

L 1 KR 20/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KR 1856/01
Datum
27.02.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 20/03
Datum
16.02.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Art. 10 PsychTHGEG gibt keinen eigenständigen neben § 13 Abs. 3 bestehenden Anspruch auf Kostenerstattung für die Behandlung durch nicht zur Behandlung im Rahmen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Psychotherapeuten. Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung. Der 1944 geborene Kläger ist freiwillig versichertes Mitglied der Beklagten. Er begab sich im August 1999 in psychotherapeutische Behandlung bei der Diplom-Psychologin S (im folgenden: Behandlerin). Für die Behandlung vom 31. August bis 14. Dezember 1999 stellte die Behandlerin dem Kläger unter dem 23. Dezember 1999 insgesamt 783 DM (= 400,34 Euro) in Rechnung. Mit Erklärung vom gleichen Tage trat der Kläger seinen "Anspruch auf Erstattung der Honorarsätze an die Psychotherapeutin" ab. Für am 4. Februar und 7. April 2000 erbrachte Behandlungen berechnete sie der Beklagten mit Rechnung Nr. 085/00 weitere 348 DM (= 177,93 EUR).

Unter dem 18. November 1999 beantragte die Behandlerin im Namen des Klägers Kostenübernahme für psychologische Behandlung. Sie fügte eine Bescheinigung der Fachärztin für Nervenheilkunde I bei, die wegen "Depression bei Ehekonflikt" eine psychologische Behandlung für erforderlich hielt. Beigefügt war dem Antrag außerdem der Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte und Psychotherapeuten vom 22. Juni 1999, mit dem die bedarfsunabhängige Zulassung/Ermächtigung der Behandlerin als psychologische Psychotherapeutin abgelehnt worden war. Nachdem die Beklagte bereits mit Schreiben vom 23. November 1999 an den Kläger ihre Absicht bekundet hatte, die beantragte Kostenerstattung abzulehnen, erfolgte schließlich die förmliche Ablehnung mit Bescheid vom 29.12.2000. Zur Begründung führte die Beklagte die fehlende Zulassung und vertragliche Bindung der Behandlerin an. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 10. Mai 2001). Das Sozialgericht hat die am 12.6.2001 erhobene Klage durch Gerichtsbescheid vom 27. Februar 2003 abgewiesen. Der Kläger sei trotz der Abtretungserklärung aktivlegitimiert gewesen, da sich die Abtretung allenfalls hinsichtlich der Person des Zahlungsempfängers auswirken könne. Das Stammrecht des Versicherten sei unberührt geblieben (unter Verweis auf LSG Berlin, Urteil vom 6. November 2002, L 9 KR 78/00). Ein Erstattungsanspruch folge nicht aus [§ 13 Abs. 2 S. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der hier maßgeblichen, ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung. Danach könnten zwar freiwillige Mitglieder für die Dauer der freiwilligen Versicherung an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Diese Vorschrift ver helfe dem Kläger jedoch schon deswegen nicht zum Erfolg, weil er nach Auskunft der Beklagten die Kostenerstattung im Sinne dieser Vorschrift nicht gewählt habe. Auch auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) könne der Kläger seinen Anspruch nicht mit Erfolg stützen. Danach seien dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstünden, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen könne (Regelung 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe (Regelung 2) und der Versicherte sich deshalb die Leistung selbst beschafft habe. Hiervon ausgehend müsse der erhobene Erstattungsanspruch aus mehreren voneinander unabhängigen Gründen scheitern. Hinsichtlich der Rechnung Nr. 085/00 beziehungsweise der ihr zu Grunde liegenden Leistungen fehle es schon an einer Kostenbelastung des Klägers. Denn diese Rechnung sei, worauf das Gericht hingewiesen habe, an die Beklagte gerichtet. Eine tatsächliche Kostenbelastung sei aber Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Der Versicherte müsse zumindest einer Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt sein (BSG, Urteil vom 28. 3. 2000, B 1 KR11/98 R, BSG E 86, 54ff.). Im Übrigen sei das Erfordernis einer "unaufschiebbaren Leistung" im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#) Regelung 1 SGB V zu verneinen. Jedenfalls fehle es am vom Gesetz vorausgesetzten Unvermögen der Krankenkasse, die notwendige Leistung zu erbringen. Die Beklagte habe dem Kläger mindestens fünf alternative Behandlungsmöglichkeiten genannt. Da dem Kläger bei der von ihm gewählten Behandlerin wegen deren fehlender Zulassung kein Behandlungsanspruch zugestanden habe, habe die Beklagte die Leistung auch nicht im Sinne von [§ 13 Abs. 3](#) Regelung 2 SGB V zu Unrecht abgelehnt. Auch die Vorschrift des

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) führe hier zu keinem Erstattungsanspruch, insoweit werde auf das Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 2. Mai 2002 verwiesen, das für zutreffend gehalten werde und das den Beteiligten bekannt sei.

Gegen diesen Gerichtsbescheid richtet sich die Berufung.

Die Berufung wird im wesentlichen darauf gestützt, dass die Vorschrift des Art. 10 PsychThGEG nicht erfordere, dass auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorliegen müssten, da sonst die zuerst genannte Vorschrift für die so genannten Erstattungs-Therapeuten leer liefe. Hierzu hat der Kläger auf ein Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 10. 2. 2005 verwiesen, mit der diese Auffassung gestützt werde.

Der Senat hat die Beteiligten auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Juli 2006 zum Aktenzeichen [B 1 KR 9/05](#) hingewiesen und die Entscheidung den Beteiligten zur Kenntnis übersandt. Der Kläger meint hierzu, die Entscheidung überzeuge ihn nicht. Außerdem sei die Versorgung der Versicherten in Berlin im Jahre 1999 in keiner Weise sichergestellt gewesen.

Der Kläger beantragt,

Den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. Februar 2003 und den Bescheid der Beklagten vom 29. Dezember 2000 i. d. F. des Widerspruchsbescheides vom 10. Mai 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für eine außervertragliche Psychotherapie bei der Psychotherapeutin Diplom-Psychologin S in Höhe von 74,13 EUR pro Behandlungsstunde seit dem 31. August 1999 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hat im Laufe des Berufungsverfahrens noch weitere Rechnungen seiner Behandlerin vom 23. Dezember 1999 über Behandlungen von August bis Dezember 1999 in Höhe von insgesamt 667,17 EUR und vom 22. Dezember 2000 über Behandlungen im Februar und April 2000 in Höhe von insgesamt 296,54 EUR vorgelegt.

Der Senat hat durch Beschluss vom 14.7.2005 den Antrag der Behandlerin auf Beiladung abgelehnt, weil die Voraussetzungen des [§ 75 Abs. 1](#) bzw. Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz nicht gegeben sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, sie ist jedoch nicht begründet.

Hierzu verweist der Senat zunächst um Wiederholungen zu vermeiden auf die Entscheidungsgründe des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts und macht sie sich zu Eigen ([§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG-). Insbesondere hat das Sozialgericht zu Recht hinsichtlich der Rechnung Nr. 085/00 beziehungsweise der ihr zu Grunde liegenden Leistungen ausgeführt, es fehle insoweit schon an einer Kostenbelastung des Klägers. Denn diese Rechnung sei, worauf das Gericht hingewiesen habe, an die Beklagte gerichtet. Eine tatsächliche Kostenbelastung sei aber Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#).

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren weitere Rechnungen vom 23. Dezember 1999 und 22. Dezember 2000 eingereicht hat und den Ersatz dieser Kosten begehrt, hatte der Senat hierüber mangels einer erstinstanzlichen Befassung hierüber kraft Klage zu entscheiden. Diese Klage ist jedoch unzulässig, da es insoweit bereits an einer Verwaltungsentscheidung der Beklagten fehlt. Die Beschreibung des Rechtswegs setzt dies jedoch voraus ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)).

Im Übrigen führt die Berufung des Klägers auf Art. 10 PsychThGEG nicht zum Erfolg. Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 18. Juli 2006, mit dem es die von dem Kläger eingeführte Entscheidung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen aufgehoben hat, zur Bedeutung von Art. 10 PsychThGEG u.a. ausgeführt: "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 dieser Rechtsnorm. Danach bleibt "die Rechtsstellung" der bis zum 31. Dezember 1998 an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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.

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 zu Art 9a des Entwurfs, [BT-Drucks 13/9212 S 42](#)). 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. 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 Delegations)therapeuten stellt die Rechtsnorm im Zusammenwirken mit der berufsrechtlichen Übergangsregelung in § 12 PsychThG sicher, dass sich deren Rechtsstellung durch die Einführung der neuen Berufsregelung 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 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 vom Bestehen einer Versorgungslücke im konkreten Fall abhing, änderte Art 10 PsychThGEG dies auch nicht zum 1. Januar 1999.

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 zur rechtzeitigen 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](#)).

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 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.

Gleichlautend hat das BSG am selben Tag in einem Fall entschieden, in dem es ebenfalls um die Erstattung von Kosten ging, die durch die Behandlerin des Klägers bei einer anderen Patientin entstanden sind ([B 1 KR 24/05 R](#)). In dieser Entscheidung (die Verfassungsbeschwerde gegen diese Entscheidung wurde entgegen der Darstellung des Klägers nicht zur Entscheidung angenommen = Beschluss des 1. Senats, 3. Kammer, vom 13. 12. 2006- 1 BvR 2627/06) hat das BSG sich zur Möglichkeit der dortigen Klägerin, im Jahre 1999 jederzeit einen der zahlreichen in Berlin zugelassenen Psychotherapeuten aufsuchen zu können, auf die Feststellungen des 9. Senats des Landessozialgerichts Berlin in seinem Urteil vom 19. Januar 2005 - L9 KR 117/02 bezogen. In dieser Entscheidung heißt es hierzu: "Ein entsprechender Mangel hat in Berlin im fraglichen Zeitraum jedoch nicht bestanden. Im Gegenteil waren in Berlin am 1. September 1999 bereits 1661 Psychotherapeuten zugelassen (vgl. Landespressedienst 247/99 vom 20. Dezember 1999 S. A 2 und A 3). Die Beklagte war mithin im fraglichen Zeitraum ohne weiteres in der Lage, ihrem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, d. h. der Klägerin die von ihr benötigte psychotherapeutische Behandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer zu gewähren. Ein Systemversagen, das einen Rückgriff auf einen nicht in dieses System eingebundenen Behandler rechtfertigen könnte, lag mithin jedenfalls in Berlin nicht vor. Dies gilt auch im Fall des Klägers, der sich im August 1999 erstmals in Behandlung begab und in dessen Fall die Beklagte ihm fünf zugelassene Therapeuten benannt hatte. Der Senat folgt den Ausführungen des BSG, weil er sie für überzeugend hält. Soweit der Kläger geltend machen wollte, es habe sich in seinem Fall um eine Notfallbehandlung gehandelt, sei er auch insoweit auf die Ausführungen des BSG in der zuerst genannten und ihm übersandten Entscheidung Rdnrn. 18 ff. verwiesen, wonach auch in einem solchen Fall ein Kostenerstattungsanspruch nicht in Betracht kommt, weil auch der Notfall-Therapeut in einem solchen Fall lediglich die Sachleistung erbringt und deshalb einen Anspruch lediglich gegenüber der Krankenkasse bzw. der kassenärztlichen Vereinigung nicht aber gegenüber dem Patienten besitzt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#). Die Revision war nicht zuzulassen, weil ein Zulassungsgrund nach [§ 160 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-01-24