

## **B 1 KR 24/05 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 85 KR 1889/01  
Datum  
20.06.2002  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 9 KR 117/02  
Datum  
19.01.2005  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 24/05 R  
Datum  
18.07.2006  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Ein Versicherter, der seinen Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) abtritt, bleibt allein berechtigt, prozessual die Feststellung dieses Anspruchs zu betreiben.  
2. Versicherte können Kostenerstattung wegen Systemversagens auch in den Fällen nur bei fehlender Sicherstellung der Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer beanspruchen, in denen sie sich ab 1.1.1999 von Therapeuten behandeln lassen, die bis zum 31.12.1998 auf Kostenerstattungsbasis tätig waren, als Psychotherapeuten approbiert sind und deren rechtzeitig gestellte Anträge auf Zulassung oder Ermächtigung zur Zeit der Behandlung noch nicht bestands- oder rechtskräftig abgelehnt wurden.  
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 19. Januar 2005 wird zurückgewiesen.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer ambulanten Psychotherapie.

2

Die im Jahre 1963 geborene, in Berlin lebende Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie wandte sich im Oktober 1999 an die Beigeladene, um die Möglichkeit einer Psychotherapie bei ihr abzuklären. Die Beigeladene war bis zum 31. Dezember 1998 als sog Erstattungstherapeutin tätig gewesen und hatte vor Jahresende 1998 ihre Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Behandlung beantragt. Seit Januar 1999 ist sie approbierte Psychologische Psychotherapeutin. Sie hatte gegen die Ablehnung ihres Antrags auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Behandlung Widerspruch erhoben, als sie die Behandlung der Klägerin mit viermaliger Krisenintervention Ende Oktober und im November 1999 begann. Sie blieb mit ihrem Zulassungsbegehren auch in der Folgezeit durch alle Instanzen hindurch erfolglos (zuletzt Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 14. Januar 2004 - [1 BvR 2647/03](#)).

3

Ende November 1999 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Hinweis auf eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit von 25 Stunden Psychotherapie wegen eines depressiven Syndroms, die Kosten der Therapie bei der Beigeladenen zu übernehmen. Die Klägerin zahlte der Beigeladenen kein Honorar, trat aber ihre Ansprüche auf "Erstattung der Honorarsätze" mit schriftlichen Erklärungen vom 30. Dezember 1999 und 3. Januar 2000 an die Beigeladene ab und bat die Beklagte unter Übersendung der Urkunden, den geforderten Betrag (Rechnungen vom 30. Dezember 1999 und 22. Dezember 2000 für die Therapie einschließlich der Kriseninterventionen über insgesamt 5.975,16 DM = 3.055,05 EUR) unmittelbar an die Beigeladene zu überweisen. Dies lehnte die Beklagte mit der Begründung ab, die Beigeladene sei nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen. Psychotherapie sei zB bei dem an ihrem Wohnort zugelassenen Dr. P. möglich. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seien nicht erfüllt (Bescheid vom 9. Dezember 1999; Widerspruchsbescheid vom 11. Mai 2001).

4

Klage (Urteil des Sozialgerichts (SG) Berlin vom 20. Juni 2002) und Berufung der Klägerin sind ohne Erfolg geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat ua ausgeführt, die Klage sei trotz Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs zulässig. Das "Stammrecht auf Psychotherapie" sei bei der Klägerin verblieben. Die Voraussetzungen der allein in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Die Versorgung mit zugelassenen Therapeuten sei jedenfalls ab 1. September 1999 in Berlin sichergestellt gewesen. Art 10 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (PsychThGEG vom 16. Juni 1998, [BGBl I 1311](#)) fingiere keinen Versorgungsbedarf und keine Zulassung der Beigeladenen. Die Klägerin habe auch für die vier Kriseninterventionen im Oktober und November 1999 zugelassene Therapeuten aufsuchen können (Urteil vom 19. Januar 2005).

5

Mit ihrer - vom Senat zugelassenen - Revision rügt die Klägerin die Verletzung des Art 10 PsychThGEG und des [§ 13 Abs 3 SGB V](#). Die Psychotherapie sei entsprechend der ärztlichen Bescheinigung unaufschiebbar gewesen. Die Beklagte habe Kostenerstattung zu Unrecht abgelehnt. Die Klägerin habe die Beigeladene wegen ihres Teilnahmestatus nach Art 10 PsychThGEG als ihre Therapeutin wählen dürfen, ohne ein Systemversagen nachweisen zu müssen. Wolle man [§ 13 Abs 3 SGB V](#) uneingeschränkt neben Art 10 PsychThGEG anwenden, laufe Art 10 PsychThGEG mit zunehmender Zulassung von Psychotherapeuten leer.

6

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 19. Januar 2005 sowie das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. Juni 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 9. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Mai 2001 zu verurteilen, der Beigeladenen 3.055,05 EUR zu zahlen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 19. Januar 2005 sowie das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. Juni 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 9. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Mai 2001 zu verurteilen, die Klägerin von der Honorarforderung der Beigeladenen in Höhe von 3.055,05 EUR freizustellen, ganz hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 19. Januar 2005 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht Berlin zurückzuverweisen.

7

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

9

Die Beigeladene schließt sich den Anträgen der Klägerin an.

II

10

Die zulässige Revision ist nicht begründet. Zu Recht hat das LSG die Berufung der Klägerin gegen das klagabweisende Urteil des SG zurückgewiesen, denn die Klägerin kann mit ihrer Klage weder Kostenerstattung an die Beigeladene (dazu 1.) noch Kostenfreistellung (dazu 2. bis 4.) jeweils in Höhe von 3.055,05 EUR verlangen.

11

1.a) Die Klage auf Kostenerstattung an die Beigeladene ist zulässig. Die Klägerin ist insbesondere befugt, den Prozess zu führen, auch wenn sie erklärt hat, ihren Erstattungsanspruch an die Beigeladene abzutreten. [§ 53](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) schließt die Abtretung eines solchen Anspruchs nicht grundsätzlich aus. Die Beigeladene konnte und sollte mit der Abtretung nur das - künftige - festgestellte Recht auf Auszahlung des Geldbetrags erwerben, nicht aber in die gesamte Rechtsstellung der Klägerin aus dem Sozialrechtsverhältnis eintreten. Der Klägerin verblieb vielmehr aus dem Sozialrechtsverhältnis zur Beklagten das Recht, den angeblichen Anspruch auf Kostenerstattung - nunmehr zu erfüllen gegenüber der Beigeladenen - im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren feststellen zu lassen.

12

Es bedarf keiner Entscheidung, ob die Abtretung wirksam erfolgt ist. Daran könnten Zweifel bestehen, weil die Abtretung als öffentlich-rechtlicher Vertrag (vgl [BSGE 70, 37](#), 39 = [SozR 3-1200 § 53 Nr 2](#) S 9 f mwN) iS von [§ 53 Abs 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) grundsätzlich der Schriftform bedarf ([§ 56 SGB X](#)), hier aber nur die Klägerin schriftlich die Abtretung erklärt hat. Das stünde der Wirksamkeit der Abtretung allerdings nicht entgegen, wenn der Vertragspartner (hier: die Klägerin) - was nahe liegt - entsprechend [§ 151 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) stillschweigend auf die Annahmeerklärung verzichtet hat oder eine solche Erklärung nicht zu erwarten ist (vgl [BSGE 76, 184](#), 188 = [SozR 3-1200 § 53 Nr 8](#) S 50; zur grundsätzlichen Geltung der Regelung auch bei Schriftformerfordernis vgl BGH, [DB 2004, 1824](#) = [MDR 2004, 1127](#) = [NJW-RR 2004, 1683](#)).

13

Grundsätzlich ausgeschlossen ist die Abtretung eines - auch künftigen- Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 53 Abs 1 SGB I](#) nicht (aA LSG

Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 15. Juni 2005 - L [4/16 KR 8/02](#) - [NZS 2006, 249](#); ähnlich wohl Baier in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Februar 2006, [§ 11 SGB I](#), RdNr 8 und Mrozynski, SGB I, 3. Aufl 2003, § 11 RdNr 18). Danach können Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen weder übertragen noch verpfändet werden. Ansprüche auf Geldleistungen sind dagegen nach [§ 53 Abs 2](#) und 3 SGB I abtretbar. Hierzu gehört auch der Anspruch auf Kostenerstattung aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) (hier: idF durch Art 1 Nr 5 Buchst b des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)). Zu den Geldleistungen zählen nämlich grundsätzlich alle an Leistungsberechtigte erbrachten Sozialleistungen in Geld, mit denen soziale Rechte iS der [§§ 1 bis 10, 18 ff, 38 ff SGB I](#) erfüllt werden (BSG [SozR 1200 § 44 Nr 13](#) S 42 mwN). Nach der Rechtsprechung des Senats (vgl zuletzt Senat, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - zur Veröffentlichung vorgesehen, RdNr 19 f mwN) handelt es sich beim Kostenerstattungsanspruch um einen Anspruch auf Geldzahlung, der an die Stelle von Naturalleistungen tritt, damit aber gerade nicht um einen Anspruch auf Sach- oder Dienstleistungen. Infolgedessen kommt eine Abtretbarkeit unter Beachtung der Einschränkungen des [§ 37 SGB I](#) jedenfalls nach [§ 53 Abs 2 SGB I](#) in Betracht. Das entspricht auch dem Regelungszweck. Zweck der Übertragbarkeit von Sozialleistungsansprüchen nach [§ 53 Abs 2](#) und 3 SGB I ist es, diese Ansprüche grundsätzlich verkehrsfähig zu machen, um den Versicherten so die Möglichkeit zu geben, sie zur Absicherung von Kreditgebern einzusetzen (vgl Pflüger in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, § 53 RdNr 16 ff; Begründung der Bundesregierung zum Entwurf des SGB I, [BT-Drucks 7/868 S 32](#)).

14

Abtretbar war indes nur das Recht, die Auszahlung des festgestellten Kostenerstattungsanspruchs zu verlangen, nicht aber auch die Befugnis, den Anspruch prozessual zu verfolgen. Das Sozialrecht sieht insoweit - anders als das Bürgerliche Recht - durch die Abtretung keine umfassende Neubestimmung der Gläubigerstellung oder den vollständigen Eintritt des neuen Gläubigers in das gesamte Sozialrechtsverhältnis einschließlich seines Pflichtengefüges vor (vgl BSG [SozR 3-1300 § 50 Nr 25](#) S 87). Der Abtretungsempfänger (Zessionar) erhält durch die Abtretung vielmehr nur das begrenzte, ihm übertragene Recht aus dem Gesamtkomplex der Rechtsbeziehungen, ohne dass sich der Inhalt des Rechts verändert (so zum Recht auf Beitragserstattung aus der gesetzlichen Rentenversicherung: [BSGE 68, 144, 147 = SozR 3-1200 § 53 Nr 1](#) S 4; BSG [SozR 3-1300 § 50 Nr 25](#) S 87; zur Abtretung des Rentenanspruchs [BSGE 70, 37, 39 = SozR 3-1200 § 53 Nr 2](#) S 10 und BSG [SozR 3-1300 § 50 Nr 24](#) S 80, jeweils mwN). Würde mit der Abtretung dagegen zugleich die Befugnis übertragen, die Feststellung des Kostenerstattungsanspruchs im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren zu betreiben, bestünde die Gefahr, dass sich damit - etwa unter dem Gesichtspunkt der Erfüllung von Mitwirkungspflichten - eine Inhaltsänderung des sozialrechtlichen Anspruchs ergäbe. Mit der Beschränkung einer Abtretung auf festgestellte Kostenerstattungsansprüche trägt das Sozialrecht dem besonderen Schutzbedürfnis der Sozialleistungsberechtigten sowie ihrer Einbindung in spezifische Mitwirkungslasten ([§§ 60 ff SGB I](#)) Rechnung.

15

Das Schutzbedürfnis der Versicherten beschränkt sich nicht etwa nur auf das Recht der Rentenversicherung. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geht als Regelfall davon aus, dass die Versicherten die Leistungen als höchstpersönliche (vgl [§ 53 Abs 1](#) und [§ 54 Abs 1 SGB I](#)) Sach- und Dienstleistungen erhalten (vgl [§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Krankenkasse darf an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das Fünfte oder (ab 1. Juli 2001:) das Neunte Buch (SGB IX) vorsieht ([§ 13 Abs 1 SGB V](#)).

16

Die Verschaffungspflicht von Naturalleistungen gewährleistet, dass der Versicherte eine notwendige Leistung der Krankenbehandlung erhält, ohne sie sich selbst erst beschaffen und insbesondere ohne bei ihrer Inanspruchnahme eine unmittelbare finanzielle Gegenleistung erbringen zu müssen (vgl Senat [BSGE 69, 170, 173 = SozR 3-2200 § 321 Nr 1](#) S 4 mwN). Der höchstpersönliche Charakter der Ansprüche schützt ihn davor, durch Abtretung, Verpfändung oder Pfändung die Rechte auf die erforderlichen Naturalleistungen zu verlieren. Dieser Charakter sichert zugleich weitmöglichst das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Versicherten (vgl dazu generell [BVerfGE 65, 1, 41 ff](#); BVerfG [SozR 3-2500 § 295 Nr 2](#) S 12 mwN; vgl zum Auskunftsanspruch Senat, [BSGE 94, 13 = SozR 4-2500 § 305 Nr 1](#)). Der Versicherte muss nicht erst nach Vorfinanzierung und Erhalt der Leistung nebst Honorarrechnung alle erforderlichen, zum Teil äußerst intimen Daten der Krankenkasse präsentieren und ggf über die Kostenerstattung unter Preisgabe aller Informationen mit ihr streiten. Er hat vielmehr nur die eingeschränkten, gesetzlich vorgesehenen nachträglichen Kontroll- und Informationsrechte insbesondere im Rahmen des Zehnten Kapitels des SGB V hinzunehmen, die das Vertrauensverhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer möglichst schützen (vgl hierzu zuletzt Senat, Urteil vom 8. November 2005 - [B 1 KR 30/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 46 Nr 1](#) RdNr 30, auch zur Veröffentlichung in [BSGE](#) vorgesehen). Durch die Abtretung darf sich der Versicherte nicht vom Datensubjekt zum Zeugen wandeln, der grundsätzlich auszusagen hat, eingeschränkt nur durch die allgemeinen Grenzen der Zeugnisverweigerung.

17

Der Ausnahmefall der Kostenerstattung - hier: wegen geltend gemachten Systemversagens - kann nicht dazu führen, dem Berechtigten den mit der Gewährung sozialer Rechte verbundenen Schutz umfassend zu entziehen, indem mit Blick auf [§ 53 SGB I](#) unterstellt wird, mit der Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs gehe auch das Recht über, diesen Anspruch in Verwaltungs- und Gerichtsverfahren zu verfolgen. Vielmehr hat der Schutz des Versicherten Vorrang. Das Erste Buch SGB gilt für alle Sozialleistungsbereiche des SGB und damit für [§ 13 SGB V](#) nur, soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt ([§ 37 Satz 1 Halbsatz 1 SGB I](#)). Eine solche Besonderheit besteht bei der Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen nach [§ 13 SGB V](#): Unter Würdigung der aufgezeigten Schutzzwecke kommt nur eine Abtretbarkeit der durch Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren festgestellten Ansprüche in Betracht. Die Last, das Verfahren zu betreiben, verbleibt demgegenüber grundsätzlich beim Versicherten. Nur nach dessen Tod besteht im eingeschränkten Rahmen der [§§ 56 bis 59 SGB I](#) die Möglichkeit, dass Rechtsnachfolger ein solches Verfahren betreiben.

18

Trotz Einschränkung der Abtretbarkeit von Ansprüchen aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) auf solche, die bereits festgestellt sind oder künftig festgestellt werden, bleibt die auch durch [§ 53 SGB I](#) anerkannte Hilfsfunktion solcher Abtretungen erhalten, es dem Versicherten im Notfall des Systemversagens zu ermöglichen, sich mit Hilfe der Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs einen Kredit zu verschaffen, durch den die

selbst beschaffte Behandlungsleistung vorfinanziert werden kann, um sie nachträglich im Kostenerstattungswege geltend zu machen.

19

b) Begründet ist die Klage auf Kostenerstattung jedoch nicht. Auch insoweit bedarf es keiner abschließenden Entscheidung darüber, ob die Abtretung des Anspruchs an die Beigeladene wirksam ist. Denn es fehlt jedenfalls an den Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs.

20

aa) Als Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch kommt allein [§ 13 Abs 3 SGB V](#) in Betracht, nicht aber Art 10 PsychThGEG. Das verdeutlicht schon der Wortlaut der letztgenannten Rechtsnorm. Danach bleibt "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", sofern sie einen Antrag auf Zulassung oder Ermächtigung bis zum 31. Dezember 1998 gestellt haben. Die Regelung betrifft auch nach ihrer Entstehungsgeschichte, Systematik und ihrem Zweck nur die Rechtsstellung der Psychotherapeuten, gewährt aber dem Versicherten neben dem Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) keinen zusätzlichen Anspruch auf Erstattung der durch eine Psychotherapie entstandenen Kosten.

21

Nach den Gesetzesmaterialien sollte lediglich den begünstigten nichtärztlichen Leistungserbringern ermöglicht werden, "weiterhin" Leistungen zu Lasten der GKV bis zu ihrer Zulassung oder Ermächtigung zu erbringen, um die psychotherapeutische Versorgung im Übergangszeitraum sicherzustellen (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drucks 13/9212 S 42](#), zu Art 9a des Entwurfs). Damit beugte das Gesetz der Gefahr vor, dass ua neuen Patienten von in das Gesetz einbezogenen bisherigen sog Erstattungstherapeuten ab 1. Januar 1999 im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens entgegengehalten werden konnte, ein Anspruch scheide schon deshalb aus, weil dem Therapeuten die nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) erforderliche Berufsqualifikation fehle (vgl zum Erfordernis der generellen Qualifikation eines Therapeuten zur Ausübung der Heilkunde im mit dem Kostenerstattungsanspruch geltend gemachten Bereich: Senat, Beschluss vom 10. Februar 2004 - [B 1 KR 10/03 B](#); vgl entsprechend unter dem Gesichtspunkt des Arztvorbehalts Senat [SozR 4-2500 § 13 Nr 3](#) RdNr 13 ff mwN). Nach seiner Systematik ändert das PsychThGEG in Art 2 die [§§ 27](#) und [28 SGB V](#) und nimmt die Psychotherapie durch Psychologen ausdrücklich in den Leistungskatalog der GKV auf, befasst sich im Übrigen aber ausschließlich mit der Rechtsstellung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Zweck des Art 10 PsychThGEG ist es, unter Wahrung der bisherigen Rechtsstellung der einbezogenen begünstigten Therapeuten die Versorgung der Versicherten in dem umschriebenen Übergangszeitraum sicherzustellen, nicht aber - außerhalb von Art 2 PsychThGEG - neue Anspruchsgrundlagen für Versicherte zu schaffen oder vorhandene Anspruchsgrundlagen zu ändern.

22

bb) Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) sind schon deshalb nicht erfüllt, weil die Klägerin bisher noch keine Zahlungen geleistet hat. Kosten sind ihr mithin tatsächlich nicht entstanden. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats setzt aber ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) voraus, dass Kosten tatsächlich entstanden sind (vgl zB Senat [BSGE 93, 94](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 4](#), jeweils RdNr 17 mwN). Danach kann nur ein Freistellungs-, nicht aber ein Kostenerstattungsanspruch in den Blick zu nehmen sein.

23

2. Freistellung von einer Honorarforderung der Beigeladenen kann die Klägerin indes ebenfalls nicht verlangen, unabhängig davon, ob ihr wegen einer wirksamen Abtretung des Erstattungsanspruchs an Erfüllung statt keine Inanspruchnahme durch die Beigeladene mehr droht (dazu 3.) oder ob dies wegen Unwirksamkeit der Abtretung oder wirksamer Abtretung erfüllungshalber sehr wohl der Fall ist (dazu 4.): Die Voraussetzungen des einzig möglichen Freistellungsanspruchs aus [§ 13 Abs 3 Fall 1](#) und [2 SGB V](#) sind nicht erfüllt, weil das System nicht versagt hat, sondern die Klägerin die erforderliche Behandlung von der Beklagten als Naturalleistung hätte erhalten können. Die das Revisionsgericht bindenden tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz ([§ 163 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) ermöglichen eine Entscheidung in der Sache ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)), obwohl das LSG keine Feststellungen dazu getroffen hat, dass die Klägerin auf den Zugang der Annahmeerklärung verzichtet hat, dass die Beigeladene vor Abschluss der Honorarvereinbarung die Klägerin über Alternativen und Risiken umfassend aufgeklärt hat und dass die Abtretung an Erfüllung statt oder erfüllungshalber erfolgt ist. Nach allen in Betracht kommenden Fallgestaltungen hat die Klägerin keinen Freistellungsanspruch.

24

3. Bei wirksamer Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs an Erfüllung statt sind die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt. Ein Freistellungsanspruch aus [§ 13 Abs 3 Fall 1](#) und [2 SGB V](#) setzt nach ständiger Rechtsprechung des Senats voraus, dass der Versicherte einer rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung (hier: Honorarforderung) ausgesetzt ist (vgl zB Senat [BSGE 86, 66](#), 75 ff = [SozR 3-2500 § 13 Nr 21](#) S 97 ff; [BSGE 93, 94](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 4](#), jeweils RdNr 17 mwN). An einer drohenden Inanspruchnahme der Klägerin auf Honorar durch die Beigeladene fehlt es, wenn die Abtretung des angeblichen Kostenerstattungsanspruchs der Klägerin an die Beigeladene wirksam an Erfüllung statt erfolgt ist ([§ 364 Abs 1 BGB](#)). In diesem Fall könnte die Klage gemäß der Rechtsprechung des Senats ([BSGE 86, 66](#), 75 = [SozR 3-2500 § 13 Nr 21](#) S 97; [BSGE 89, 39](#), 44 = [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#) S 121) keinen Erfolg haben. Denn das Kostenerstattungs- und -freistellungsverfahren nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) bietet keine Handhabe, die Leistungspflicht der Krankenkasse losgelöst von einer tatsächlichen Kostenbelastung allein im Interesse des Leistungserbringers abstrakt klären zu lassen und diesem damit einen eigenen Prozess zu ersparen.

25

4. Auch wenn die Abtretung unwirksam war oder zwar rechtsgültig, aber nur erfüllungshalber (§ 364 Abs 2 BGB) erfolgte, ohne dass § 53 Abs 2 SGB I entgegensteht, und für den Fall der Nichtleistung der Beklagten auf den Kostenerstattungsanspruch deshalb grundsätzlich denkmöglich eine Inanspruchnahme der Klägerin drohte, kann das Klagebegehren keinen Erfolg haben: Die Klägerin ist nicht - auf Grund der Unsicherheit der Beigeladenen über die Rechte aus ihrem Zulassungsstatus - Honorar-, Aufwendungsersatz- oder Bereicherungsansprüchen der Beigeladenen ausgesetzt (dazu a). Gleiches gilt, wenn die Beigeladene wegen Notfalls in Anspruch genommen wurde (dazu b). Im Übrigen hat die Beklagte die begehrte Behandlung nicht zu Unrecht abgelehnt (dazu c).

26

a) Grundsätzlich ist ein Freistellungsanspruch der Klägerin aus § 13 Abs 3 Fall 1 und 2 SGB V bereits ausgeschlossen, wenn die Beigeladene versucht hat, ihre Unsicherheit über den eigenen Zulassungsstatus durch eine Honorarvereinbarung auf die Klägerin abzuwälzen (vgl näher dazu auch Senat, Urteil vom 18. Juli 2006 - B 1 KR 9/05 R): Eine solche Vertragsgestaltung, die die Unsicherheit des Leistungserbringers hinsichtlich seines Rechtsstatus dem Versicherten anlasten will, der eine Kassenleistung außerhalb des Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 Abs 2 oder 4 SGB V beansprucht, ist als Abweichung vom Prinzip kostenfreier Dienst- und Sachleistung regelmäßig gemäß § 32 SGB I nichtig. Dem dargelegten Zweck und der gesetzlichen Ausgestaltung des Naturalleistungsprinzips, Versicherten grundsätzlich kostenfrei die zu beanspruchenden Leistungen zu verschaffen, widerspricht es, zum Nachteil des Versicherten hiervon abweichende Honorarvereinbarungen treffen zu können. Das hat außerhalb der gesetzlichen Zuzahlungsregelungen generell zu gelten und kann nicht auf die Fälle beschränkt sein, in denen Krankenkassen und Leistungserbringer Entsprechendes autonom selbst geregelt haben, wie es in § 18 Abs 1 Satz 2 und Abs 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (neu gefasst mit Wirkung vom 1. Januar 2004, DÄBl 2003, A-3408) und § 21 Abs 1 Satz 2 sowie Abs 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (neu gefasst mit Wirkung vom 1. Januar 2004, DÄBl 2003, A-3409) der Fall ist (vgl dazu BSGE 86, 66, 69 = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 90). Die Nichtigkeit der Honorarvereinbarung erfasst regelmäßig nicht den restlichen Behandlungsvertrag. An Stelle von Honoraransprüchen kommen in solchen Situationen nach der Rechtsprechung des Senats auch keine gesetzlichen Ansprüche - insbesondere auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 BGB) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) - gegen den Versicherten in Betracht (vgl näher BSGE 89, 39, 43 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 120 mwN). Das würde auch die gesetzliche Regelung des Naturalleistungsprinzips unterlaufen.

27

An eine Ausnahme hiervon (- eine wirksame Honorarvereinbarung -) wäre allenfalls zu denken, wenn ein Versicherter vollständig über die Risiken aufgeklärt ist und in dem Bewusstsein den Vertrag eingeht, dass er eine entsprechende Leistung gleicher Qualität ohne eigene Kosten bei einem zugelassenen Behandler in Anspruch nehmen könnte. In diesem Fall nimmt der Versicherte - sehenden Auges - einen Therapeuten mit zweifelhaftem Zulassungsstatus in Anspruch, bei dem es deshalb nahe liegt, dass er die Leistung selbst bezahlen muss, ohne die Kosten dafür erstattet zu erhalten. In einem solchen Fall schafft die Unklarheit über den Zulassungsstatus des Leistungserbringers keine Systemlücke, die mit Hilfe des § 13 Abs 3 SGB V zu schließen ist: Besteht eine Zulassung, darf vom Patienten kein Honorar gefordert werden. Fehlt sie, hat das System nicht versagt, sondern der Versicherte hat sich gezielt eines außerhalb des Systems stehenden Leistungserbringers bedient. Er ist dann aber auch nicht schutzwürdig. Ob die Zulassung besteht, bedarf dann keiner Entscheidung. Unklarheit über den Zulassungsstatus allein kann ein Systemversagen nicht begründen.

28

Eine Ausnahme von diesen Grundsätzen kommt auch bei Notfällen nicht in Betracht: Soweit Versicherte nicht zugelassene, approbierte Psychotherapeuten unmittelbar in Anspruch nehmen, weil sie auf Akutbehandlung angewiesen sind und ein zugelassener Leistungserbringer zumutbar nicht erreichbar ist, sind diese Psychotherapeuten nach § 76 Abs 1 Satz 2, § 72 Abs 1 Satz 2 SGB V auf Abrechnung aus der Gesamtvergütung verwiesen (vgl dazu sogleich, b).

29

b) Vor diesem Hintergrund kann sich die Klägerin nicht mit Erfolg auf § 13 Abs 3 Fall 1 SGB V berufen: Voraussetzung eines Kostenerstattungsanspruchs aus dieser Rechtsnorm ist ua, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Bereits daran fehlt es. Die Beklagte konnte die begehrte Leistung am Wohn- und Behandlungsort rechtzeitig erbringen. Hierzu hat das LSG, ohne dass diesbezüglich zulässige und begründete Revisionsgründe vorgebracht worden sind, bindend (§ 163 SGG) festgestellt, die Klägerin hätte, um sich behandeln zu lassen, jederzeit einen der zahlreichen in Berlin zugelassenen Psychotherapeuten (sinngemäß zu ergänzen: oder zur Psychotherapie zugelassenen Arzt) aufsuchen können. Damit konnte die Beklagte aber rechtzeitig die nach den Regelungen des SGB V zu beanspruchende Leistung erbringen. Denn die Krankenkassen bedienen sich regelmäßig nur der zugelassenen Leistungserbringer, um die Naturalleistungsansprüche der Versicherten zu erfüllen. Deshalb schließen sie über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern (vgl § 2 Abs 2 Satz 3 SGB V idF durch Art 4 Nr 1 Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB vom 27. Dezember 2003, BGBl I 3022; zuvor § 2 Abs 2 Satz 2 SGB V). Versicherte können unter den zugelassenen Psychotherapeuten frei wählen (§ 72 Abs 1 Satz 2 SGB V iVm § 76 Abs 1 Satz 1 SGB V). Grundsätzlich erbringt die Krankenkasse den Versicherten danach ambulante psychotherapeutische Leistungen, indem sie - in der Regel vermittelt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ((KÄVen), § 73 Abs 2, § 75 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB V) - ihnen eine Vielzahl von zugelassenen Leistungserbringern verfügbar hält, unter denen sich die Versicherten den gewünschten Therapeuten frei auswählen und sich dann von ihm behandeln lassen. Kann der Versicherte aus dem Kreis zugelassener Therapeuten tatsächlich einen Leistungserbringer auswählen und sich von ihm behandeln lassen, ist mithin kein Raum für einen Erstattungsanspruch aus § 13 Abs 3 Fall 1 SGB V.

30

Ist die Behandlung dagegen so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt, liegt ein Notfall vor, in dem auch andere, nicht zugelassene Therapeuten in Anspruch genommen werden dürfen (§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V). Auch in einem solchen Fall ist ein (Kostenerstattungs- oder) Freistellungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen, da der



Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der KÄV verlangen kann. Denn die Notfallbehandlung erfolgt als Naturalleistung zu Lasten der GKV. Das entspricht bei ärztlichen Leistungen einem allgemeinen Prinzip. So werden in Notfällen von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet (vgl. [BSGE 15, 169](#) = SozR Nr 1 zu § 368d RVO; [BSGE 71, 117](#), 118 f = [SozR 3-2500 § 120 Nr 2](#) S 12 f mwN; BSG [SozR 3-2500 § 76 Nr 2](#) S 4; vgl. auch [BGHZ 23, 227](#) ff). Auch die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist eine Sachleistung der GKV. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse (Senat, [BSGE 89, 39](#), 41 f = [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#) S 118 f).

31

Da das Gesetz nichts Abweichendes für Psychotherapeuten bestimmt, gelten [§ 76 Abs 1 SGB V](#) und die hieraus für sie abzuleitenden Folgerungen - bei ambulanten Leistungen im Notfall Bezahlung aus der Gesamtvergütung - entsprechend ([§ 72 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Ob Art 10 PsychThGEG es insoweit bloß bei dem Recht der betroffenen Therapeuten belässt, allein auf Grund ärztlicher Verordnung tätig zu werden, oder ob jedenfalls ab 1. Januar 1999 approbierte Psychotherapeuten in jedem Fall selbstständig, dh unabhängig von einer vorausgegangenen ärztlichen Verordnung, im Notfall tätig sein dürfen, bedarf vorliegend keiner Entscheidung. In jedem Fall ist ein Honoraranspruch oder ein dem entsprechender gesetzlicher Aufwendersatz- oder Bereicherungsanspruch gegenüber dem betroffenen Versicherten ausgeschlossen.

32

Dass der nicht zugelassene Therapeut auch im Notfall auf die Notfallbehandlung beschränkt ist und die enge Ausnahmebestimmung des [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) nicht als Einfallstor für umfangreiche Leistungen zu Lasten der GKV nutzen darf, ist nicht nur dadurch gesichert, dass er allein die Vergütung für die Notfallbehandlung von der KÄV verlangen kann (vgl. dazu zB BSG [SozR 3-2500 § 76 Nr 2](#) S 4 f). Zusätzlich ist nach den aufgezeigten Grundsätzen zu den Honorar-, Aufwendersatz- und Bereicherungsansprüchen kein Raum für Ansprüche gegen den Versicherten. Hierauf hat der nicht zugelassene Therapeut den Versicherten im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht (vgl. dazu näher Senat, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - UAE, RdNr 27 - zur Veröffentlichung vorgesehen) von sich aus hinzuweisen, wollte er trotzdem ein Honorar fordern.

33

c) Auch im Übrigen hat die Beklagte die begehrte Behandlung nicht iS von [§ 13 Abs 3 SGB V](#) zu Unrecht abgelehnt. Die dargelegte Unwirksamkeit des Versuchs, durch einen Honorarvertrag oder die "Flucht in den Notfall" Risiken des Zulassungsstatus auf Versicherte abzuwälzen, lässt die Möglichkeit unberührt, dass berufsrechtlich hinreichend qualifizierte Leistungserbringer ohne Zulassung in Fällen wirklichen Systemversagens, in denen etwa mangels einer hinreichenden Zahl von Therapeuten eine Versorgungslücke besteht, Leistungen für Versicherte erbringen und sich honorieren lassen. In solchen Fällen kommt zwar in Betracht, dass diese Kosten nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) zu erstatten sind. Das erfordert aber, dass alle Voraussetzungen dieser Anspruchsgrundlage erfüllt sind. Daran fehlt es vorliegend.

34

aa) Art 2 und 10 PsychThGEG modifizieren nach dem dargelegten Wortlaut, Zweck und der Entstehungsgeschichte unter Berücksichtigung des Regelungssystems den Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) nicht, auch nicht bloß für einen Übergangszeitraum ab 1. Januar 1999. Vielmehr lässt Art 10 PsychThGEG die Rechtsstellung auch der bis zum 31. Dezember 1998 als sog Erstattungstherapeuten tätig Gewesenen (vgl. zur Einbeziehung dieses Personenkreises [BSGE 87, 158](#), 167, 169 ff = [SozR 3-2500 § 95 Nr 25](#) S 114, 116 ff) "unberührt". Für die Erstattungs- (und die Delegationstherapeuten stellt die Rechtsnorm im Zusammenwirken mit der berufsrechtlichen Übergangsregelung in § 12 PsychThG sicher, dass sich deren Rechtsstellung durch die Einführung der neuen Berufsregelungen im Gesetz vom 16. Juni 1998 zum 1. Januar 1999 - trotz eines Schwebezustands bis zur endgültigen Klärung des Zulassungsstatus - nicht verschlechtert. Eine Verbesserung - etwa im Sinne einer fiktiven Zulassung oder im Sinne eines Rechts auf eine von der Bedarfsplanung unabhängige Tätigkeit auf Kostenerstattungsbasis - war weder gewollt noch - worauf sich die Klägerin als Versicherte mangels eigener Betroffenheit auch nicht berufen könnte - verfassungsrechtlich geboten (vgl. dazu BVerfG, Beschlüsse vom 28. Juli 1999 - [1 BvR 1006/99](#), [NJW 1999, 2729](#); vom 16. März 2000 - [1 BvR 1453/99](#), [NJW 2000, 1779](#); vom 30. Mai 2000 - [1 BvR 704/00](#) - [SozR 3-2500 § 95 Nr 24](#)). Da die Aussicht, als Erstattungstherapeut tätig zu sein, aber schon bis zum 31. Dezember 1998 jeweils vom Bestehen einer Versorgungslücke im konkreten Fall abhing, änderte Art 10 PsychThGEG dies auch nicht vom 1. Januar 1999 an.

35

Auch bis zum 31. Dezember 1998 wurde die Kostenerstattung durch die Krankenkassen nur unter der Voraussetzung gewährt, dass eine Therapie durch ärztliche Psychotherapeuten oder Delegationspsychotherapeuten im Wege der Sachleistung nicht durchgeführt werden konnte (BSG [SozR 4-2500 § 95 Nr 4](#) RdNr 23). Die Kosten für die Inanspruchnahme von nicht in das Sachleistungssystem eingebundenen Leistungserbringern waren auch vor dem 31. Dezember 1998 von einer Krankenkasse nur zu erstatten, wenn die Inanspruchnahme durch das Unvermögen der Krankenkasse wesentlich mitverursacht wurde. Die Krankenkasse war nur dann zu rechtzeitiger Sachleistung außer Stande, wenn kein anderer als ein außervertraglicher Leistungserbringer für die Behandlung zur Verfügung stand (Senat, [BSGE 79, 125](#), 127 = [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#) S 52). Sofern aber im Bezirk des Versicherten ausreichend zugelassene Psychotherapeuten niedergelassen waren, die den Anspruch des Versicherten im Wege der Dienst- und Sachleistung erfüllen konnten, bestand kein Anspruch auf Behandlung durch einen nicht zugelassenen Therapeuten im Wege der Kostenerstattung (vgl. BSG [SozR 2200 § 182 Nr 57](#); BSG, Urteil vom 18. Februar 1981 - [3 RK 34/79](#) - USK 8123; BSG, Urteil vom 17. August 1982 - [3 RK 46/80](#) - USK 82101; [BSGE 53, 144](#) = [SozR 2200 § 182 Nr 80](#)).

36

Danach haben Versicherte keinen Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#), wenn sie sich trotz (durch zugelassene Leistungserbringer) sichergestellter Versorgung ab 1. Januar 1999 von Therapeuten behandeln lassen, die bis zum 31. Dezember 1998 als sog Erstattungstherapeuten tätig waren, als Psychotherapeuten approbiert sind und deren rechtzeitig gestellte Anträge auf Zulassung oder

Ermächtigung zur Zeit der Behandlung noch nicht bestands- oder rechtskräftig abgelehnt worden sind.

37

bb) So liegt es hier. Die Nachfrage der Versicherten der GKV nach psychotherapeutischen Leistungen konnte in Berlin im hier relevanten Zeitraum von Oktober 1999 bis Dezember 2000 nach den bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) durch zugelassene Leistungserbringer vollständig befriedigt werden. Es bestand damit kein Versorgungsmangel, der es gerechtfertigt hätte, dass die Klägerin sich die erforderlichen psychotherapeutischen Leistungen bei der Beigeladenen selbst beschaffte und dafür nunmehr Freistellung von den Kosten verlangen kann.

38

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2007-01-04