L 6 VG 4941/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 26 VG 1055/10
Datum
21.10.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 VG 4941/14
Datum
25.08.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Im gesetzlichen Auftragsverhältnis zwischen dem Träger der Versorgungsverwaltung und der Krankenkasse des Geschädigten fehlt der Feststellungsklage des Versorgungsträgers regelmäßig das Rechtsschutzbedürfnis.
2. Sofern der Versorgungsträger Leistungen der Heilbehandlung anstelle der im Rahmen der Auftragsverwaltung an sich zuständigen Krankenkasse erbringt, ohne sich einen Rückgriff gegen sie vorzubehalten, kann er keine Erstattungs- oder Schadensersatzansprüche geltend machen.
3. Erbringt die Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers ambulante Psychotherapie, gelten die Vorschriften des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere die Vorschriften der Psychotherapie-Richtlinie.

L 6 VG 4941/14

S 26 VG 1055/10

Im Namen des Volkes Urteil

Der 6. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart hat ohne mündliche Verhandlung am 25.08.2016 für Recht erkannt: Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. Oktober 2014 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die beklagte Krankenkasse im Rahmen der Auftragsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) für die Gewährung psychotherapeutischer Behandlung der Beigeladenen zuständig ist.

Die 1956 geborene Beigeladene wurde als jüngere von zwei Geschwistern (ihr Bruder ist 9 Jahre älter als sie) am B. geboren. Nach der Geburt gab die Mutter der Beigeladenen ihre Berufstätigkeit auf. Die Beigeladene erwarb den Realschulabschluss und absolvierte von 1971 bis 1973 eine Ausbildung als medizinisch-technische Assistentin. Bis 1976 arbeitete sie in ihrem Ausbildungsberuf in einer Arztpraxis. Seitdem war sie als Sekretärin in einer psychologischen Beratungsstelle in Freiburg tätig. 22 Jahre später wechselte sie als Sachbearbeiterin im Bereich Parkraumbewirtschaftung ins Tiefbauamt. Sie ist ledig und hat keine Kinder. 2004 nahm sie den Namen ihrer Großmutter an (Urkunde der Stadt Freiburg vom 9. August 2004).

1978 nahm die Beigeladene eine psychoanalytische Behandlung auf. In deren Verlauf äußerte sie Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, beginnend ab ihrem ersten Lebensjahr. Diese betrafen zunächst ihren Bruder, mit dem sie während der Kindheit ein Zimmer geteilt hatte. Die Beigeladene teilte während der Therapie mit, ihr Bruder habe sich jeden Sonntag von ihr befriedigen lassen und später auch den Geschlechtsverkehr mit ihr vollzogen. Später habe er sie dazu gezwungen, auch ältere Freunde mit der Hand sexuell zu befriedigen. Im weiteren Verlauf kamen der Beigeladenen auch Erinnerungen an Missbräuche durch ihre Eltern. Nach dem späteren Bericht des Psychiaters Dr. W. vom 21. Juli 2004 tauchten diese Erinnerungen erstmals im Jahre 1993 auf. Die Beigeladene gab hierzu an, sie habe auch ihren Vater

und ihre Mutter mit den Händen befriedigen müssen. Zeitweise habe sie zwischen den Eltern im Ehebett schlafen müssen, bei dieser Gelegenheit habe sie ihre Mutter mithilfe ihrer Hände befriedigt und gleichzeitig habe ihr Vater mit ihr Analverkehr gehabt (vgl. auch Bericht des Psychotherapeuten Dr. K. H. vom 10. August 2004). Der Therapeut erachtete die Angaben nur angesichts der Art und Schwere der Erkrankung (andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung als Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung [PTBS]) für glaubhaft.

Seit 2000 war die Beigeladene arbeitsunfähig erkrankt. Die Beklagte, die gesetzliche Krankenversicherung der Beigeladenen, bewilligte ihr auf ihren Antrag vom 3. Januar 2001 zunächst eine Kurztherapie mit 25 Psychotherapie-Stunden (Bescheid vom 3. Januar 2001), wandelte diese auf Antrag in eine Langzeittherapie mit 135 Therapiestunden um (Bescheid vom 10. April 2001) und bewilligte auf einen Verlängerungsantrag hin weitere 80 Therapiestunden (Bescheid vom 6. März 2003). Hiervon absolvierte sie bis zum 12. Mai 2003 161 Stunden analytischer Einzeltherapie, die nicht zu einer "entscheidenden Besserung geführt" hatte (Bericht des Behandlers Dr. K. vom 10. August 2004). Sodann wurde eine stationäre Behandlung notwendig, die vom 19. Juni bis 31. Juli 2003 in der Klinik F. zu Lasten der Rentenversicherung durchgeführt wurde. Dort äußerte sie unverrückbar den Wunsch nach einer Dauerberentung. Aus jener stationären Rehabilitation wurde sie mit dem Bemerken entlassen, bei konsequenter psychotherapeutischer Behandlung werde bei vorhandenen Ressourcen voraussichtlich in drei bis sechs Monaten Arbeitsfähigkeit erreicht werden (Entlassungsbericht vom 5. August 2003). Nach ihrer Entlassung wurde ein Behandlerwechsel notwendig. Deswegen übertrug die Beklagte auf Antrag der Beigeladenen das Restkontingent der bewilligten Psychotherapie von noch 75 Stunden auf Dr. K. (Bescheid vom 25. April 2004). Bei diesem war die Beigeladene ab Herbst 2003 in Behandlung (Bericht vom 27. August 2003). Eine Besserung ist nicht eingetreten.

Inzwischen bezieht die Beigeladene eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, die zunächst befristet war und nunmehr unbefristet geleistet wird. Im Zusammenhang mit dem Rentenantrag führte die Neurologin und Psychiaterin Dr. H. aus, sie könne sich nicht des Eindrucks erwehren, die Beigeladene sei durch ihre langjährige psychotherapeutische Behandlung in ihre Symptome getrieben worden, die Probleme seien chronifiziert und fixiert worden (Gutachten vom 16. Juli 2004).

Am 4. Dezember 2003 beantragte die Beigeladene bei dem Kläger die Gewährung von Beschädigtenversorgung, wobei sie angab, der Missbrauch habe mit eineinhalb Jahren begonnen und bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres stattgefunden. Zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr bestehe eine Amnesie. Der Kläger ließ die Beigeladene nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen versorgungsärztlich begutachten. Die Neurologin und Psychiaterin Dr. B. diagnostizierte eine Persönlichkeitsstörung im Sinne der Entstehung mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten, die mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 80 vom Hundert (v. H.) zur Anerkennung vorgeschlagen werde. Dem schloss sich Versorgungsärztin OMR Dr. L. an. Mit Erst-Anerkennungsbescheid vom 19. April 2005 erkannte der Kläger, ohne zuvor eine der beschuldigten, noch lebenden Personen zu den Missbrauchsvorwürfen angehört zu haben, eine Persönlichkeitsstörung an, hervorgerufen durch schädigende Einwirkungen im Sinne des § 1 Opferentschädigungsgesetz (OEG), mit einer MdE von 90 v. H. unter Berücksichtigung der besonderen beruflichen Betroffenheit in Höhe von 10 v. H. Gleichzeitig bewilligte der Kläger der Beigeladenen Heilbehandlung nach den Vorschriften der §§ 10 bis 24 BVG.

Mit Schreiben vom 20. April 2005 unterrichtete der Kläger die Beklagte von dem Anspruch auf Heilbehandlung nach dem BVG. Die Beklagte teilte mit Bescheid vom 28. September 2005 gegenüber der Beigeladenen mit, dass diese nunmehr 240 Stunden Psychotherapie in Anspruch genommen habe, somit die Höchstzahl der zu bewilligenden Stunden ausgeschöpft sei. Weitere Kosten könnten erst nach einer Behandlungspause von mindestens zwei Jahren übernommen werden.

Hierauf wandte sich der Behandler, Dr. K., mit Schreiben vom 20. Oktober 2005 an den Kläger mit der Bitte um Bewilligung von 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, da das bislang genutzte genehmigte Kontingent seitens der Beklagten auslaufe. Der Kläger holte eine versorgungsärztliche Stellungnahme bei OMR Dr. L. ein, die ausführte, sie befürworte weitere 40 Therapiestunden, danach solle ein Bericht über den Behandlungsverlauf/-erfolg erbeten werden. Auf dieser Grundlage bewilligte der Kläger der Beigeladenen mit Bescheid vom 22. November 2005 zunächst 40 Psychotherapie-Stunden mit einem Therapiemodus von einmal wöchentlich, wovon auch die Beklagte unterrichtet wurde (Schreiben vom 13. Dezember 2005). Die Behandlungspause sei medizinisch nicht indiziert, die Leistungen seien kraft Auftrags zu erbringen, wobei sich der Kostenersatz nach §§ 19, 20 BVG richte, so dass der Erstattungsanspruch pauschal abgegolten werde; hinzu komme noch ein Verwaltungskostenanteil.

Die Beigeladene machte mit ihrem dagegen erhobenen Widerspruch geltend, es sei unbegreiflich, wieso Therapiestunden in einem eingeschränkten Umfang bewilligt würden und erteilte zugleich eine eingeschränkte Schweigepflicht-Entbindung. Die Beklagte wandte sich ebenfalls gegen eine weitere Kostenübernahme von Psychotherapie, da nach den Psychotherapie-Richt¬linien eine weitere Kostenübernahme nur nach einer Behandlungspause von mindestens zwei Jahren möglich sei (Schreiben vom Januar 2006). Auf Nachfrage teilte der Psychotherapeut Dr. K. mit, er habe wegen Zuspitzung der gesundheitlichen Situation und Aufbrechens der früheren Traumatisierungsthematik ab Herbst 2005 die Behandlungsfrequenz auf zwei Stunden wöchentlich angehoben, er beantrage nunmehr zusätzlich 160 Stunden tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit einer Frequenz von zweimal wöchentlich (Schreiben vom 13. Februar 2006). Versorgungsärztin Dr. M. führte hierzu aus, im September 2005 sei es bei der Beigeladenen durch Inanspruchnahme auf Elternunterhalt zu einer wesentlichen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mit Aufbrechen der früheren Traumatisierungsthematik und demzufolge anhaltender Destabilisierung gekommen. Zeitgleich sei das bewilligte Psychotherapie-Kontingent der Beklagten ausgelaufen. Therapieziele seien die bessere Alltagsbewältigung, Verbesserung im Umgang mit Albträumen und Intrusionen bzw. Bewältigung dieser Symptomatik, Umgang mit Lebens- und Re-Traumatisierungsängsten, Stabilisierung der zahlreichen somatischen und psychosomatischen Aspekte, Stabilisierung von Selbstwert- und Kompetenzgefühlen sowie Prophylaxe von Insuffizienzgefühlen und Erhalt der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Es sei aus versorgungsmedizinischer Sicht nachzuvollziehen, dass die Notwendigkeit einer Therapiefrequenz mit zwei Sitzungen pro Woche gegeben sei. Es werde zunächst empfohlen, 80 Stunden einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zu bewilligen.

Gestützt hierauf bewilligte der Kläger der Beigeladenen mit Bescheid vom 22. März 2006 "anstelle" der Beklagten 80 mal Psychotherapie als ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung mit einem Therapiemodus von zweimal wöchentlich. Die Entscheidung vom 22. November 2005 werde insoweit aufgehoben. Hierauf wandte sich der behandelnde Psychotherapeut Dr. K. an den Kläger und machte eine Kostenerstattung in Höhe von 74,20 EUR pro Stunde geltend, nachdem zuvor die Beklagte mitgeteilt hatte, dass der kassenübliche Vergütungssatz bei einer privaten Psychotherapie-Stunde 51,90 EUR betrage (Schreiben vom 9. März 2006).

Auch gegen diesen Bewilligungsbescheid erhob die Beigeladene Widerspruch und machte geltend, ihr seien insgesamt 120 Psychotherapie-Stunden zu gewähren. OMR Dr. L. unterrichtete daraufhin die klägerische Bevollmächtigte darüber, dass die Krisenintervention mit Extrastunden nicht beliebig verlängert werden könne und bis einschließlich 21. August 2006 genehmigt werde, danach müsse ab 1. September 2006 wieder zu einem normalen einmal wöchentlichen Takt übergeleitet werden. Hierauf wandte sich Dr. K. mit Schreiben vom 9. August 2006 erneut an den Kläger und machte geltend, die Beigeladene sei unter dem Dauerstress schwer erkrankt (fraglicher Re-Infekt Tuberkulose und kleiner Unfall mit Außenbandruptur). Trotzdem sei sie mit der Aufarbeitung ihrer langjährigen schweren Traumatisierung im frühen Kindesalter beschäftigt und habe einen gewissen Teil der eingetretenen Verschlechterung ausgleichen können. Der Charakter der Behandlung werde sich voraussichtlich weiter ändern, so dass ein Raum entstehe, um in die biographisch re-orientierte Behandlung überzuleiten. Mit weiterem Bescheid vom 16. August 2006 bewilligte der Kläger daraufhin weitere 50 mal Psychotherapie als ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung mit einem Therapiemodus von einmal wöchentlich ab 1. September 2006 "anstelle der" Beklagten. Auch hiergegen erhob die Beigeladene Widerspruch mit dem Begehren, einen Therapiemodus von zweimal wöchentlich zu gewähren.

Der Kläger holte eine weitere versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. B. ein, die am 16. Dezember 2006 ausführte, die übliche Behandlungsfrequenz betrage eine Stunde wöchentlich, Abweichungen seien nur in begründeten Fällen möglich. Die durch die Forderung von Elternunterhalt eingetretene Krise dürfte inzwischen bewältigt sein, auch bestehe schon seit längerem keine Ungewissheit mehr bezüglich der Kostenübernahme weiterer psychotherapeutischer Behandlung. Dem Bericht von Dr. K. sei nicht zu entnehmen, in welchem Ausmaß eine Stabilisierung des psychischen Zustandes hätte erreicht werden können. Ggf. müsse auch eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden. Alternativ könne mit einer reduzierten Stundendauer von 25 Minuten zweimal wöchentlich gearbeitet werden. Die Fortsetzung der Behandlung mit einer Frequenz von zwei Wochenstunden könne aus ärztlicher Sicht nicht empfohlen werden. Hierauf äußerte sich Dr. K. erneut, ein komplexes traumtherapeutisches Thema könne nicht in zweimal 25 Minuten pro Woche bearbeitet werden. In dem knappen Jahr hätten kaum verlässliche Rahmenbedingungen bestanden. Dr. B. wertete dies aus und stellte fest, dass es an einer Begründung der weiteren Notwendigkeit einer Therapiefrequenz von zwei Wochenstunden und einem Behandlungsplan bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens fehle (Stellungnahme vom 22. November 2006).

Nachdem Dr. K. - nach anfänglicher Weigerung - weitere Behandlungsberichte einreichte, befürwortete Dr. B. 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit einer Stundenfrequenz von zwei Sitzungen wöchentlich. Mit Bescheid vom 13. Februar 2007 bewilligte der Kläger 130 Therapiestunden zweimal wöchentlich ab 1. September 2006 "anstelle" der Beklagten.

Mit Schreiben vom 22. Oktober 2007 wandte sich Dr. K. erneut an die Klägerin, mit der Bitte um Bewilligung weiterer Therapiestunden und machte geltend, die Beigeladene habe sich im Dezember 2006 einer Grauen Star-Operation unterziehen müssen, kurz nach Ostern 2007 habe sie vom Tod ihres Vaters durch ihren Bruder erfahren und Mitte Juli 2007 sei eine Spinalkanalverengung diagnostiziert worden. Es falle der Beigeladenen schwer zu akzeptieren, dass fortgesetzter Missbrauch und schwere körperliche Misshandlung auch im "physischen" Körper besondere Empfindlichkeiten und Spuren/Schäden hinterlassen habe. Zusätzlich sei im September 2007 eine weitere Graue Star-Operation angefallen, dieses Mal am linken Auge, auch müsse ihre Gallenblase entfernt werden. Dies werde somatisch angegangen. Mit Bescheid vom 14. November 2007 bewilligte der Kläger daraufhin 80 Therapiestunden zweimal wöchentlich.

Parallel dazu wandte sich der Kläger über das Ministerium für Arbeit und Soziales an das Bundesversicherungsamt (BVA), der Aufsichtsbehörde der Beklagten. Die Beklagte legte dem BVA das Gutachten von Dr. B. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK, Kompetenz-Zentrum Psychiatrie/Psychotherapie) vom 17. Juni 2008 vor. Dr. B. hatte erfolglos versucht, bei Dr. K. aussagekräftige Berichte und Unterlagen zu erhalten. Daraufhin führte sie in dem genannten Gutachten aus, dass die analytische Therapie schwerpunktmäßig strukturzentriert und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie konfliktzentriert arbeite. Der Leistungsumfang der analytischen Psychotherapie betrage 160 Stunden, in besonderen Fällen 240 Stunden, der der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liege bei 50 Stunden, in besonderen Einzelfällen bei 80 Stunden. Eine Überschreitung sei nur dann zulässig, wenn mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden könne, aber begründete Aussicht darauf bestehe, dass dies grundsätzlich noch möglich sei. Die Höchstgrenze liege bei 300 Stunden bei analytischer Psychotherapie. Bereits über diesen vorgegebenen Rahmen hinaus habe die Beklagte an die Beigeladene geleistet. In der internationalen Literatur gebe es keinen Hinweis darauf, dass eine lebenslange Psychotherapie notwendig und wirksam sei. Auch der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie sei im Januar 2008 zu dem Ergebnis gelangt, dass eine Wirksamkeit der beiden Psychotherapie-Verfahren nur bis zu einer Dauer von 100 Stunden belegt sei. Deswegen könne medizinisch eine Leistungsbewilligung über den Höchstumfang hinaus nicht begründet werden.

Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 11. März 2009 mit, sie lehne weiterhin eine Kostenübernahme über den bereits bewilligten Behandlungsumfang von 240 Stunden ab. Das BVA führte aufsichtsrechtlich mit Schreiben vom 31. März 2008 aus, dem Grunde nach sei die Versorgungsverwaltung für die Leistungserbringung zuständig, was auch eigenständig erfolgen könne. Im Normalfall werde analytische Psychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien bis zu 160 Stunden im Normalfall erbracht; in besonderen Fällen bis zu 240 Stunden. In der Regel könne innerhalb dieses Zeitraums ein Behandlungserfolg erwartet werden. Die Psychotherapie-Richtlinien begrenzten allerdings den Leistungsumfang nicht zwingend auf 240 Stunden, sondern im Einzelfall könne eine Behandlungsbedürftigkeit über diese Grenze hinaus bestehen. Nach den Psychotherapie-Richtlinien könne auch die Höchstgrenze von - hier - 300 Stunden in Einzelfällen überschritten werden. Ob die Voraussetzungen hierfür vorlägen, habe durch das BVA nicht ermittelt werden können. Weitere Untersuchungen seien nicht möglich und würden die Beigeladene gefährden. Es werde daher im Rahmen einer einvernehmlichen Lösung darum gebeten, dass der Kläger diese Leistungen erbringe.

Am 14. Mai 2009 beantragte Dr. K. zur Bewältigung und Überwindung neu hinzugetretener körperlicher Erkrankungen sowie den damit in Verbindung stehenden psychischen Belastungszuständen im Sinne der Reaktivierung alter Traumata mit einer neuen Phase der psychotherapeutischen Bearbeitung weitere 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit der Frequenz von zweimal wöchentlich. Dr. B. führte in ihrer Stellungnahme vom 10. Juli 2009 aus, der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie habe keinesfalls dargelegt, dass Langzeitbehandlungen nicht zu erstatten seien. Bei der Beigeladenen gehe es um Minderung und Verhütung von Verschlimmerungen von Krankheitssymptomen. OMR Dr. L. empfahl bei deutlicher Stabilisierungstendenz der seelischen Störungen und insbesondere zur Bearbeitung der Schädigungsfolgen die Fortsetzung der Psychotherapie in dem beantragten Umfang. Hierauf bewilligte der Kläger der Beigeladenen 80 Stunden mit einer Behandlungsfrequenz von zweimal wöchentlich. Auch in diesem Bescheid führte er - wie auch sonst regelmäßig aus - die Bewilligung erfolge "anstelle" der Beklagten (Bescheid vom 22. Oktober 2009).

Am 19. Februar 2010 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) mit dem Begehren erhoben, festzustellen, dass die Beklagte die medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlung der Beigelanden im Rahmen der Auftragsverwaltung zu erbringen hat.

Am 17. Februar 2010 beantragte Dr. K. die Weiterführung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit der Begründung, die Beigeladene habe aufgrund massiver telefonischer Belästigungen unterschiedlicher Art und Weise sowie der Erarbeitung einer Patientenverfügung plötzlich massive Flashbacks erlitten, zusätzlich sei ihre Mutter verstorben, so dass weitere 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit der Frequenz von zweimal wöchentlich erforderlich seien. OMRin Dr. M. führte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 24. März 2010 aus, als großer Fortschritt sei zu bewerten, dass das Trauma bearbeitet werden könne, so dass der Antrag befürwortet werde. Mit Bescheid vom 12. April 2010 bewilligte der Kläger daraufhin - wiederum "anstelle" der Beklagten - 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit einer Behandlungsfrequenz von zweimal wöchentlich. Auch der Fortführungsantrag von Dr. K. vom 15. November 2010 (die jetzige Behandlungsperiode werde gekennzeichnet durch "Trigger" und der Notwendigkeit von Bewältigung und Überwindung dieser Situation) mit weiteren 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit der Frequenz von zweimal wöchentlich 50 Minuten wurde von OMRin Dr. M. befürwortet, da weitere Therapiefortschritte zu verzeichnen seien (versorgungsärztliche Stellungnahme vom 13. Januar 2011), so dass der Kläger mit Bescheid vom 13. Januar 2011 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie "anstelle" der Beklagten gewährte.

Auf den Fortführungsantrag von Dr. K. vom 2. April 2012 (seit über zwei Jahren immer wiederkehrende schwerste Schmerzschübe mit Einschränkung der Gehfähigkeit sowie Umzug in eine neue Wohnung mit weiteren Flashbacks und schwersten Albträumen) führte OMRin Dr. V. aus, durch eine HWS-Operation sei das Gefühl der absoluten Hilflosigkeit als Kind bei Missbrauch durch die Familie reaktiviert worden, so dass aus versorgungsärztlicher Sicht die Weiterführung der Psychotherapie sinnvoll und notwendig sei, allerdings nur mit einer Behandlungsfrequenz von einmal pro Woche, da die Krisenintervention sehr ungewöhnlich sei. Zur Behandlungsbedürftigkeit dürften auch weitere Leiden neben den Schädigungsfolgen führen, die eine annähernd gleichwertige Bedingung darstellten. Mit Bescheid vom 4. Mai 2012 bewilligte der Kläger der Beigeladenen 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit der Frequenz von einmal wöchentlich 50 Minuten. Auf den Widerspruch der Beigeladenen und im Hinblick auf einen anstehenden Therapeutenwechsel befürwortete OMRin Dr. V. nunmehr in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28. Juni 2012, dass die wöchentliche Frequenz selbst bestimmt werden könne. Der Kläger erlies den Teil-Abhilfe-Bescheid vom 29. Juni 2012, wonach bis zum 14. Juni 2013 80 Stunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als kostenfreie Sachleistung nach § 18c Abs. 3 BVG zu erbringen seien, was der Psychotherapeut Dr. K. oder sein behandlungsnachfolgender Psychotherapeut unmittelbar mit der Klägerin abzurechnen habe. Zuzahlungen seien nicht zu leisten. Der aufrechterhaltene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 4. Juli 2012 zurückgewiesen.

Am 6. Juni 2011 hat das SG einen Erörterungstermin durchgeführt.

Auf Nachfrage des SG hat der Kläger angegeben, dass der Beigeladenen durchgängig Psychotherapie erbracht worden sei. Zuletzt seien mit Bescheid vom 31. Januar 2011 "letztmalig" 80 Stunden zweimal wöchentlich bewilligt worden. Ferner hat der Kläger mit Schriftsatz vom 18. März 2013 unter anderem mitgeteilt, die Beigeladene habe die Therapie bei Dr. K. beendet, nach längerer Suche eine neue Therapeutin (G. Sch.) gefunden und dort insgesamt sechs Stunden absolviert, bevor sie Mitte Dezember 2012 zu einer stationären Behandlung aufgenommen worden sei. Mit Bescheid vom 4. Mai 2012 bzw. Teil-Abhilfe-Bescheid vom 29. Juni 2012 seien weitere 80 Stunden Psychotherapie bewilligt worden.

Auf Bitten des SG übersandte die Beigeladene zahlreiche aktuelle medizinische Unterlagen, dar-unter den Entlassungsbericht der Hochgrat-Klinik Wolfsried, Dr. M., vom 7. März 2013 über einen stationären Aufenthalt von Dezember 2012 bis Februar 2013. Die Beigeladene hat, nachdem sie von dem laufenden Rechtsstreit vor dem SG erfahren hat, den Bundes- sowie den Landesbeauftragten für den Datenschutz angerufen. Beide Datenschutzbeauftragte haben ihr mitgeteilt, dass sowohl der Kläger als auch die Beklagte, bevor sie Akten mit medizinischen Daten an die jeweilige Gegenseite oder an das SG hätten übersenden dürfen, die Beigeladene auf ihr Widerspruchsrecht gegen diese Übermittlung hätten hinweisen müssen. Dies sei unterblieben. Die Rechtswidrigkeit der Übermittlung habe zur Folge, dass die Akten auch in dem laufenden Prozess nicht verwendet werden dürften. Diese Beurteilung hat die Beigeladene dem SG mitgeteilt, die behandelnden Ärzte gleichwohl von der Schweigepflicht entbunden und der Beiziehung auch medizinischer Unterlagen durch das SG zugestimmt. Hierbei hat sie allerdings der Übermittlung bestimmter einzelner Unterlagen widersprochen, darunter vor allem des MDK-Gutachtens vom 17. Juni 2008, an den Kläger, die Beklagte oder sonstige Dritte mit Ausnahme eines noch zu bestellenden Gerichtssachverständigen (Schriftsatz und Entbindungserklärung vom 22. Juni 2013, hinsichtlich des MDK-Gutachtens nochmals Schriftsatz vom 18. August 2014).

Der Kläger hat der Beigeladenen mit Bescheid vom 15. Mai 2013 weitere 80 Stunden Psychotherapie bewilligt, nunmehr bei der Dipl.-Psych. Sch ...

Nachdem der vom SG beauftragte Gutachter Prof. Dr. S. erkrankt gewesen ist, hat ihn das SG entbunden. Ein neuer Gutachtenauftrag ist nicht erteilt worden.

Mit Beschluss vom 12. August 2014 hat das SG die B. GEK beigeladen. Diese hat daraufhin ergänzend vorgetragen, sie habe im Herbst 2005, als die ursprünglich bewilligten 240 Stunden nahezu aufgebraucht gewesen seien, sehr wohl mehrfach telefonisch weitere Leistungsanträge bei der Beklagten gestellt. Dies habe unter anderem mit dem Ablehnungsschreiben vom 28. September 2005 reagiert, in dem sie die Beigeladene an das Versorgungsamt verwiesen habe, obwohl sie in dieser Situation einen Vertragsgutachter hätte beauftragen können.

In der mündlichen Verhandlung beim SG am 21. Oktober 2014 hat die Beigeladene mitgeteilt, der Kläger habe ihr im Mai 2014 weitere Psychotherapie bewilligt, sodass die Behandlung nahtlos habe fortgesetzt werden können.

Mit Urteil vom selben Tage hat das SG "festgestellt, dass die Beklagte für die Beigeladene weiterhin die medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Auftragsverwaltung nach § 18c Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 BVG über die 300-Stunden-Grenze hinaus zu erbringen hat", der Beklagten die Kosten des Rechtsstreits mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen auferlegt und - durch Beschluss - den Streitwert auf EUR 5.000,00 festgesetzt.

Das SG hat ausgeführt, die Feststellungsklage sei zulässig. Zwischen Kläger und Beklagter bestehe ein ausreichend konkretes streitiges Rechtsverhältnis, nämlich Inhalt bzw. Ausmaß des Auftragsverhältnisses im konkreten Fall der Beigeladenen. Das berechtigte Feststellungsinteresse des Klägers liege darin, dass die Kostentragung in Streit sei und die Versorgung der Beigeladenen sichergestellt bleiben müsse. Eine denkbare Leistungsklage auf Erstattung habe keinen Vorrang, da davon auszugehen sei, dass die Beklagte auf Grund ihrer Bindung an Recht und Gesetz den Kläger auch ohne Leistungsurteil befriedigen werde und weil nicht zu befürchten sei, dass der Streitfall mit einem Feststellungsurteil nicht endgültig geklärt sei.

In der Sache sei die Beklagte weiterhin im Rahmen der Auftragsverwaltung nach § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG i.V.m. § 93 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Erbringung von Psychotherapie an die Beigeladene zuständig. Zwar seien bei dieser Form der Leistungserbringung die Grundsätze des Krankenversicherungsrechts zu beachten, dazu gehöre letzten Endes auch die Psychotherapie-Richtlinie. Diese sehe in der Tat Höchstgrenzen von z.B. 240 Stunden bzw. im Einzelfall 300 Stunden analytischer Psychotherapie vor. Jedoch gelte das Krankenversicherungsrecht hier nur, soweit das BVG nichts Anderes bestimme. Nach § 18a Abs. 6 BVG erbringe die Versorgungsverwaltung die geschuldeten Leistungen, auch die Heilbehandlung, bis zu dem Tage, an dem ihre Voraussetzungen entfielen. Gestützt hierauf sei in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum BVG (BVGVwV) geregelt, dass im Rahmen der Auftragsverwaltung nach § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG die Verwaltungsbehörde berechtigt sei, Art, Umfang und Dauer der Leistung zu bestimmen. In Zweifelsfällen habe hiernach die Krankenkasse die Entscheidung der Verwaltungsbehörde einzuholen. Dies entspreche den gesetzlichen Vorschriften über die Auftragsverwaltung. Nach § 93 i.V.m. § 89 Abs. 5 SGB X sei der (gesetzliche) Auftraggeber berechtigt, den Beauftragten an seine Rechtsauffassung zu binden. Entsprechend ordne § 18c Abs. 2 Satz 2 BVG an, dass über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der Krankenkasse im Rahmen der Auftragsverwaltung (nicht diese selbst, sondern) die für die Verwaltungsbehörde zuständige Widerspruchsbehörde entscheide. Im vorliegenden Falle habe der Kläger als Verwaltungsbehörde entschieden, dass die Psychotherapie für die Beigeladene fortgesetzt werden müsse, weil sie weiterhin medizinisch indiziert sei. Er habe sich dabei auf die Gutachten von Dr. B. und die Berichte von Dr. K. gestützt. Diese medizinischen Stellungnahmen habe die Beklagte nicht entkräftet. Das Gutachten des MDK-Kompetenzzentrums sei nicht verwertbar, weil die Beklagte die Beigeladene nicht vor der Übermittlung an den Kläger auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen habe. Selbst wenn es verwertbar wäre, so erschöpfe es sich in der Abhandlung von Abstraktem und setze sich mit dem konkreten Fall nicht auseinander. Auch in Anbetracht der Psychotherapie-Richtlinie sei die Entscheidung des Klägers, die Behandlung fortzusetzen, nicht zu beanstanden. Auch die dort enthaltene Begrenzung auf 300 Stunden analytischer Psychotherapie gelte nur grundsätzlich. Ob sie überschritten werde, sei eine medizinische Frage, die der Kläger nach den vorhandenen Gutachten und Unterlagen positiv habe beantworten können. Auch verfahrensrechtlich habe sich der Kläger auf die von ihm eingeholten Gutachten und die Ansicht seines versorgungsärztlichen Dienstes stützen dürfen. Die medizinischen Ausführungen seien überzeugend. Mangels entgegenstehender medizinischer Erkenntnisse sei eine weitere Sachaufklärung nicht angezeigt gewesen. Letztlich stehe der begehrten Feststellung auch nicht entgegen, dass die Beigeladene keine (weiteren) Anträge bei der Beklagten gestellt habe. Die Beklagte habe am 28. September 2005 einen Ablehnungsbescheid erteilt. Nachdem sich die Beigeladene daraufhin direkt an den Kläger gewandt habe, wäre das Festhalten am Erfordernis eines neuen Antrags bei der Beklagten reine Förmelei.

Gegen das Urteil, das ihr am 30. Oktober 2014 zugestellt worden ist, hat die Beklagte am Montag, dem 1. Dezember 2014, Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt.

Sie führt aus, die Auftragsverwaltung nach § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG sei nur der Regelfall. Der Kläger und auch das SG hätten sich nicht mit § 18c Abs. 3 BVG auseinandergesetzt. Nach dieser Vorschrift könne die Verwaltungsbehörde an Stelle der Krankenkasse die Leistungen erbringen, in diesem Rahmen sollten die Krankenkassen der Verwaltungsbehörde Fälle mitteilen, in denen eine Erbringung durch die Versorgungsverwaltung angezeigt sei. Die Voraussetzungen dieser Norm seien erfüllt, wenn zur Behandlung einer anerkannten Schädigungsfolge nach dem OEG eine medizinisch notwendige Psychotherapie weit über die Höchstgrenzen der Psychotherapie-Richtlinie oder sogar dauerhaft zu gewähren sei. Das nach § 18c Abs. 3 BVG eingeräumte Ermessen habe der Kläger bislang überhaupt nicht ausgeübt. Außerdem liege hier eine Ermessensreduzierung auf Null für eine Übernahme der Behandlung durch den Kläger vor. Nur auf diese Weise könne der Kläger seiner umfassenden Betreuungspflicht für anerkannte Schädigungsfolgen nachkommen. Außerdem habe der Kläger zu berücksichtigen, dass die nach § 20 BVG vorgesehene pauschale Abgeltung der Erstattungsansprüche der Krankenkasse in solchen extremen Fällen wie hier nicht geeignet sei, einen adäquaten Ausgleich für die Versichertengemeinschaft der Krankenversicherung, die für die Entschädigung nach dem OEG nicht zuständig sei, zu schaffen. Die Regelungen der Pauschalabgeltung seien komplex und unterlägen starken Unsicherheiten. Im Jahre 2012 hätten die Krankenkassen für Berechtigte nach dem OEG nur EUR 3.535 bekommen. Die tatsächlichen Kosten beliefen sich im vorliegenden Fall und in vergleichbaren Fällen dagegen auf mehrere zehntausend bis hunderttausend Euro. Diese finanzielle Diskrepanz gegenüber den Normalfällen nach § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG sei sicherlich nicht der Grund für eine Ermessensreduzierung auf Null, verdeutliche aber, warum solche besonderen Einzelfälle nach § 18c Abs. 3 BVG gesondert zu behandeln seien.

Zur Unterstützung ihres Vortrags hat die Beklagte Aufstellungen über die Zahl der anerkannten Versorgungsberechtigten in Deutschland (September 2013) sowie über Umfang und Verteilung der pauschalen Kostenerstattungen für anerkannte Geschädigte nach dem OEG (2012) vorgelegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. Oktober 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er trägt vor, die Erbringung der medizinisch notwendigen Psychotherapie sei Aufgabe der Beklagten und hier ausnahmsweise auch nicht auf 300 Stunden begrenzt. Für ihn bestehe kein Anlass, nach § 18c Abs. 3 BVG anstelle der Beklagten diese Leistungen zu erbringen. Dass er zurzeit die Therapie bezahle, diene allein dazu, den Therapieerfolg nicht zu gefährden. Entgegen der Ansicht der Beklagten umfassten die Pauschalabgeltungen, die nach § 20 BVG als Durchschnittsbetrag errechnet würden, auch im Einzelfall extrem hohe Aufwendungen.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Der frühere Berichterstatter des Senats hat den Rechtsstreit am 30. April 2015 mit den Beteiligten erörtert. Dabei hat er darauf hingewiesen, es beständen erhebliche Zweifel an dem notwendigen Rechtsschutzbedürfnis des Klägers für diese Klage. Dieser könne die begehrte Klärung der Rechtslage auf einfacherem Wege erreichen. Er selbst sei dafür zuständig, über Widersprüche der Beigeladenen gegen ablehnende Bescheide der Beklagten zu entscheiden. In diesem Rahmen könne er abhelfen, wodurch die Beigeladene sogar einen Leistungstitel gegen die Beklagte erhalte, der noch über das vom Kläger hier erstrebte Rechtsschutzziel hinausgehe. Ferner könne der Kläger der Beklagten im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses Weisungen im Einzelfall erteilen, deren Nichterfüllung Schadensersatzansprüche begründe.

Die Beigeladene hat mit Schriftsatz vom 22. Juni 2015 mitgeteilt, sie beabsichtigte zurzeit nicht, einen neuen Antrag bei der Beklagten zu stellen, nachdem der Kläger mit Bescheid vom 2. April 2015 weitere 80 Stunden bewilligt habe. Auf Nachfragen des Senats hat sie am 26. November 2015 ferner angegeben, sie werde (auch in Zukunft) ihre Anträge bei dem Kläger einreichen, da dieses Verfahren nach wie vor nicht rechtskräftig abgeschlossen sei. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 8. Dezember 2015 bestätigt, dass die Beigeladene bei ihr keine Anträge wegen ambulanter Psychotherapie gestellt habe.

Der Senat hat daraufhin bei dem Kläger angefragt, ob er beabsichtige, die in Zukunft dort gestellten Anträge der Beigeladenen zur Entscheidung an die Beklagte weiterzuleiten. Eine Antwort ist nicht erfolgt.

Auf Anfrage des Senats haben sich der Kläger am 31. März 2016, die Beigeladene am 12. April 2016 und die Beklagte am 12. Mai 2016 mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Parteien und auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über der Senat nach § 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden hat, nachdem alle drei Beteiligten sich damit einverstanden erklärt hatten, ist statthaft (§ 143 SGG), insbesondere ist sie nicht zulassungsbedürftig.

Zunächst bestand keine Zulassungsbedürftigkeit aus § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG. Diese Norm greift hier schon systematisch nicht ein. Sie erfasst nur Leistungsverhältnisse zwischen dem Bürger und einem Hoheitsträger oder umgekehrt (Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Komm. zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 144 Rz. 10), während Streitigkeiten (Erstattungsstreitigkeiten) zwischen verschiedenen Sozialleistungsträgern speziell in § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG geregelt sind.

Dagegen greift diese Zulassungsschranke in Nr. 2 dem Grunde nach hier ein. Diese Fallgruppe erfasst (ebenso wie § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG) über den Wortlaut der Norm hinaus nicht nur Leistungs-, sondern z.B. auch Feststellungsklagen (Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Kel¬ler/Lei-therer, a.a.O., § 144 Rz. 8). Ansonsten könnte ein Kläger durch Ausweichen auf eine andere ggfs. zulässige Klageart die Zulassungsschranke umgehen.

Auch im konkreten Falle ersetzt die erhobene Feststellungsklage des Klägers eine Leistungsklage im Sinne von § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG:

Dem Kläger steht zwar kein "Erstattungsanspruch" im engeren Sinne gegen die Beklagte zu, soweit er der Beigeladenen Psychotherapie bewilligt hat oder noch erbringen wird. Die denkbaren Erstattungsansprüche - dies sind die allgemeinen Ansprüche nach §§ 102 ff. SGB X, die hier nicht nach § 71b Satz 1 BVG beschränkt sind, weil Heilbehandlung keine "Versorgungsbezüge" darstellt (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 2. November 1999 – B 2 U 39/98 R –, juris, Rz. 13), sowie der spezielle Erstattungsanspruch aus § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG - betreffen nur Fälle, in denen der in Anspruch genommene Leistungsträger keine Leistungen erbracht hat, obwohl er originär zuständig gewesen wäre (vgl. ansatzweise BSG, Urteil vom 13. Juli 1977 – 3 RK 84/76 –, juris, Rz. 14). Dies ist im Bereich einer Auftragsheilbehandlung nach dem BVG durch eine Krankenkasse unter Umständen dann der Fall, wenn der Geschädigte auch Mitglied der Krankenkasse oder zumindest als Familienangehöriger eines Kassenmitglieds selbst versichert ist (vgl. 18c Abs. 2 Satz 1 Var. 1 und 2 BVG). Eine solche Konstellation lag der Entscheidung des BSG vom 30. Mai 2006 (B 1 KR 17/05 R, juris, Rz. 21) zu Grunde, in dem § 18c Abs. 5 Satz 2 BVG angewandt worden ist (missverständlich insoweit Sächsisches LSG, Urteil vom 27. Juni 2002 – L 6 V 23/01 BVG –, juris, Rz. 43, das auch für einen Erstattungsanspruch der Versorgungsverwaltung gegen eine Krankenkasse ein "zumindest auftragsähnliches Verhältnis" verlangt, allerdings wohl im Rahmen eines Anspruchs aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag). Die Parteien dieses Verfahrens streiten jedoch nur darum, ob für die Erbringung von Psychotherapie an die Beigeladene die Beklagte im Auftrag des Klägers (§ 18c Abs. 1 Satz 3 BVG) zuständig ist oder der Kläger selbst (§ 18c Abs. 3 Satz 1 BVG). Eine originäre Zuständigkeit der Beklagten außerhalb des Auftragsverhältnisses steht nicht im Raum, auch wenn die Beigeladene als Mitglied der Beklagten Leistungsansprüche nach dem Recht der Krankenversicherung hat. Dies beruht darauf, dass die Psychotherapie ausschließlich der Behandlung der Schädigungsfolge dient und daher die versorgungsrechtliche Heilbehandlung Vorrang vor der allgemeinen krankenversicherungsrechtlichen hat (vgl. § 18c Abs. 5 Satz 3 BVG). Im Rahmen eines solchen Auftragsverhältnisses gibt es keine Erstattungsansprüche des Auftraggebers gegen den Beauftragten. Sowohl die allgemeinen Vorschriften für Auftragsverhältnisse (§ 91 SGB X) als auch die speziellen Regelungen im Versorgungsrecht (§§ 19, 20 BVG) begründen nur Erstattungsansprüche in umgekehrte Richtung, vom Beauftragten gegen den Auftraggeber. Sofern in solchen Fällen der Beauftragte zu Unrecht Auftragsleistungen verweigert und dem Beauftragten dadurch Kosten entstehen - weil er beispielsweise die fragliche Leistung dann selbst erbringt -, so erwirbt der Auftraggeber keinen Erstattungsanspruch. Entweder kann der Auftraggeber die von ihm geschuldete Erstattung kürzen. Oder aber der Auftraggeber erwirbt nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen (Rechtsgedanke des § 280 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]) einen Schadensersatzanspruch. Dies gilt auch in gesetzlichen Auftragsverhältnissen wie hier (Engelmann, in: v. Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 93 Rz. 6). Solche Schadensersatzansprüche in Auftragsverhältnissen sind nicht wegen Vorrangs der §§ 102 ff. SGB X ausgeschlossen. Diese Normen gelten nur im "Dreiecksverhältnis" zwischen zuständigen Leistungsträgern (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 18. November 2014 – B 1 KR 12/14 R –, juris, Rz. 24). Auftragsverhältnisse gehören hierzu

nicht, weil auch der Beauftragte im Namen des Auftraggebers handelt.

Allerdings erfasst § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG auch solche Schadensersatzansprüche zwischen Hoheitsträgern (vgl. Breitkreuz/Schreiber in: Breitkreuz/Fichte, Kommentar zum SGG, 2. Aufl. 2014, § 144 Rz. 8, im Ergebnis auch Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Kel¬ler/Lei¬therer, a.a.O., § 144 Rz. 12 ["Ansprüche auf finanziellen Bereicherungsausgleich"]). Ob diese Schadensersatzansprüche - und in der Folge auch entsprechende Feststellungsklagen - überhaupt vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit geltend gemacht werden können, ist keine Frage der Statthaftigkeit einer Berufung (Breitkreuz/Schreiber, a.a.O., Rz. 13). Im Übrigen könnte der Senat die laufende Rechtsstreitigkeit wegen § 17a Abs. 5 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) ohnehin nicht mehr in die Verwaltungsgerichtsbarkeit verweisen.

Selbst wenn demnach die Zulassungsschranke des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG grundsätzlich anwendbar ist, so sind ihre Voraussetzungen hier nicht erfüllt. Sofern hinter der Feststellungsklage des Klägers etwaige Schadensersatzansprüche für die Vergangenheit stehen, ist die notwendige Berufungsbeschwer von EUR 10.000,00 überschritten. Bereits bei Klageerhebung hatte der Kläger, zählt man alle Bewilligungen zusammen (unter Einschluss der letzten Bewilligung von 80 Stunden vom 27. Juli 2009) 540, Therapiestunden bewilligt. Bei dem anfangs genannten Kostensatz von annähernd EUR 75,00 je Stunde waren bereits damals EUR 40.500,00 erreicht. Seitdem ist die Therapie weiter gegangen, sodass inzwischen Kosten im Bereich von EUR 100.000,00 erreicht sein dürften. Und soweit die Feststellungsklage des Klägers (auch) die Zukunft betrifft, lässt sich ihr Wert noch überhaupt nicht beziffern.

Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere hat sie die Beklagte form- und fristgerecht (§ 151 SGG) erhoben.

Die Berufung ist auch begründet. Zu Unrecht hat das SG der Klage stattgegeben und festgestellt, dass die Beklagte weiterhin - im Auftrag des Klägers - für die Erbringung ambulanter Psychotherapie, soweit medizinische Notwendigkeit besteht, an die Beigeladene zuständig ist.

Die Klage bezieht sich, wie sich schon aus der Formulierung "weiterhin" in dem Antrag des Klägers und auch in dem Urteil des SG ergibt, auf die Zuständigkeit der Beklagten in der Vergangenheit und auch in der Zukunft.

Vor diesem Hintergrund ist die Klage im Ganzen, für beide genannte Zeiträume, unzulässig.

Zwar folgt das feststellungsfähige Rechtsverhältnisse im Sinne des § 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 1 SGG aus dem unstreitig bestehenden - Verhältnis nach § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG, bei dem es sich um ein gesetzliches Auftragsverhältnis nach § 93 SGB X handelt (Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 28. März 1995 - VI ZR 244/94 -, juris, Rz. 15).

Die Klage ist auch nicht wegen eines Verstoßes gegen den Subsidiaritätsgrundsatz unzulässig. Zwar könnte der Kläger, wie bereits zur Statthaftigkeit der Berufung ausgeführt, auch Leistungsklage erheben, wohl gerichtet auf Zahlung von Schadensersatz. Dies wäre aber nur für die Vergangenheit möglich, soweit der psychotherapeutische Behandler der Beigeladenen bereits abgerechnet hat. Für die laufende Zeit und die Zukunft könnte der Kläger Ersatzansprüche gegen die Beklagte noch nicht beziffern. Insoweit greift der Subsidiaritätsgrundsatz daher schon grundsätzlich nicht ein. Aber auch für die Vergangenheit sieht der Senat keinen Vorrang einer Leistungsklage. Der Subsidiaritätsgrundsatz gilt bei Streitigkeiten zwischen zwei juristischen Personen des öffentlichen Rechts nur eingeschränkt. Hier ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der Verurteilte auch ohne Leistungstitel seinen Verpflichtungen nachkommen wird (Keller, a.a.O., Rn. 19c m.w.N.). Unzulässig, weil subsidiär, ist eine Feststellungsklage in diesen Fällen nur, wenn bereits eine Leistungsklage anhängig ist oder wenn nicht erwartet werden kann, dass ein Feststellungsurteil die Streitigkeit endgültig beendet. Beides ist hier nicht der Fall. Insbesondere ist entgegen der Ansicht der Beklagten nicht zu befürchten, dass trotz eines - stattgebenden - Feststellungsurteils weitere Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien entstehen. Die Höhe der Vergütung an den behandelnden Psychotherapeuten etwa, welche die Beklagte in Folge einer Verurteilung unter Umständen erstatten müsste, ist unstreitig. Und dass ein Feststellungsurteil nur über den Sach- und Streitstand zur Zeit seines Erlasses (bzw. der letzten mündlichen Verhandlung) befindet und es daher möglich ist, dass die Zuständigkeit für die Psychotherapie an die Beigeladene irgendwann in Zukunft einmal wieder streitig wird, führt ebenfalls nicht zur Unzulässigkeit der Feststellungsklage. Auch ein Leistungsurteil würde nur über diesen Zeitraum befinden. Und ein Feststellungs- oder Leistungsurteil für die Zukunft, das grundsätzlich denkbar wäre, gilt auch nur uneingeschränkt, solange sich die tatsächlichen Umstände nicht ändern.

Jedoch fehlt dem Kläger für den gesamten streitigen Zeitraum das - auch bei Feststellungsklagen notwendige - allgemeine Rechtsschutzbedürfnis. Dieses fehlt immer, wenn ein Kläger sein Rechtsschutzziel auf einfacherem Wege erreichen kann als durch die erhobene Klage. Dem Kläger steht ein solcher einfacherer Weg offen, dies war auch schon in der Vergangenheit der Fall. Die Rechtsbeziehung zwischen den Parteien ist ein gesetzliches Auftragsverhältnis (BSG, Urteil vom 5. Oktober 2011 - B 9 V 3/10 R - SozR 4-3100 § 18c Nr. 3), so dass nach § 93 SGB X die Bestimmungen für das rechtsgeschäftliche Auftragsverhältnis gelten. Deswegen kann zum einen nach § 89 Abs. 5 SGB X der Kläger gegenüber der Beklagten Weisungen erteilen, an welche die Beklagte gebunden ist und deren Nichterfüllung - weitere - Schadensersatzansprüche begründen kann (so auch Engelmann in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 89 Rz. 9). Diese Weisungen können auch den Einzelfall betreffen. So kann der Kläger die Beklagte anweisen, die streitigen Psychotherapieleistungen im Rahmen des Auftragsverhältnisses zu erbringen. Zwar könnte sich die Beklagte, sofern sie eine solche Weisung für rechtswidrig halten würde, ihrerseits mit einer Klage dagegen wehren. Gleichwohl müsste sie diese Weisung zunächst ausführen, zumindest sofern der Kläger die sofortige Vollziehung seiner Weisung anordnen würde. Zum anderen ist der Kläger die für Ablehnungen der Beklagten zuständige Widerspruchsbehörde (§ 18c Abs. 2 Satz 3 BVG). Daher kann der Kläger, wenn die Beigeladene die streitige Leistung bei der Beklagten beantragt hat und sich dann gegen einen ablehnenden Bescheid der Beklagten mit Widerspruch wehrt, diesem Begehren abhelfen und die streitigen Leistungen (zu Lasten der Beklagten im Auftragsverhältnis) direkt bewilligen. Dadurch kann die Beigeladene einen Leistungstitel gegen die Beklagte erhalten, der sogar noch über das von Seiten des Klägers erstrebte Rechtsschutzziel hinausgeht. Der Senat hält diesen Weg für zumutbar, auch wenn die Beigeladene nicht unmittelbar gezwungen werden kann, ihre Anträge auf weitere Psychotherapie (wieder) bei der Beklagten zu stellen. Sie wird vielmehr, wie sie auch im Berufungsverfahren konkludent deutlich gemacht hat, ihre Anträge auch in Zukunft direkt bei dem Kläger stellen. Jedoch kann dieser einen Antrag, den die Beigeladene bei ihm gestellt hat, an die Beklagte weiterleiten, weil ein solcher Antrag nach § 18a Abs. 1 Satz 3 BVG als bei beiden Leistungsträgern gleichzeitig gestellt gilt. Im Rahmen der schon erwähnten Weisungsbefugnisse könnte der Kläger als Auftraggeber dann die Beklagte auch anweisen, diesen Antrag zu bescheiden und dadurch der Beigeladenen den Widerspruch zu ermöglichen, über den er dann selbst zu entscheiden hätte.

Für die Vergangenheit, für die der Kläger bereits Leistungen erbracht hat, ist die Klage darüber hinaus aus einem weiteren Grunde unzulässig. Insoweit fehlt dem Kläger das nach § 55 Abs. 1 Halbsatz 2 SGG notwendige besondere Feststellungsinteresse (Keller, in: Meyer-Ladewig/Kel-ler/Lei¬therer, a.a.O., § 55 Rz. 15b). Zwar steht einem Auftraggeber im Rahmen eines Auftragsverhältnisses grundsätzlich ein Erstattungs- bzw. Schadensersatzanspruch zu, wenn der Auftragnehmer pflichtwidrig den Auftrag nicht ausführt. Das hat der Senat bereits zum Subsidiaritätsgrundsatz ausgeführt. Dies gilt hier im konkreten Falle jedoch nicht für die Vergangenheit. Für diese Zeiträume hat der Kläger die vermeintlichen Ansprüche der Beigeladenen auf psychotherapeutische Behandlung bereits erfüllt, und zwar im eigenen Namen und auf eigene Kosten nach § 18c Abs. 3 BVG. Insoweit ist im Verhältnis zur Beigeladenen Erfüllung eingetreten (vgl. § 362 Abs. 1 BGB). In solchen Fällen, wenn die Versorgungsverwaltung die Heilbehandlung selbst übernimmt und damit aus dem Auftragsverhältnis zur Krankenkasse herausnimmt, kommen Ansprüche innerhalb dieses Auftragsverhältnisses nicht (mehr) in Betracht. Dass die Voraussetzungen des § 18c Abs. 3 BVG vorliegen, steht zur Überzeugung des Senats nach Auswertung der vorliegenden Bescheide an die Beigeladenen fest. Einzig mit Bescheid vom 22. November 2005 hat der Kläger danach noch festgestellt, dass die Leistungen kraft Auftrags durch die Beklagte zu erbringen seien. Diesen Bescheid hat er aber mit weiterem Bescheid vom 22. März 2006 ausdrücklich aufgehoben und dann – wie auch in der Folgezeit - ohne jede Einschränkung der Beigeladenen "anstelle" der Beklagten Sachleistungen gewährt, diese in der Vergangenheit auch mit dem Leistungserbringer direkt abgerechnet. Nirgendwo hat der Kläger deutlich gemacht, dass er die Leistungen an die Beigeladene nur vorläufig, aber weiterhin im Rahmen des Auftragsverhältnisses bewilligt. Nach dem Empfängerhorizont ist eine eindeutige Regelung in den Bescheiden getroffen worden, die für den unbefangenen Dritten keinen Zweifel daran lassen, dass die Leistungen nach § 18c Abs. 3 BVG bewilligt worden sind und originärer Leistungsträger nunmehr der Kläger ist. Dass sie die Bescheide in diesem Sinne auch verstanden hat, hat die Beigeladene gegenüber dem Senat bestätigt. Deswegen hat sich die Beigeladene nicht mehr mit ihrem Leistungsbegehren an die an sich zuständige Beklagte gewandt, sondern direkt an den Kläger. Gegen eine nur vorläufige Bewilligung im Rahmen des Auftragsverhältnisses spricht im Übrigen bei der Auslegung der Bescheide auch, dass der Kläger nach Aktenlage niemals (bezifferte) Erstattungs- bzw. Schadensersatzansprüche gegen die Beklagte schriftlich geltend gemacht hat, was aber schon im Hinblick auf Ausschluss- und Verjährungsfristen erforderlich gewesen wäre.

Da die Klage demnach insgesamt unzulässig ist und das stattgebende Urteil des SG bereits aus diesem Grunde aufzuheben ist, weist der Senat nur außerhalb der tragenden Entscheidungsgründe darauf hin, dass die Klage auch - wiederum für den gesamten Zeitraum - unbegründet gewesen wäre. Die Beklagte war nicht verpflichtet, nach Erschöpfung der krankenversicherungsrechtlich geschuldeten Regelfallkontingente im Jahre 2005 im Rahmen der Auftragsverwaltung weitere Psychotherapie an die Beigeladene zu erbringen.

Es ist bereits fraglich, ob der Kläger vorliegend die Schädigung zu Recht anerkannt hat, nachdem die damals noch präsenten Beweismittel hinsichtlich des Tatvorwurfs des sexuellen Missbrauchs nicht ausgeschöpft wurden und die Feststellung der Schädigung, was der Senat dem Gutachten der Dr. B. entnimmt, allein - rückschließend - aufgrund der Diagnose erfolgte. Sowohl ein Nachweis als auch eine Glaubhaftmachung eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs im Sinne des § 1 OEG nur aufgrund des Vorliegens einer bestimmten Erkrankung ist aber grundsätzlich nicht möglich (Bayerisches LSG, Urteil vom 26. Januar 2016 - L 15 VG 30/09 -, juris, Rz. 51, 69; Urteil des Senats vom 21. April 2015 - L 6 VG 2096/13 -, juris, Rz. 53; Rademacker, in: Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, Rz. 48 m.w.N). Allein die Möglichkeit, dass ein frühkindlicher Missbrauch zu bestimmten Erkrankungen führen kann, reicht nicht aus, um bei Vorliegen der entsprechenden Krankheitsbilder und Verhaltensweisen den Beweis als geführt anzusehen, der angeschuldigte Angriff habe so tatsächlich stattgefunden (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 29. Januar 2015- L 10 VE 28/11 -, juris, Rz. 33). Dies gilt umso mehr, als selbst unter optimalen Sozialisationsbedingungen einem Kind vor dem vierten Lebensjahr nur im Ausnahmefall Aussagetüchtigkeit attestiert werden kann (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 29. Januar 2015- L 10 VE 28/11 -, juris, Rz. 74), von der Beigeladenen aber Missbrauch ab dem ersten Lebensjahr beschrieben wird. Spätere Angaben des Kindes selbst können daher nicht berücksichtigt werden, da das autobiographische Gedächtnis in aller Regel keine Erinnerungen an die ersten drei Lebensjahre enthält (sog. infantile Amnesie; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 3. Dezember 2014 - L 7 VE 10/13 -, juris, Rz. 32). Auch erscheinen Angaben der Opfer von tätlichen Angriffen in der Regel nicht glaubhaft, wenn - wie im Falle der Beigeladenen - nicht auszuschließen ist, dass die Gedächtnisinhalte erst im Zusammenhang mit therapeutischen Bemühungen erzeugt worden sind (Urteil des Senats vom 23. Juni 2016 - L 6 VG 5048/15 -, juris, Rz. 63). Die heute vorliegende Beweisnot der Beigeladenen ist im Wesentlichen nicht durch die Gewalttat bedingt, sondern beruht auf dem Zeitablauf und dem damit verbundenen Wegfall der Beweismittel (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 29. Juni 2016 - L 4 VG 2/16 -, juris, Rz. 32). Der Senat legt aber seiner Entscheidung die nach § 77 SGG bindende Anerkennung zu Grunde.

Ausgehend hiervon ist einem Geschädigten Psychotherapie nach § 18c Abs. 1 Satz 4 BVG als Heilbehandlung durch die Krankenkasse nach der "Krankenordnung" zu erbringen. Daraus folgt, dass sich die Leistungserbringung zunächst nach den gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V - orientiert (Vogl, in: Knickrehm, a.a.O., § 18c BVG Rz. 7), es sei denn, die Verwaltungsbehörde – hier der Kläger – bestimmt im Rahmen der Leistungserbringung - durch die Krankenkasse - Art, Umfang und Dauer der Leistung besonders. Davon hat der Kläger in der Vergangenheit keinen Gebrauch gemacht, folglich gilt zunächst über § 91 Abs. 6 SGB V auch für den Leistungsanspruch der Beigeladenen verbindlich § 23b Abs. 9, 25 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie i.V.m. § 11 Abs. 7 ff. der Psychotherapie-Vereinbarung, die eine Höchstgrenze für psychotherapeutische Leistungen vorgibt, deren Überschreitung nur dann zulässig ist, wenn aus der Darstellung des therapeutischen Prozesses hervorgeht, dass mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht. Der Leistungsrahmen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit 100 Stunden nach § 23b Abs. 9 Satz 2 Nr. b der Psychotherapie-Richtlinie wurde von der Beklagten unbestritten mit 240 Sitzungen über seine Grenze hinaus ausgeschöpft.

Zwar geht das BVA insoweit zu Recht davon aus, dass im Einzelfall bei Geschädigten eine Behandlungsbedürftigkeit über diese Grenze hinaus bestehen kann (Stellungnahme vom 31. März 2008). Diese Behandlungsbedürftigkeit muss aber aus Sicht des Senats, wie dies auch die Psychotherapie-Richtlinien vorsehen, vom behandelnden Therapeut entsprechend begründet werden. Dies setzt nach den Psychotherapie-Richtlinien vor¬aus, dass dieser zum einen darlegt, welche Behandlung er bislang mit welchem Erfolg durchgeführt hat, warum die nach den Richtlinien vorgesehene Höchstgrenze nicht für die Erreichung des Behandlungsziels ausreichend war, welche Höchstdauer von Stunden er für die weitere Therapie benötigt und mit welcher Methodik welches konkrete Behandlungsziel erreicht werden soll. Nur dies macht nach den Psychotherapie-Richtlinien den Behandlungsansatz gutachterlich überprüfbar. Die Richtlinien beruhen nicht nur auf einem hohen Sachverstand, ihre Anwendung ist auch im Gefüge der Leistungserbringung zwischen Versorgungsverwaltung und Krankenkasse aus dem Grunde geboten und systemkonform gerechtfertigt, weil wesentliche Kosten der Behandlung letztlich aufgrund der nach § 20 BVG vorgesehenen pauschalen Abgeltung der Erstattungsansprüche von der Versichertengemeinschaft der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt werden, worauf die Beklagte zu Recht hinweist. Das bedeutet im Ergebnis, dass an Geschädigte

zwar über den Leistungsrahmen der Psychotherapie-Richtlinien hinaus Leistungen erbracht werden können, dies aber eine genaue, vorliegend nicht erfolgte, Prüfung nach den krankenversicherungsrechtlichen Maßgaben erfordert.

Eine "Dauerbehandlungsbedürftigkeit" der Beigeladenen im Krisenmodus, wie sie von dem Kläger in der Vergangenheit faktisch angenommen wurde, hat schon die Neurologin und Psychiaterin Dr. H. in ihrem Gutachten vom 16. Juli 2004 verneint. Vielmehr ist die Beigeladene nach deren zeitnahen Darlegungen durch ihre langjährige psychotherapeutische Behandlung in ihre Symptome getrieben worden, die Probleme wurden chronifiziert und fixiert. Zu Recht hat in diesem Zusammenhang die kompetente, von der Beklagten beauftragte Sachverständige Dr. B. darauf hingewiesen, dass es keinen Hinweis darauf gibt, dass eine lebenslange Psychotherapie notwendig und wirksam ist. Die Richtigkeit dieser Aussage ist dem mit solchen Fällen oft befassten Senat aus einer Vielzahl von Gutachten bekannt, so hat bspw. der Sachverständige Prof. Dr. G. in dem SG-Verfahren S 10 VG 271/06, welches in dem Berufungsverfahren L 6 VG 3508/12 dem Senat vorlag, ausgeführt, dass auch bei schweren Störungsabläufen es sehr unwahrscheinlich sei, dass Beschwerden vollkommen unbeeinflussbar durch intensive Behandlungsmaßnahmen sind.

Der Fall der Beigeladenen dokumentiert das in anschaulicher Weise. Sofern die Therapeuten den Behandlungserfolg allein damit begründen wollen, dass die Beigeladene nun erstmalig die Traumata im Einzelnen besprechen kann, so ist dem bereits der gesamte Inhalt der Behandlungsakte entgegenzuhalten, aus der sich hinlänglich ergibt, dass die Beigeladene solche Gespräche in ausführlicher Form bereits 1978 bei den ersten Therapien führen konnte und - die Richtigkeit der Auskünfte der Behandler zugrunde gelegt - insoweit sogar eher ein Rückschritt zu verzeichnen ist, das heißt die Therapie in keiner Weise zu einem Erfolg geführt hat. Dies wird auch weiter rein tatsächlich dadurch belegt, dass die durch die Therapie angestrebte Vermeidung der Aufgabe der Erwerbstätigkeit dennoch eingetreten ist und die Beigeladene auch eine stationäre Behandlung durchführen musste, was der Senat den Entlassungsberichten entnimmt, zuletzt dem Bericht der Hochgrat-Klinik vom 7. März 2013. Somit wurden die gesteckten Therapieziele mindestens seit 2005 verfehlt, ohne dass dies zu irgendwelchen therapeutischen Konsequenzen geführt hat. Auch durch den Wechsel des Therapeuten ist insofern keine Änderung zu verzeichnen gewesen. Nunmehr werden nichtschädigungsbedingte Anteile wie Operationen oder Umzüge zur Begründung der Therapieerforderlichkeit herangezogen, ohne dass die Therapienotwendigkeit seitens des Klägers hinterfragt wurde. Somit ist bei sich nicht einstellender Besserung oder sogar Verschlechterung im Krankheitsbild entweder die Therapie und/oder der Therapeut ungeeignet. Davon muss bei der seit 1978 sich in psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Beigeladenen ausgegangen werden.

Der Senat hat daher insgesamt das erstinstanzliche Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen, wobei die Kostenentscheidung auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichts-ordnung (VwGO) beruht. Der Beigeladenen sind keine Kosten zu erstatten, nachdem sie in keiner der beiden Instanzen einen Antrag gestellt und daher kein Kostenrisiko übernommen hat (§ 197a Abs. 2 SGG i.V.m. § 162 Abs. 3 VwGO).

Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG i.V.m. § 47 Abs. 1 Satz 1, § 52 Abs. 1 Abs. 2 und Abs. 4 Nr. 2, § 63 Abs. 2 Satz 1 Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-09-23