

L 16 KR 161/04

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 4 KR 99/02
Datum
10.02.2004
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 161/04
Datum
10.02.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 9/05 R
Datum
18.07.2006
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10. Februar 2004 geändert. Die Beklagte wird unter Aufhebung ihres Bescheides vom 19.11.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2002 verurteilt, der Klägerin 1.107,83 Euro (eintausendeinhundertsieben 83/100) Euro zu erstatten. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin. Im übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten einer psychologischen Psychotherapie-Behandlung.

Die Klägerin beantragte im September 2001 bei der beklagten Krankenkasse unter Vorlage einer Bescheinigung des praktischen Arztes/Psychotherapie Dr. N, der wegen einer rezidivierenden depressiven Störung eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit zunächst 25 Einzelsitzungen für erforderlich erachtete, die Übernahme der Kosten einer im Juni 2001 begonnenen Behandlung durch den Beigeladenen. Diesem wurde durch die Bezirksregierung Düsseldorf zunächst mit Wirkung ab dem 01.01.1999 die Approbation als psychologischer Psychotherapeut zuerkannt, jedoch mit Bescheid vom 04.01.2000 wieder zurückgenommen. Das hierüber geführte Gerichtsverfahren ist noch anhängig (Verwaltungsgericht Düsseldorf - 26 K 3231/00). Seine Zulassung als psychologischer Psychotherapeut wurde durch den Zulassungsausschuss abgelehnt, dieser im nachfolgenden Gerichtsverfahren aber verpflichtet, den Antrag - nach Abschluss des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens - erneut zu bescheiden (BSG Ur. v. 05.02.03 - [B 6 KA 42/02 R = SozR 4-2500 § 95 Nr. 4](#)). Die Beklagte lehnte den Antrag zunächst formlos gegenüber dem Beigeladenen (Schreiben vom 13.09.2001) und unter Benennung einer zugelassenen Therapeutin auch gegenüber der Klägerin (Schreiben vom 21.09.2001) und sodann nochmals mit förmlichem Bescheid vom 19.11.2001 ab. Den hiergegen am 17.12.2001 eingelegten Widerspruch der Klägerin, mit dem diese geltend machte, der Beigeladene sei bis zur Abklärung seines Status berechtigt, weiter wie bisher im Kostenerstattungsverfahren an der Versorgung der Versicherten teilzunehmen, und sie habe sich in einer akuten Krisensituation im Juni 2001 kurzfristig für die Behandlung durch den Beigeladenen entschlossen, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2002 als unbegründet zurück. Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsverfahrens seien nicht gegeben, weil durch zugelassene Therapeuten die Versorgung der Versicherten hinreichend gewährleistet sei.

Die Klägerin hat am 02.05.2002 vor dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf Klage erhoben. Sie hat geltend gemacht, der Beigeladene habe seine Zulassung als psychologischer Psychotherapeut fristgemäß beantragt, über die Ablehnung sei bisher nicht abschließend entschieden. Unter diesen Umständen finde auf ihn die Übergangsregelung des Art. 10 des Gesetzes über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des SGB V und anderer Gesetze (PsychThGEG) Anwendung. Solange sein Antrag auf bedarfsunabhängige Zulassung nicht abschließend beschieden sei, dürfe er daher als Erstattungstherapeut weiter zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die Anwendung der Bestandsschutzregelung des Art. 10 PsychThGEG begründe keinen Kostenerstattungsanspruch anlässlich der Inanspruchnahme des Beigeladenen, da die speziellen Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V), der die Voraussetzungen für die Kostenerstattung regelt, nicht erfüllt gewesen seien. Zur Stützung ihrer Auffassung hat sie sich auf ein Schreiben des Bundesversicherungsamtes (BVA) vom 02.05.2002 bezogen, auf welches wegen der Einzelheiten verwiesen wird.

Mit Urteil vom 10.02.2004 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihr am 18.05.2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 16.06.2004 Berufung eingelegt. Sie bezieht sich auf die Begründung ihrer Klage.

Nach seiner Beiladung durch den Senat trägt der Therapeut vor, die Kosten 21 tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie-Sitzungen sowie 60 Leistungen tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie habe die Klägerin beglichen. Mit ihm vergleichbare Therapeuten hätten sich vor dem Bundesverwaltungsgericht auf dessen Vorschlag mit dem Prüfungsausschuss der Psychotherapeutenkammer dahin geeinigt, dass sie eine Prüfung vor letzterer absolvieren sollten, um dann ggfls. die Approbation zu erhalten. Diese Regelung werde auch in seinem Fall angestrebt. Er rechne zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch 22 Behandlungsfälle im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens mit drei anderen Krankenkassen ab.

Nach einer vergleichsweisen Regelung der Beteiligten über die Kosten der durchgeführten Gruppentherapie beantragt die Klägerin,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10.02.2004 zu ändern und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 19.11.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2001 zu verurteilen, ihr die anlässlich der Behandlung durch den Beigeladenen zunächst entstandenen Kosten in Höhe von 1.107,83 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

Die Beklagte erachtet das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist ergänzend auf eine Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Berlin vom 04.08.2004 - L [9 KR 56/02](#) -.

Wegen der weiteren Erklärungen der Beteiligten wird auf die Sitzungsniederschrift vom 10.02.2005 verwiesen. Wegen des Sach- und Streitstands im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte und der Akte des SG Düsseldorf - S 2 (25) KR 58/00 - und des Verwaltungsgerichts Düsseldorf - 26 K 3231/00 - Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig und in dem noch streitigen Umfang begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen, denn der Klägerin steht der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch zu.

Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) - Gesetzliche Krankenversicherung -, der allein als Anspruchsgrundlage in Betracht zu ziehen ist, sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Die erstmalige Konsultation des Beigeladenen durch die Klägerin erfolgte in einer Notfallsituation i.S.d. 1. Alternative des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Dies setzt zum einen die Unaufschiebbarkeit der Behandlung und zum anderen das Unvermögen des Versicherten, sich vor Beginn der Behandlung an die Krankenkasse zu wenden, voraus (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#) S. 105/6). Nach den glaubhaften Angaben der Klägerin und des Beigeladenen geschah die erstmalige Kontaktaufnahme anlässlich einer Krisenintervention an einem Freitagnachmittag. Dabei musste unverzüglich die Frage geklärt werden, ob eine ambulante Behandlung noch möglich oder eine Krankenhauseinweisung notwendig war. Angesichts des Krankheitsbildes, der Dringlichkeit der Behandlung sowie des Zeitpunkts war es der Klägerin nicht zumutbar, Kontakt zur Beklagten aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass sich die Klägerin vor der zweiten Sitzung mit der Beklagten in Verbindung hätte setzen können, auch wenn die Art der Erkrankung - Angstsyndrom - dies möglicherweise verhindert hat. Letztlich kann dies jedoch dahinstehen. Im Gegensatz zur 1. Alternative des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) soll die 2. Alternative - unrechtmäßige Leistungsablehnung - die Krankenkasse in die Lage versetzen, zu prüfen, in welcher Weise der Sachleistungsanspruch des Versicherten erfüllt werden kann (BSG a.a.O.). Wartet der Versicherte daher die Entscheidung der Krankenkasse nicht ab und verschafft sich die Leistung selbst, so sind die ihm entstandenen Kosten nicht durch die Entscheidung der Krankenkasse verursacht worden mit der Folge, dass keine Erstattungsansprüche entstehen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#) S. 74; § 28 Nr. 6 S. 35). Wenn bei einer einheitlichen, untrennbaren Behandlung dieser Kausalitätsmangel auch die späteren Behandlungsabschnitte erfasst (BSG a.a.O.), so kann umgekehrt die im Rahmen eines Notfalls begonnene Behandlung nicht das Erfordernis eines späteren Antrags nach sich ziehen, wenn der Wechsel des Behandlers dem Versicherten nicht zumutbar ist. Davon ist hier aber aufgrund der besonderen Beziehungen zwischen dem Therapeuten und der Versicherten bezüglich der ersten probatorischen Sitzungen auszugehen, wie der Beigeladene zur Überzeugung des Senats dargelegt hat. Vor Beginn der nachfolgenden Einzeltherapie ist aber eine Entscheidung der Krankenkasse herbeigeführt worden.

Außerdem konnte wegen der Besonderheiten der Teilnahme des psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens hier ein entsprechender Antrag an die Krankenkasse vor Durchführung der probatorischen Sitzungen unterbleiben. Wie der Beigeladene dargelegt hat, war es bei einer Behandlung durch ihn übliche Verfahrensweise, dass die Anträge an die Krankenkassen erst nach Abschluss der probatorischen Sitzungen, die der Abklärung der weiteren Behandlungserfordernisse dienen, gestellt wurden. Da auch die Beklagte in der mündlichen Verhandlung eingeräumt hat, dass eine solche Vorgehensweise möglich war, kann sie nicht bei einzelnen Versicherten auf dem Antragserfordernis bestehen, wenn sie bei anderen hiervon abgesehen hat. Der Beigeladene war auch berechtigt, die Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Beklagten durchzuführen. Dies folgt aus Art. 10 PsychThGEG, wonach die Rechtsstellung der bis zum 31. Dezember 1998 an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden nichtärztlichen Leistungserbringer bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses über deren Zulassung oder Ermächtigung unberührt bleibt, sofern sie einen Antrag auf Zulassung oder Ermächtigung bis zum 31. Dezember 1998 gestellt haben. Der Beigeladene, der seinen Antrag auf Zulassung bis zum 31.12.1998 gestellt hatte, hat bis zu diesem Zeitpunkt an der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des sog. Kostenerstattungsverfahrens teilgenommen (vgl. zu letzterem BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 25](#); [SozR 4-2500 § 95 Nr. 4](#)). Anders als die psychologischen Psychotherapeuten, die im Delegationsverfahren in die Behandlung der

Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen eingebunden waren, war das Tätigwerden dieser Therapeuten davon abhängig, dass im Einzugsbereich ihrer Praxis eine ausreichende Versorgung der Versicherten durch nach den Psychotherapie-Richtlinien befähigte und tätige Ärzte sowie an zur Mitwirkung im Delegationsverfahren befähigte und bereite nichtärztliche Psychotherapeuten nicht gewährleistet war (sog. Systemversagen). Das infolgedessen bestehende Unvermögen der Krankenkasse, den Sachleistungsanspruch ihrer Versicherten auf ausreichende psychotherapeutische Behandlung zu erfüllen, begründet die Notwendigkeit der Inanspruchnahme nicht zugelassener Therapeuten und die Möglichkeit der Erstattung im Kostenverfahren (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#) S. 52). Eine solche Versorgungslücke bestand, was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist, bis zum 31.12.1998 im Einzugsbereich der Praxis des Beigeladenen und insbesondere am Wohnort der Klägerin in X. Der Beigeladene hat daher auch bis zum 01.01.1998 an der Versorgung von Versicherten der Beklagten teilgenommen.

Allerdings ist insoweit seit 1999 eine Änderung eingetreten, weil durch die zum 01.01.1999 vollzogene gesetzliche Integration der psychologischen Psychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung und der daraufhin erfolgten Zulassung zahlreicher Psychotherapeuten die Versorgungslücke beseitigt worden ist, so dass das früher praktizierte Kostenerstattungsverfahren im Bereich der Psychotherapie nicht mehr gerechtfertigt ist (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 95 Nr. 4](#) S. 29). Dies zeigt sich vorliegend auch daran, dass die Beigeladene in der Lage war, der Klägerin eine zugelassene Therapeutin als Alternative zu benennen. Gleichwohl kann der Beigeladene wegen der Besonderheiten, die in seinem Fall gelten, aufgrund der Bestandsschutzregelung des Art. 10 PsychThGEG verlangen, dass er im bisherigen Umfang an der psychotherapeutischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilnimmt. Das BSG hat in seiner den Beigeladenen betreffenden Revisionsentscheidung festgestellt, dass die gesetzlich vorgesehene aufschiebende Wirkung seines Widerspruchs gegen die Rücknahme seiner Approbation nicht zu einer uneingeschränkten Hemmung der Vollziehung dieses Rücknahmebescheides führen muss, soweit spezialgesetzliche Vorschriften anderes gebieten und sofern noch ausreichender Rechtsschutz gleichwohl gewährleistet bleibt (BSG a.a.O. S. 27). Letzteres hat das BSG aufgrund der Bestandsschutzregelung des Art. 10 PsychThGEG angenommen (a.a.O. S. 28 unter Bezugnahme auf BVerfG Beschl. vom 22.12.1999, [NZS 2000, 295](#), der allerdings den Fall eines Delegationstherapeuten betrifft). Das BSG hat daher dargelegt, dass in entsprechenden Sonderfällen der vorläufige Rechtsschutz nach Art. 10 PsychThGEG die Fortsetzung des Kostenerstattungsverfahrens rechtfertigt (a.a.O. S. 29). Wenn aber das BSG gleichzeitig feststellt, dass ein Systemversagen infolge der Zulassungspraxis tatsächlich seit 1999 nicht mehr bestanden hat, kann dies nur bedeuten, dass der Beigeladene in dem Umfang noch tätig werden darf - d.h. Versicherte in seinem Einzugsbereich noch behandeln darf -, wie er dies bis zum 31.12.1998 getan hat. Die gegenteilige Beschränkung des Beigeladenen auf die Versorgung von Versicherten nach Feststellung einer Versorgungslücke im jeweiligen konkreten Einzelfall, hätte eine Verletzung des Gebotes effektiven Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz - GG -](#)) zur Folge. Da nämlich entsprechende Versorgungslücken seit dem 01.01.1999 nicht oder kaum noch festgestellt werden können, wovon das BSG ausgegangen ist (a.a.O. S. 29), wäre der Beigeladene von der Teilnahme der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter praktisch ausgeschlossen. Damit wäre jedoch sein Anspruch auf vorläufigen Rechtsschutz aufgehoben.

Dies bedeutet keine Ausdehnung des Rechtes des Beigeladenen, die durch Art. 10 PsychThGEG nicht beabsichtigt war (BSG a.a.O.; BVerfG a.a.O.), auch wenn die Beklagte darauf verwiesen hat, dass schon bis zum 31.12.1998 das Vorliegen einer Versorgungslücke in jedem Einzelfall geprüft worden sei. Letzteres begegnet im Hinblick auf das vom Beigeladenen geschilderte Abrechnungsverfahren der probatorischen Sitzungen ohnehin Zweifeln. Jedenfalls ist aber die Aufrechterhaltung der Teilnahmemöglichkeit des Beigeladenen im bisherigen Umfang keine Ausdehnung seiner Rechtsposition, sondern nur die Fortsetzung der bisherigen Praxis, wie sie durch Art. 10 PsychThGEG bezweckt ist. Käme es hingegen auf den Nachweis entsprechender Versorgungsnotstände nach dem 31.12.1998 an, so liefe die Anwendbarkeit des Art. 10 PsychThGEG im Fall der Therapeuten, die am Erstattungsverfahren teilgenommen haben, im Wesentlichen leer. Denn mit der Zulassung zahlreicher Psychotherapeuten seit diesem Zeitpunkt ist eine Unterversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapeuten kaum noch denkbar, so dass im Ergebnis nur die Delegationstherapeuten in den Genuss der Übergangsregelung des Art. 10 PsychThGEG kämen (etwas anderes folgt nicht aus der von der Beklagten in Bezug genommenen Entscheidung des LSG Berlin vom 04.08.2004 - [L 9 KR 56/02](#) -, weil dort die psychotherapeutische Versorgung in einem Gebiet im Streit stand, das schon vor dem 01.01.1999 keine Versorgungslücken aufwies). Dies ist jedenfalls vom Beigeladenen nicht hinzunehmen, weil andernfalls sein Widerspruch gegen die Rücknahme seiner Approbation überhaupt keine Bedeutung zukäme und ihm jeglicher vorläufiger Rechtsschutz versagt wäre. Blieb er demzufolge berechtigt, an der Versorgung der Versicherten der Beklagten weiterhin teilzunehmen, so kann auch nicht der Klägerin entgegengehalten werden, anderweitige, zugelassene Therapeuten hätten zur Verfügung gestanden.

Die Behandlung, deren Kosten im Streit stehen, war in dem entsprechenden Umfang notwendig. Wie der praktische Arzt/Psychotherapie Dr. N bescheinigt hat, war zunächst eine Behandlung mittels 25 Einzelsitzungen erforderlich, so dass die durchgeführten 23 Sitzungen sich in diesem Rahmen hielten. Die Abrechnung ist auch nach den üblichen Vertragsätzen aufgrund der GOÄ erfolgt.

Schließlich kann die Klägerin auch die Zahlung an sich selbst begehren, obwohl sie die Abtretung der Ansprüche an den Beigeladenen im Verwaltungsverfahren erklärt hatte. Unabhängig von der Frage, ob diese Abtretung überhaupt wirksam war (vgl. [§ 53 SGB I](#)) sind die streitigen Zahlungsansprüche durch die Erklärungen der Klägerin und des Beigeladenen vor dem Senat jedenfalls auf die Klägerin zurückübertragen worden.

Auf die Berufung der Klägerin war daher das Urteil des SG zu ändern und die Beklagte antragsgemäß zu verpflichten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Der Senat hat wegen der besonderen Bedeutung der Rechtssache die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2006-09-19