

L 16 KR 132/09

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 3 KR 76/08
Datum
19.05.2009
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 132/09
Datum
20.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 19. Mai 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Kostenerstattung (KE) für psychotherapeutische Behandlungen bei einer Nichtvertragsbehandlerin sowie künftige Gewährung der Behandlungen als Sachleistung.

Die 1979 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie leidet seit Jahren an einer Ess-Brehsucht (Bulimia Nervosa) und Panikattacken. Erstmals am 27.08.2007 begab sie sich deshalb in ärztliche Behandlung, und zwar bei der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie K in M. Wegen einer starken Diarrhoe wurde die Klägerin vom 27.08.2007 bis zum 30.07.2007 stationär in der Medizinischen Klinik II des Klinikums M, M, behandelt. Sie wurde beschwerdefrei entlassen. Während des Aufenthaltes in der Klinik stellte sie mit Hilfe des dortigen Sozialdienstes einen "Antrag" auf stationäre Behandlung in der Klinik L in Bad P, Fachklinik zur psychosomatischen Behandlung von Essstörungen. Dort führte sie am 14.09.2007 ein Erstgespräch durch. Eine Aufnahme hätte erst in zehn bis zwölf Wochen erfolgen können. Unabhängig davon entschied sich die Klägerin aus persönlichen Gründen gegen die Klinik und ließ sich nicht auf die Warteliste setzen. Sie führte die Behandlung bei der Psychiaterin K fort, die zunächst Beruhigungsmittel und fünf Einheiten Ernährungsberatung verordnete, letztere nahm die Klägerin ab dem 17.09.2007 engmaschig zu Lasten der Beklagten bei der von ihrer Psychiaterin empfohlenen Dipl.-Psychologin, Dipl.-Oecotrophologin und Heilpraktikerin für Psychotherapie B W, die im selben Gebäude wie die Psychiaterin K eine Fachpraxis für die Behandlung von Essstörungen führt, wahr.

Unter Vorlage der von der Psychiaterin K unter dem 18.09.2007 ausgestellten ärztlichen Verordnung von tiefenpsychologisch fundierter Therapie bei Bulimie und Depression beantragte die Klägerin mit Schreiben vom 01.10.2007 bei der Beklagten die Kostenübernahme (KÜ) für eine ambulante Psychotherapie bei der o. g., nicht zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Dipl.-Psychologin B W. Zur Begründung wies die Klägerin darauf hin, ihr sei am 14.09.2007 in der Fachklinik L mitgeteilt worden, dass für sie eine stationäre Behandlung "äußerst angebracht" sei. Die mitgeteilte Wartezeit von zehn Wochen (ab dem 14.09.2007) bis zu einer stationären Aufnahme müsse sie überbrücken; denn sie sei dringend auf sofortige Hilfe angewiesen. Eine Therapie könne sie sich nur bei einer weiblichen Behandlerin vorstellen. Während die Vertragsbehandlerinnen Dr. B K und B S in Bad T ihr am 20.09.2007, die weiteren Vertragsbehandlerinnen T S in E und F T in M am 26.09.2007 und 01.10.2007 auf telefonische Nachfrage Wartezeiten bis zum Beginn einer Therapie von sechs Monaten und mehr mitgeteilt hätten, könne sie eine ambulante Gesprächstherapie bei B W sofort beginnen. Aus einer von der Klägerin bei Antragstellung vorgelegten Bescheinigung der Psychiaterin K vom 27.09.2007 geht hervor, dass die Klägerin derzeit immer noch auf einen Therapieplatz in der Klinik L warten müsse. Aufgrund der Ambivalenz der Klägerin und der langen Wartezeit sei eine ambulante Therapie der Essstörung und der zugrunde liegenden Psychodynamik zur Vermeidung weiterer internistischer Krankenhausaufenthalte dringend erforderlich. Es werde um KÜ für eine qualifizierte fachliche Behandlung durch B W gebeten. Letztere äußerte sich mit weiterem, von der Klägerin bei Antragstellung vorgelegten Schreiben vom 02.10.2007 wie folgt: Die Klägerin habe sich erfolglos bemüht, eine Vertragsbehandlerin zu finden, deren Spezialgebiet die Behandlung von Essstörungen sei. Ein Aufschub der psychotherapeutischen Behandlung sei nicht zu verantworten. Es müsse deshalb nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verfahren werden. Sie beantrage für die Klägerin die KÜ für fünf probatorische Sitzungen. Ihre Qualifikationsnachweise, die sie zur Ausübung von Psychotherapie berechtigten, fügte sie bei.

Am 08.10.2007 klärte die Beklagte telefonisch anhand einer Liste der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) von zugelassenen Psychotherapeuten, Schwerpunkt Essstörungen, im Kreis Lippe, dass die Therapeutin S C sofort einen Termin für eine

ambulante Therapie anbieten könne. Ein Versuch, die Klägerin darüber telefonisch zu unterrichten und ihr die Handy-Nr. der Therapeutin mitzuteilen, scheiterte; die Klägerin, die sich an diesem Tag erstmals in die psychotherapeutische Behandlung bei B W begeben hatte, war nicht zu erreichen. Mit Bescheid ebenfalls vom 08.10.2007 (ohne Rechtsmittelbelehrung) sowie später mit Bescheid vom 20.11.2007 lehnte die Beklagte eine KÜ für eine Behandlung bei B W mit der Begründung ab, diese sei für die Behandlung gesetzlich Krankenversicherter nicht zugelassen. Eine Versorgungslücke mit der Folge, dass ausnahmsweise die Kosten für die Behandlung bei einer Nichtvertragsbehandlerin übernommen werden könnten, liege nicht vor. Die KVWL habe mitgeteilt, dass ausreichend vertragliche Behandler in Wohnortnähe der Klägerin zur Verfügung stünden; die Psychotherapeutin S C aus Bad T könne kurzfristig einen Termin für die Klägerin zur Verfügung stellen.

Mit Schreiben vom 11.11.2007, das die Beklagte als Widerspruch wertete, teilte die Klägerin mit, die Therapeutin S C, mit der sie sich in Verbindung gesetzt habe, könne frühestens in drei Monaten einen Therapieplatz zur Verfügung stellen. Ihr, der Klägerin, müsse jedoch aktuell geholfen werden. Je länger sich die Angelegenheit hinauszögere, desto schwieriger werde die Situation für sie. Zum 31.01.2008 werde sie ihren Arbeitsplatzes als Erzieherin verlieren; der befristete Arbeitsvertrag werde wegen der attestierten monatelangen Arbeitsunfähigkeit nicht verlängert. Es sei sehr wichtig für sie, dass sie so schnell wie möglich wieder gesund werde. Bei Vertragsbehandlern hätte sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Zu der Therapeutin W habe sie im Übrigen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut; deren Behandlung stelle eine große Hilfe dar.

Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21.05.2008 als unbegründet zurück. Die psychotherapeutische Behandlung einer seelischen Krankheit werde durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten durchgeführt, soweit sie zur vertraglichen Versorgung zugelassen seien. Andere Leistungserbringer dürften nur im Notfall oder bei vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Notfallsituation habe hier nicht vorgelegen. Ebenso fehle es an medizinischen oder sozialen Gründen, die eine Inanspruchnahme einer nicht zugelassenen Leistungserbringerin rechtfertigen würden. Vielmehr stünden in ausreichender Zahl zur vertraglichen Versorgung zugelassene Behandler zur Verfügung. Der Klägerin seien mehrere Vertragsbehandlerinnen und Vertragsbehandler nachgewiesen worden, bei denen die Wartezeit auf einen freien Therapieplatz unter zwölf Wochen gelegen habe.

Am 02.06.2008 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht (SG) Detmold erhoben. Sie hat ergänzend mitgeteilt, wegen ihrer Erkrankung vom 27.08.2007 bis zum 22.02.2008 arbeitsunfähig erkrankt gewesen zu sein. Sie hat weiterhin die Auffassung vertreten, vorliegend habe ein Notfall im Sinne einer dringenden Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen. Ein zur vertraglichen Versorgung zugelassener Behandler habe nicht rechtzeitig zur Verfügung gestanden, da die von der Beklagten vorgeschlagenen Leistungserbringer erhebliche Wartezeiten von mindestens drei Monaten aufwiesen hätten. Eine umgehende Versorgung habe somit bis zum Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme, die sie in der Zeit vom 14.01.2008 bis zum 22.02.2008 zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund in der T Klinik in Bad C durchgeführt habe, nicht durch Vertragsbehandler sichergestellt werden können. Ein Behandlerwechsel aber sei ihr aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zu der Therapeutin W nicht zumutbar gewesen und bis dato nicht zumutbar. Bisher seien insoweit Kosten in Höhe von 975,00 EUR entstanden. Auch wenn sich ihr Gesundheitszustand in der letzten Zeit verbessert habe, sei auch in Zukunft ambulante Psychotherapie bei der Therapeutin ihres Vertrauens, B W, notwendig und durch die Beklagte zu gewährleisten.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 08.10.2007 und 20.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2008 zu verurteilen, die bisher entstandenen Kosten für ambulante Psychotherapie in Höhe von 975,00 EUR zu erstatten und sie zukünftig von solchen Kosten freizustellen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich zur Begründung auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide bezogen. Ergänzend hat sie vorgetragen, die Klägerin habe am 17.09.2007 in der Geschäftsstelle in Detmold vorgesprochen. Die dortige Mitarbeiterin habe sich daraufhin mit der Vermittlungsstelle für Psychotherapie bei der KVWL telefonisch in Verbindung gesetzt. Im Ergebnis dieses Gespräches seien der Klägerin sechs Vertragstherapeuten benannt worden, die Wartezeiten von unter zwölf Wochen aufwiesen hätten. Im späteren Verwaltungsverfahren sei der Klägerin dann nochmals die Psychotherapeutin Frau S C vorgeschlagen worden, die nach ihrer Aussage eine Wartezeit von lediglich zwei bis drei Wochen hatte. Aus dem Entlassungsbericht des Klinikums M, M, ergebe sich im Übrigen keine akute Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin für eine ambulante Psychotherapie.

Das SG hat die Entlassungsberichte des Klinikums M, M, und der T Klinik in Bad C beigezogen. Aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme ist die Klägerin arbeitsfähig, bezogen auf eine Tätigkeit als Erzieherin, entlassen worden. Ihr Gewicht lag bei einer Körpergröße von 164 cm bei 53 bis 54 kg. Folgende Diagnosen wurden gestellt: Panikstörung; Bulimia Nervosa; Asthma bronchiale; Neurodermitis simplex. Die Klägerin berichtete bei der Aufnahme u. a., seit 21 Wochen liege kein selbstindiziertes Erbrechen mehr vor. Im Februar, Juli und August 2007 seien Panikattacken aufgetreten, seither nicht mehr. Sie habe "Angst vor der Angst". Während der Maßnahme nahm die Klägerin an verschiedenen Einzel- und gruppentherapeutischen Maßnahmen teil.

Mit Urteil vom 19.05.2009 hat das SG Detmold die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen darauf abgestellt, der Klägerin stehe ein Anspruch auf KE bzw. KÜ bzgl. zukünftig anfallender Kosten für die ambulante Psychotherapie bei B W nicht zu. Die Voraussetzungen der einzig in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) lägen nicht vor. Die Klägerin habe gemäß [§§ 2 Abs. 2, 11 Abs. 1 Nr. 4, 12, 27 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1, 70 SGB V](#) einen Anspruch auf notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche psychotherapeutische Behandlung als kostenfreie Sach- und Dienstleistung durch zugelassene Leistungserbringer. Die Versicherten könnten unter den zugelassenen Psychotherapeuten frei wählen ([§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) i.V.m. [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Grundsätzlich erbringe die gesetzliche Krankenkasse ambulante psychotherapeutische Leistungen, indem sie eine Vielzahl von zugelassenen Psychotherapeuten verfügbar halte, unter denen sich die Versicherten den gewünschten Therapeuten frei auswählen und sich dann von ihm behandeln lassen könnten. Soweit die Klägerin geltend mache, dass sie einen freien Platz bei einem zugelassenen Vertragstherapeuten nicht habe abwarten können, sei zu berücksichtigen, dass unter dem Gesichtspunkt einer nicht aufschiebbaren

Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#) - 1. Alt. SGB V ein Anspruch auf KE nur dann in Betracht komme, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich sei, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl des Therapeuten und dessen Behandlung fehle. Sei selbst das Aufsuchen oder Herbeirufen eines zugelassenen Therapeuten nicht mehr möglich, liege ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) vor. In einem solchen Notfall sei allerdings kein KE-Anspruch gegeben, weil der Leistungserbringer eine Vergütung nicht von dem Versicherten, sondern von der KV verlangen könne. Notfallbehandlungen erfolgten als Naturalleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Würden in Notfällen von Nichtvertragsärzten Leistungen erbracht, könnten diese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet werden. Da das Gesetz nichts Abweichendes für Psychotherapeuten bestimme, würden [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) und die hieraus für sie abzuleitenden Folgerungen, bei ambulanten Leistungen im Notfall Bezahlung aus der Gesamtvergütung zu erhalten, entsprechend gelten ([§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Im Notfall sei ein nicht zugelassener Fachtherapeut allerdings zeitlich auch auf eine reine Notfallbehandlung beschränkt. Die Ausnahmebestimmung des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sei nicht als "Einfallstor" für umfangreiche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gedacht. Der Therapeut könne vielmehr allein die Vergütung für eine Notfallbehandlung im Sinne einer kurzfristigen Krisenintervention von der KV verlangen. Eine umfangreiche Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung könne sich nicht anschließen (vgl. Bundessozialgericht -BSG-, Urt. vom 18.07.2006, Sozialrecht (SozR) 4-2500 § 13 Nr. 9). Die Voraussetzungen für einen Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) seien vorliegend nicht gegeben gewesen. Nach ihrem eigenen Vortrag leide die Klägerin bereits seit vielen Jahren an einer Essstörung (Bulimia Nervosa). Aus dem Entlassungsbericht des Klinikums M, M, vom 30.08.2007 ergäben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass eine kurzfristige massive Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin vorgelegen habe. Unstreitig habe die Klägerin einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bedurft. Sie habe die Behandlerin B W jedoch nicht in einer Notfallsituation kurzfristig aufgesucht, sondern nach vorheriger Recherche sich diese als Behandlerin ohne Wartezeit gewählt. Auch eine Versorgungslücke, die ausnahmsweise zur Inanspruchnahme von Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens berechtigen könne, sei nicht feststellbar. Von einer Versorgungslücke könne nur dann ausgegangen werden, wenn eine im Rahmen des vertragsärztlichen Leistungssystems nicht behandelbare Erkrankung vorliege, die allerdings privatärztlich mit hinreichender Erfolgsaussicht behandelbar sei. Die Feststellung, ob eine Versorgungslücke gegeben sei, obliege jedoch 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 Information in der Regel zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden könne (vgl. BSG, Urt. vom 02.11.2007, [SozR 4-2500 § 13 Nr. 15](#)). Zur Überzeugung der Kammer stehe fest, dass die Klägerin ambulante psychotherapeutische Behandlung durch zugelassene Leistungserbringer habe erhalten können. Die Beklagte habe der Klägerin mehrere Vertragsbehandler genannt. Es sei in keiner Weise erkennbar, dass das vorhandene Leistungsangebot durch zugelassene Leistungserbringer quantitativ und/oder qualitativ nicht ausreichend gewesen sei. Insoweit genüge es, wenn die vorgeschlagenen Therapeuten verfügbar und leistungsbereit seien (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2006, a.a.O.). Auch wenn einige der Therapeuten einen freien Therapieplatz erst nach einigen Monaten zur Verfügung stellen konnten, rechtfertige dies noch nicht die Annahme eines Systemversagens. Soweit sich der Gesundheitszustand der Klägerin während der Wartezeit auf einen freien Therapieplatz akut verschlechtert hätte, wäre für diesen Fall stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu Lasten der Beklagten jederzeit möglich gewesen.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 02.06.2009 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 02.07.2009 Berufung eingelegt. Ergänzend trägt sie vor, ihr habe seitens der Beklagten nur eine einzige Vertragsbehandlerin benannt werden können, bei der sie ohne Wartezeit einen Therapieplatz habe erhalten können. Da diese nur per Handy erreichbar gewesen sei, sie zunächst fünf Probesitzungen habe abhalten wollen, um dann über die Fortführung der Therapie zu entscheiden, und da sie einen Behandlerwechsel nicht befürwortet habe, sei sie für sie, die Klägerin, nicht als Therapeutin in Betracht gekommen. Sie habe kein Vertrauen zu der ihr benannten S C aufbauen können. Auf eine stationäre Behandlung im Akutfall sei sie nicht verweisbar; denn stationär sei eine psychotherapeutische Behandlung nicht sicher gestellt. Inzwischen habe sich zwischen ihr und der Nichtvertragsbehandlerin W ein Vertrauensverhältnis entwickelt, so dass ein Behandlerwechsel unzumutbar sei. Ihr stehe deshalb ein Anspruch gegen die Beklagte auf Gewährung von Psychotherapie bei B W auch in Zukunft als Sachleistung zu. Aufgewendet habe sie bislang 2.210,00 EUR für die Behandlung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des SG Detmold vom 19.05.2009 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 08.10.2007 sowie vom 20.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2008 zu verurteilen, Kosten in Höhe von 2.210,00 EUR zu erstatten sowie psychotherapeutische Behandlung durch die Nichtvertragsbehandlerin B W als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bezieht sich zur Begründung auf das aus ihrer Sicht zutreffende erstinstanzliche Urteil. Ergänzend weist sie darauf hin, die Klägerin habe sich von Anfang an auf die Nichtvertragsbehandlerin B W festgelegt, die sie auf Empfehlung ihrer behandelnden Psychiaterin schon über die Ernährungsberatung kennengelernt und zu der sie offenbar Vertrauen entwickelt habe. Sie habe diese auch bereits vor Bekanntgabe des ablehnenden Bescheides erstmals bzgl. der Psychotherapie aufgesucht. Auch in Zukunft sei der Klägerin ein Behandlerwechsel zumutbar. Sie habe keinen Anspruch auf Behandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer, der zudem nicht einmal über eine Zulassung verfüge. Im Falle des Todes eines Behandlers oder anderer Verhinderungen müsse sie auch einen Wechsel hinnehmen.

Auf Antrag der Beteiligten, die sich mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin einverstanden erklärt haben, ist im Anschluss an einen Erörterungstermin die Öffentlichkeit hergestellt und mündlich verhandelt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Prozess- sowie der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat durch die Berichterstatterin entscheiden können, denn die Beteiligten haben sich mit einer Einzelrichterentscheidung gemäß [§ 155 Abs. 3](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Die zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Detmold vom 19.05.2009 ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht und mit ausführlicher, vollkommen zutreffender Begründung abgewiesen. Die angefochtenen Bescheid der Beklagten vom 08.10.2007 sowie vom 20.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2008 sind rechtmäßig. Ein Anspruch auf KE für die psychotherapeutische Behandlung bei der Nichtvertragsbehandlerin W ab dem 08.10.2007 in Höhe von inzwischen 2.210,00 EUR besteht ebenso wenig wie ein Anspruch auf eine entsprechende Sachleistung für die Zukunft.

Zur Begründung nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die überzeugenden Entscheidungsgründe der angefochtenen Entscheidung Bezug, denen er sich nach eigener Prüfung der Sach- und Rechtslage vollinhaltlich anschließt. Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der Klägerin ein Anspruch auf KE aus [§ 13 Abs. 3](#) - 2. Alt. SGB V auch deshalb nicht zusteht, weil sie den sog. Beschaffungsweg nicht eingehalten hat.

[§ 13 Abs. 3 S. 1](#) - 2. Alt. SGB V bestimmt: Hat die Krankenkasse "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." Ein Anspruch auf KE gemäß [§ 13 Abs. 3](#) - 2. Alt. SGB V ist demnach nur gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. zum Ganzen BSG, Urt. vom 16.12.2008, Az.: [B 1 KR 2/08 R](#), www.juris.de, unter Bezugnahme auf E. Hauck in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung Bd 1, 19. Aufl, Stand: 1.3.2008, [§ 13 SGB V](#) RdNr 233 ff): Bestehen eines Primärleistungs- (Naturalleistungs-) Anspruchs des Versicherten und dessen rechtswidrige Nichterfüllung, Ablehnung der Naturalleistung durch die Krankenkasse, Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten, Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung, Notwendigkeit der selbst beschafften Leistung und (rechtlich wirksame) Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung. Aus dem Umstand, dass zwischen Ablehnung der Leistung und der Selbstbeschaffung ein Ursachenzusammenhang bestehen muss, folgt auch die Notwendigkeit, dass die rechtswidrige Vorenthaltung der Naturalleistung durch die Beklagte wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung war (BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#); Urt. vom 16.12.2008 [aaO](#) mwN). Insbesondere darf der Versicherte sich nicht - unabhängig davon, wie eine Entscheidung der Krankenkasse ausfällt - von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer festgelegt haben (vgl. BSG, Urt. vom 16.12.2008, [aaO](#); Hauck, [aaO](#), [§ 13 SGB V](#) RdNr. 260 f).

Die o. g. Kausalität zwischen bescheidmäßiger Ablehnung der Beklagten und Selbstbeschaffung, sog. Beschaffungsweg, liegt nicht vor. Die Klägerin hat die Behandlung bei der Nichtvertragsbehandlerin W zu einem Zeitpunkt aufgenommen - am 08.10.2007 -, als ihr der ablehnende Bescheid der Beklagten vom selben Tag noch gar nicht bekannt gewesen sein konnte. Auch telefonisch hatte die Beklagte die Klägerin nicht über die Ablehnung des geltend gemachten Anspruchs informieren können; denn die Klägerin ist am 08.10.2007 nicht erreichbar gewesen. Die Klägerin selbst aber vertritt die Auffassung, dass die Psychotherapie als Einheit zu sehen und nicht in einzelne, trennbare Abschnitte zerlegbar sei. Diese Auffassung zugrunde legend erstreckte sich die einem Anspruch auf KE gemäß [§ 13 Abs. 3](#) - 2. Alt. SGB V entgegen stehende fehlende Kausalität auf den gesamten, für die Vergangenheit geltend gemachten Anspruch auf KE.

Was den geltend gemachten, die Inanspruchnahme der Nichtvertragsbehandlerin W zu Lasten der Beklagten rechtfertigenden, von der Klägerin behaupteten sog. Notfall angeht, hat das SG ebenfalls vollkommen zutreffend einen solchen - weder im Sinne von [§ 13 Abs. 3](#) - 1. Alt. SGB V ("unaufschiebbare Leistung") noch im Sinne von [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) ("in Notfällen") - angenommen. Abgesehen von dem ebenfalls zutreffenden Hinweis des SG, dass ein Notfall im Sinne der letztgenannten Norm wegen der zwingenden Abrechnung der Leistung über die KV nicht zu Kosten bei Versicherten führen könne, spricht der zeitliche Ablauf, wie er sich aus den Akten und der Darstellung der Klägerin ergibt, gegen eine besondere Eilbedürftigkeit der Behandlung, die es der Klägerin unzumutbar gemacht haben könnte, die Wartezeit bei einem Vertragsbehandler hinzunehmen. Die ärztliche Verordnung der Psychotherapie stammt vom 18.09.2007, Telefonate mit Vertragsbehandlern hat die Klägerin jedoch nicht, wie zu erwarten gewesen wäre, sofort, sondern erst im Zeitraum vom 20.09.2007 bis zum 01.10.2007 geführt, die Behandlung bei der Therapeutin W nochmals eine Woche später, insgesamt drei Wochen nach Ausstellung der Verordnung, - am 08.10.2007 - aufgenommen und in der Regel im Wochenabstand weitergeführt. Auch wenn unstreitig die Behandlungsnotwendigkeit im Hinblick auf eine Psychotherapie bei der Klägerin bestanden hat, so spricht über das zeitliche Moment hinaus weiter gegen einen Notfall, dass die Klägerin durchgehend in psychiatrischer Behandlung gestanden hat und dass sie sich nach den beigezogenen Arztberichten weder körperlich noch psychisch in einer Ausnahmesituation befunden hat, in der ihr ohnehin jederzeit stationäre Behandlung hätte zuteil werden können. Dass die Klägerin offensichtlich von Anfang an ausschließlich die ihr empfohlene und über die Ernährungstherapie bekannte Therapeutin W als Behandlerin akzeptiert hat, lässt sich im Übrigen daraus schließen, dass sie nicht einmal ein persönliches Gespräch mit der Therapeutin C geführt, die Behandlungsoption - im Übrigen ohne dies der Beklagten mitzuteilen - in der Klinik L nicht wahrgenommen und auch die durch die Teilnahme an der stationären Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der DRV Bund eingetretene zeitliche und personelle Zäsur nicht zum Anlass für den Versuch eines Behandlerwechsels genommen hat.

Vollkommen zutreffend hat das SG ebenfalls einen Sachleistungsanspruch der Klägerin aus [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) iVm [§§ 76 Abs. 1 S. 1, 72 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) verneint. Speziell zur Einschränkung der Arztwahl hat das SG unter Hinweis auf das BSG ([SozR 3-2500 § 39 Nr. 7](#)) überzeugend darauf hingewiesen, dass die freie Arztwahl nicht wesentlich eingeschränkt werde und umgekehrt selbst bei langjährig gewachsenen Vertrauensbeziehungen ein Behandlerwechsel, der auch bei einem Umzug oder der Schließung einer Praxis notwendig werden könne, dem Versicherten zuzumuten sei.

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

Anlass zur Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGG](#) hat nicht bestanden.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-10-16