

L 11 KR 1414/14 ER-B

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 27 KR 759/14 ER

Datum

04.03.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 1414/14 ER-B

Datum

22.04.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 04.03.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt die Übernahme von Kosten für eine ambulante Psychotherapie bei einer nicht zugelassenen Diplom-Psychologin.

Die 1988 geborene Antragstellerin ist seit 08.07.2013 bei der Bundesagentur für Arbeit versicherungspflichtig beschäftigt und bei der Antragsgegnerin pflichtversichert. Vom 30.09. bis 04.12.2013 wurde die Antragstellerin bei den Kreiskliniken E. gGmbH, Klinik P., wegen einer mittelgradigen depressiven Episode und Bulimie stationär behandelt; die Behandlung wurde von der Antragstellerin abgebrochen. Vom 21.01. bis 04.03.2014 nahm die Antragstellerin an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme der Rentenversicherung teil. Derzeit bezieht sie Krankengeld.

Am 18.12.2013 beantragte die Antragstellerin die Übernahme der Kosten für eine zeitlich unbeschränkte private ambulante Psychotherapie bei Dipl-Psych I., die keine Zulassung besitzt. Beigefügt war dem Antrag eine Dringlichkeitsbescheinigung der Klinik P. vom 29.11.2013 sowie eine Auflistung der von der Antragstellerin telefonisch kontaktierten Psychotherapeuten mit Angaben der Wartezeiten (mindestens drei Monate, teilweise auch länger). Die Antragstellerin führte aus, sie habe bereits vor dem Krankenhausaufenthalt 2013 bei Dipl- Psych I. vier Termine wahrgenommen, es habe sich ein gutes Vertrauensverhältnis aufgebaut.

Mit Bescheid vom 19.12.2013 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Es bestehe die Möglichkeit, dass die Antragstellerin bis zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme durch die psychiatrische Institutsambulanz betreut werden könne. Ab dem 01.01.2014 könne sie sich in den AOK-Facharztvertrag einschreiben lassen und erhalte dann sehr schnell einen Termin bei einem der teilnehmenden Psychotherapeuten.

Mit Widerspruch vom 22.12.2013 führte die Antragstellerin aus, die Institutsambulanz sehe nur eine Therapiestunde vor, bis der Patient einen Therapeuten gefunden habe. Die Antragstellerin befinde sich in einer akuten Notlage. Der Fortgang der Therapie würde durch einen Therapeutenwechsel nur unnötig unterbrochen. Am 15., 17. und 20.01.2014 fanden Therapiesitzungen bei Dipl-Psych I. statt, die der Antragstellerin hierfür 248,88 EUR in Rechnung stellte (Rechnung vom 01.02.2014). Diese Rechnung ist bereits bezahlt.

Die Antragsgegnerin veranlasste eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Dr S. vom MDK führte unter dem 24.01.2014 aus, es bestehe eine medizinische Indikation für eine Verhaltenstherapie. Auch könne davon ausgegangen werden, dass Dipl-Psych I. äquivalent fachlich qualifiziert sei. Nach den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung sei die Versorgung regional gesichert; ob gleichwohl keine Therapieplätze zur Verfügung stünden, sei von der Krankenkasse selbst zu überprüfen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.01.2014 wies die Antragsgegnerin den Widerspruch zurück. Psychotherapie durch nicht zugelassene Behandler sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (unter Hinweis auf Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen, 26.10.2006, [L 16 B 50/06 KR ER](#)).

Am 14.02.2014 hat die Antragstellerin deswegen Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben, die dort unter dem Az S 27 KR 895/14 anhängig ist.

Am 11.02.2014 hat die Antragstellerin beim SG im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Kostenübernahme für eine zeitlich unbeschränkte Psychotherapie bei Dipl-Psych I. beantragt. Sie habe den Krankenhausaufenthalt wegen unzumutbarer Umstände abgebrochen und sich bis zum Beginn der Reha-Maßnahme um einen Therapieplatz bei einem zugelassenen Therapeuten bemüht. Lediglich die nicht zugelassene Dipl-Psych I. habe ihr sofortige Therapiestunden anbieten können. Die Therapie sei notwendig und unaufschiebbar gewesen. Aufgrund des fortgeschrittenen Therapieverlaufs wolle die Antragstellerin die Behandlung auch dort weiterführen nach Ende der Reha. Eilbedürftigkeit bestehe wegen des zeitnahen Endes der Reha-Maßnahme.

Mit Beschluss vom 04.03.2014 hat das SG den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Zur Begründung hat es gestützt auf [§ 86b Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ausgeführt, für die in der Vergangenheit angefallenen Kosten iHv 248,88 EUR bestehe kein Anordnungsgrund. Es sei der Antragstellerin zumutbar, den Ausgang des Klageverfahrens abzuwarten. Auch für die Zukunft komme eine Übernahme der Kosten durch die Antragsgegnerin nicht in Betracht, es fehle der Anordnungsanspruch. Da die Antragstellerin von ihrem Wahlrecht nach [§ 13 Abs 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) keinen Gebrauch gemacht habe, habe sie Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung als Sachleistung. Diese werde gemäß [§ 28 Abs 3 SGB V](#) durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) durchgeführt. Dipl-Psych I. habe keine Zulassung iSv [§ 95 SGB V](#). Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer komme nur nach Maßgabe des [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) in Notfällen in Betracht. Ein solcher liege hier nicht vor. Zum einen stehe noch nicht fest, ob die Antragstellerin auch nach der Rehabilitation auf sofortige Weiterbehandlung durch einen Psychotherapeuten angewiesen sei und zum anderen könne nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Dipl-Psych M. die Behandlung nach einer Wartezeit von nur zwei bis drei Wochen beginnen. Kümmere sich die Antragstellerin hierum, könnte die Weiterbehandlung fast nahtlos an die Entlassung aufgenommen werden. Die Antragstellerin könne sich nicht auf das bereits aufgebaute Vertrauensverhältnis zu ihrer Therapeutin berufen. Der Wechsel zu einem neuen Therapeuten sei ein alltäglicher Vorgang. Eine Versorgungslücke können nicht festgestellt werden. Auch ein Anordnungsgrund sei nicht glaubhaft gemacht worden, da die Antragstellerin als Beschäftigte der Agentur für Arbeit S. über ein regelmäßiges Einkommen verfüge und so davon auszugehen sei, dass sie die Kosten für die Behandlung zunächst selbst tragen könne, jedenfalls bis ein zugelassener Therapeut gefunden sei.

Hiergegen richtet sich die am 20.03.2014 eingelegte Beschwerde der Antragstellerin. Sie macht geltend, derzeit monatlich 1.252,50 EUR Krankengeld zu erhalten. Ihre monatlichen Festkosten beliefen sich auf 677,34 EUR, so dass nur ein äußerst geringer Betrag für die Lebenshaltung verbleibe. Sie könne daher nicht die Kosten für Dipl-Psych I. vorstrecken. Die Dringlichkeit der Behandlung habe die Antragstellerin bereits belegt (unter Hinweis auf die Ausführungen von Dipl-Psych I. im Antrag auf Kostenübernahme im Kostenerstattungsverfahren vom 21.01.2014). Auch im Entlassungsbericht der Reha-Klinik sei ausgeführt worden, dass als weiterführende Therapiemaßnahme die Fortsetzung der begonnenen Psychotherapie empfohlen werde. Dipl-Psych M. habe der Bevollmächtigten der Antragstellerin auf Anfrage am 05.03.2014 mitgeteilt, dass er erst Anfang April abschätzen könne, inwieweit dann eine Therapie begonnen werden könne; garantieren könne er dies jedoch nicht. Der Wechsel eines Therapeuten sei auch keineswegs ein alltäglicher Vorgang. Die Antragstellerin sei nach der Entlassung aus der Klinik P. in größter Not gewesen, da sie dringend einen Therapieplatz gebraucht habe. Bei zugelassenen Therapeuten habe sie ausschließlich Absagen oder einen Verweis auf immens lange Wartezeiten erhalten. Nachdem sie bei Dipl-Psych I. einen schnellen Termin habe vereinbaren können, habe sie davon abgesehen, einen Termin bei einem zugelassenen Therapeuten für in drei Monaten zu vereinbaren.

Die Antragstellerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 04.03.2014 aufzuheben und die Antragsgegnerin zu verpflichten, die bereits angefallenen Kosten für psychotherapeutische Behandlung durch Dipl-Psych I. zu erstatten und künftig anfallende Kosten zu übernehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 04.03.2014 zurückzuweisen.

Der Beschluss des SG sei nicht zu beanstanden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Antragsgegnerin Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde hat keinen Erfolg.

Die gemäß [§ 173 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde ist statthaft ([§ 172 Abs 1, Abs 3 Nr 1 SGG](#)) und damit zulässig, in der Sache aber nicht begründet. Das SG hat den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zu Recht abgelehnt.

Nach [§ 86b Abs 2 Satz 1 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache, soweit nicht ein Fall des Abs 1 vorliegt, eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Satz 2). Vorliegend kommt nur eine Regelungsanordnung nach [§ 86b Abs 2 Satz 2 SGG](#) in Betracht. Die Antragstellerin verlangt die Erstattung der bereits angefallenen Kosten für ambulante Psychotherapie und die künftige Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die nicht an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Dipl-Psych I. ...

Der Erlass einer einstweiligen Anordnung verlangt grundsätzlich eine wenigstens summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der

Hauptsache sowie die Erforderlichkeit einer vorläufigen gerichtlichen Entscheidung. Die Erfolgsaussicht des Hauptsacherechtsbehelfs (Anordnungsanspruch) und die Eilbedürftigkeit der angestrebten einstweiligen Regelung (Anordnungsgrund) sind glaubhaft zu machen (§ 86b Abs 2 Satz 4 SGG iVm § 920 Abs 2 der Zivilprozessordnung (ZPO)); dabei sind die insoweit zu stellenden Anforderungen umso niedriger, je schwerer die mit der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes verbundenen Belastungen - insbesondere mit Blick auf ihre Grundrechtsrelevanz - wiegen (vgl Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 25.07.1996, 1 BvR 638/96, NVwZ 1997, 479; BVerfG 12.05.2005, 1 BvR 569/05, NVwZ 2005, 927 = Breithaupt 2005, 803). Maßgebend für die Beurteilung der Anordnungsvoraussetzungen sind regelmäßig die Verhältnisse im Zeitpunkt der gerichtlichen Eilentscheidung.

Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren sollen überdies nur diejenigen Mittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Behebung einer aktuellen, dh noch gegenwärtigen Notlage erforderlich sind. Nur ausnahmsweise, wenn die Nichtgewährung der Leistung in der Vergangenheit in die Gegenwart fortwirkt und infolgedessen eine aktuelle Notlage besteht, kann von diesem Grundsatz eine Ausnahme gemacht werden. Bei Geldleistungen, die ausschließlich für die Vergangenheit begehrt werden, fehlt deshalb idR der Anordnungsgrund (LSG Nordrhein-Westfalen 02.10.2013, L 19 AS 1521/13 B ER, L 19 AS 1522/13 B, juris; SächsLSG 31.01.2008, L 3 B 465/07 AS-ER, juris; st Rspr des Senats speziell für Krankengeld, vgl zuletzt Beschluss vom 10.02.2014, L 11 KR 122/14 ER-B, mwN).

Vor diesem Hintergrund besteht schon kein Anordnungsgrund für die in der Vergangenheit angefallenen Kosten iHv 248,88 EUR für die Behandlungen im Januar 2014. Diese Kosten sind - wie aus den vorgelegten Kontoauszügen erkennbar - bereits bezahlt und eine fortwirkende Notlage aufgrund dieser Zahlung ist weder ersichtlich noch geltend gemacht. Insoweit ist es der Antragstellerin ohne Weiteres zumutbar, das Ergebnis des Klageverfahrens abzuwarten.

Hinsichtlich der Übernahme der Kosten für weitere Behandlungen bei Dipl-Psych I. nach Ende der Reha-Maßnahme besteht indes kein Anordnungsanspruch.

Grundsätzlich haben Versicherte - wie die Antragstellerin - nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V 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 ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V). Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird ua durch psychologische Psychotherapeuten durchgeführt, soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind (§ 28 Abs 3 Satz 1 SGB V). Letzteres ist bei Dipl-Psych I. unstreitig nicht der Fall. Sie ist zwar nach den Vorschriften des Psychotherapeutengesetzes approbiert, verfügt aber über keine Zulassung. Die Antragstellerin hat daher keinen Anspruch auf Gewährung der Behandlung durch Dipl-Psych I. als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Voraussetzungen für den insoweit allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V liegen nicht vor. Danach gilt: 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. Die Vorschrift ersetzt einen Sachleistungsanspruch durch einen Kostenerstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine Leistung wegen ihrer Dringlichkeit nicht mehr rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht abgelehnt hat. In anderen Fällen selbstbeschaffter Leistungen besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse. Die Regelung des § 13 Abs 3 S 1 SGB V will Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Naturalleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Naturalleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke besteht. Eine Versorgungslücke besteht nicht, wenn der Versicherte eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann, aber nicht will (zum Ganzen Bundessozialgericht (BSG) 03.07.2012, B 1 KR 6/11 R, BSGE 111, 137). Wenn allerdings die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstbeschaffung durch den Versicherten erzwingt, so ziehen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung (vgl BSG 11.09.2012, B 1 KR 3/12 R, BSGE 111, 289 = SozR 4-2500 § 27 Nr 23); der Leistungserbringer muss jedoch die entsprechende Qualifikation zur Ausübung der Heilkunde besitzen (BSG 20.02.2004, B 1 KR 10/03 B, juris).

Eine derartige Versorgungslücke bestand jedenfalls für die hier maßgebende Zeit nach Ende der Reha-Maßnahme nicht. Die Antragstellerin hätte sich nach Ende der stationären Behandlung Anfang Dezember 2013 ohne Weiteres auf die Warteliste bei zugelassenen Therapeuten setzen lassen können. Selbst eine dreimonatige Wartezeit wäre nach Ende der Reha abgelaufen gewesen. Insoweit kann dahinstehen, ob die Wartezeit bei Dipl-Psych M., wie von der Kassenärztlichen Vereinigung angegeben, 2 bis 3 Wochen oder doch eher mindestens einen Monat beträgt. Dem steht nicht entgegen, dass bereits ein Vertrauensverhältnis zu Dipl-Psych I. bestand aufgrund der Behandlung im Sommer 2013. Ansonsten könnten im Bereich der Psychotherapie die Grenzen der Sachleistung durch die Beschränkung auf zugelassene Leistungserbringer stets dadurch unterlaufen werden, dass einige wenige Therapiesitzungen privat bezahlt werden und anschließend ein besonderes Vertrauensverhältnis geltend gemacht wird. In diesem Zusammenhang ist hier deutlich erkennbar, dass die Antragstellerin bereits zu einem frühen Zeitpunkt auf die Leistungserbringung durch Dipl-Psych I. festgelegt war. Die Antragsgegnerin hatte im Widerspruchsverfahren angeboten, sich um einen Therapieplatz bei einem zugelassenen Therapeuten zu kümmern und für die Zeit zwischen den stationären Behandlungen eine Kulanzlösung in Aussicht gestellt (Aktenvermerk Blatt 44). Die Antragstellerin beharrte jedoch auf einer Behandlung durch Dipl-Psych I. auch für die Zukunft. Unter diesen Umständen besteht nach alledem kein Anspruch auf Kostenübernahme nach § 13 Abs 3 SGB V.

Ob dies auch für die Zeit zwischen stationärer Behandlung und stationärer Rehabilitation gilt, kann im einstweiligen Rechtsschutz offenbleiben, da insoweit kein Anordnungsgrund besteht. Dipl-Psych I. hatte in ihrem Antrag auf Kostenübernahme vom 21.01.2014 (Blatt 35 der Akte S 27 KR 895/14) neben 45 Sitzungen als Anschlussbehandlung nach Reha auch drei Sitzungen zur Abwendung einer psychischen Dekompensation geltend gemacht. Es bleibt daher der Klärung im Hauptsacheverfahren überlassen, ob die Antragsgegnerin im Januar 2014 insoweit eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei einem zugelassenen Leistungserbringer hätte gewährleisten können.

Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung von § 193 SGG.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-05-05