

L 5 KR 704/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 19 KR 4042/14
Datum
21.10.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 704/17
Datum
26.09.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 21.10.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Übernahme der Kosten für die vergangene und zukünftige Inanspruchnahme einer ambulanten, verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie bei einem nicht zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Psychiater und Psychotherapeuten.

Die im Juni 1960 geborene Klägerin ist in L. wohnhaft und Mitglied der Beklagten. Sie leidet unter anderem an einer depressiven Störung bei psychosozialen Belastungsfaktoren. Seit dem 19.07.2010 befand sie sich deshalb bei dem Psychiater und Psychotherapeuten Dr. Sch. in Behandlung. Dr. Sch. wurde von der L. Baden-Württemberg im Mai 2004 die Anerkennung als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erteilt. Eine Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit besitzt er nicht.

Unter dem 16.12.2010 beantragte die Klägerin bei der Beklagten, die Kosten für eine Psychotherapie bei Dr. Sch. zu übernehmen. Auf Grund einer psychischen Notsituation sei sie dringend auf eine psychotherapeutische Behandlung angewiesen. Trotz intensiver Bemühungen habe sie keinen zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Psychotherapeuten gefunden, bei dem eine kurzfristige Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung möglich gewesen wäre. Ein weiteres Zuwarten sei ihr auf Grund unabsehbarer Konsequenzen nicht zumutbar, weshalb sie dringend auf die bereits begonnene Psychotherapie bei Dr. Sch. angewiesen sei.

Mit Bescheid vom 15.04.2011 lehnte die Beklagte den Antrag ab, da es sich bei Dr. Sch. nicht um einen zugelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten handele. Aus der beigelegten Liste sei ersichtlich, dass eine Vielzahl von zugelassenen Therapeuten vorhanden sei, bei denen eine Psychotherapie innerhalb einer zumutbaren Wartezeit von drei bis vier Monaten aufgenommen werden könnte.

Hiergegen erhob die Klägerin am 26.04.2011 Widerspruch. Sie machte nochmals geltend, auf Grund eines Notfalles auf die sofortige Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung angewiesen gewesen zu sein, was ausschließlich bei Dr. Sch. möglich gewesen sei. Dies habe auch eine Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KV) im Juli 2010 bestätigt. Zum damaligen Zeitpunkt seien dort keine freien Plätze für eine verhaltenstherapeutische Psychotherapie gemeldet gewesen. Auch eine nochmalige Anfrage beim Patiententelefon am 20.04.2011 habe gezeigt, dass weiterhin im Raum L. keine freie psychotherapeutische Stelle gemeldet sei. Im Ergebnis habe somit eine medizinisch notwendige Leistung nicht rechtzeitig durch zugelassene Therapeuten erbracht werden können, weshalb ihr, der Klägerin, ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zukomme. Es sei letztendlich die Aufgabe der Beklagten, einen konkreten Arzt (bzw. Psychotherapeuten) zu benennen, bei dem im Juli 2010 eine Notfallbehandlung möglich gewesen wäre bzw. der nun die bereits begonnene Behandlung fortsetzen könne. Dem sei die Beklagte gerade nicht nachgekommen. Schließlich sei zu beachten, dass ein Abbruch der bereits begonnenen Behandlung bei Dr. Sch. nicht möglich sei.

Dr. Sch. selbst setzte sich erstmals mit Schreiben vom 06.05.2011 mit der Beklagten in Verbindung. Er bestätigte darin, dass sich die Klägerin seit dem 19.07.2011 (zutreffend: 19.07.2010) wegen einer zeitweisen schweren depressiven Episode in seiner Behandlung befinde.

Seine Behandlung sei auf Grund einer schweren psychischen Krise begonnen worden. Es sei bekannt, dass es im Landkreis L. keine ausreichende Anzahl an kassenärztlich zugelassenen Therapeuten gebe, weshalb oftmals Wartezeiten von weit über vier Monaten bestünden. Viele andere Krankenkassen würden daher regelhaft im Kostenerstattungsverfahren eine Psychotherapie bei nicht zugelassenen Therapeuten genehmigen. Da die Klägerin vor Aufnahme seiner Behandlung keinen zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Therapeuten gefunden habe und da eine Psychotherapie auf Grund der bei der Klägerin vorhandenen Erkrankung medizinisch dringend erforderlich gewesen sei, habe er die Behandlung begonnen. Im Laufe dieser Behandlung habe sich nicht nur die Erforderlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bestätigt, sondern es habe sich darüber hinaus gezeigt, dass eine Langzeittherapie von mindestens 45 Sitzungen nötig sei. Dr. Sch. bat die Beklagte, eine entsprechende Kostengutschrift zu gewähren.

Am 01.06.2011 legte die Klägerin bei der Beklagten eine von Dr. D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ausgestellte "Psychotherapienotwendigkeitsbescheinigung" vom 20.05.2011 vor, wonach zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung der Erkrankung der Klägerin eine ambulante Verhaltenstherapie unabdingbar sei, die lediglich bei Dr. Sch. habe kurzfristig begonnen werden können.

Nachdem die Beklagte mehrfach die fehlende Vorlage unter anderem von Erstbericht und Verlaufsberichten der bisherigen psychotherapeutischen Behandlung zur Vorlage beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) moniert hatte, wandte sich Dr. Sch. mit Schreiben vom 28.08.2012 an die Beklagte und stellte seinerseits nochmals einen Antrag auf "Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Kostenerstattungsverfahren" für insgesamt 60 im Zeitraum 19.07.2010 bis 15.08.2012 bereits erbrachte und weitere 25 noch zu erbringende Sitzungen. Die bisherige sowie die zukünftige Psychotherapie sei aus seiner Sicht medizinisch erforderlich.

Auf dieser Grundlage veranlasste die Beklagte ein Sozialmedizinisches Gutachten des MDK. Dr. N. kam in seinem Gutachten vom 14.09.2012 zu dem Ergebnis, dass Dr. Sch. ausweislich des Erst- und Verlaufsberichts vom 28.08.2012 ein Richtlinienverfahren durchführe, zu dem er qualifiziert sei und das ab Juli 2010 auch notwendig gewesen sei. Wegen Arbeitsüberlastung habe Dr. Sch. den Antrag nicht früher stellen können. Eine Wartezeit von vier bis fünf Monaten sei der Klägerin auf Grund einer nicht auszuschließenden Selbstgefährdung im Juli 2010 nicht zumutbar gewesen, allenfalls hätte eine psychopharmakologische Behandlung mit mehr Nachdruck diskutiert werden können. Auch die beantragten weiteren 25 psychotherapeutischen Sitzungen könnten sozialmedizinisch nachvollzogen werden.

Durch Abhilfebescheid vom 08.10.2012 genehmigte die Beklagte daraufhin "rückwirkend im Rahmen einer Einzelfallentscheidung ohne Rechtsanspruch für künftig gleiche oder ähnlich gelagerte Fälle" die Kostenübernahme für insgesamt 85 Einzelsitzungen bei Dr. Sch. ab dem 19.07.2010.

In der Folge fanden entsprechende Sitzungen statt. Am 15.05.2013 war das bewilligte Kontingent aufgebraucht. Die Klägerin reichte am 27.09.2013 Rechnungen auch für Verhaltenstherapie bei Dr. Sch. in der Zeit vom 05.06.2013 bis 18.09.2013 ein.

Mit Schreiben vom 04.03.2014, eingegangen bei der Beklagten am 06.03.2014, stellte Dr. Sch. für die Klägerin den streitgegenständlichen "Verlängerungsantrag Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Kostenerstattungsverfahren" für 50 weitere Sitzungen ab September 2013. Leider sei es ihm nicht möglich gewesen, rechtzeitig einen Verlängerungsantrag zu stellen, obgleich dieser medizinisch erforderlich gewesen sei. So habe durch die Langzeittherapie zwar eine Besserung der Symptomatik erreicht werden können. Der Verlauf habe jedoch gezeigt, dass eine "innerpsychische strukturelle Arbeit" nötig sei. Überdies habe sich die Besserung wegen äußerer Ereignisse bzw. Belastungsfaktoren verzögert. Seit Mai 2013 (Ablauf des genehmigten Kontingentes) bis jetzt seien 23,5 weitere Stunden erbracht worden. Weitere 26 Sitzungen seien aus ärztlicher Sicht notwendig, um das Therapieziel zu erreichen, weshalb eine Kostengutschrift für weitere 50 Sitzungen beantragt werde.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine nochmalige Begutachtung des Falles durch den MDK. In seinem Gutachten vom 19.03.2014 kam Dr. Q. zu dem Ergebnis, dass anhand der vorliegenden Informationen eine weitere Kostenübernahme nicht nachvollzogen werden könne, da das verhaltenstherapeutische Kontingent nach den Psychotherapie-Richtlinien (im Folgenden: PT-RL) von maximal 60, in Ausnahmefällen von maximal 80 Sitzungen bereits überschritten worden sei.

Gestützt auf dieses Gutachten lehnte die Beklagte den Antrag auf Verlängerung einer außervertraglichen Verhaltenstherapie mit Bescheid vom 26.03.2014 ab. Die Beklagte stützte sich dabei auf das Gutachten des Dr. Q., wonach das maximale Verhaltenstherapie-Kontingent von 80 Sitzungen zuzüglich fünf probatorischer Sitzungen bereits erstattet und somit ausgeschöpft sei.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 14.04.2014 Widerspruch ein. Die Ablehnung sei ihr unverständlich, da ihr Therapeut, Dr. Sch., davon ausgegangen sei, dass in aller Regel ein erster Verlängerungsantrag genehmigt werde und die Beklagte überdies bereits mehrfach bei ihr telefonisch angefragt habe, wann ein solcher Verlängerungsantrag gestellt werde. Diese Anfragen seien unverständlich, wenn die weitere Bewilligung der Verhaltenstherapie bei Dr. Sch. ohnehin wegen des angeblichen Überschreitens des Höchstkontingentes nicht möglich sei. Die Klägerin machte überdies die medizinische Erforderlichkeit der weiteren Psychotherapie geltend, weshalb das Abstellen auf eine maximal mögliche Stundenzahl unverständlich sei. Die weitere Verhaltenstherapie sei aus ihrer Sicht lebensnotwendig.

Die Beklagte veranlasste darauf die nochmalige Begutachtung durch den MDK. Dr. N. kam hierbei in seinem Gutachten vom 30.06.2014 zu dem Ergebnis, dass auch unter Berücksichtigung aktueller Verlaufsberichte von Dr. Sch. die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fortsetzung der außervertraglichen ambulanten Psychotherapie bei Symptomverschiebung und bisher unzureichendem Ansprechen der Behandlung trotz dreijähriger Behandlungsdauer nicht nachvollzogen werden könne. Vorrangig sei eine psychiatrische Behandlung sowie gegebenenfalls eine Mediation des bestehenden Familienkonfliktes auf eigene Kosten. Eine Fortsetzung der als unzureichend erfolgreich erlebten dreijährigen Behandlung sei dagegen weder im außervertraglichen noch im vertraglichen Rahmen zu befürworten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.08.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung verwies sie auf die MDK-Gutachten vom 19.03.2014 und 30.06.2014. Überdies sei zu beachten, dass der Klägerin in der Vergangenheit bereits im Rahmen einer Ausnahmeregelung die Kosten für die außervertragliche Verhaltenstherapie erstattet worden seien. Eine Verlängerung dieser Therapie sei durch das Überschreiten der Höchstgrenze nicht möglich, zumal Maßnahmen der Psychotherapie grundsätzlich von zugelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten erbracht würden.

Hiergegen richtete sich die am 28.08.2014 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage der Klägerin. Ergänzend zu ihrem bisherigen Vorbringen trug sie vor, dass sie durch die zahlreichen telefonischen Anfragen der Beklagten nach einem Verlängerungsantrag mit einer weiteren Genehmigung ihrer Verhaltenstherapie habe rechnen dürfen. Dr. Sch. habe ihr zugesichert, rechtzeitig einen Verlängerungsantrag zu stellen, was durch ein Versehen in der Buchhaltung leider nicht erfolgt sei. Sie habe durch die ursprüngliche Zusage der Beklagten, die Kosten für die Therapie bei Dr. Sch. zu erstatten, auch darauf vertrauen dürfen, dass sich die Beklagte künftig nicht auf die fehlende Zulassung von Dr. Sch. berufen werde, zumal sie gerade nicht dazu aufgefordert worden sei, ihren Therapeuten zu wechseln. Die ursprünglich angenommene Behandlungsdauer von 85 Sitzungen habe sich auf Grund diverser "Dispositionen und Ereignisse und Bedingungen verschiedenster Art" als nicht ausreichend erwiesen. Zu beachten sei überdies, dass eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva nicht durchgeführt werden könne. Die bisherige Therapie bei Dr. Sch. habe ihr den notwendigen Halt gegeben, weshalb sie weiterhin dringend auf die Fortsetzung dieser Therapie angewiesen sei. Soweit sich die Beklagte hinsichtlich der geltend gemachten Höchstgrenze der Therapiestunden auf die PT-RL stütze, sei diese pauschale Begrenzung nicht in jedem Einzelfall verbindlich, zumal die dortige Unterscheidung zwischen einer (reinen) Verhaltenstherapie und einer tiefenpsychologischen Psychotherapie nicht sachgerecht erscheine. An dieser Stelle sei zu beachten, dass Dr. Sch. auch Facharzt für Psychiatrie sei, weshalb seine Behandlung weitreichender als eine alleinige Psychotherapie sei. Darüber hinaus wäre sowohl ein Wechsel der Therapieform als auch des Therapeuten schädlich, da das bereits gebildete Vertrauen zu Dr. Sch. bei einem anderen Therapeuten erst wieder aufgebaut werden müsse. Unabhängig davon sei es Aufgabe der Beklagten, ihr einen zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Therapeuten zu benennen, der ihre Therapie fortsetzen könne. Dem sei die Beklagte nicht nachgekommen. Zumindest bis ihr seitens der Beklagten ein zugelassener Therapeut aufgezeigt worden sei, bei dem sie ihre medizinisch erforderliche Psychotherapie fortsetzen könne, müsse die Beklagte die Kosten der Therapie bei Dr. Sch. weiterhin tragen. Schließlich müssten zumindest die seitens Dr. Sch. in seinem Verlängerungsantrag vom 04.03.2014 genannten weiteren 50 Sitzungen gemäß [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) als genehmigt gelten. Dass dieser Antrag erst nach Ablauf der ursprünglich genehmigten 85 Sitzungen gestellt worden sei, sei unschädlich, da es sich nicht um einen Neuantrag, sondern um einen Verlängerungsantrag handle und die Beklagte daher die außervertragliche Behandlung bereits genehmigt habe.

In der nichtöffentlichen Sitzung vom 17.03.2016 teilte die Klägerin nochmals ihre grundsätzliche Bereitschaft mit, ihre bei Dr. Sch. durchgeführte Therapie bei einem zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Therapeuten fortzusetzen. Im Juni 2016 gab die Klägerin ergänzend an, sich in den vergangenen Wochen vergeblich bei fünf zugelassenen Therapeuten in ihrem Wohnort L. um einen freien Therapieplatz bzw. zumindest um Aufnahme in die Warteliste bemüht zu haben.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und verwies zunächst auf den streitgegenständlichen Widerspruchsbescheid vom 01.08.2014. Im Übrigen erfolge keine generelle Ablehnung einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung nach Erreichen der in der PT-RL vorgesehenen Höchststunden. Die dort festgelegten Begrenzungen würden jedoch die therapeutischen Erfahrungen berücksichtigen, nach denen in der Regel ein Behandlungserfolg erzielt werden könne. Entscheidend sei, dass im vorliegenden Fall die weitere Inanspruchnahme einer Verhaltenstherapie nicht medizinisch erforderlich und damit unwirtschaftlich sei. Die Klägerin habe durch die mehrfache telefonische Nachfrage der Beklagten hinsichtlich eines etwaigen Verlängerungsantrages auch nicht davon ausgehen dürfen, dass eine Verlängerung der außervertraglichen Psychotherapie bei Dr. Sch. bewilligt werde. Ein solcher Verlängerungsantrag sei vielmehr lediglich Grundlage bzw. Voraussetzung für eine ergebnisoffene Prüfung einer etwaigen (nochmaligen) Genehmigung. Weiterhin sei zu beachten, dass der streitgegenständliche Verlängerungsantrag für die weitere außervertragliche Psychotherapie erst lange nach Ablauf der genehmigten 85 Sitzungen und damit zu spät erfolgt sei und dass die Therapie gleichwohl durchgängig in Anspruch genommen worden sei. Aus diesem Grunde könne der Klägerin auch nicht die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) zu Gute kommen, zumal der geltend gemachte Anspruch von vornherein auf eine Geldleistung gerichtet sei, was der Konzeption des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) widerspreche. Schließlich sei im Verlauf der mehrjährigen psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. Sch. ein Wechsel zu einem Vertragstherapeuten möglich und zumutbar gewesen, da gerade im ambulanten Bereich häufig Therapeutenwechsel etwa durch Erkrankung, Umzug oder Berentung erforderlich seien. Eine Kostenübernahme für die Fortführung der außervertraglichen Psychotherapie sei daher nicht möglich, zumal der Klägerin bereits mit Schreiben vom 15.04.2011 eine Liste mit Psychotherapeuten übersandt worden sei, die innerhalb von drei bis vier Monaten einen freien Therapieplatz hätten anbieten können. Derzeit (Stand Dezember 2015) könne die Klägerin eine vertragliche Verhaltenstherapie sofort in T. aufnehmen, wobei die einfache Fahrzeit von 43 Minuten unter den gegebenen Umständen zumutbar sei.

Das Gericht erhob Beweis durch Einholung einer sachverständigen Zeugenaukunft bei Dr. Sch. ... Dieser gab in seiner Auskunft vom 24.07.2015 an, die Klägerin durchgängig seit dem 19.07.2010 zu behandeln, wobei bislang 141,5 Sitzungen absolviert worden seien. Die 85. Sitzung habe laut seiner Unterlagen am 15.05.2013 stattgefunden. Bei Beginn ihrer Therapie habe die Klägerin über eine schwere depressive Verstimmung, starke Stimmungsschwankungen, ausgeprägte Hoffnungslosigkeit, starke Ein- und Durchschlafstörungen, kreisende Suizidgedanken sowie ein beständiges Überforderungsgefühl beruflich wie privat geklagt, wobei diese Beschwerden seitdem in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden seien. Eine weitere Psychotherapie sei aus seiner Sicht noch erforderlich, da ein Abbruch der Therapie eine Verschlechterung der Symptomatik inklusive der Suizidalität zur Folge hätte. Seiner Ansicht nach seien durch das Vorliegen einer tiefgreifenden Störung und dem dadurch nötigen langfristigen Behandlungsansatz weitere 45 Sitzungen, insgesamt also 185 Sitzungen, notwendig, um noch bestehende Beschwerden dauerhaft zurückdrängen zu können. Dies sei angesichts der Komplexität der Krankheitssituation der Klägerin angemessen. Entgegen der Ansicht der Beklagte sei es aus seiner Sicht nicht möglich, die Psychotherapie durch eine psychiatrische Weiterbehandlung zu ersetzen, da im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung lediglich eine kurze Gesprächszeit in großen Zeitabständen zur Verfügung stehe, was die weiterhin erforderliche psychotherapeutische Themenfokussierung unmöglich mache. Zu bedenken sei überdies, dass das bereits gewachsene Vertrauensverhältnis zur Klägerin nicht einfach ausgetauscht werden könne.

Auf weitere Nachfrage des Gerichts teilte Dr. Sch. mit Schreiben vom 15.02.2016 mit, dass er nicht dazu bereit sei, eine Dokumentation des bisherigen Behandlungsverlaufes bzw. einen aktuellen Befundbericht vorzulegen, da diese Unterlagen der höchsten Vertraulichkeit unterlägen und keinen Erkenntnisgewinn erbringen könnten.

Mit Urteil vom 21.10.2016 wies das SG die Klage ab. Soweit die Klägerin mit der vorliegenden Klage die Kostenübernahme von mehr als 50 weiteren Therapiestunden bei Dr. Sch. sowie die zukünftige Kostenerstattung für die Verhaltenstherapie bei Dr. Sch. begehre, sei die Klage bereits unzulässig. Streitgegenstand der vorliegenden Anfechtungs- und Leistungsklage sei der Bescheid vom 26.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2014. Durch diesen Bescheid habe die Beklagte den am 04.03.2014 von Dr. Sch. für die Klägerin

gestellten Verlängerungsantrag abgelehnt, der wiederum ausdrücklich auf die Kostenerstattung für 50 weitere Sitzungen gerichtet gewesen sei. Einzig über diesen Antrag habe die Beklagte in dem angegriffenen Bescheid entschieden. Der Streitgegenstand der vorliegenden Anfechtungsklage sei damit auf die angegriffene Regelung (Ablehnung der Kostenerstattung für 50 weitere Sitzungen) beschränkt. Hinsichtlich der seitens der Klägerin darüber hinausgehend geltend gemachten Kostenerstattung für weitere Sitzungen fehle es nicht nur an einer entsprechenden Regelung in dem angegriffenen Bescheid, sondern auch an dem vor Erhebung einer Anfechtungsklage nach [§ 78 Abs. 1 S. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zwingend erforderlichen Vorverfahren. Ob in der sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. Sch. vom 24.07.2015 gegebenenfalls ein weiterer Verlängerungsantrag zu sehen sei, bedürfe aus diesen Gründen keiner Entscheidung der Kammer, da eine Entscheidung der Beklagten hinsichtlich eines solchen weiteren Verlängerungsantrages weder ersichtlich sei noch gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des vorliegenden Verfahrens werden könne. Soweit die Klägerin die Kostenerstattung für 50 weitere bei Dr. Sch. in Anspruch genommene Sitzungen begehre, sei die vorliegende Klage zulässig, aber unbegründet. Die Voraussetzungen [§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Hinsichtlich der bei Dr. Sch. in Anspruch genommenen Sitzungen zwischen dem Ablauf der durch Bescheid vom 08.10.2012 bewilligten 85 Sitzungen am 15.05.2013 und dem Zugang des streitgegenständlichen Bescheides vom 26.03.2014 (25,5 Stunden) fehle es bereits an der erforderlichen Kausalität der Leistungsablehnung. Der Anspruch für die nach Zugang des Bescheides vom 26.03.2014 in Anspruch genommenen Sitzungen (und auch für die davor liegenden Sitzungen) scheide mangels Vorliegens eines Primäranspruchs aus. Die begehrte Verhaltenstherapie bei einem nicht zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassenen Therapeuten gehöre nicht zu den im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren Leistungen. Andere Ärzte dürften nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Dr. Sch. sei zu keinem Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung zur vertragsärztlichen oder zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen gewesen und verfüge weiterhin über keine derartige Zulassung. Ein Sachleistungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Erbringung einer psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. Sch. scheide daher aus. Ein solcher Anspruch ergebe sich auch nicht aus [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#), da ein Notfall, bei dem ausnahmsweise auch nicht zugelassene Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden können, nicht gegeben sei. Dass unmittelbar nach Ausschöpfen des seitens der Beklagten bewilligten Kontingentes von 85 Sitzungen bei Dr. Sch. am 15.05.2013 ohne sofortige (Weiter-) Behandlung Gefahren für Leib und Leben der Klägerin bestanden hätten, erscheine bereits deshalb ausgeschlossen, weil die darauffolgende Sitzung bei Dr. Sch. erst am 05.06.2013 und somit drei Wochen später stattgefunden habe. Die Kammer habe im Übrigen auch keine Zweifel, dass es der Klägerin möglich gewesen wäre, bei Vorliegen eines Notfalles im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) innerhalb von drei Wochen wohnortnah im ambulanten oder stationären Rahmen eine Krisenintervention in Anspruch zu nehmen. Schließlich würde ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) aber auch keinen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) begründen können, sondern einen solchen stattdessen ausschließen (Bundessozialgericht (BSG), Urt. v. 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#), Rdn. 14 nach Juris). Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin bestehe auch nicht nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V](#). Eine solche Dringlichkeit sei - wie bereits ausgeführt - nicht ersichtlich. Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch könne überdies auch nicht auf den Ausnahmefall eines so genannten Systemversagens gestützt werden. Die Klägerin habe keinen Nachweis dafür erbringen können, dass die Beklagte nicht in der Lage gewesen sei, ihr die - unterstellt - notwendige Weiterbehandlung durch zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassene Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten über den 15.05.2013 hinaus rechtzeitig zu erbringen. Dabei habe die Kammer zunächst berücksichtigt, dass eine - unterstellt - erforderliche Fortführung der Verhaltenstherapie über den 15.05.2013 hinaus nicht von vorneherein ausschließlich durch Dr. Sch. möglich gewesen wäre. Soweit die Klägerin demgegenüber mehrfach geltend gemacht habe, ihr sei ein Wechsel ihres Therapeuten wegen des bereits aufgebauten Vertrauens zu Dr. Sch. nicht zumutbar, erscheine der Kammer dieser Einwand sowie das damit zum Ausdruck gebrachte Interesse der Klägerin an der Kontinuität ihrer bereits 2010 begonnenen Behandlung zwar nachvollziehbar, zumal gerade bei einer psychotherapeutischen Behandlung eine besondere Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Behandler erforderlich sei. Die Beklagte sei jedoch gesetzlich gemäß [§ 12 SGB V](#) zu einer wirtschaftlichen Mittelverwendung angehalten. Vor diesem Hintergrund genüge der pauschale Hinweis der Klägerin auf das bereits bestehende Vertrauensverhältnis zu Dr. Sch. für sich genommen nicht, um die generelle Unzumutbarkeit eines Behandlerwechsels zu begründen. Anderenfalls würde jede - zeitlich bzw. quantitativ befristete - Ausnahmegenehmigung einer gesetzlichen Krankenkasse für die Inanspruchnahme einer Leistung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer systemwidrig einen dauerhaften Anspruch des Versicherten auf eine außervertragliche Behandlung begründen. Es seien vorliegend keine Gründe dafür ersichtlich, dass die von Dr. Sch. durchgeführte Therapie nicht in gleich wirksamer Weise von einem anderen, zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Arzt bzw. psychologischen Psychotherapeuten habe fortgeführt werden können. Die Klägerin selbst habe zuletzt derartige Gründe auch nicht mehr geltend gemacht, indem sie ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Fortführung ihrer Verhaltenstherapie bei einem zugelassenen Therapeuten erklärt habe. Schließlich sei - worauf die Beklagte durch Schriftsatz vom 27.11.2015 zutreffend hingewiesen habe - zu berücksichtigen, dass gerade bei länger andauernden psychotherapeutischen Behandlungen ein Therapeutenwechsel wegen Erkrankung, Praxisaufgabe oder Praxisverlegung des Therapeuten unumgänglich werden könne und damit grundsätzlich zumutbar sei (ebenso: Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.08.2009 - Az. [L 16 KR 132/09](#), Rdn. 29 nach Juris). Soweit die Klägerin schließlich geltend mache, die Beklagte habe ihr die Kosten der Verhaltenstherapie bei Dr. Sch. zumindest so lange zu erstatten, bis ihr die Beklagte einen zur Fortführung der Behandlung bereiten, zugelassenen Therapeuten benannt habe, verkenne die Klägerin die Anforderungen, die an die Annahme eines Systemversagens zu stellen seien. Zwar habe die Klägerin plausibel geschildert, sowohl zu Beginn ihrer Verhaltenstherapie im Jahre 2010 als auch Mitte 2016 keinen zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Therapeuten gefunden zu haben, bei dem sie ihre Behandlung hätte beginnen (2010) bzw. fortführen (2016) können. Auch habe die Kammer berücksichtigt, dass die Beklagte selbst zumindest bei Aufnahme der Verhaltenstherapie Mitte 2010 eine Versorgungslücke anerkannt habe, indem sie sich rückwirkend durch Abhilfebescheid vom 08.10.2012 zur Kostenübernahme von 85 Einzelsitzungen bei Dr. Sch. bereit erklärt habe. Obgleich die Beklagte bei Anerkennung einer solchen Systemstörung grundsätzlich gegenüber der Klägerin verpflichtet gewesen sei, vorhandene Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung aufzuzeigen oder aber der Klägerin die Kosten der weiteren - unterstellt - medizinisch erforderlichen Behandlung durch Dr. Sch. zu erstatten (vgl. Hess in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 91 EL September 2016, [§ 76 SGB V](#), Rdn. 16 m.w.N. zur Rspr. des BSG), könne sich die Kammer bei Ablauf der 85. seitens der Beklagten bewilligten Einzelsitzungen bei Dr. Sch. im Mai 2013 nicht vom Vorliegen eines Systemversagens überzeugen. So habe die Beklagte der Klägerin bereits mit Schreiben vom 15.04.2011 eine Liste mit zugelassenen Psychotherapeuten übersandt, bei denen eine Aufnahme bzw. die Fortführung einer Therapie innerhalb von drei bis vier Monaten möglich gewesen wäre. Gleichwohl habe sich die Klägerin - soweit ersichtlich - zu keinem Zeitpunkt zwischen 2010 und 2016 um einen Therapeutenwechsel zu einem der seitens der Beklagten benannten Behandler bemüht. Die Kammer habe keine Zweifel, dass eine nahtlose Fortsetzung der bei Dr. Sch. begonnenen Verhaltenstherapie bei einem zugelassenen Therapeuten möglich gewesen wäre, wenn sich die Klägerin rechtzeitig vor Ablauf der 85. Sitzung bei Dr. Sch. um einen solchen Therapeutenwechsel bemüht hätte. Mangels jeglicher Bemühungen der Klägerin um Fortsetzung ihrer Verhaltenstherapie bei einem zugelassenen Therapeuten im Jahre 2013 könne diese nicht mehr den rückwirkenden Nachweis erbringen, dass (auch) im Jahre 2013 ein

Systemversagen vorgelegen habe. Dabei habe die Kammer zu beachten, dass im Gegensatz zu der Situation im Jahre 2010, als die Klägerin dringend auf eine psychotherapeutische Behandlung angewiesen gewesen sei und ihr aus diesem Grunde eine mehrmonatige Wartezeit nicht zumutbar gewesen sei, im Jahre 2013 ein grundsätzlich möglicher Wechsel planbar gewesen wäre. Derartige Bemühungen um die Fortführung der Verhaltenstherapie bei einem zugelassenen Therapeuten hätten der Klägerin nach Ablauf der bewilligten 85 Sitzungen bei Dr. Sch. auch abverlangt werden können. Entgegen der Ansicht der Klägerin habe diese gerade nicht davon ausgehen dürfen, dass eine - unterstellt - erforderliche Fortführung ihrer 2010 begonnenen Verhaltenstherapie bei Dr. Sch. möglich gewesen sei. Dem Vortrag der Klägerin, sie habe durch die ursprüngliche Zusage der Beklagten, die Kosten für die Therapie bei Dr. Sch. zu erstatten, darauf vertrauen dürfen, dass sich die Beklagte künftig nicht auf die fehlende Zulassung von Dr. Sch. berufen werde, vermöge sich die Kammer nicht anzuschließen. Die Beklagte habe in ihrem Bewilligungsbescheid vom 08.10.2012 ausdrücklich dargestellt, die Bewilligung von 85 Einzelsitzungen erfolge "im Rahmen einer Einzelfallentscheidung ohne Rechtsanspruch für künftig gleich oder ähnlich gelagerte Fälle". Das Versäumnis, sich rechtzeitig um einen zugelassenen Therapeuten zu bemühen bzw. sich bei der Beklagten zu vergewissern, dass eine weitere Behandlung bei Dr. Sch. möglich sei, müsse sich die Klägerin auch vor dem Hintergrund der ständigen Rechtsprechung des BSG entgegenhalten lassen, wonach Versicherte, wenn sie eine Leistung außerhalb des Naturalleistungssystems in Anspruch nehmen wollten, etwa weil die Versorgung mit zugelassenen Leistungserbringern vermeintlich nicht sichergestellt sei, vorher die Krankenkasse aufsuchen müssten, um ihr zu ermöglichen, die angebliche Versorgungslücke zu überprüfen (vgl. nur BSG, Urt. v. 16.12.2014 - Az. [B 1 KR 37/14 R](#), Rdn. 22 nach juris m.w.N.). Die Feststellung, ob eine Versorgungslücke gegeben sei, obliege nämlich nicht dem Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie habe in der Regel einen vollständigen Überblick über den rechtlichen Rahmen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und könne mit Hilfe dieser Informationen in der Regel zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden könne (BSG, Urt. v. 02.11.2007 - Az. [B 1 KR 14/07 R](#), Rdn. 25 nach juris). Nach der Rechtsprechung des BSG genüge es überdies für das Vorliegen einer Versorgungslücke nicht, dass der Versicherte einen zugelassenen Leistungserbringer suche, aber nicht finde. Erforderlich sei vielmehr, dass die Krankenkasse ihren Versicherten von dem ihm Obliegenden abgehalten habe, insbesondere etwa von der Erkundigung bei seiner Krankenkasse (BSG, Urt. v. 02.11.2007 - Az. [B 1 KR 14/07 R](#), Rdn. 29 nach juris). Hieran fehle es. Schließlich sei in den bloßen telefonischen Nachfragen der Beklagten zu einem etwaigen Verlängerungsantrag auch keine Zusicherung der Beklagten zur weiteren Kostenübernahme der Verhaltenstherapie bei Dr. Sch. zu sehen, zumal eine Zusicherung nach [§ 34 Abs. 1 S. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) ohnehin zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Form bedürfe. Zutreffend habe die Beklagte im Übrigen darauf hingewiesen, dass ein solcher Verlängerungsantrag lediglich Grundlage bzw. Voraussetzung für eine ergebnisoffene Prüfung einer etwaigen (nochmaligen) Genehmigung sei. Ein Anspruch der Klägerin folge schließlich auch nicht aus [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#). Ein Antrag im Sinne des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) habe erst mit dem Schreiben von Dr. Sch. vom 04.03.2014, eingegangen bei der Beklagten am 06.03.2014, vorgelegen. Dem Schreiben sei auch hinreichend deutlich zu entnehmen, dass der Verlängerungsantrag für die Klägerin gestellt worden sei. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) habe damit am 07.03.2014 zu laufen, vgl. [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 87 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#), begonnen, da der Antrag vom 04.03.2014 hinreichend bestimmt gewesen sei. Der Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) sei aber nicht eröffnet. Da eine Behandlung bei einem nicht zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassenen Arzt nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sei, scheide ein Kostenerstattungsanspruch in jedem Falle aus. Die durch Schreiben vom 04.03.2014 beantragten Sitzungen bei Dr. Sch., die auf Kostenerstattung gerichtet seien, würden nicht vom Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkassen umfasst, so dass sie auch nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) werden könnten.

Das Urteil wurde dem Bevollmächtigten der Klägerin am 24.01.2017 gegen Empfangsbekenntnis zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 23.02.2017 zum LSG Baden-Württemberg erhobene Berufung der Klägerin. Unzutreffend habe das SG die Klage als teilweise unzulässig abgewiesen. In der sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. Sch. vom 24.07.2015 sei ein Verlängerungsantrag zu sehen. [§ 13 SGB V](#) sei keineswegs auf Psychologen und Psychotherapeuten beschränkt, welche eine kassenärztliche Zulassung besitzen würden. Im Übrigen sei unbestritten vorgetragen worden, dass die Beklagte einen vertragsärztlich zugelassenen Psychotherapeuten nicht zur Verfügung habe stellen können. Ein Kostenerstattungsanspruch scheitere auch nicht daran, dass ein Primäranspruch für diese Behandlung der Klägerin nicht zustünde. Im Bereich L. sei eine Unterversorgung gegeben, so dass die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von nicht kassenzugelassenen Psychotherapeuten und Psychiatern bestünde. In L. und Umgebung erhalte man nicht einmal Rückmeldung von angefragten Ärzten und Psychotherapeuten und habe daher noch nicht einmal die Chance auf eine Warteliste gesetzt zu werden. Dabei wäre der Klägerin eine Wartezeit von sechs bis neun Monaten auch nicht möglich gewesen, da ansonsten die Therapie wieder bei Null hätte beginnen müssen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 21.10.2016 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die bislang entstandenen Kosten für die Inanspruchnahme der bei Dr. Sch. durchgeführten Psychotherapie über den 15.05.2013 hinaus in Höhe von 6.091,08 EUR sowie die weiteren ab 2016 entstandenen bzw. entstehenden Kosten für diese Psychotherapie zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die außervertragliche Psychotherapie (Verhaltenstherapie) sei am 08.10.2012 im Rahmen einer Einzelfallentscheidung ohne Rechtsanspruch auf künftige gleich oder ähnlich gelagerte Fälle für 85 Sitzungen zugesagt worden. Für eine Verhaltenstherapie sei diese Anzahl bereits für besondere Fälle die absolute Höchstgrenze. Im Zeitraum 2010 bis 2013 wäre es im Übrigen möglich gewesen, einen Verhaltenstherapeuten (auch in einem Gebiet mit Versorgungsengpässen) zu finden und Wartezeiten zu überbrücken. Zudem habe ein freier zugelassener Therapeut in T. (Dr. phil. Dr. theol. Th. J. R.) genannt werden können. Die Entfernung von 39 km bzw. 43 Minuten mit dem Auto sei zumutbar. Da eine Zusicherung gem. [§ 34 SGB X](#) zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Form bedürfe, könnten auch die Aussagen der Klägerin, dass einer ihrer Mitarbeiter angeblich Absprachen mit dem Therapeuten getroffen haben soll, nicht nachvollzogen werden. Es werde zudem bestritten, dass dies der Fall gewesen sei. Darüber hinaus habe der MDK in seinen Gutachten vom 19.03.2014, 30.06.2014 und 12.11.2015 festgestellt, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine weitere Therapie nicht gegeben seien. Es werde auf das unzureichende Ansprechen der Therapie innerhalb von drei Jahren verwiesen sowie auf die fehlende Dokumentation des

Therapeuten. Die Mediation des Familienkonflikts auf eigene Kosten werde empfohlen. Abschließend sei zu ergänzen, dass Dr. Sch. seine Praxis ab Januar 2014 in die Sch. (B.) verlegt habe. Hierdurch ergebe sich ein weiterer Aspekt der Klageabweisung, denn es handle sich um eine Behandlung im Ausland ([§ 13 Abs. 4](#), [§ 18 SGB V](#)).

Der Berichterstatter hat die Beteiligten im Rahmen des Erörterungstermins vom 23.08.2017 informiert, dass der Senat erwäge, die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zurückzuweisen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Äußerung bis zum 22.09.2017 gegeben worden. Mit Schriftsatz vom 22.09.2017 hat die Klägerin ihr bisheriges Vorbringen noch einmal dargestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf die Sozialgerichtsakte erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung der Klägerin gem. [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten gehört.

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§ 143 SGG](#) statthaft und wurde gem. [§ 151 Abs. 1 SGG](#) auch form- und fristgerecht eingelegt. Sie bedarf nicht der Zulassung, da der Beschwerdewert von 750,00 EUR im Sinn des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) bereits angesichts der geltend Erstattungsforderung überschritten ist.

Die Berufung der Klägerin ist aber unbegründet. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 21.10.2016 zu Recht abgewiesen.

Soweit die Klägerin die Kostenerstattung von über 50 Sitzungen geltend macht, ist die Klage bereits unzulässig. Der Senat geht insoweit zu Gunsten der Klägerin davon aus, dass der Antrag vom 06.03.2014 allein auf die Anzahl der Sitzungen und nicht zusätzlich auf den Zeitraum ab September 2013 begrenzt ist. Zwar werden zunächst "50 weitere Sitzungen ab September 2013" beantragt. Aus der nachfolgenden Begründung und sachnaher Auslegung ergibt sich jedoch, dass von dem Weiterbewilligungsantrag sämtliche Sitzungen der Klägerin bei Dr. Sch. seit Mai 2013 erfasst werden sollen und er damit eine nahtlose Weiterbewilligung begehrt hat. Den so verstandenen Antrag hat die Beklagte auch mit dem Bescheid vom 26.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.08.2014 abgelehnt. Der Streitgegenstand der Anfechtungs- und Leistungsklage ist daher auf die angegriffene Regelung beschränkt. Soweit die Klägerin mit der Klage über dieses Kontingent hinaus eine unbefristete Genehmigung zur Durchführung der Therapie bei Dr. Sch. begehrt, ist die Klage mangels vorheriger Antragstellung bei der Beklagten unzulässig. Hierfür fehlt das Rechtsschutzbedürfnis. Dabei kann zur Überzeugung des Senats in der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Sch. vom 24.07.2015 kein weitergehender Antrag gesehen werden. Ein Antrag wird weder ausdrücklich noch konkludent gestellt. Der Senat weist insoweit auch darauf hin, dass die Beantwortung von Beweisfragen gegenüber dem Gericht von einer Antragstellung gegenüber der Beklagten zu unterscheiden ist. Im Übrigen hat das SG jedoch zutreffend darauf hingewiesen, dass selbst bei einer Antragstellung nach wie vor die Bescheidung und Durchführung des Widerspruchsverfahrens fehlt.

Die Klage ist im Übrigen aber auch unbegründet. Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, dass der von der Klägerin geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch ausschließlich auf [§ 13 SGB V](#) gestützt werden kann.

Die Klägerin hat nicht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistung eine Kostenerstattung gewählt. [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) erlaubt nur eine umfassende Wahl der Kostenerstattung, gegebenenfalls beschränkt auf alle ambulanten ärztlichen Maßnahmen. Ein Versicherter kann nicht für einzelne Behandlungen im Vorfeld Kostenerstattung wählen und für die nächste Behandlung dann wieder das Sachleistungsprinzip. Er ist an seine umfassende Wahl mindestens ein Jahr gebunden. Eine solche umfassende Wahl der Kostenerstattung liegt nicht vor. Sie ist weder von der Klägerin vorgetragen noch aus den Verwaltungsakten ersichtlich. Als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch kommt [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) deshalb nicht in Betracht.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs ist daher ausschließlich [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Die Vorschrift bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Das Gesetz sieht damit in Ergänzung des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise Kostenerstattung vor, wenn der Versicherte sich eine Leistung auf eigene Kosten selbst beschaffen musste, weil sie von der Krankenkasse als Sachleistung wegen eines Mangels im Versorgungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt worden ist (vgl. etwa BSG, Urteil vom 02.11.2007, - [B 1 KR 14/07 R](#) -; Urteil vom 14.12.2006, - [B 1 KR 8/06 R](#) -, beide in juris). Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) (Fall 1 und 2) SGB V reicht daher nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (etwa auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#)). Die Krankenkasse muss Aufwendungen des Versicherten nur erstatten, wenn die selbst beschaffte Leistung (nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Rechts, BSG, Urteil vom 08.03.1995, - [1 RK 8/94](#) -, in juris) ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen ist oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Die Selbstbeschaffung der Leistung muss außerdem zu einer (zivil-)rechtlich wirksamen Kostenlast des Versicherten geführt haben. Daran kann es insbesondere bei Verstößen gegen das einschlägige öffentlich-rechtliche Preisrecht fehlen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und zum Preisrecht für Krankenhausleistungen; auch etwa jurisPK-SGB V Schlegel/Voelzke, § 33 Rdnr. 49).

Der regelmäßig im Vordergrund stehende Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) (rechtswidrige Leistungsablehnung) setzt die rechtswidrige Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und außerdem einen Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast voraus.

Dieser Ursachenzusammenhang fehlt, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 30.06.2009, - [B 1 KR 5/09 R](#) -, in juris; vgl. auch [§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) sowie ab 01.01.2013 die Beschleunigungsvorschrift in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#)) oder wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte. Das mit einer Entscheidung der Krankenkasse abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt weder einen "Formalismus" in dem Sinne dar, dass es ganz entbehrlich ist, noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte nicht gehalten ist, die Entscheidung der Krankenkasse in seine eigene Entscheidung inhaltlich einzubeziehen, sondern den Abschluss des Verwaltungsverfahrens nur "formal" abwarten muss, jedoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (so: BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Dem steht nicht entgegen, dass [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) (Beschluss vom 19.03.2009, - [1 BvR 316/09](#) -, in juris) nicht in der Weise ausgelegt werden darf, dass er für einen bestehenden Leistungsanspruch die Funktion eines anspruchvernichtenden Tatbestands entwickelt.

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) sind vorliegend nicht gegeben. Dabei fehlt es bereits an der zuvor dargestellten Kausalität. Die Klägerin hatte sich spätestens mit der Inanspruchnahme der 86. Sitzung auf die Fortführung der Therapie bei Dr. Sch. festgelegt und bis zum Zeitpunkt der Antragstellung am 04.03.2014 bereits 23,5 Sitzungen in Anspruch genommen. Da bei der Fortsetzung der Therapie ausweislich der Antragstellung auch das Therapieziel festgelegt wurde und damit eine Festlegung der Klägerin auf die Therapie bei Dr. Sch. erfolgt ist, fehlt es an der notwendigen Kausalität nicht nur bzgl. der Sitzungen vor der Leistungsablehnung, sondern hinsichtlich der gesamten 50 Sitzungen.

Darüber hinaus fehlt es jedoch auch an einer für die Leistungsanspruchnahme kausalen rechtswidrigen Ablehnung der Leistungsgewährung, weil die Klägerin keinen Anspruch auf die begehrte Therapie hatte. Nach dem vom SGB V installierten Sach- und Dienstleistungssystem ([§§ 2 Abs. 2, 13 Abs. 1 SGB V](#)) dürfen Versicherte nur zugelassene Leistungserbringer (zu den Psychotherapeuten vgl. [§§ 95 ff. SGB V](#)) in Anspruch nehmen ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Ein - wie hier - nicht zugelassener psychotherapeutischer Leistungserbringer kann zu Lasten der Krankenkasse nur nach Maßgabe des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) in Anspruch genommen werden (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28.02.2008, [L 5 KR 113/07](#) -, in juris). Nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) dürfen andere Ärzte nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die notfallmäßige Inanspruchnahme kommt nur dann in Betracht, wenn der Versicherte auf eine Akutbehandlung angewiesen und ein zugelassener Leistungserbringer zumutbar nicht erreichbar ist. Dieser hat dann aber lediglich einen Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse, denn er wird wegen des Notfalls in das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) inkorporiert (st.Rspr. vgl. BSG, Urteil vom 09.10.2001 - [B 1 KR 6/01 R](#) - in juris; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 02.03.2007 - [L 1 B 156/07 KR-ER](#) -, in juris). Ein Erstattungsanspruch der Klägerin bestünde hiernach im Fall des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) also grundsätzlich nicht.

Darüber hinaus sind aber auch die Voraussetzungen des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht erfüllt. Dies setzt nämlich für eine außervertragliche Versorgung voraus, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der vertragsmäßigen Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist grundsätzlich nur dann der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt bzw. in einem nicht zugelassenen Krankenhaus Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Ein solcher Sachverhalt ist vorliegend nicht gegeben. Anhaltspunkte für eine solche Dringlichkeit im Sinne eines Notfalls bestehen nicht. Ausweislich der Antragstellung hatte sich der Gesundheitszustand der Klägerin durch die Psychotherapie bis Mai 2013 gebessert. Dementsprechend fand die Therapie auch nicht in kürzeren Intervallen statt. Zur Überzeugung des Senats litt die Klägerin daher im Zeitraum ab Mai 2013 nicht an einer Erkrankung, die ein sofortiges Handeln im Sinne des Beginns einer Psychotherapie bedingt hätte. Dies gilt umso mehr, als das Ende der Ausnahmegenehmigung absehbar war. Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, dass es der Klägerin zumutbar gewesen wäre, eine vertragsärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Der Senat nimmt insoweit auf die Entscheidung des SG gem [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug.

Soweit sich die Klägerin im Übrigen auf eine sogenannte Versorgungslücke bzw. ein Systemversagen beruft, vermag die Klägerin mit ihrem Begehren ebenfalls nicht durchzudringen. Von der Existenz einer Versorgungslücke kann nur dann ausgegangen werden, wenn eine im Rahmen des vertragsärztlichen Leistungssystems nicht behandelbare Erkrankung vorliegt, die allerdings privatärztlich mit hinreichender Erfolgsaussicht behandelbar ist. Die Feststellung, ob eine Versorgungslücke gegeben ist, obliegt nicht dem Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über den rechtlichen Rahmen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen in der Regel zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, in juris). Der von der Klägerin vorgelegte Zeitungsartikel und die Anschreiben aus dem Jahr 2015 genügen nicht zum Nachweis einer solchen Versorgungslücke bei Inanspruchnahme der 50 beantragten Sitzungen. So hat die Klägerin selbst im laufenden Berufungsverfahren angegeben, dass sie sich in den Jahren 2013, 2014 und 2015 nicht um eine Versorgung im vertragsärztlichen System bemüht hat. Sie hat sich dementsprechend auch nicht an die Beklagte gewandt und auf ein ihrer Ansicht nach bestehendes Systemversagen hingewiesen. Damit hat die Klägerin ihrer Krankenkasse die Prüfung einer Versorgungslücke vereitelt (BSG, Urteil vom 18.07.2006 - [B 1 KR 9/05 R](#) -, in juris). Gerade in einem Fall, in dem ein Therapieplatz nicht in absehbarer Zeit erwartet werden kann, hätte es nahegelegen und wäre Anlass gewesen, bei der Beklagten nachzufragen und um Unterstützung zu bitten, um so tatsächlich alle erreichbaren Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen (BSG, Urteil vom 25.09.2000 - [B 1 KR 5/99 R](#) -, in juris).

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 1 SGB V](#) und ein hieraus resultierender Erstattungsanspruch scheidet zur Überzeugung des Senats ebenfalls aus. Denn eine Leistung ist nur dann unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (BSG, Urteil vom 08.09.2015, -[B 1 KR 14/14 R](#), in juris). Dies war nach den obigen Ausführungen nicht der Fall.

Schließlich scheidet zur Überzeugung des Senats auch eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) aus. Gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#) unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der MDK nimmt nach [§ 13 Abs. 3a S. 3 SGB V](#) innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#) den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Zutreffend weist das SG in seiner Entscheidung darauf hin, dass erstmalig in dem Schreiben von Dr. Sch. vom 04.03.2014, eingegangen bei der Beklagten am 06.03.2014, ein Antrag im Sinne des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) zu sehen ist, welcher auch hinreichend bestimmt ist. Dem Schreiben ist zu entnehmen, dass der Verlängerungsantrag für die Klägerin gestellt worden ist und hiermit die Bewilligung von 50 weiteren Sitzungen Verhaltenstherapie bei Dr. Sch. im Wege des Kostenerstattungsverfahrens begehrt werden. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) begann damit am 07.03.2014 zu laufen, vgl. [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 87 Abs. 1 BGB](#). Die Frist von drei Wochen war zum Zeitpunkt der Entscheidung der Beklagten und dem Versand des Bescheids am 26.03.2014 auch noch nicht abgelaufen. Selbst wenn man auf die Bekanntgabe des Bescheides abstellt, ergibt sich nichts anderes, weshalb der Senat zur Ermittlung des Bekanntgabedatums nicht verpflichtet war. Denn darüber hinaus ist der Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) auch nicht eröffnet. Einer isolierend auf den Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) abstellenden Auslegung, welche die Genehmigungsfiktion ohne jede Einschränkung auf die beantragte Leistung bezieht, hat das BSG eine Absage erteilt. So soll die Regelung grundsätzlich keine Anwendung finden auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind. Das sind unter anderem Ansprüche der Versicherten wegen sachleistungsersetzender Kostenerstattung etwa nach [§ 13 Abs. 2](#) und [3 SGB V](#). Der Senat schließt sich dieser Rechtsprechung des BSG nach eigener Prüfung an, zumal die Begrenzung des Leistungsbegriffs auf Sach- und Dienstleistungen systematisch bedingt ist und daraus folgt, dass Absatz 3a - ebenso wie die Absätze 2, 3, 4 und 5 - als Ausnahmegvorschrift im Sinne von [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) konzipiert ist (Heibig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13, Rdn. 60.1; ebenso: Pade, jurisPR-SozR 23/2016 Anm. 1).

Der geltend gemachte Anspruch der Klägerin war von vornherein auf Kostenerstattung und damit auf eine Geldleistung gerichtet. Dies folgt zum einen aus dem Wortlaut des Antrages selbst ("Verlängerungsantrag, Verhaltenstherapie, Langzeittherapie Kostenerstattung") und der Tatsache, dass auch für die Vergangenheit eine entsprechende Abrechnung über die Klägerin und damit keine Direktabrechnung zwischen der Beklagten und Dr. Sch. stattfand. Zum anderen ergibt sich diese aber auch daraus, dass Dr. Sch. nicht Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung ist. Eine Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und der Beklagten scheidet damit durch die Regelung des [§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) aus, da gleichzeitig die Voraussetzungen des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) nicht vorliegen (s.o.) Die durch Schreiben vom 04.03.2014 beantragten weiteren 50 Sitzungen bei Dr. Sch. waren nach dem oben Dargelegten nicht vom Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkassen umfasst, so dass sie auch nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) werden können (einen Kostenerstattungsanspruch bei Inanspruchnahme einer privatärztlichen Behandlung i.E. ebenfalls grds. ablehnend: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.11.2016-Az. [L 11 KR 5297/15](#), Rdn. 31 nach juris).

Darüber hinaus war der Klägerin durch die Entscheidung der Beklagten vom 08.10.2012 und des vorgelagerten Verwaltungsverfahrens aber auch bewusst, dass es sich bei Dr. Sch. um keinen zugelassenen Leistungserbringer handelt und die von ihm angebotene Verhaltenstherapie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Dies ergibt sich auch aus dem Bewilligungsbescheid der Beklagten hinsichtlich der bewilligten 85 Stunden. Nachdem sich die Klägerin im Mai 2013 auch nicht um eine vertragsärztliche Versorgung bemüht und einen Antrag nicht gestellt hat, hat sie zur Überzeugung des Senats auch nicht mit einer weiteren Genehmigung rechnen dürfen und hat sie nicht gerechnet.

Soweit der Klägervertreter im Übrigen auf verschiedene Telefonate mit der Beklagten im Zeitraum ab Mai 2013 hingewiesen hat, ergibt sich auch hieraus kein Anspruch auf Kostenerstattung. Mangels Schriftform scheidet eine wirksame Zusicherung gem. [§ 34 SGB X](#) aus. Eine Zusicherung wird im Übrigen von der Klägerin auch nicht schlüssig dargelegt. Vielmehr hat der Klägervertreter im Erörterungstermin vor dem Berichterstatter ausgeführt, dass er in den Telefonaten lediglich zur Antragstellung aufgefordert wurde. Eine Antragstellung durch die Klägerin erfolgte indessen nicht.

Die Berufung der Klägerin kann deshalb keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-09-29