

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 1/94

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

Berufungsausschuß für Kassenarztzulassungen Nordrhein,
Düsseldorf, Emanuel-Leutze-Straße 8,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

beigeladen:

1. Allgemeine Ortskrankenkasse Rheinland,
Düsseldorf, Kasernenstraße 61,
2. Landesverband der Innungskrankenkassen
Nordrhein und Rheinland-Pfalz, Bergisch
Gladbach, St.-Josef-Straße 20,
3. Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-
Westfalen, Essen, Kronprinzenstraße 6,



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

4. Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
Düsseldorf, Merowingerstraße 103,
5. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Düsseldorf, Emanuel-Leutze-Straße 8.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 15. März 1995 durch die Richter Dr. E n g e l m a n n
- Vorsitzender -, S t e e g e und Dr. U d s c h i n g sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. S e b a l d und Dr. O l d i g e s für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 10. November 1993 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat dem Beklagten dessen Aufwendungen für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Die Klägerin ist Trägerin der "F. S. C.", eines auf die Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten spezialisierten psychiatrischen Krankenhauses. Die Klinik war auf der Grundlage des früheren § 368n Abs 6 Reichsversicherungsordnung (RVO) iVm § 14 Bundesmantelvertrag-Ärzte aF seit 1985 vertraglich zur Erbringung bestimmter psychiatrischer Leistungen ermächtigt. Mit Wirkung ab 1. Januar 1990 erteilten ihr die Zulassungsinstanzen antragsgemäß eine Ermächtigung nach § 118 Abs 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die sich auf Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung, die konsiliarische Beratung von Kassenärzten und die Durchführung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen einschließlich der erforderlichen Kontrolluntersuchungen, jeweils beschränkt auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen, ferner auf tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, psychologische Testverfahren sowie weitere ärztliche und nichtärztliche Leistungen zur psychologischen Diagnostik und zur Durchführung behandlungsbegleitender und behandlungssichernder Maßnahmen erstreckte. Der Ermächtigungskatalog enthielt den Zusatz: "Ambulante Maßnahmen, soweit es sich um soziale, pädagogische und psychosoziale Leistungen handelt, sind ausgenommen" (Bescheide des Zulassungsausschusses vom 9. Mai 1990 und des beklagten Berufungsausschusses vom 18. Dezember 1991).

Der Klage, mit der die Klägerin die Streichung des zuletzt genannten Zusatzes begehrt hat, hat das Sozialgericht stattgegeben; das Landessozialgericht (LSG) hat sie abgewiesen. Es hat im Urteil vom 10. November 1993 ausgeführt, bei der einschränkenden Textpassage handele es sich nicht um eine Nebenbestimmung iS des § 32 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch, sondern um eine fallbezogene Konkretisierung des Ermächtigungsumfangs, wie sie durch § 118 Abs 2 Satz 1 SGB V vorgeschrieben werde. Die Entscheidung, soziale, pädagogische und psychosoziale Leistungen von der Ermächtigung auszunehmen, stehe mit den gesetzlichen Vorgaben in Einklang. Die genannten Leistungen zählten nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung könnten dementsprechend nicht Gegenstand einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sein. § 118 SGB V räume zwar den psychiatrischen Krankenhäusern einen bedarfsunabhängigen Rechtsanspruch auf Ermächtigung ein, ändere aber nichts daran, daß deren Umfang auf Maßnahmen der Heilbehandlung beschränkt bleibe.

Mit der Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des § 118 SGB V. Da die Ermächtigung psychiatrischer Krankenhäuser unabhängig vom Bedarf vorzunehmen sei, seien die Zulassungsgremien nicht berechtigt, über den Wortlaut der Vorschrift hinaus im einzelnen



festzulegen, welche Maßnahmen psychiatrischer oder psychotherapeutischer Art im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden dürften. Die Bestimmung von Art und Umfang der von den Krankenkassen zu vergütenden Leistungen falle nicht in ihre Zuständigkeit. Abgesehen davon widerspreche die Ausgrenzung der umstrittenen Leistungen der Intention des Gesetzes. Nach Wortlaut und Entstehungsgeschichte des § 118 SGB V habe gerade auch die soziale, psychosoziale und pädagogische Betreuung durch nichtärztliches Personal, die Teil des medizinischen Gesamtkonzepts und für eine wirksame Suchttherapie unerlässlich sei, in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden sollen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 10. November 1993 aufzuheben und die Berufungen des Beklagten und der Beigeladenen zu 5) gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 26. Februar 1993 zurückzuweisen.

Der Beklagte sowie die Beigeladenen zu 1), 2), 3) und 5) beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 4) hat sich nicht zur Sache geäußert.

Alle Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zugestimmt.

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet.

Ohne Rechtsfehler hat das Berufungsgericht entschieden, daß der Beklagte berechtigt war, die umstrittene Ermächtigung gegenständlich zu beschränken und Maßnahmen der sozialen, pädagogischen und psychosozialen Betreuung vom Leistungsumfang auszunehmen.

Rechtsgrundlage für die Ermächtigung der von der Klägerin betriebenen psychiatrischen Klinik ist § 118 SGB V. Diese Vorschrift trifft eine Sonderregelung für die Teilnahme psychiatrischer Institutsambulanzen an der kassenärztlichen (vertragsärztlichen) Versorgung, wobei hinsichtlich der Teilnahmevoraussetzungen zwischen psychiatrischen Krankenhäusern auf der einen und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen auf der anderen Seite unterschieden wird (zur Abgrenzung zwischen beiden vgl BSG SozR 2200 § 368n Nr 41). Während letztere gemäß § 118 Abs 1 Satz 2 SGB V nur zu ermächtigen sind, soweit und



solange eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ohne die von ihnen angebotenen besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht sichergestellt ist, haben reine psychiatrische Krankenhäuser, wie die hier in Rede stehende "F. S. C.", nach § 118 Abs 1 Satz 1 SGB V einen bedarfsunabhängigen Rechtsanspruch auf Ermächtigung. Für beide gleichermaßen gilt jedoch die Einschränkung des § 118 Abs 2 Satz 1 SGB V, wonach die Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen auf diejenigen Versicherten auszurichten ist, die wegen der Art, der Schwere oder der Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Einrichtungen angewiesen sind. Den Zulassungsinstanzen obliegt es, im jeweiligen Einzelfall Gegenstand und Umfang der Ermächtigung entsprechend den genannten gesetzlichen Vorgaben näher zu konkretisieren und im Ermächtigungsbescheid festzulegen (Hess, Kasseler Komm, § 118 SGB V RdNr 5; Hauck/Haines, SGB V, K § 118 RdNr 5; Jung, Gesamtkomm-SGB V, § 118 RdNr 7; Limpinsel in: Jahn, Komm-SGB V, § 118 RdNr 5).

Die dagegen vorgebrachten Einwände der Revision sind nicht stichhaltig. Daß psychiatrische Krankenhäuser im Unterschied zu Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen ohne Bedarfsprüfung zu ermächtigen sind, ändert nichts daran, daß auch sie den in § 118 Abs 2 SGB V hinsichtlich des Behandlungsauftrags festgelegten Beschränkungen unterliegen. Das folgt schon aus dem Aufbau der Vorschrift und der Verwendung des Begriffs der "psychiatrischen Institutsambulanz" als gemeinsamer Oberbegriff für die in § 118 Abs 1 SGB V genannten Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, entspricht aber auch dem aus der Entstehungsgeschichte ersichtlichen Zweck der Regelung. Der Gesetzgeber ging aufgrund der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete 1975 (BT-Drucks 7/4200, hier: S 209 ff) davon aus, daß bestimmte Gruppen psychisch Kranker und Behinderter, insbesondere solche mit schweren Krankheitsbildern, wie schizophrenen Psychosen, Suchterkrankungen und psychischen Alterskrankheiten, oftmals nur unzureichend oder gar nicht ambulant medizinisch versorgt werden, weil sie nicht bereit sind, einen niedergelassenen Nervenarzt aufzusuchen. Um diesem Mangel entgegenzuwirken, hat er durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Dezember 1976 (BGBl I S 3871) den damaligen § 368n Abs 7 (später Abs 6) RVO dahingehend ergänzt, daß den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verpflichtung auferlegt wurde, mit geeigneten psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung abzuschließen. In der erweiterten Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker vom 26. Februar 1986 (BGBl I S 324) bestimmte § 368n Abs 6 Satz 4 RVO ausdrücklich, daß die Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen auf die zuvor angesprochenen, wegen der Art, Dauer oder Schwere ihrer Erkrankung oder wegen zu



großer Entfernung für niedergelassene Nervenärzte nicht erreichbaren Patienten auszurichten sei. Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S 2477) hat diese Definition des Versorgungsauftrags in § 118 Abs 2 Satz 1 SGB V übernommen und die Rechtslage nur insofern geändert, als die bisherige vertragliche Form der Ermächtigung durch eine dem Zulassungsausschuß übertragene Regelung durch Verwaltungsakt ersetzt worden ist. Die dargestellte Entwicklung zeigt, daß die für klinische Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung geschaffene Möglichkeit der Institutsermächtigung dazu dienen sollte und soll, die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung eines bestimmten, begrenzten Personenkreises sicherzustellen. Durch diese Zielsetzung wäre es nicht gedeckt, wenn die Ermächtigung psychiatrischer Krankenhäuser ohne die daraus resultierende inhaltliche Beschränkung erteilt werden müßte und sich damit im Ergebnis auf das gesamte Spektrum psychiatrischer Behandlungsfälle erstrecken würde.

Im Hinblick auf den Ausnahmecharakter der Institutsermächtigung und den grundsätzlichen Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte in der ambulanten Krankenbehandlung kann auch die Auffassung nicht geteilt werden, die Bedeutung des § 118 Abs 2 Satz 1 SGB V erschöpfe sich in einer rechtlich unverbindlichen Umschreibung des Versorgungsauftrags der psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Vorschrift legt vielmehr diesen Versorgungsauftrag bindend fest. Sie richtet sich nicht an die zu ermächtigende Klinik, sondern an die Zulassungsgremien, deren Aufgabe es ist, den zu versorgenden Personenkreis je nach fachlicher Ausrichtung und Leistungsangebot des antragstellenden Krankenhauses näher einzugrenzen und den Umfang der Ermächtigung entsprechend zu beschränken. Der Einschaltung dieser Gremien hätte es nicht bedurft, wenn sich ihre Funktion im Fall der psychiatrischen Krankenhäuser auf die bloße Feststellung einer in ihrem Umfang festliegenden, umfassenden Ermächtigung reduzieren würde.

Ob und inwieweit die Zulassungseinrichtungen im Zusammenhang mit der Konkretisierung des Versorgungsauftrags einer psychiatrischen Institutsambulanz den zulässigen Behandlungsumfang einschränken und bestimmte Leistungen oder Leistungskomplexe von der Ermächtigung ausnehmen dürfen, braucht aus Anlaß des vorliegenden Rechtsstreits nicht entschieden zu werden, denn der Beklagte hat eine solche Regelung nicht getroffen. Mit der von der Revision beanstandeten Ausklammerung sozialer, pädagogischer und psychosozialer Maßnahmen aus dem Ermächtigungskatalog hat er, wie sie aus der Begründung des angefochtenen Bescheides ergibt, nicht die Ermächtigung der Klägerin sachlich beschränken, sondern klarstellen wollen, daß die erwähnten Maßnahmen nicht zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und damit von vornherein nicht Gegenstand einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sein können. Gegen die Zulässigkeit einer solchen rein deklaratorischen Feststellung im Ermächtigungsbescheid bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken.



Entgegen der Ansicht der Klägerin steht die Feststellung, daß Maßnahmen sozialer, pädagogischer und psychosozialer Art nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, auch inhaltlich mit dem geltenden Recht in Einklang. Aufgaben und Leistungsumfang der Krankenversicherung sind im dritten Kapitel des SGB V und, soweit es um die hier interessierende Krankenbehandlung geht, in dessen fünften Abschnitt abschließend geregelt. Sie werden durch die Ermächtigungsvorschriften der §§ 116 ff SGB V, die allein die Einbeziehung nicht zugelassener Ärzte und ärztlich geleiteter Einrichtungen in die vertragsärztliche Versorgung zum Gegenstand haben, nicht erweitert. Nach § 27 Abs 1 SGB V umfaßt die Krankenbehandlung diejenigen Dienst- und Sachleistungen, die erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Neben der ärztlichen Behandlung gehören dazu ua auch die Versorgung mit Heilmitteln sowie notwendige medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, deren Bedeutung für die Behandlung psychisch Kranker § 27 Abs 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich hervorhebt. Die Leistungszuständigkeit der Krankenversicherung beschränkt sich jedoch entsprechend ihrer begrenzten Aufgabenstellung auf Maßnahmen der Heilbehandlung, dh auf medizinisch indizierte und von einem Behandlungszweck geprägte Leistungen zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit (§ 1 Satz 1 SGB V). Maßnahmen, die der allgemeinen psychosozialen Betreuung und der Eingliederung psychisch Kranker in das gesellschaftliche, berufliche und soziale Leben dienen, werden davon nicht erfaßt.

Daß diese Abgrenzung auch für Leistungen zur Rehabilitation gilt, ergibt sich sowohl aus 11 Abs 2 als auch - mit aller Deutlichkeit - aus § 43 Nr 2 SGB V, wo berufsfördernde Leistungen und Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung ausdrücklich von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommen werden. Das Gesetz knüpft dabei an den Leistungskatalog des § 29 Abs 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch an und stellt klar, daß von den dort aufgeführten Maßnahmen zur Eingliederung Behinderter nur die unter Nr 1 genannten medizinischen Leistungen in den Verantwortungsbereich der Krankenkassen fallen (vgl dazu auch RegE-GRG, BT-Drucks 11/2237 S 163 und S 180, Begr zu § 42). Zu Recht hat das LSG in diesem Zusammenhang weiter auf die durch das Zweite Änderungsgesetz zum SGB V vom 20. Dezember 1991 (BGBl I S 2325) mit Wirkung ab 1. Januar 1992 anstelle des früheren § 119 Abs 2 SGB V eingefügte Vorschrift des § 43a SGB V hingewiesen. Danach haben versicherte Kinder Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und notwendig sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Aus dieser Regelung, die den Leistungskatalog der Krankenversicherung für die Sondergruppe der behinderten Kinder und ausschließlich für Zwecke der Diagnostik in Richtung auf die im vorliegenden Fall



streitigen Maßnahmen erweitert, muß gefolgert werden, daß eine entsprechende Ausdehnung des Leistungsumfangs in bezug auf Erwachsene, die in den in § 118 SGB V genannten Einrichtungen betreut werden, nicht erfolgen sollte.

Der Hinweis der Klägerin, daß sich der Versorgungsauftrag psychiatrischer Institutsambulanzen nach dem Gesetz auch auf Leistungen nichtärztlicher Fachkräfte erstreckt, führt zu keinem anderen Ergebnis; denn für die Zuordnung einer Leistung zum Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht die Person des Leistungserbringers, sondern das Leistungsziel maßgebend. Allerdings kann es gerade bei nichtärztlichen Leistungen, die etwa von Sozialarbeitern oder Beschäftigungstherapeuten erbracht werden, vielfach schwierig sein, Maßnahmen der Heilbehandlung von solchen der allgemeinen sozialen und psychosozialen Betreuung abzugrenzen. Weder hieraus noch aus der Tatsache, daß medizinische, soziale und pädagogische Betreuungsleistungen von der Klinik als Teil eines einheitlichen therapeutischen Gesamtkonzepts gesehen werden, kann indessen angesichts der klaren Gesetzeslage eine umfassende Leistungszuständigkeit der Krankenversicherung in dem von der Revision gewünschten Sinne abgeleitet werden.

Da soziale, pädagogische und psychosoziale Maßnahmen nach alledem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören, sind sie mit Recht von der Ermächtigung der Klägerin ausgenommen worden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

