 27/02 R](#) - = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 1](#)). [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) kommt nur in den Fällen in Betracht, in denen bereits die begehrte Leistung erbracht

worden ist und der Versicherte nunmehr die Erstattung oder Freistellung von den aufgewendeten Kosten begehrt. Dies können im vorliegenden Fall allenfalls die nach dem Ende der stationären Behandlung am 11. November 2008 durchgeführten ambulanten Behandlungen sein, nach dem Schreiben der Dr. R.-K. vom 5. Dezember 2008 EUR 600,00 (8 Behandlungsstunden à EUR 75,00). [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bietet keine Rechtsgrundlage für die Erstattung von erst zukünftig entstehenden Kosten für Behandlungen, die erst in der Zukunft durchgeführt werden. Ein Freistellungsanspruch besteht nicht, weil Dr. R.-K. nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, damit nicht berechtigt ist, ambulante Behandlungen als Sachleistungen zu Lasten der Antragsgegnerin durchzuführen und deshalb die Antragsgegnerin eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Dr. R.-K. nicht als Sachleistung zu erbringen hat.

2.3. Nach [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), der nach [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) u.a. für die Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend gilt, können die Versicherten unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach [§ 116b SGB V](#) an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach [§ 140 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), den nach [§ 72a Abs. 3 SGB V](#) vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach [§ 75 Abs. 9 SGB V](#) frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Dr. R.-K. ist insbesondere nicht als niedergelassene Ärztin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie ist auch als angestellte Krankenhausärztin nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Dass die S.-Klinik, bei der Dr. R.-K. angestellt ist, irgendeine Zulassung zur ambulanten Tätigkeit hat, ist nicht ersichtlich. Entsprechendes wird auch weder von der Antragstellerin noch von Dr. R.-K. behauptet.

Ein Notfall, bei dem ausnahmsweise nicht zugelassene Ärzte in Anspruch genommen werden können, ist nicht gegeben. Ein Notfall liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt auftretender Behandlungsbedarf aus medizinischen Gründen sofort befriedigt werden muss und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. BSG, Urteile vom 1. Februar 1995 - [6 RKa 9/94](#) - = [SozR 3-2500 § 76 Nr. 2](#) und vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#)). Die Notwendigkeit der weiteren ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Antragstellerin trat nicht unvermittelt auf. Der ambulante Behandlungsbedarf nach Ende der stationären Behandlung stand bereits während der bis 11. November 2008 dauernden stationären Behandlung fest. Die Antragstellerin beantragte bereits im Juli 2008 die Kostenübernahme. Im Übrigen müsste, wenn ein Notfall vorläge, Dr. R.-K. unmittelbar mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abrechnen und dürfte der Antragstellerin selbst keine Rechnungen über durchgeführte Notfallbehandlungen stellen.

Auch der Ausnahmefall eines so genannten Systemversagens, dass nämlich eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann (vgl. BSG, Urteile vom 20. Mai 2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) - = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#) und vom 27. Juni 2007 - [B 6 KA 38/06 R](#) -), vermag der Senat jedenfalls derzeit nicht zu bejahen. Ein Versicherter, der nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen will, ist gehalten, vor Beginn der Behandlung sich mit der Krankenkasse nach den in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des vertragsärztlichen Systems zu erkundigen, um so der Krankenkasse Gelegenheit zu geben, ihm Behandlungsalternativen aufzuzeigen (BSG, Urteile vom 20. Mai 2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) - = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#) und vom 27. Juni 2007 - [B 6 KA 38/06 R](#) -). Die Antragsgegnerin hat der Antragstellerin eine Behandlungsalternative genannt. Sie hat ihr einen an ihrem jetzigen Wohnort niedergelassenen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Dr. D. für die weitere ambulante Behandlung benannt, der auch bereit ist, die ambulante Behandlung ohne Wartezeit fortzusetzen. Es ist nicht ersichtlich, dass die Behandlung bei Dr. D. von vornherein zum Scheitern verurteilt ist. Es wurde nicht einmal der Versuch unternommen, die Behandlung bei Dr. D. zu beginnen. Die enge Zusammenarbeit, wie sie Dr. R.-K. nach den Angaben der Antragstellerin mit dem bisherigen Behandlern in W. pflegte, kann auch mit dem von der Antragsgegnerin genannten Behandler Dr. D. erfolgen. Dr. R.-K. kann diesen umfassend und genau über das Krankheitsbild der Antragstellerin sowie den bisherigen (ambulanten und stationären) Behandlungsverlauf unterrichten. Zu berücksichtigen ist insoweit auch, dass ein Wechsel des Behandlers erst wegen des Umzugs der Klägerin nach Esslingen notwendig geworden ist.

3. Da die Antragsgegnerin der Antragstellerin eine Behandlungsalternative aufgezeigt hat, besteht auch kein Anordnungsgrund.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#).

Dieser Beschluss ist mit der (weiteren) Beschwerde nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-12-23