

## B 1 KR 12/12 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 34 KR 191/08  
Datum  
26.08.2011  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 542/11  
Datum  
19.01.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 12/12 R  
Datum  
07.05.2013  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Krankenversicherte haben seit April 2007 bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen Anspruch auf eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung in einer nach pflichtgemäßem Ermessen der Krankenkasse ausgewählten Vertragseinrichtung (Abgrenzung zu BSG vom 23.7.2002 - [B 3 KR 63/01 R](#) = [BSGE 89, 294](#), 300 = [SozR 3-2500 § 111 Nr 3](#) S 21).

2. Das Auswahlermessen der Krankenkasse bei der Bestimmung einer zugelassenen Rehabilitations-Vertragseinrichtung richtet sich vorrangig nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls sowie dem Wirtschaftlichkeitsgebot und berücksichtigt erst nachrangig das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten.

3. Versicherte haben nur das Recht zur Wahl vertragsloser zertifizierter medizinisch geeigneter Einrichtungen für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen gegen Mehrkostenbeteiligung, nicht hingegen zur Wahl kostenaufwändigerer Vertragseinrichtungen. Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 19. Januar 2012 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Maßnahme).

2

Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Klägerin beantragte während der stationären Krankenhausbehandlung vom 2. bis 14.1.2008, bei der sie wegen einer Aortenklappenstenose operativ einen Herzklappenersatz erhielt, ihr im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung eine stationäre Reha-Maßnahme in der nach Ansicht der Klägerin zertifizierten G. -Klinik in B. O. zu gewähren. Mit dieser Klinik besteht ein Versorgungsvertrag. Die Beklagte teilte mit, für die Klägerin kämen nur die M. -Klinik in B. O. (Kosten incl Hin- und Rückfahrt: 1942,91 Euro) und das Gesundheitszentrum in L. (Kosten incl Hin- und Rückfahrt: 1975,00 Euro) in Betracht, es sei denn darzulegende medizinische Gründe erlaubten lediglich eine Verlegung in die G. -Klinik. Eine anteilige Kostenbeteiligung sei im Hinblick auf das Sachleistungsprinzip nicht möglich (Schreiben vom 9.1.2008). Die Klägerin verschaffte sich die Reha-Maßnahme vom 14.1. bis 3.2.2008 in der G. -Klinik als Selbstzahlerin (Kosten lt Rechnung vom 15.2.2008: 2315,20 Euro). Die Beklagte lehnte jegliche Kostenübernahme ab (Bescheid vom 14.1.2008, Widerspruchsbescheid vom 9.6.2008). Klage und Berufung sind erfolglos geblieben. Das LSG hat zur Begründung ua ausgeführt, ein Kostenerstattungsanspruch scheitere daran, dass die Klägerin keinen Naturalleistungsanspruch auf eine stationäre Reha-Maßnahme in der G. -Klinik gehabt habe. Für eine Erstattung der Kosten, die in einer der vorgeschlagenen Einrichtungen entstanden wären, fehle es an einer Rechtsgrundlage (Urteil vom 19.1.2012).

3

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung des [§ 40 Abs 2 SGB V](#). Die Beklagte sei im Hinblick auf das dort geregelte Wunsch- und Wahlrecht bei zertifizierten Einrichtungen zur Kostenerstattung verpflichtet.

4

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 19. Januar 2012 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26. August 2011 sowie die Bescheide vom 9. Januar 2008 und 14. Januar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Juni 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die für die stationäre medizinische Rehabilitation in der G. -Klinik aufgewendeten Kosten in Höhe von 2315,20 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 4 vH ab 1. November 2008 zu zahlen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 S 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG die Berufung gegen das klageabweisende SG-Urteil zurückgewiesen. Die beklagte KK lehnte rechtmäßig eine Zahlung ab, denn die Klägerin hat gegen sie keinen Anspruch auf Erstattung der vollen oder anteiliger Kosten, die ihr für die stationäre medizinische Reha in der G. -Klinik entstanden, und dementsprechend hierfür auch keinen Zinsanspruch. Keine Rechtsgrundlage eines Kostenerstattungsanspruchs für Versicherte ergibt sich aus der gesetzlichen Regelung der Reha (dazu 1.). Die Voraussetzungen eines hier allein in Betracht kommenden Kostenerstattungsanspruchs wegen rechtswidriger Ablehnung der Leistung sind nicht erfüllt (dazu 2.).

8

1. Als Rechtsgrundlage für einen (anteiligen) Kostenerstattungsanspruch für Versicherte gegen ihre KK bei stationärer medizinischer Reha kommt [§ 40 Abs 2 S 2 SGB V](#) ([§ 40 SGB V](#) insgesamt hier anzuwenden in der zuletzt geänderten Fassung durch Art 1 Nr 26 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#), mWv 1.4.2007) entgegen der Auffassung der Klägerin schon im Ansatz nach keiner Auslegungsmethode in Betracht. Die Regelung bestimmt als Ausnahme vom Grundsatz, dass KKn stationäre Reha in zertifizierten Reha-Einrichtungen erbringen, mit denen ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht: Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen. Die Regelung ändert nichts daran, dass die KK auch in einem solchen Fall die stationäre Reha als Naturalleistung erbringt ([§ 2 Abs 2 S 1, § 13 Abs 1 SGB V](#); allg M, vgl zB Hellkötter in LPK SGB V, 4. Aufl 2012, § 40 RdNr 27; Höfler in Kasseler Komm, SGB V, § 40 RdNr 13, Stand der Einzelkommentierung August 2008; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand April 2013, K § 40 RdNr 14a; Schmidt in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 2, 19. Aufl, Stand 1.1.2013, [§ 40 SGB V](#) RdNr 162; Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Stand Februar 2013, [§ 40 SGB V](#) RdNr 15; ungenau Welti in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 40 RdNr 18). Die zertifizierte vertragslose Einrichtung, die der Versicherte gewählt und für die die KK die Leistungsgewährung bewilligt hat, erhält kraft Gesetzes im Rahmen der Bewilligungsentscheidung bei Versorgung des Versicherten einen Vergütungsanspruch unmittelbar gegen die KK. Dies entspricht dem allgemeinen Regelungskonzept des Vergütungsrechts der nicht vertragsärztlichen Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (vgl zur Krankenhausvergütung stRspr, zB [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 11; [BSGE 102, 181](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#), RdNr 15; [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13 mwN; zur Apothekervergütung stRspr, vgl zB [BSGE 106, 303](#) = [SozR 4-2500 § 129 Nr 6](#), RdNr 12 f; [BSGE 105, 157](#) = [SozR 4-2500 § 129 Nr 5](#), RdNr 15; zur Heilmittelerbringervergütung vgl [BSGE 109, 116](#) = [SozR 4-2500 § 125 Nr 7](#), RdNr 11). Die Reha-Einrichtung darf vom Versicherten für die Reha-Leistung lediglich die nicht von der KK abgedeckten Mehrkosten fordern, der Versicherte hat diese zu tragen.

9

2. Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs gemäß [§ 13 Abs 3 S 2 SGB V](#) (anzuwenden idF des [Art 5 Nr 7 Buchst b SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen](#) vom 19.6.2001, [BGBl I 1046](#)) iVm [§ 15 Abs 1 S 4 SGB IX](#) sind nicht erfüllt. [§ 13 Abs 3 S 2 SGB V](#) bestimmt: Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Reha nach dem SGB IX werden nach [§ 15 SGB IX](#) erstattet. Der Anwendungsbereich der Regelung ist eröffnet, weil sich die Klägerin eine von der Beklagten abgelehnte Leistung zur medizinischen Reha selbst beschaffte und hierfür Kostenerstattung begehrt. Im Rahmen des [§ 15 SGB IX](#) kommt hier allein die Tatbestandsvariante des Abs 1 S 4 Fall 2 in Betracht. Danach besteht die Erstattungspflicht, wenn der Reha-Träger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Fallgruppe des [§ 15 Abs 1 S 4 SGB IX](#) entspricht jener des [§ 13 Abs 3 S 1 Fall 2 SGB V](#) (vgl E. Hauck in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 1, 19. Aufl, Stand 1.1.2013, [§ 13 SGB V](#) RdNr 296). Der Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 15 Abs 1 S 4 Fall 2 SGB IX](#) reicht dementsprechend nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung - medizinische Reha - zu den Leistungen gehört, welche die KKn allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stRspr zu [§ 13 Abs 3 S 1 Fall 2 SGB V](#), vgl zB [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#), RdNr 11 mwN - LITT; [BSGE 111, 137](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 25](#), RdNr 15 mwN; vgl zum Ganzen: E. Hauck in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 1, 19. Aufl, Stand 1.1.2013, [§ 13 SGB V](#) RdNr 233 ff; zu den gesamten Voraussetzungen vgl zB [BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 20](#) RdNr 25; [BSGE 111, 289](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 23](#), RdNr 7 mwN). Vorliegend fehlt es bereits daran, dass die Klägerin die ihr zustehende stationäre medizinische Reha (dazu a) in der G. -Klinik beanspruchen konnte. Die Beklagte lehnte es rechtmäßig ab, der Klägerin die begehrte Reha in dieser gewünschten Klinik zu gewähren (dazu b).

10

a) Rechtsgrundlage des Anspruchs auf eine medizinische Reha ist [§ 40 Abs 2 SGB V](#). Nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) setzt der Anspruch auf stationäre Reha voraus, dass eine ambulante Leistung nach [§ 40 Abs 1 SGB V](#) nicht ausreicht. Außerdem müssen Reha-Maßnahmen nach [§ 11 Abs 2 S 1 SGB V](#) notwendig sein, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Feststellung der Notwendigkeit und der Erfolgsaussicht einer beantragten Reha-

Maßnahme hängt weder nach dem Wortlaut noch nach dem Sinn des Gesetzes vom Ermessen der KK ab (vgl BSG [SozR 4-1500 § 54 Nr 1](#) RdNr 8, bereits zur vor dem Inkrafttreten des GKV-WSG geltenden Fassung des [§ 40 SGB V](#); offengelassen in BSG [SozR 4-3100 § 18c Nr 2](#) RdNr 34 mwN). Grundsätzlich bedarf es zudem eines Antrags des Versicherten (vgl [§ 19 S 1 SGB IV](#) und hierzu [BSGE 109, 122](#) = SozR 4-2500 § 42 Nr 1, RdNr 11). Leistungen (ua) nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des [§ 31 SGB VI](#) solche Leistungen nicht erbracht werden können (vgl [§ 40 Abs 4 SGB V](#)). Die stationäre Reha-Leistung ist jedenfalls seit 1.4.2007 als Anspruchspflichtleistung ausgestaltet (vgl Waßer in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, [§ 40 SGB V](#) RdNr 4; aA noch zum zuvor geltenden Rechtszustand im Rahmen eines Leistungserbringerstreits [BSGE 89, 294](#), 300 = [SozR 3-2500 § 111 Nr 3](#) S 21). Ihre Voraussetzungen sind vom Gericht voll zu überprüfen (allg M, vgl zB Hellkötter in LPK SGB V, 4. Aufl 2012, § 40 RdNr 9; Brandts in Kasseler Komm, SGB V, Stand 1.3.2013, § 40 RdNr 44; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand April 2013, K § 40 RdNr 57; Schmidt in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 2, 19. Aufl, Stand 1.1.2013, [§ 40 SGB V](#) RdNr 243, 163, 117 mwN; Waßer in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, [§ 40 SGB V](#) RdNr 57 f; Kanter/Zipperer in Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/ Zipperer, GKV-Komm SGB V, Stand Februar 2013, § 40 RdNr 18 f; wohl auch Welti in Becker/ Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 40 RdNr 26).

11

Zu Recht streiten die Beteiligten nicht darüber, dass die genannten Voraussetzungen für einen Anspruch der Klägerin auf eine medizinische stationäre Reha vom 14.1. bis 3.2.2008 erfüllt waren. Nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) konnte die Klägerin eine stationäre medizinische Anschluss-Reha beanspruchen. Der Senat unterstellt zu Gunsten der Klägerin, dass die Anspruchsdauer vom 14.1. bis 3.2.2008 reichte. Die selbst beschaffte, nach ärztlichem Attest notwendige Leistung hielt sich zeitlich in den Grenzen des [§ 40 Abs 3 S 2 Halbs 2 SGB V](#). Danach sollen Leistungen nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

12

b) Die Beklagte wählte ermessensfehlerfrei zwei Einrichtungen für die von der Klägerin zu beanspruchende Reha-Maßnahme aus und lehnte es rechtmäßig ab, die medizinische Reha in der G. -Klinik zu gewähren. Insoweit bedarf es keiner Vertiefung, ob jeder Ermessensfehler bei der Ablehnung einer begehrten Leistung zu einem Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) führt. Gemäß [§ 40 Abs 3 S 1 SGB V](#) bestimmt die KK nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen (ua) nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) sowie die Reha-Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Bei einem Streit über die Gewährung von Ermessensleistungen hat das Gericht im Streitfall nach [§ 54 Abs 2 SGG](#) zu prüfen, ob der Versicherungsträger die gesetzlichen Grenzen seines Ermessens überschritten oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat, und ob dadurch der Kläger in seinen Rechten verletzt worden ist. Dieser Prüfmaßstab gilt auch, wenn der Rechtsstreit einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) wegen (vermeintlich) rechtswidriger Ablehnung einer Leistung zum Gegenstand hat, über deren Gewährung die KK nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden musste.

13

Die Beklagte traf eine Ermessensentscheidung, ohne die gesetzlichen Grenzen zu überschreiten (dazu aa) oder den Zweck der Ermächtigung zu missachten (dazu bb). Ihr Ermessensspielraum war weder durch [§ 40 Abs 2 S 2 SGB V](#) (dazu cc) noch durch das Wunsch- und Wahlrecht nach [§ 9 Abs 1 S 1](#) und 2 SGB IX (dazu dd) noch verfassungsrechtlich (dazu ee) eingeschränkt.

14

aa) Die Beklagte übte ihr Ermessen aus, indem sie der Klägerin zwei Einrichtungen vorschlug. Sie überschritt hierbei nicht die gesetzlichen Grenzen ihres Ermessens. [§ 40 SGB V](#) ermächtigte die Beklagte bei sachgerechter Auslegung hierzu. Allerdings hätte [§ 40 Abs 2 S 1 SGB V](#) nach seinem Wortlaut Reha-Leistungen ausgeschlossen. Die Regelung sieht vor, dass die KK die stationäre Reha mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs 2a SGB IX](#) zertifizierten Reha-Einrichtung erbringt, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. An einer Zertifizierung der von der Beklagten und der Klägerin vorgeschlagenen Einrichtungen dürfte es gefehlt haben. Die Spitzenverbände der Reha-Träger legten auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nämlich erst mit Wirkung vom 1.10.2009 die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und das Verfahren zur Zertifizierung durch die "Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach [§ 20 Abs 2a SGB IX](#)" fest (vgl [www.bar-frankfurt.de](#) und hierzu Waßer in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, [§ 40 SGB V](#) RdNr 55 bei Fn 70). Der Wortlaut muss hier aber hinter dem Regelungszweck zurücktreten, da der Gesetzgeber den Fall verspäteter Schaffung der Zertifizierungsvoraussetzungen nicht bedacht hat. [§ 40 Abs 2 SGB V](#) zielt nach seiner Konzeption - wie dargelegt - gerade darauf ab, einen Anspruch auf stationäre Reha zu begründen. Dementsprechend hatten Versicherte auch für die Übergangszeit bis zur Verabschiedung konkreter Vorgaben zur Zertifizierung Anspruch darauf, dass ihnen die KK die zu beanspruchenden Reha-Leistungen in stationären Einrichtungen gewährten, mit denen lediglich ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) bestand (vgl zutreffend Waßer in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, [§ 40 SGB V](#) RdNr 55).

15

bb) Die Beklagte machte von ihrem Ermessen auch in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch. Sie richtete ihre Entscheidung in erster Linie an den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls aus. Deshalb suchte sie nicht nur nach für die Klägerin medizinisch geeigneten Einrichtungen, sondern fragte nach, ob die Klägerin aus medizinischen Gründen in die G. -Klinik wolle. [§ 40 Abs 3 S 1 SGB V](#) sieht gerade die medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls als entscheidend an. Medizinische Gründe dafür, eine Maßnahme in die G. -Klinik gegenüber einer Reha in den von der Beklagten angebotenen Einrichtungen vorzuziehen, bestanden indes nicht.

16

Die Beklagte durfte auch in zweiter Linie, innerhalb des Kreises der medizinisch geeigneten Einrichtungen, nach Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs 1 SGB V](#)) die beiden kostengünstigsten Einrichtungen auswählen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V (vgl zu Reha-Leistungen zB [BSGE 105, 271](#) = SozR 4-2500 § 40 Nr 5, RdNr 27). Danach müssen die

Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die KKn nicht bewilligen. Reha-Einrichtungen, deren Angebot für den betroffenen Einzelfall über das Maß des Notwendigen hinausgeht oder die unwirtschaftlich sind, weil sie gegenüber anderen gleich geeigneten, ausreichenden und erforderlichen Einrichtungen teurer sind, sind für den konkret betroffenen Einzelanspruch des Versicherten auf Reha aus dem Leistungskatalog der GKV grundsätzlich ausgeschlossen. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind (vgl zB [BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#), RdNr 26; [BSGE 97, 133 = SozR 4-2500 § 139 Nr 2](#), RdNr 40; [BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr 5](#), RdNr 70; Hauck, SGB 2010, 193, 197 f mwN). Das Wirtschaftlichkeitsgebot greift bloß dann nicht ein, wenn überhaupt nur eine Leistung in Rede steht (vgl zum Ganzen [BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr 6](#), RdNr 13 f; s auch [BSGE 78, 70](#), 89 f = [SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 46](#); Hauck, SGB 2010, 193, 198). Nach diesen Grundsätzen durfte und musste die Beklagte ihr geeignetes Angebot auf die von ihr genannten kostengünstigeren Einrichtungen beschränken und eine stationäre Reha in der teureren G. -Klinik ablehnen.

17

cc) Zu Unrecht beruft sich die Klägerin für ihre abweichende Auffassung auf [§ 40 Abs 2 S 2 SGB V](#). Die Norm gibt Versicherten nur dann ein Recht, eine andere zertifizierte Einrichtung zu wählen, wenn mit dieser kein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. Die Voraussetzungen dieser Regelung sind nicht erfüllt. Die G. -Klinik ist eine andere (im Jahr 2008 wohl noch nicht zertifizierte, vgl oben) Einrichtung, mit der im Jahr 2008 ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) bestand. Für solche Vertragseinrichtungen gilt die Mehrkostenregelung gerade nicht. Das belegen auch die Gesetzgebungsmaterialien: Versicherte sollten lediglich künftig im Rahmen des ohnehin bestehenden Wunsch- und Wahlrechts "zusätzlich" das Recht erhalten, auch solche zertifizierten Reha-Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen keine Versorgungsverträge abgeschlossen haben (Entwurf eines GKV-WSG der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, [BT-Drucks 16/3100 S 106](#) zu Nr 26 (§ 40) Buchst b). Die Beklagte musste bei ihrer Entscheidungsfindung nicht von sich aus auf - so überhaupt seinerzeit vorhanden - zertifizierte Reha-Einrichtungen eingehen, mit denen kein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) bestand. Hierzu wäre sie nur verpflichtet gewesen, wenn die Klägerin den Wunsch geäußert hätte, in eine solche genau konkret bezeichnete vertragslose Einrichtung zu gehen. Die KK hat lediglich bei rechtzeitig im Verwaltungsverfahren geäußertem Wunsch über die Eignung einer vom Versicherten benannten zertifizierten vertragslosen Wunscheinrichtung für eine beantragte Reha und über die von der KK - bei Eignung - zu tragenden Teilkosten im Rahmen der Bewilligung mitzuentcheiden (vgl im Übrigen zu den Beratungspflichten nach [§§ 13 ff SGB I](#) Luthe in jurisPK-SGB IX, Online-Ausgabe, Stand 10.4.2012, § 9 RdNr 49).

18

dd) Die Klägerin kann sich auch nicht mit Erfolg unter Hintanstellung des Wirtschaftlichkeitsgebots auf das Wunsch- und Wahlrecht ([§ 9 Abs 1 S 1](#) und 2 SGB IX) berufen. Danach wird bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt [§ 33 SGB I](#). Diese Regelung ordnet an: Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art oder Umfang nicht im Einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Dabei soll den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

19

Der erkennende Senat lässt die Frage offen, ob "berechtigte Wünsche der Leistungsberechtigten" ([§ 9 Abs 1 S 1 SGB IX](#)) generell nur solche sind, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V nicht widersprechen. Es erscheint jedenfalls - anders als die Klägerin meint - methodisch im Ansatz als nicht unproblematisch, eine generelle, leistungsbereichsübergreifende Regelung wie [§ 9 Abs 1 S 1 SGB IX](#) nach Maßgabe einer speziellen Regelung eines Leistungsbereichs ([§ 12 Abs 1 SGB V](#)) auszulegen. Soweit man das Wunsch- und Wahlrecht nicht auf einen mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V konformen Anwendungsbereich reduzieren will, tritt es jedenfalls bei Ansprüchen auf Reha-Leistungen nach dem SGB V hinter dessen speziellere Anforderungen zurück. Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats wird der Anspruch der Versicherten der GKV auf Krankenbehandlung durch die Regelungen des SGB IX nicht erweitert (vgl zB [BSGE 96, 153 = SozR 4-2500 § 27 Nr 7](#), RdNr 13; [BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4](#), RdNr 18 - Adaptionenmaßnahme; BSG Beschluss vom 21.2.2008 - [B 1 KR 107/07 B](#) - RdNr 5 mwN, nicht veröffentlicht; ähnlich 3. Senat des BSG, [BSGE 91, 60](#) RdNr 11 ff = [SozR 4-2500 § 33 Nr 3](#) RdNr 12 ff). Hinsichtlich der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe wird insoweit nach wie vor auf die für den jeweiligen Reha-Träger geltenden Leistungsgesetze verwiesen, während die Vorschriften des SGB IX nur maßgebend sind, soweit etwa im SGB V nichts Abweichendes vorgesehen ist (vgl [§ 7 SGB IX](#)). Anders als [§ 15 Abs 1 S 1 SGB VI](#) verweist das SGB V für Leistungen zur medizinischen Reha nicht pauschal auf die [§§ 26 bis 31 SGB IX](#). Die KKn - gemäß [§ 5 Nr 1](#), [§ 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX](#) mögliche Träger von Leistungen zur medizinischen Reha - sind vielmehr nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung medizinischer Reha-Leistungen nur unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet (vgl [§ 11 Abs 2](#), [§ 40 SGB V](#); zum Ganzen: [BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4](#), RdNr 18). Zwar werden Leistungen zur medizinischen Reha iS von [§ 11 Abs 2 S 1 SGB V](#) grundsätzlich unter Beachtung des SGB IX erbracht, doch gilt dies nur, soweit im SGB V nichts anderes bestimmt ist ([§ 11 Abs 2 S 3 SGB V](#); vgl BSG SozR 4-2500 § 18 Nr 7 RdNr 15). Zu den unabdingbar zu achtenden Grundsätzen des SGB V gehört hierbei auch das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs 1 SGB V](#)). Es kommt hinzu, dass die KKn auch die für Leistungen der medizinischen Reha und Vorsorge bis zum 30.6.2008 geltende gemeinsame Budgetierung nicht hätten beachten können (vgl zur Budgetierung [§ 23 Abs 8 SGB V](#), aufgehoben durch Art 6 Nr 5 Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung - Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008, [BGBl I 2008, 874](#)).

20

Zutreffend verweist die Literatur teilweise darauf, dass Wünsche, die zu Mehrkosten führen, stets als berechtigte Wunschäußerung anzuerkennen sind, wenn der Leistungsberechtigte für die gewünschte geeignete, zulässige Einrichtung nach den einschlägigen gesetzlichen Regelungen die Mehrkosten trägt (in diesem Sinne Luthe in jurisPK-SGB IX, Online-Ausgabe, Stand 10.4.2012, § 9 RdNr 30

unter Hinweis ua auf [§ 40 Abs 2 S 2 SGB V](#)). So liegt es etwa bei der Wahl vertragsloser zertifizierter Einrichtungen zur stationären Reha (vgl oben zu [§ 40 Abs 2 S 2 SGB V](#); weitergehend, aber unter Vernachlässigung der aufgezeigten Normstruktur Welti in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 40 RdNr 26). Das Gesetz regelt solche Fälle ausdrücklich als Ausnahmen vom allgemeinen Grundsatz des SGB V, dass unwirtschaftliche Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV vollständig ausgeschlossen sind (vgl etwa zu Arzneimitteln [BSGE 107, 287](#) = SozR 4-2500 § 35 Nr 4, RdNr 24 mwN). Nur auf der Grundlage solcher Mehrkostenregelungen vermag sich für im SGB V geregelte Leistungen der medizinischen Reha das Wunsch- und Wahlrecht ([§ 9 SGB IX](#)) uneingeschränkt durchzusetzen. Es kollidiert dann nämlich nicht mit dem vorrangigen Leistungsrecht des SGB V unter Einschluss des Wirtschaftlichkeitsgebots.

21

ee) Die Beklagte verletzte mit ihrer Entscheidung nicht [Art 3 Abs 1 GG](#). Der allgemeine Gleichheitssatz ([Art 3 Abs 1 GG](#)) gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht nur, wenn er eine Gruppe von Normadressaten anders als eine andere behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen ([BVerfGE 112, 50](#), 67 = [SozR 4-3800 § 1 Nr 7](#) RdNr 55 mwN; [BVerfGE 117, 316](#), 325 = [SozR 4-2500 § 27a Nr 3](#) RdNr 31; stRspr [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4-2500 § 44 Nr 13](#), RdNr 26 mwN). Differenzierungen ohne hinreichenden sachlichen Grund sind verboten (vgl [BVerfGE 92, 53](#), 71 = [SozR 3-2200 § 385 Nr 6](#) S 21 = DStR 2000, 1353 mit Anm Schlegel; [BSGE 96, 246](#) = [SozR 4-2500 § 47 Nr 4](#), RdNr 29; [BSGE 109, 230](#) = SozR 4-2500 § 53 Nr 2, RdNr 15). Ist ein gesetzliches Regelungskonzept - wie das, welches [§ 40 SGB V](#) zugrunde liegt (vgl dazu sogleich) - verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, so genügen hinreichende sachliche Gründe wie vorliegend die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, um eine unterschiedliche Behandlung Betroffener zu rechtfertigen (vgl BSG SozR 4-2500 § 27a Nr 13 RdNr 27).

22

Die aufgezeigte Grundkonzeption des Anspruchs auf medizinische Reha aus [§ 40 SGB V](#) ist darauf ausgerichtet, dass die Versicherten die nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls erforderlichen Leistungen erhalten. Bereits die frühere gesetzliche Regelung, die kein zusätzliches Wahlrecht der Versicherten für vertragslose Einrichtungen vorsah, genügte verfassungsrechtlichen Anforderungen. Mit dem BVerfG (vgl [BVerfGE 115, 25](#), 45 = [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#), RdNr 26) geht der erkennende Senat davon aus, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, dass die GKV den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden ([§ 2 Abs 1 S 1 SGB V](#)). Nur das, was in diesen Leistungskatalog fällt, hat die GKV ihren Versicherten zu leisten. Versicherte können dagegen nicht alles von der GKV beanspruchen, was ihrer Ansicht nach oder objektiv der Behandlung einer Krankheit dient. Die gesetzlichen KKn sind auch nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl [BVerfGE 115, 25](#), 46 = [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#), RdNr 27; BVerfG Beschluss vom 5.3.1997 - [1 BvR 1071/95](#) - [NJW 1997, 3085](#); vgl zum Ganzen zB auch [BSGE 96, 153](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 7](#), RdNr 23, 29 - D-Ribose; [BSGE 100, 103](#) = [SozR 4-2500 § 31 Nr 9](#), RdNr 46 - Lorenzos Öl). Die Versicherten können verfassungsrechtlich kein Wahlrecht für verschiedene Leistungen beanspruchen, wenn der Gesetzgeber dafür Sorge trägt, dass sie das Erforderliche erhalten, wie es im Rahmen des [§ 40 SGB V](#) der Fall ist.

23

Mit der Erweiterung des gesetzlichen Kreises zulässiger Leistungserbringer für stationäre Reha über zertifizierte Vertragseinrichtungen hinaus auf vertragslose zertifizierte Einrichtungen erstreckt der Gesetzgeber das Leistungsangebot über das schon für sich genommen verfassungsrechtlich Gebotene hinaus. Der Gesetzgeber ließ sich auch von hinreichenden Sachgründen bei seiner Entscheidung leiten, Versicherten nur für vertragslose Einrichtungen ein uneingeschränktes Wunsch- und Wahlrecht für geeignete Einrichtungen zuzuerkennen. Die Versicherten tragen - bei Wahl der vertragslosen Einrichtungen - die Mehrkosten im Interesse der Wirtschaftlichkeit und Gleichbehandlung selbst. Vor allem aber sichert die Einschränkung der Wahlrechte bei Vertragseinrichtungen die Vorhaltung eines verfügbaren Systems von stationären Einrichtungen, indem die KKn bei der Auswahlentscheidung zwischen verschiedenen gleich geeigneten Einrichtungen auch im Interesse der Erhaltung der Infrastruktur und Wirtschaftlichkeit für eine Auslastung der für Naturalleistungen verfügbaren Vertragseinrichtungen sorgen können. Der Gesetzgeber bezog Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in ein vertragliches Zulassungssystem (vgl [§ 111 SGB V](#)) ursprünglich mit ein, um einer ungesteuerten Entwicklung in diesem Bereich entgegenzuwirken (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) [BT-Drucks 11/2237, S 140](#)). Er wollte damit den KKn(-Verbänden) auch Einfluss auf die Zahl der Leistungserbringer verschaffen (vgl Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V, Stand April 2013, K § 111 RdNr 3; Quaas, Der Versorgungsvertrag nach dem SGB V mit Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, 2000, RdNr 177; Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, [§ 111 SGB V](#) RdNr 16 mwN). Die Verwirklichung dieser Zielsetzung wird inzwischen durch das Recht Versicherter eingeschränkt, vertragslose zertifizierte Einrichtungen zu wählen. Der Gesamtsinn der Regelung entfällt damit aber nicht. Die Rechtsprechung zur früheren Rechtslage ist jedenfalls seit April 2007 durch die Ausgestaltung der Reha-Leistungen als Pflichtleistung mit Auswahlermessen nicht mehr anwendbar. Sie negierte solche Steuerungsmöglichkeiten im Rahmen der Zulassung stationärer Reha-Einrichtungen völlig, weil eine Steuerung über das Ermessen bei Gewährung von Reha möglich sei (vgl [BSGE 89, 294](#), 300 = [SozR 3-2500 § 111 Nr 3](#) S 21).

24

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-02-28