

L 11 KR 43/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 44 KR 414/04
Datum
20.03.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 43/07
Datum
18.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 20.03.2007 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten in Höhe von 7.948,17 EUR, die durch eine ambulante Psychotherapie in der Zeit vom 17.03.2004 bis 03.12.2004 in der D Stiftung für Klinische Psychologie in N entstanden sind.

Die 1972 geborene Klägerin litt unter einer schwerwiegenden Zwangsstörung. Mit einer bei der Beklagten am 25.03.2004 eingegangenen Bescheinigung ihrer behandelnden Psychotherapeutin X beantragte sie die Kostenübernahme für eine Behandlung in der D-Stiftung. Die in der Zeit vom 01.08.2003 bis zum 12.03.2004 durchgeführten tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapien hätten nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik geführt, es sei vielmehr deutlich geworden, dass das ambulante Setting mit ein bis zwei Sitzungen pro Woche nicht ausreichend sei, um die resistenten Zwangshandlungen und -gedanken zu beeinflussen. Aus therapeutischer Sicht sei daher eine zeitlich viel intensiverere Betreuung, insbesondere auch im häuslichen Umfeld, dringend empfohlen. Eine solche biete die D-Stiftung an.

Mit Schreiben vom 19.04.2004 lehnte die Beklagte den Antrag ab und führte zur Begründung aus, die D-Stiftung sei kein Vertragskrankenhaus, so dass eine Kostenübernahme nicht in Betracht komme. Ambulante psychotherapeutische Leistungen würden grundsätzlich nur von Vertragsbehandlern erbracht. Der Klägerin werde anheim gestellt, sich um einen entsprechenden Therapieplatz zu bemühen. Ihren dagegen gerichteten Widerspruch vom 10.05.2004 begründete die Klägerin im Wesentlichen damit, in vergleichbaren Fällen sei eine Kostenübernahme durch andere Kassen (IKK Schleswig-Holstein) erfolgt. Ergänzend trug sie vor, nur bei der D-Stiftung sei ein kurzfristiger Termin im Rahmen einer Intensiv-Therapie möglich gewesen. Die Therapie habe am 19.04.2004 begonnen und bereits innerhalb von drei Wochen einen derartigen Erfolg gezeigt, dass sie zum 01.06.2004 eine Vollzeitätigkeit als Dipl.-Ing. habe aufnehmen können. Vertragsbehandler könnten eine solche Therapie nicht anbieten, außerdem sei eine Wartezeit zwischen sechs und acht Monaten in Kauf zu nehmen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.09.2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen zu Lasten der Krankenkassen sei grundsätzlich nur mittels der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten zulässig. Diese Voraussetzungen erfülle die D-Stiftung nicht. Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Sozialgesetzbuches (SGB) V komme nicht in Betracht, da die Vorschrift voraussetze, dass die Klägerin als Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistung eine Kostenerstattung gewählt habe. Das sei aber nicht der Fall. Darüber hinaus lägen auch die Voraussetzungen für einen Notfall nicht vor, so dass auch unter diesem Gesichtspunkt eine Kostenerstattung nicht in Betracht komme.

Hiergegen richtete sich die am 21.10.2004 erhobene Klage, mit der die Klägerin ihr Begehren weiter verfolgte. Sie habe seit mehreren Jahren unter Zwängen schwersten Ausmaßes gelitten. Aus diesem Grunde sei sie zuletzt vollständig an der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gehindert gewesen, die Behinderungen hätten sich auch in ihrem Privatleben ausgewirkt. Im Wesentlichen seien die Zwänge geprägt gewesen von der Furcht, sich mit verschiedenen Krankheitserregern zu kontaminieren, wobei das Aids-Virus eine zentrale Rolle gespielt habe. Aus diesem Grunde habe es sich zu Beginn der Inanspruchnahme der streitbefangenen Leistungen um einen Notfall gehandelt. Sie sei auf diese Leistungen angewiesen gewesen, da sie diese im Rahmen der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung nicht hätte in Anspruch nehmen können. Die Einzelsitzungen hätten in der Zeit vom 17.03.2004 bis 03.12.2004 stattgefunden und insgesamt Kosten in Höhe von 7.948,17 EUR verursacht.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19.04.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.09.2004 zu verurteilen, an sie 7.948,17 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basissatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Ergänzend zur Begründung des Widerspruchsbescheides hat die Beklagte vorgetragen, die X Klinik in E - Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin -, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, habe ihr unter dem 28.02.2005 durch Prof. Dr. I mitgeteilt, von dort aus seien tiefenpsychologische Psychotherapie sowie Verhaltenspsychotherapie angeboten worden. In der Zeit zwischen April und Juni 2004 wäre eine sofortige oder kurzfristige Aufnahme möglich gewesen. Aus diesem Grunde könne auch nicht von einer Versorgungslücke ausgegangen werden, die die Beklagte zu einer Kostenerstattung verpflichte. Im Falle eines Notfalls hätte die Möglichkeit bestanden, ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe im Rahmen einer Krisenintervention in Anspruch zu nehmen. Die Klägerin habe aber den Beschaffungsweg nicht eingehalten, denn sie habe der Entscheidung der Beklagten vorgegriffen, indem sie sich eine Leistung außerhalb des Sachleistungssystems selbst beschafft und somit das Verfahren unmittelbar in das Stadium der Kostenerstattung verlagert habe. Der Umstand, dass hier einzelne Behandlungen erst nach Erlass der angefochtenen Bescheide in Anspruch genommen worden seien, ändere an dieser Einschätzung nichts, denn es handele sich um ein Behandlungskonzept, das als Ganzes betrachtet werden müsse.

Mit Urteil vom 20.03.2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Beklagte habe die Kostenerstattung zu Recht abgelehnt. Mangels wahlweiser Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistungen komme eine Kostenerstattung allein nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift seien nicht gegeben, denn es liege weder eine unaufschiebbare Leistung vor, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen können noch seien der Klägerin durch eine zu Unrecht abgelehnte Leistungsgewährung Kosten entstanden. Anhaltspunkte für eine Unaufschiebbarkeit der selbst beschafften Leistungen gäbe es nicht, hierzu verweise die Kammer auf die zutreffenden Ausführungen der Beklagten. Der Kausalzusammenhang zwischen einer zu Unrecht abgelehnten Leistungsgewährung und deren Inanspruchnahme sei nicht gegeben, denn die Klägerin habe nicht die abschließende Entscheidung der Beklagten abgewartet, sondern sich ohne weiteres der offenbar von vorn herein beabsichtigten privaten Verhaltenstherapie in der D-Stiftung unterzogen. In dem Zusammenhang sei es unbeachtlich, dass die Klägerin einen, wenn auch nur geringen Anteil der selbstbeschafften psychotherapeutischen Leistung erst nach Bekanntgabe des ablehnenden Widerspruchsbescheides in Anspruch genommen habe, denn es handele sich bei sämtlichen selbstbeschafften Einzelleistungen um solche, die Gegenstand eines einheitlichen Behandlungskonzeptes seien und aus diesem Grunde auch nur einheitlich bewertet werden könnten (BSG, Urteil vom 16.09.1997 - [1 RK 28/95](#) -). Das Nichteinhalten des Beschaffungsweges führe zu dem Ergebnis, dass die Klägerin die Kosten für die selbst beschaffte Leistung auch selbst zu tragen habe. Eine Erstattungspflicht der Beklagten komme auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer bestehenden Versorgungslücke in Betracht. Zum einen sei der Bedarf nach diesen von der Klägerin gewünschten besonderen Versorgungsformen durch nichts hinreichend medizinisch belegt oder gar mit einer an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen. Aus der Bescheinigung der Psychologin und Psychotherapeutin X ginge lediglich eine dringende Empfehlung hervor, nicht jedoch eine hieb- und stichfest begründete medizinische Indikation. Zum anderen sei der Auskunft der X Klinik in E zu entnehmen, dass dort im streitigen Zeitraum eine entsprechende Therapie im Rahmen einer vollständigen Krankenhausbehandlung innerhalb des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung hätte in Anspruch genommen werden können. Außerdem dürfe durch den nach Inanspruchnahme der selbst beschafften Leistung eingetretenen Behandlungserfolg nicht ohne weiteres auf einen möglicherweise ursprünglich bestehenden Bedarf der Klägerin nach einer Intensiv-Therapie sowie einer solchen Therapie innerhalb des häuslichen Umfeldes geschlossen werden. Die Klägerin habe vielmehr durch ihr eigenmächtiges Verhalten das Bestehen einer etwaigen ursprünglichen Bedarfslage beseitigt, so dass sich die Unaufklärbarkeit dieser Bedarfslage im Rahmen der objektiven Beweislast zu ihrem Nachteil auswirken würde. Unerheblich sei auch der Hinweis der Klägerin, andere Krankenkassen würden die Kosten übernehmen, denn es gebe keinen Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 18.05.2007. Das Sozialgericht habe zu Unrecht die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGG V](#) abgelehnt, denn es hätten Anhaltspunkte für eine Unaufschiebbarkeit der selbstbeschafften Leistung bestanden. Eine akute Behandlungsbedürftigkeit habe vorgelegen, da sie seit mehreren Jahren unter entsprechenden Zwängen schwersten Ausmaßes gelitten habe, die sie im beruflichen und häuslichen Bereich beeinträchtigt hätten. Darüber hinaus habe eine akute Gefährdung ihrer Gesundheit bestanden. Sie habe aufgrund der Zwangsstörungen ständig ihre Hände waschen müssen, teilweise auch mit Desinfektionsmitteln und scharfen Desinfektionsreinigern. Dies habe dazu geführt, dass die Haut teilweise blutig gewesen sei. Aus diesem Grunde habe sie sofort behandelt werden müssen. Ohne diese Behandlung hätte sie erhebliche gesundheitliche Schäden davon getragen. Die Beklagte habe über den von ihr gestellten Antrag nicht rechtzeitig entschieden, so dass aus dieser Zwangslage die Behandlung vor endgültiger Entscheidung der Beklagten habe begonnen werden müssen. Im Übrigen sei das Sozialgericht zu Unrecht davon ausgegangen, dass die ersten beiden Termine der D-Stiftung einem einheitlichen Behandlungskonzept zugeordnet werden müssten, denn es habe sich bei diesen ersten beiden Terminen nur um sogenannte Vorgespräche gehandelt, die dazu gedient hätten, abzuklären, ob eine Behandlungsmöglichkeit gegeben sei und welche Maßnahmen ergriffen werden müssten. Die Behandlung in der X Klinik in E, auf die die Beklagte verweise, sei aufgrund der stationären Behandlung angesichts ihres Krankheitsbildes keine hinreichende Therapiemöglichkeit gewesen. Der bei ihr bestehende Waschzwang sei gerade im häuslichen Bereich von elementaren Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand gewesen, so dass auch nur eine häusliche Therapie geeignet gewesen sei, ihrem Krankheitsbild entgegenzutreten.

Die Klägerin beantragt nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 20.03.2007 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19.04.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.09.2004 zu verurteilen, ihr 7.948,17 EUR nebst 5 v. H. Zinsen über dem jeweiligen Basissatz seit 21.10.2004 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und ist der Ansicht, das Berufungsvorbringen führe zu keiner abweichenden Entscheidung. Maßgebend sei, dass in der X Klinik in E in der Zeit zwischen April und Juni 2004 eine sofortige oder kurzfristige Aufnahme möglich gewesen sei. Für die Versicherten bestehe überdies kein Anspruch auf Bereithaltung spezieller Gesundheitsleistungen. Im Übrigen sei der Bedarf nach den von der Klägerin gewünschten besonderen Versorgungsformen medizinisch nicht hinreichend belegt. Entgegen der Auffassung der Klägerin handele es sich auch um ein einheitliches Gesamtbehandlungskonzept. Dies ergebe sich aus der sich in der Verwaltungsakte befindlichen Information über den Ablauf einer psychotherapeutischen Behandlung in der D-Stiftung für Klinische Psychologie.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten sowie auf den Vortrag der Beteiligten im Übrigen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten in Höhe von 7.948,17 EUR für die in der D-Stiftung im streitigen Zeitraum durchgeführte ambulante Psychotherapie. Hierzu verweist der Senat auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung, die er sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Auch das Vorbringen der Klägerin zur Begründung ihrer Berufung führt zu keiner abweichenden Entscheidung. Soweit die Klägerin die Ansicht vertritt, sie habe entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts sehr wohl den Beschaffungsweg eingehalten, weil die Termine vom 17.03.2004 und 26.03.2004 als Vorgespräche und nicht als Behandlungen zu werten seien, kann die Richtigkeit dieser Behauptung dahingestellt bleiben. Selbst wenn diese Gespräche keine Einzelleistungen im Sinne einer therapeutischen Behandlung sind, gehören sie dennoch zum Gesamtkonzept der Behandlung, da sie einzig den Zweck haben, die erforderlichen individuellen therapeutischen Schritte zu erarbeiten. Dies ergibt sich aus der Information über den Ablauf einer psychotherapeutischen Behandlung in der D-Stiftung für Klinische Psychologie vom 15.02.2000. Danach findet nach Übersenden eines Eingangsfragebogens und Ablauf einer Wartezeit, die nach Zeitpunkt und Ort der Behandlung unterschiedlich ist, ein Erstgespräch mit dem zuständigen Therapeuten statt, um den persönlichen Eindruck der Problematik und Erwartungen herauszuarbeiten und den Therapeuten und das Institut der Stiftung kennenzulernen. Danach wird ein Termin für eine ca. sechsstündige diagnostische Untersuchung vereinbart, die auf Wunsch des Patienten am selben Tag wie das Erstgespräch stattfinden kann. Zweck dieser diagnostischen Untersuchung ist es, mit dem Therapeuten spezielle psychologische Untersuchungen und Testverfahren herauszuarbeiten, um Hintergründe und Bedingungen der vorliegenden Störung genauer eingrenzen zu können. In einem weiteren Gespräch wird dann auf der Grundlage der Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung mitgeteilt, ob und wie die Problematik angemessen behandelt werden kann. Hierzu wird ein konkreter, auf die persönliche Problemstellung zugeschnittener Therapievorschlag unterbreitet. Die Durchführung der Gespräche am 17.03.2004 und 26.03.2004 belegt, dass die Klägerin bereits vor der Entscheidung der Beklagten im Bescheid vom 19.04.2004 entschlossen war, sich der Behandlung in der D-Stiftung zu unterziehen und somit den Beschaffungsweg nicht eingehalten hat.

Die Voraussetzungen für den von der Klägerin behaupteten Notfall sind nicht gegeben. Ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), der zur Inanspruchnahme von Nichtvertragsärzten berechtigt und im Weiteren einen Kostenerstattungsanspruch entstehen lässt, liegt vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung der teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Das ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (vgl. hierzu Hess. in Kass. Komm. zum SGB V, Stand August 2004 § 76 Anm. 12). Ausweislich der im Klageverfahren eingereichten Rechnungen der D-Stiftung, die im Übrigen bereits die Sitzung vom 17.03.2004 als Verhaltenstherapie bezeichnen, hätte - ausgehend vom Vortrag der Klägerin - nach den Terminen vom 17.03. und 26.03.2004 die Behandlung erst am 19.04.2004 begonnen, während ausweislich der Bescheinigungen der Dipl.-Psych. und Psychotherapeutin X die dortige Therapie bereits am 12.03.2004 geendet hat. Das zeitliche Intervall vom 12.03.2004 bis 17.03.2004 lässt sich aber schon mit der oben genannten Definition des Notfalls und der Notwendigkeit, sofortige ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, nicht vereinbaren. Das gilt umso mehr, wenn nach dem Vortrag der Klägerin die Behandlung erst am 19.04.2004 begonnen hätte.

Soweit die Klägerin darüberhinaus die Ansicht vertritt, die Behandlung in der X Klinik in E sei ungeeignet gewesen, weil eine Therapie im häuslichen Umfeld medizinisch notwendig gewesen sei, nimmt der Senat Bezug auf die Ausführungen des Sozialgerichts und weist darauf hin, dass ausweislich der Bescheinigung der Dipl.-Psych. und Psychotherapeutin X vom 19.03.2004 aus therapeutischer Sicht eine zeitlich viel intensivere therapeutische Betreuung dringend empfohlen wird. Hierzu ist anzumerken, dass eine intensivere Betreuung als im Rahmen eines stationären Aufenthalts schwerlich denkbar ist. Frau X hat lediglich empfohlen, die Therapie insbesondere auch im häuslichen Umfeld durchzuführen. Damit ist aber keinesfalls belegt, dass ausschließlich eine Betreuung im häuslichen Umfeld medizinisch notwendig gewesen ist.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-06-09