

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
19. November 1997

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 3 RK 1/97

B Christliche Fachklinik für Psychotherapeutische Medizin GmbH,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

1. AOK Baden-Württemberg,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,
2. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
3. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
4. Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim,
5. Innungskrankenkasse Baden-Württemberg,
Schlachthofstraße 3, 71636 Ludwigsburg,
6. Landwirtschaftliche Krankenkasse Württemberg,
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

7. Krankenkasse für den Gartenbau,
Frankfurter Straße 126, 34121 Kassel,

8. Bundesknappschaft,
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 19. November 1997 durch den Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e , die Richter Dr. U d s c h i n g und Dr. N a u j o k s sowie die ehrenamtlichen Richter G i m p e l und L e i t e für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 29. November 1996 aufgehoben.

Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagten Krankenkassen bzw Krankenkassenverbände verpflichtet sind, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag abzuschließen.

Die Klägerin beantragte mit Schreiben vom 16. Juni 1994 bei den Beklagten den Abschluß eines Versorgungsvertrages über 55 Betten in der von ihr eingerichteten Klinik in B W . Gesellschaftszweck der Klägerin ist die Einrichtung und der Betrieb einer Christlichen Fachklinik für psychisch Kranke sowie die Vornahme aller damit zusammenhängenden Geschäfte. Gesellschafter der Klinik sind die Deutsche Gesellschaft für Biblisch-Therapeutische Seelsorge eV, der Altpietistische Gemeinschaftsverband eV, der Liebenzeller Gemeinschaftsverband eV und der Süddeutsche Gemeinschaftsverband eV. Nach Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Baden-Württemberg (MDK) vom 8. November 1994 lehnten die Beklagten den Antrag der Klägerin mit gemeinsamem Schreiben vom 24. März 1995 ab. Die Klägerin hat den Betrieb der Klinik im Frühjahr 1997 vorläufig eingestellt.



Das Sozialgericht (SG) hat der auf Abschluß eines Versorgungsvertrages gerichteten Klage im wesentlichen stattgegeben. Abgewiesen wurde die Klage nur insoweit, als die Klägerin auch die Verpflichtung zum Vertragsschluß rückwirkend seit Antragstellung erreichen wollte (Urteil vom 4. Oktober 1995).

Gegen dieses Urteil haben sowohl die Klägerin als auch die Beklagten Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Dieses hat, nachdem die Klägerin ihre Berufung zurückgenommen hatte, das Urteil des SG abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen (Urteil vom 29. November 1996). Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe gegenüber den Beklagten keinen Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrags gemäß § 111 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), da die von ihr betriebene Klinik nicht bedarfsgerecht ist von § 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V sei. Da die Beklagten die Versorgung der Versicherten im Rahmen der §§ 2 und 12 SGB V sicherzustellen hätten, sei der Bedarf aus deren Sicht festzustellen; der Belegungsgrad einer Einrichtung könne demnach keinen Maßstab für die Bedarfsgerechtigkeit einer Einrichtung bilden. Nach den Angaben der Beklagten behandelten in Baden-Württemberg insgesamt 44 Einrichtungen psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen. Diese verfügten über insgesamt 5.152 Betten, wovon 1994 581 Betten ständig leer gestanden hätten, was einem Auslastungsgrad von 88,72 % entspreche. Wegen der im Gesundheitssystem beschlossenen und teilweise bereits durchgeführten Einsparungsmaßnahmen sei davon auszugehen, daß dieser Überhang an Betten zukünftig eher zunehmen werde. Auf dieser Grundlage seien die Beklagten zu Recht zu dem Ergebnis gelangt, daß für die Einrichtung der Klägerin im Rahmen des Versorgungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung kein Bedarf bestehe. Da Einrichtungen der von der Klägerin betriebenen Art wegen der weitgehenden subsidiären Leistungszuständigkeit der Krankenkassen bei stationären medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in der Regel zu 75 % von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung belegt würden und nur zu 25 %, abzüglich der privat Versicherten, durch Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, sei Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG) durch die Entscheidung der Beklagten nicht betroffen. § 2 Abs 3 SGB V sei nicht verletzt, da es nach Angaben der Beklagten in Baden-Württemberg hinreichend viele Einrichtungen der von der Klägerin betriebenen Art in christlicher Trägerschaft gebe und damit den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung getragen sei.

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung formellen und materiellen Rechts. Das LSG habe § 103 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) verletzt, weil es nicht hinreichend aufgeklärt habe, ob für die von der Klägerin betriebene Klinik in tatsächlicher Hinsicht ein Bedarf bestehe. Das LSG habe die von den Beklagten kurz vor der mündlichen Verhandlung vorgelegten Zahlen nicht ohne eigene Sachaufklärung und Prüfung der Entscheidung zugrunde legen dürfen. Die Klägerin habe nachgewiesen, daß der angebotene Versorgungsvertrag über 55 Betten bei weitem nicht ausreiche, um den bei



den Versicherten vorhandenen Bedarf zu befriedigen. Entsprechendes gelte für die Feststellung des LSG, es gebe in Baden-Württemberg hinreichend viele Einrichtungen der von der Klägerin betriebenen Art in christlicher Trägerschaft.

In materiell-rechtlicher Sicht rügt die Klägerin eine Verletzung der Art 4 Abs 1, 12, 14 und 140 GG sowie der §§ 2 Abs 3 und 111 SGB V. Sie ist der Auffassung, daß unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) zur Bedarfsgerechtigkeit von Krankenhäusern auch die Bedarfsgerechtigkeit einer Rehabilitationseinrichtung nach deren Auslastungsgrad zu beurteilen sei. Da der Träger einer Einrichtung mit Rücksicht auf Art 12 Abs 1 GG nach der hierzu ergangenen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) einen Rechtsanspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages habe, verletzte die vom LSG vorgenommene Auslegung von § 111 SGB V dieses Grundrecht der Klägerin. § 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V lasse es auch nicht zu, zur Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit auf die 1994 in Baden-Württemberg insgesamt zur Verfügung stehenden Betten und deren Auslastungsgrad abzustellen. Maßgeblich sei insoweit die Sicherstellung der Patientenversorgung und der bedarfsgerechten Behandlung der Versicherten. Es sei auch verfehlt, ausschließlich auf den Versorgungsbedarf einer Region oder eines Bundeslandes abzustellen. Mit Rücksicht auf die Grundrechte der Klägerin aus Art 4 Abs 1, 140 GG verletze das Urteil § 2 Abs 3 SGB V, wonach bei der Auswahl der Leistungserbringer insbesondere den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen sei. Insoweit habe das LSG berücksichtigen müssen, daß es in Baden-Württemberg keine einzige Einrichtung für psychosomatische Leiden gebe, die bei der Leistungserbringung den religiösen Bedürfnissen der Versicherten, insbesondere der Pietisten, Rechnung trage.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 29. November 1996 aufzuheben und die Berufungen der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 4. Oktober 1995 zurückzuweisen.

Die Beklagten beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Sie sind der Auffassung, die Klage sei unzulässig geworden. Denn die Einrichtung der Klägerin existiere seit dem Frühjahr 1997 nicht mehr. Damit sei auch das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis entfallen. Im übrigen verteidigen sie das angefochtene Urteil.

II

Die Revision der Klägerin ist iS der Zurückverweisung an das LSG begründet.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



1. Die Revision war nicht schon deshalb zurückzuweisen, weil die Klage, wie die Beklagten annehmen, als Folge der Einstellung des Klinikbetriebs im Frühjahr 1997 unzulässig geworden ist. Die Klägerin besteht als Gesellschaft mit dem Zweck eines Klinikbetriebs fort. Sie hat den Betrieb der Klinik nur eingestellt, weil diese nach ihrer Darstellung ohne Versorgungsvertrag auf Dauer wirtschaftlich nicht existieren kann. Hierdurch ist das Rechtsschutzinteresse der Klägerin am Abschluß eines Versorgungsvertrags nicht entfallen, sondern besonders deutlich geworden. Der Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 109 oder nach § 111 SGB V setzt nicht voraus, daß bereits vor Vertragsschluß eine entsprechende Einrichtung betrieben wird. Die Krankenkassen bzw Krankenkassenverbände müssen dann, wenn dies nicht der Fall ist, allein auf der Grundlage der vorgelegten Planung der Einrichtung über den Abschluß eines Versorgungsvertrages entscheiden.

2. Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 54 Abs 4 SGG) zulässig. Der Senat hält an seiner Rechtsprechung fest, daß die Ablehnung der Krankenkassen bzw Krankenkassenverbände, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, als Verwaltungsakt zu werten ist (vgl BSGE 78, 233, 235 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1). Dies gilt nicht nur für den Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V, sondern auch für denjenigen nach § 111 SGB V. Der Zulässigkeit der Klage steht nicht entgegen, daß kein gesondertes Vorverfahren durchgeführt wurde. Ist eine Widerspruchsstelle wie hier nicht bestimmt, so ist gemäß § 85 Abs 2 Nr 1 SGG grundsätzlich die nächsthöhere Behörde für den Erlaß des Widerspruchsbescheides zuständig. Hier kämen nur die Aufsichtsbehörden der betroffenen Kassenverbände in Betracht, bei denen es sich jedoch um oberste Bundes- oder Landesbehörden handelt, was gemäß § 85 Abs 2 Nr 1 SGG die Zuständigkeit der Ausgangsbehörde begründet. Deren im Klageverfahren gestellter Antrag auf Abweisung der Klage erübrigt hier die Nachholung des Vorverfahrens, da Klagegegner und Widerspruchsstelle identisch sind und eine Abhilfe nicht zu erwarten wäre (BSGE 78, 233, 237 = SozR aaO).

3. Die angefochtene Entscheidung der Beklagten, mit der Klägerin keinen Versorgungsvertrag abzuschließen, unterliegt nicht bereits deshalb der Aufhebung, weil sie von einer unzuständigen Behörde getroffen worden ist. Der Senat hat wiederholt entschieden, daß bei Entscheidungen über den Abschluß eines Versorgungsvertrages mit Krankenhäusern die Gesamtheit der in § 109 Abs 1 Satz 1 SGB V genannten Kassenverbände als Behörde iS von § 1 Abs 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) anzusehen ist (BSG aaO; SozR 3-2500 § 109 Nr 3). Das gleiche gilt für die in § 111 Abs 2 Satz 1 SGB V genannten Kassenverbände bezüglich des Abschlusses von Versorgungsverträgen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Ebenso wie beim Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern zählt die Krankenkasse für den Gartenbau, die hier an der ablehnenden Entscheidung beteiligt war, auch beim Abschluß von Versorgungsverträgen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht zu den im Gesetz aufgeführten Ent-



scheidungssträgern. Der Zuständigkeitsfehler begründet jedoch, wie der Senat bereits mit Urteil vom 20. November 1996 (3 RK 7/96 = SozR 3-1500 § 109 Nr 3, S 27 bis 29) entschieden hat, weder die Nichtigkeit des ablehnenden Bescheides, noch führt er zu seiner Aufhebung wegen formeller Rechtswidrigkeit..

4. Das angefochtene Urteil ist auch nicht wegen unterbliebener notwendiger Beiladung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde aufzuheben. Das Unterlassen einer nach § 75 Abs 2 SGG notwendigen Beiladung ist allerdings ein Verfahrensman- gel, der auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachten ist (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 5. Aufl 1993, § 75 RdNr 13a). Nach § 111 Abs 4 Satz 3 SGB V ist mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrages anzustreben. Die der Landesbehörde hierdurch eingeräumte Rechtsposition erfüllt aber die Voraussetzungen, unter denen § 75 Abs 2 SGG eine Pflicht zur Beiladung anordnet, nicht (ebenso zur Beiladung der Kassenver- bände in einem Rechtsstreit über die Aufnahme in den Krankenhausplan: OVG Münster, Urteil vom 12. Februar 1996, 13 A 6049-94; Verwaltungsgericht Osnabrück, NJW 1995, 3072; zur Klagebefugnis der Kassenverbände gegen Planungsentscheidungen der Kran- kenhausbehörde vgl BVerwG NJW 1995, 1628). Der Pflicht der Kassenverbände zur Her- stellung des Einvernehmens mit der Landesbehörde entspricht ein verfahrensrechtlicher Beteiligungsanspruch dieser Behörde, der ggf gerichtlich durchgesetzt werden kann. Hieraus folgt jedoch nicht, wie es § 75 Abs 2 1. Alternative SGG verlangt, daß der Rechtsstreit über den Abschluß eines Versorgungsvertrages auch der für die Kranken- hausplanung zuständigen Landesbehörde bzw deren Rechtsträger gegenüber notwendi- gerweise nur einheitlich entschieden werden kann. Die Landesbehörde ist am Abschluß des Versorgungsvertrages nicht beteiligt. Dessen Wirksamkeit hängt nicht davon ab, daß die für den Vertragsschluß allein zuständigen Krankenkassen bzw Kassenverbände das Einvernehmen mit der Landesbehörde angestrebt haben.

5. Die Aufhebung des angefochtenen Urteils und die Rückverweisung an das LSG sind schon deshalb erforderlich, weil nach den Feststellungen des LSG nicht einmal ent- schieden werden kann, ob die Klägerin einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V oder nach § 111 SGB V anstrebt oder ob sie sowohl ein Krankenhaus als auch eine Rehabi- litations- bzw Vorsorgeklinik betreiben will. Dies kann zur Entscheidung der Frage, ob die Beklagten verpflichtet sind, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag abzuschließen, je- doch nicht offenbleiben.

Zwar vertritt das LSG die Auffassung, die Klinik der Klägerin erfülle die Voraussetzungen des § 107 Abs 2 SGB V, also einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Das LSG hat jedoch die für diese Wertung erforderlichen Tatsachen nicht ausreichend festgestellt. Es hätte sich bereits deshalb zu genaueren Ermittlungen veranlaßt sehen müssen, weil die Klägerin zur Begründung der Klage ausgeführt hatte, die von ihr betriebene Klinik



bierte die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Die von der Klägerin gewählte Ausdrucksweise kann ihr zwar nicht zum Nachteil gereichen, wenn es sich bei zutreffender rechtlicher Einordnung nicht um eine Krankenhausbehandlung handelt; insoweit lag aber ein Aufklärungsbedarf auf der Hand. Dadurch, daß die Klägerin zuletzt die Zulassung als Rehabilitationseinrichtung gemäß § 111 SGB V beantragt hat, war das LSG nicht von einer Sachaufklärung entbunden, denn der Klägerin geht es im Ergebnis allein darum, mit ihrem Leistungsangebot zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen zu werden. Ob ein solcher Anspruch nach § 111 SGB V oder aber nach § 109 SGB V gegeben ist, betrifft allein die Rechtsanwendung. Beide Vorschriften sehen einen statusbegründenden öffentlich-rechtlichen Vertrag vor, durch den die Klägerin berechtigt wird, Sachleistungen zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen. Es ist Aufgabe der Sozialgerichte zu prüfen, ob und nach welcher Rechtsgrundlage der mit der Klage verfolgte Anspruch begründet ist.

Ohne Feststellung der für die Annahme einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erforderlichen Voraussetzungen durfte das LSG nicht entscheiden, daß die Einrichtung der Klägerin iS des § 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nicht erforderlich sei. Die Pflicht der Landesverbände der Krankenkassen bzw Verbände der Ersatzkassen zum Abschluß eines Versorgungsvertrages hängt je nach der Art der geplanten Einrichtung von unterschiedlichen Voraussetzungen ab. Hervorzuheben ist vor allem, daß nur Krankenhäuser iS des § 107 Abs 1 SGB V der von den Ländern ausgeübten staatlichen Bedarfsplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) unterliegen. Bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen obliegt die in § 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V vorgeschriebene Bedarfsprüfung allein den Verbänden der Leistungsträger. Die unterschiedlichen Formen der Nutzung der Einrichtungsarten haben zudem Auswirkungen auf die Auslegung des Begriffs der Bedarfsgerechtigkeit. Dieser kann, wie noch darzulegen ist, im Hinblick auf Krankenhäuser sowie auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht einheitlich verstanden werden. Hieraus folgt, daß der Versorgungsvertrag das Behandlungsangebot, für das der Einrichtung die Zulassung erteilt wird, im einzelnen festlegen muß, wenn es sich nicht schon vom Typ der Einrichtung her eindeutig ergibt. Eine pauschale Zulassung, wie sie das SG ausgesprochen hat, mit der es der Klägerin freigestellt würde, tatsächlich ein Krankenhaus, eine Vorsorge- und Rehabilitationsklinik oder eine Kombination aus allem zu betreiben, läßt sich mit den unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen dieser Einrichtungsarten nicht vereinbaren. Dies schließt es nicht aus, daß Krankenhausbehandlung einerseits sowie Vorsorge- und Rehabilitation andererseits auch in einer Einrichtung gewährt werden, sofern diese Bereiche in räumlicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Hinsicht eindeutig getrennt sind (vgl Klückmann, in Hauck/Haines, SGB V, § 107 RdNr 16; Hess, in Kasseler Komm, § 107 SGB V RdNr 6 f). In diesem Fall sind getrennte Zulassungen für den Krankenhausbereich einerseits und den Vorsorge- und Rehabilitationsbereich andererseits erforderlich. Bei Plankrankenhäusern würde die Zulassung als Krankenhaus durch die Aufnahme in



den Krankenhausplan ersetzt (§ 108 Nr 2 SGB V); für die Zulassung einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung ist in jedem Fall ein Versorgungsvertrag erforderlich. Denkbar ist dabei auch, daß der Vertrag nicht die Zulassung einer gesamten Einrichtung vorsieht, sondern sich auf bestimmte Behandlungen beschränkt.

Die notwendige Zuordnung zu einer der beiden in § 107 SGB V geregelten Einrichtungsarten kann nur nach objektiven Merkmalen erfolgen. Andernfalls könnte sich der Einrichtungsträger etwa der staatlichen Bedarfsplanung im Krankenhausbereich schon dadurch entziehen, daß er vorgibt, eine Rehabilitationsklinik betreiben zu wollen. Grundlage der Zuordnung ist das Behandlungskonzept, das der Einrichtungsbetreiber dem Antrag auf Abschluß des Versorgungsvertrages zugrunde legt. Dieses Konzept muß die Art der zu behandelnden Erkrankungen, die vorgesehene Therapie sowie die personelle und sachliche Ausstattung der Einrichtung erkennen lassen, um eine zutreffende rechtliche Einordnung zu ermöglichen.

Die Abgrenzung kann auch danach im Einzelfall noch schwierig sein, weil - neben der Gemeinsamkeit der Unterbringung und Verpflegung - sowohl die Krankenhausbehandlung als auch die stationäre Rehabilitation die Behandlung von Krankheiten zum Ziel hat; nach § 107 Abs 1 Nr 3 SGB V dient die Krankenhausbehandlung dazu, "Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern", während § 107 Abs 2 Nr 1 Buchst b SGB V das Ziel der Rehabilitation weitgehend übereinstimmend damit umschreibt, "eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern". Lediglich hinsichtlich der Erkennung von Krankheiten auf der einen Seite (Krankenhausangelegenheit) und der Behandlung im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung zur Sicherung des Behandlungserfolgs (sog Anschlußheilbehandlung als Rehabilitationsmaßnahme) läßt sich eine Abgrenzung relativ leicht vornehmen. Ähnliches gilt auch für die Unterscheidung von Vorsorgeeinrichtungen, die nach § 107 Abs 2 Nr 1 Buchst a SGB V eine bloße Schwächung der Gesundheit beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenwirken sollen, also vor dem Ausbrechen einer Erkrankung eingreifen sollen; auch hier mag es freilich fließende Übergänge geben, insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Das Gesetz hat - im Anschluß an die von der Rechtsprechung entwickelten Maßstäbe (BSG SozR 2200 § 1243 Nr 2; BSGE 59, 116 = SozR 2200 § 184 Nr 27; BSGE 51, 44 = SozR 2200 § 184d Nr 4) - für die in erster Linie problematische Abgrenzung von Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung aber weitere Kriterien vorgegeben, die sich aus der unterschiedlichen personellen und sachlichen Ausstattung ergeben, mit der die Behandlung der Krankheiten erfolgt. Krankenhäuser sind nach § 107 Abs 1 Nr 2 und 3 SGB V dadurch gekennzeichnet, daß sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und mit Hilfe von jederzeit verfügbarem, ärztlichem Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vor-



wiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung zu behandeln, während nach § 107 Abs 2 Nr 2 SGB V bei Rehabilitationseinrichtungen fachlich-medizinisch nur eine ständige ärztliche Verantwortung bestehen muß und die Behandlung nach einem ärztlichen Behandlungsplan in erster Linie durch nichtärztliches, aber besonders geschultes Personal vor allem durch Verabreichung von Heilmitteln erfolgt. Dazu zählen ua Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

Die vom LSG zum Behandlungskonzept der Klägerin getroffenen Feststellungen reichen für eine abschließende Einordnung nicht aus. Das vom MDK erstellte, vom LSG inhaltlich wiedergegebene, aber nicht selbst gewürdigte Gutachten spricht allerdings eher dafür, daß die Klägerin ganz überwiegend eine Krankenhausbehandlung der Versicherten durchführen will. Das Gutachten des MDK kommt nämlich zu dem Ergebnis, daß sich die Klinik der Klägerin in eine Richtung entwickelt habe, die der ärztlichen Behandlungskompetenz den Vorrang einräume. Dieses Ergebnis kann sich ua auf den ebenfalls wiedergegebenen Stellenplan stützen, wonach allein sechs Ärzte, ferner sechs Mitarbeiter im Pflegedienst, zwei Psychotherapeuten, je eine halbe Stelle Musiktherapie und Kunsttherapie, ein medizinischer Bademeister, ferner eine halbe Stelle für einen Sozialarbeiter und eine Dreiviertelstelle für Ergotherapie vorgesehen sind. Für eine umfassende Würdigung fehlt es allerdings an der Angabe der einzelnen Krankheiten, die mit dieser personellen Ausstattung behandelt werden sollen, es ist lediglich allgemein von psychosomatisch und psychisch erkrankten Patienten die Rede. Immerhin deutet die mitgeteilte Art der Aufnahme der Patienten auf eine Primärbehandlung, damit eher auf eine Krankenhausbehandlung, hin, wenn die Einweisung durch niedergelassene Ärzte und zum Teil nach einer Untersuchung in der Klinik erfolgen soll.

Das LSG wird daher in erster Linie Feststellungen dazu nachzuholen haben, welche Art von Erkrankungen (oder Vorstufen davon) die Klägerin behandeln will. Der Klägerin wird dabei auch Gelegenheit gegeben werden müssen, ihren Antrag auf Abschluß eines Versorgungsvertrages auf bestimmte Behandlungen zu konkretisieren oder auch einzuschränken, sowie ihr Behandlungskonzept näher zu erläutern. Sodann wird das LSG - erforderlichenfalls unter Einschaltung medizinischer Sachverständiger - dies unter Anlegung der oben aufgezeigten Kriterien rechtlich einzuordnen haben. Soweit es sich um Krankenhausbehandlung handelt, ist anhand der landesrechtlichen Bedarfsplanung zu überprüfen, inwieweit dort noch ein Defizit ausgewiesen ist. Sofern das nicht der Fall ist, kann die Klägerin mit ihrem Zulassungsbegehren keinen Erfolg haben. Sie ist dann darauf zu verweisen, ihr behauptetes qualitativ besseres Leistungsangebot im Rahmen der landesrechtlichen Bedarfsplanung geltend zu machen und zu versuchen, anstelle eines anderen Krankenhauses in den Bedarfsplan aufgenommen zu werden (vgl dazu die Rechtsprechung des Senats BSGE 78, 233, 238 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1; BSGE 78, 243, 250 = SozR 3-2500 § 109 Nr 2; BSG SozR 3-2500 § 109 Nr 3). Die Beklagten, die an der Krankenhausplanung beteiligt sind, haben ihrerseits die Verpflichtung, bei einem überle-



genen Leistungsangebot die Aufnahme der Klägerin in den Bedarfsplan zu unterstützen, da sie jederzeit im Interesse eines sparsamen Umgangs mit den Mitteln der Solidargemeinschaft verpflichtet sind, die Versorgung der Versicherten so kostengünstig wie möglich sicherzustellen (vgl §§ 112, 113 SGB V).

Sollte die von der Klägerin geplante Einrichtung ganz oder mit einem von der Krankenhausbehandlung abgrenzbaren Leistungsangebot dem Rehabilitations- oder Vorsorgebereich zuzuordnen sein, so ist vorrangig ihre Leistungsfähigkeit zu prüfen. Zwar enthält § 107 Abs 2 SGB V im Gegensatz zu § 107 Abs 1 SGB V nicht ausdrücklich die Voraussetzung, daß die Einrichtung nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten muß. Diese Bedingung wird jedoch für das gesamte Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bereits in § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V aufgestellt. Von ihr kann auch in Bezug auf Leistungen, die der Rehabilitation oder Vorsorge dienen, nicht abgewichen werden. Hieraus folgt, daß das von der Einrichtung verfolgte Behandlungskonzept dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen muß. Dies schließt den Abschluß von Versorgungsverträgen mit solchen Einrichtungen grundsätzlich aus, die sog Außenseitermethoden verfolgen. Das LSG hat zwar die Frage, ob die Einrichtung der Klägerin in diesem Sinn als leistungsfähig angesehen werden kann, in Übereinstimmung mit dem SG zunächst bejaht, dies aber im Hinblick auf den Wechsel des Chefarztes wieder in Frage gestellt und letztlich offengelassen.

Eine Entscheidung dieser Frage erübrigt sich nicht deshalb, weil die Einrichtung der Klägerin schon jetzt als nicht bedarfsgerecht angesehen werden kann. Nach § 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V dürfen nur solche Einrichtungen zugelassen werden, die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten notwendig sind. Die Bedarfsgerechtigkeit kann auf der Grundlage der Feststellungen des LSG nicht verneint werden.

§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V läßt allerdings nicht erkennen, unter welchen Voraussetzungen eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als bedarfsgerecht anzusehen ist. Die Gesetzeslage entspricht damit derjenigen im Krankenhausbereich. In Bezug auf den Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach § 109 SGB V hat der erkennende Senat ein Krankenhaus als nicht bedarfsgerecht angesehen, wenn sein Bettenangebot den Bettenbedarf übersteigt (vgl BSGE 78, 233, 241 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1). Die Begrenzung der Zulassung von Krankenhäusern nach dem Bettenbedarf ist eine zulässige Einschränkung der Berufsfreiheit (vgl BVerfGE 82, 209, 229) wie sie zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung geboten ist; ein zu großes Bettenangebot ist als eine der Hauptursachen für medizinisch nicht gebotene Krankenhausbehandlung oder für überlange Verweilzeiten beim Krankenhausaufenthalt erkannt worden, wodurch die Kosten der Krankenhausbehandlung allgemein über das erforderliche Maß hinaus erhöht werden. Die Erhaltung der Finanzierbarkeit der sozialen



Krankenversicherung ist für das Gemeinwohl von überragender Bedeutung. Dies entspricht auch einer im Gesetzgebungsverfahren geäußerten Auffassung (BT-Drucks 11/2237, S 197).

Bei der Zulassung von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ist eine verfassungskonforme Auslegung des Begriffs "bedarfsgerecht" unter Berücksichtigung der insoweit bestehenden Besonderheiten des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung geboten, die sich von der Krankenhausbehandlung unterscheidet. Im Unterschied zur Krankenhausbehandlung haben die Kassen weitgehend Einfluß auf die Bewilligung und die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen und damit auch auf die Kostenentwicklung. Nach §§ 39 Abs 1 Satz 2, 73 Abs 2 Nr 7 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn der Vertragsarzt sie verordnet und sie nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist. Die Gewährung stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen steht dagegen im Ermessen der Krankenkasse (§§ 23 Abs 4, 20 Abs 2, 40 Abs 2 SGB V). Die Maßnahmen werden nach Prüfung durch den MDK zudem nur für eine im vorhinein festgelegte Zeitdauer (drei Wochen) gewährt, während die Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkasse auf die Verweildauer des Versicherten im Krankenhaus nur sehr begrenzt sind.

Der Gesichtspunkt der Kostendämpfung verlangt deshalb bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht so dringend eine Begrenzung der Leistungsanbieter wie im Krankenhausbereich. Jede Einschränkung der Zulassung nach Bedarfsgesichtspunkten stellt andererseits aber einen Eingriff in das durch Art 12 Abs 1 GG geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit dar. Angesichts der nur subsidiären Zuständigkeit der Krankenkassen für Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 Abs 4 SGB V), die keine Monopolstellung begründet, wird man die Bedarfszulassung allerdings nicht - wie im Krankenhausbereich - als einen so schwerwiegenden Eingriff ansehen können, der der Beschränkung der Berufswahl nahekommt (vgl BVerfGE 82, 209, 229 f; BSGE 78, 233, 239 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1). Doch auch ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit bedarf einer Rechtfertigung durch überwiegende Gemeinwohlbelange (BVerfGE 7, 377, 405 f; 70, 1, 28; 77, 308, 332; 78, 155, 162). Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit einer Bedarfszulassungsbeschränkung damit gerechtfertigt, daß der "bisherigen unkontrollierten und ungesteuerten Entwicklung der Behandlungsangebote in diesem Bereich entgegengewirkt werden solle, die in der Vergangenheit insbesondere auch durch eine unzureichende inhaltliche Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung bedingt war" (BT-Drucks 11/2237, S 140). Dies kann eine Bedarfsprüfung jedoch allenfalls dann rechtfertigen, wenn die Möglichkeit, die den Versorgungsvertrag beanspruchende Einrichtung nach den oben aufgezeigten Kriterien (Behandlungsart und -ziel) entweder als Krankenhaus oder als Rehabilitationseinrichtung einzustufen, wegen der Schwierigkeiten der Zuordnung als praktisch undurchführbar anzusehen wäre. Als Gemeinwohlinteresse wäre lediglich zu berücksichtigen, daß Investitionen aus öffentlichen Mitteln durch eine bedarfsunabhängige Zulassung von Vorsorge-



und Rehabilitationseinrichtungen wegen zu geringer und damit unwirtschaftlicher Auslastung der einzelnen Einrichtung gefährdet sein könnten. Entsprechende Tatsachen sind bislang vom LSG nicht festgestellt und auch von den Beklagten nicht vorgetragen worden. Dies wäre noch näher aufzuklären. Die Notwendigkeit einer Bedarfszulassung wäre dann ferner auch im Lichte der Tatsache zu prüfen, daß der Gesetzgeber in einem vergleichbaren Bereich, der Zulassung stationärer Pflegeeinrichtungen nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), bewußt auf eine Bedarfsprüfung verzichtet und den Einrichtungen bereits einen Rechtsanspruch auf Zulassung eingeräumt hat, wenn sie leistungsfähig sind und die Gewähr für eine wirtschaftliche Leistungserbringung bieten (§ 72 Abs 3 Satz 1 2. Halbsatz SGB XI).

Die vom LSG übernommenen Angaben der Beklagten zum Bedarf an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind, unabhängig von den verfassungsrechtlichen Bedenken gegenüber der grundsätzlichen Zulässigkeit einer Bedarfsprüfung als Zulassungsvoraussetzung, nicht als Entscheidungsgrundlage geeignet. Die Beklagten haben weder den zur Versorgung der Versicherten vorhandenen Bedarf an einschlägigen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nachprüfbar dargestellt, noch haben sie im einzelnen aufgezeigt, welche Einrichtungen für die Deckung dieses Bedarfs im Land Baden-Württemberg zur Verfügung stehen. Die Klägerin hat mit der Revision zu Recht gerügt, daß die von den Beklagten unmittelbar vor der mündlichen Verhandlung im Berufungsverfahren mitgeteilten Zahlen in dieser Form nicht aussagekräftig sind. Ihnen läßt sich vor allem nicht entnehmen, ob und inwieweit durch die einbezogenen Einrichtungen das von der Klägerin geplante Leistungsangebot abgedeckt wird. Das Zahlenwerk läßt schon nicht erkennen, ob nur Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen oder auch psychiatrische oder psychosomatische Krankenhäuser erfaßt wurden. Es besteht deshalb auch keine ausreichende Basis für die Beurteilung, ob die mitgeteilten Auslastungsgrade auf noch vorhandene Kapazitäten schließen lassen. Der angefochtenen Entscheidung der Beklagten liegt eine Bedarfsplanung, wie sie § 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V voraussetzt, offensichtlich nicht zugrunde.

Unter der hier nicht abschließend zu beurteilenden Prämisse, daß eine Bedarfszulassung notwendig ist, ergibt sich das Erfordernis eines rechtsstaatlichen Vorgaben entsprechenden Planungsverfahrens ebenfalls aus Art 12 Abs 1 GG. Dies gilt auch für den Fall, daß es sich bei der Bedarfsprüfung im Bereich von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht - wie bei Krankenhäusern - um einen der Einschränkung der Berufswahl nahekommenden Eingriff handelt. Bei Krankenhäusern verlangt das BVerfG eindeutige gesetzliche Grundlagen des Planungsverfahrens, wie sie in § 6 KHG mit seiner Verweisung auf landesrechtliche Detailregelungen zur Verfügung stehen. Auch ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit verlangt jedoch ein Mindestmaß an Vorhersehbarkeit staatlichen Handelns. Da das Gesetz eine staatliche Bedarfsplanung bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht vorsieht, fällt diese Aufgabe den in



§ 111 Abs 2 Satz 1 SGB V aufgeführten Kassenverbänden zu. Der Einrichtungsträger, der sich um den Abschluß eines Versorgungsvertrages bewirbt, muß die Möglichkeit haben, die Zulassungsentscheidung nachprüfen zu können, um ggf Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen. Dies setzt eine Bedarfsplanung voraus, nach der losgelöst vom Einzelfall die gegenwärtige und zukünftige Bedarfssituation im Vorsorge- und Rehabilitationsbereich beurteilt werden kann und welche die Maßstäbe für die Zulassung von Leistungsanbietern erkennen läßt. Schließlich muß auch das Auswahlverfahren in einer Weise geregelt sein, die den Anforderungen an einen Eingriff in Art 12 Abs 1 GG Rechnung trägt. Denn die Verwirklichung der Berufsfreiheit fordert auch eine dem Grundrechtsschutz angemessene Verfahrensgestaltung (vgl BVerfGE 73, 280, 296). Gestützt auf eine diesen Anforderungen gerecht werdende Bedarfsplanung könnten die Beklagten, verfassungsrechtlich unbedenklich, im Einzelfall darüber befinden, ob für eine die Zulassung zur Versorgung durch die Krankenkassen begehrende Einrichtung ein Bedarf besteht oder nicht. Die Notwendigkeit einer von den Kassenverbänden durchzuführenden Bedarfsplanung entspricht im übrigen auch der im Gesetzgebungsverfahren geäußerten Absicht, die Entwicklung im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit derjenigen im Krankenhausbereich zu koordinieren (vgl BT-Drucks 11/2237, S 140), die auch in der in § 111 Abs 4 Satz 3 SGB V enthaltenen Regelung über die Einbeziehung der für die staatliche Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zum Ausdruck kommt.

Die Bedarfsgerechtigkeit der von der Klägerin geplanten Einrichtung kann jedoch andererseits nicht schon damit begründet werden, daß sie vorwiegend Patienten eines bestimmten Glaubensbekenntnisses behandeln will, auf deren besondere religiöse Bedürfnisse eingegangen werden soll. Zwar schreibt § 2 Abs 3 Satz 2 SGB V vor, daß bei der Auswahl der Leistungserbringer den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen ist. Hieraus kann jedoch ebensowenig wie aus dem Grundrecht auf Glaubensfreiheit (Art 4 GG) abgeleitet werden, daß unter Berufung auf religiöse Bedürfnisse unabhängig vom medizinisch begründeten Bedarf und ggf über diesen hinaus Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten zuzulassen sind. Dies ergibt sich schon aus dem Zusammenhang der Regelung: Die Pflicht der Krankenkassen, den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen, ist erst bei der Auswahl der Leistungserbringer zu beachten. Das sind die Leistungserbringer, die sich zur Versorgung der Versicherten medizinisch qualifiziert haben. § 2 Abs 1 SGB V räumt dem Wirtschaftlichkeitsgebot Vorrang ein. Der Versicherte soll sich dann denjenigen Leistungserbringer auswählen können, der seinen religiösen Bedürfnissen am nächsten kommt. Dementsprechend kann eine entsprechende Einrichtung einen Zulassungsanspruch nicht damit begründen, daß sie eine spezielle religiöse Betreuung der Versicherten sicherstelle. Mit der Behauptung, den besonderen religiösen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, kann der Leistungserbringer deshalb nur dann zugelassen werden, wenn er zugleich eine spezielle Therapierichtung anbietet, die von den zugelassenen Einrichtungen nicht angeboten wird. Dies wird



von der Klägerin jedoch nicht einmal behauptet. Dem Einwand der Beklagten, das von ihr geplante Behandlungsspektrum entspreche demjenigen anderer bereits zugelassener Einrichtungen, ist sie nicht entgegengetreten. Die Klägerin macht lediglich geltend, die von ihr beabsichtigten Therapien würden in einer speziell auf den Kreis der Pietisten abgestellten religiösen Atmosphäre durchgeführt, was eine besondere medizinische Notwendigkeit nicht erkennen läßt. Das LSG hat im übrigen unangegriffen festgestellt, daß zahlreiche Einrichtungen vorhanden sind, die ein weitgehend identisches Leistungsangebot bereithalten und in der Trägerschaft einer der großen christlichen Glaubensgemeinschaften stehen, denen auch die Klägerin angeschlossen ist.

Eine Beschränkung der Zulassung von Einrichtungen auf die Zahl der aus medizinischen Gründen zur Versorgung der Versicherten erforderlichen verstößt nicht gegen Art 140 GG iVm Art 137 Abs 3 Weimarer Reichsverfassung (WRV). Diese verfassungsrechtlichen Vorschriften garantieren den Religionsgemeinschaften nur das Recht, ihre Angelegenheiten innerhalb der Schranken der für alle geltenden Gesetze selbständig zu ordnen und zu verwalten (vgl BVerfGE 42, 312, 330 ff, 340; 53, 366, 401 ff), begründen aber keinen Anspruch, im Unterschied zu allen übrigen Leistungsanbietern, allein wegen einer bestimmten religiösen Ausrichtung, von den sonstigen Zulassungsvoraussetzungen befreit zu werden. Ob die Klägerin als kirchliche Einrichtung anzusehen ist, die besondere Rechte aus Art 137 Abs 3 WRV herleiten kann, kann daher dahinstehen. Eine Verletzung von Art 137 Abs 3 WRV scheidet schon deshalb aus, weil die hier angegriffene Bedarfsplanung nicht in das kirchliche Selbstbestimmungsrecht eingreift. Sie berührt insbesondere nicht die den Kirchen auch in Bezug auf die von ihnen betriebenen karitativen Einrichtungen zustehende Organisations- und Personalhoheit (vgl hierzu insbesondere BVerfGE 53, 366, 402).

Zusammenfassend konnte der Senat auf der Grundlage der Feststellungen des LSG danach nicht entscheiden, ob die Klägerin unter Berücksichtigung des Gesichtspunktes der Bedarfsgerechtigkeit Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages hat oder nicht. Hierfür sind zunächst Feststellungen erforderlich, denen zu entnehmen ist, ob und ggf inwieweit das Leistungsangebot der Klägerin als Krankenhausbehandlung anzusehen ist und ob es insoweit die Anforderungen erfüllt, die § 109 Abs 3 Satz 1 Nr 2 SGB V an die Bedarfsgerechtigkeit stellt (BSGE 78, 233, 242 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1). Kommt das LSG zu dem Ergebnis, daß die von der Klägerin geplante Einrichtung ganz oder zum Teil die Voraussetzungen des § 107 Abs 2 SGB V erfüllt, so wird weiterhin zu klären sein, welcher medizinische Bedarf innerhalb des von der Klägerin beabsichtigten Leistungsspektrums besteht. Mangels einer umfassenden Bedarfsplanung in diesem Bereich kann dazu im vorliegenden Zusammenhang ausreichen, daß es bei den von der Klägerin zu behandelnden Krankheitsbildern zu Engpässen gekommen ist, die sich durch medizinisch bedenklich lange Wartezeiten für die Versicherten bemerkbar gemacht haben. Nicht ausreichen kann es hingegen, daß die Einrichtung der Klägerin in der Vergangenheit bereits



regen Zuspruch durch Patienten erfahren hat, die ihre Behandlung überwiegend auf eigene Kosten durchgeführt haben. Dies sagt über die Notwendigkeit dieser Inanspruchnahme nichts aus. Ist ein auf die genannte Weise erkennbar gewordener Bedarf durch zugelassene Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht ausreichend gedeckt worden, so ist der Anspruch der Klägerin - unabhängig von den aufgeführten verfassungsrechtlichen Bedenken gegenüber einer allgemeinen Bedarfsprüfung in diesem Bereich und den genannten verfahrensrechtlichen Anforderungen an die Bedarfsplanung - begründet. Auf diese Fragen kommt es erst an, wenn ein medizinischer Bedarf zu verneinen ist.

Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)