

## L 4 KR 2597/17

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 679/17  
Datum  
30.05.2017  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 2597/17  
Datum  
09.11.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Erfüllt eine Klinik die Voraussetzungen einer Rehabilitationseinrichtung nach [§ 107 Abs. 2 SGB V](#), steht damit zugleich fest, dass diese kein Krankenhaus im Sinne von [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) ist. Das führt zwar nicht dazu, dass Krankenhausbehandlung einerseits sowie Rehabilitation andererseits nicht auch in einer Einrichtung gewährt werden können. Erforderlich ist aber, dass diese Bereiche in räumlicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Hinsicht eindeutig voneinander getrennt sind.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30. Mai 2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt eine Entstauungstherapie im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung in der F ...

Der im Jahr 1967 geborene Kläger ist bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich krankenversichert. Er leidet an multikausalen Lymphödemen an beiden Beinen, einem Zustand nach Adipositas per magna und arterieller Hypertonie.

Die F. in H. ist spezialisiert auf Entstauungstherapien zur Behandlung von Lymphödemen. Sie verfügt über eine kassenärztliche Ambulanz, eine Privatambulanz und hat als Rehabilitationseinrichtung einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach [§ 111](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Über eine Zulassung als Krankenhaus nach [§ 108 SGB V](#) verfügt die F. nicht.

Mit Schreiben vom 28. Juni 2016 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine stationäre Krankenhausbehandlung in der F ... Er legte eine ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung in der F. des Allgemeinmediziners Dr. W. vom 6. Juni 2016 und einen ärztlichen Befundbericht der Ärztin für Innere Medizin Prof. Dr. F. vom 30. Mai 2016, wonach eine intensive stationäre Entstauungstherapie in ihrer Fachklinik erforderlich sei, vor.

Mit Bescheid vom 7. Juli 2016 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Die F. sei kein Vertragskrankenhaus, sondern eine Rehabilitationseinrichtung. Ein Antrag auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme werde ihm zugesandt.

Hiergegen legte der Kläger am 20. Juli 2016 Widerspruch ein. Das Leistungsspektrum der ausgewählten Heilstätte umfasse die spezielle Therapie, die in seinem Fall notwendig sei. Er wolle von seinem Wahlrecht nach [§ 9](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Gebrauch machen. Dazu legte er weitere Arztberichte von Prof. Dr. F. vor.

Mit Schreiben vom 29. Juli 2016 wies die Beklagte nochmals darauf hin, dass es sich bei der F. um eine Rehabilitationsklinik handele und benannte zwei Vertragskrankenhäuser, in denen die begehrte Therapie durchgeführt werden könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19. Januar 2017 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Nach [§ 39 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hätten Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus. Die F. sei kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108 SGB V](#). Auch aus [§ 27d](#) der Satzung der Beklagte ergebe sich kein Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung in der F ... Danach trage die Beklagte unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für eine stationäre Behandlung in einem nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus. Die F. sei jedoch kein Krankenhaus.

Am 17. Februar 2017 erhob der Kläger beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage und trug zur Begründung vor, die Voraussetzungen von § 27d der Satzung der Beklagten seien erfüllt. Die F. sei ein Krankenhaus im Sinne von [§ 107 SGB V](#). Dort würden durchaus akut therapeutische Behandlungen durchgeführt. Die Einrichtung diene der Krankenhausbehandlung, stehe unter fachlich-medizinisch ständiger ärztlicher Leitung und verfüge über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Es werde auch nach wissenschaftlich anerkannten Methoden gearbeitet und zwar mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal, wobei vorwiegend durch ärztliche Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten erkannt, geheilt, die Verschlimmerung verhütet und Krankheitsbeschwerden gelindert würden. Pflegerische Hilfeleistungen würden hinzutreten. Die Patienten seien dort untergebracht und würden gepflegt. Dies alles könne Prof. Dr. F. bezeugen. Dass die F. daneben eine Rehabilitationsklinik sei, stehe dem nicht entgegen. Beide Versorgungsformen seien häufig und in einer Grauzone nicht klar voneinander abgrenzbar. Die von der Beklagten vorgeschlagenen Vertragskrankenhäuser seien nicht geeignet. Er sei in der Vergangenheit wiederholt ambulant und (in Zeiten seiner privaten Krankenversicherung) stationär dort in Behandlung gewesen und habe große Erfolge bei der Behandlung seiner Krankheiten erzielt. Seine Krankheitsgeschichte sei dort bekannt.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Mit Urteil vom 30. Mai 2017 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger habe keinen Anspruch auf eine stationäre Krankenhausbehandlung in der F. ... Die Voraussetzungen der [§§ 39, 107 f. SGB V](#) lägen nicht vor. Insoweit werde auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid Bezug genommen. Auch aus der Satzung der Beklagte könne der Kläger keinen Anspruch herleiten. Die Voraussetzungen von [§ 11 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) in Verbindung mit § 27d Abs. 1 der Satzung der Beklagten lägen nicht vor. Die F. sei kein Krankenhaus im Sinne dieser Vorschrift. Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation fielen nicht in den Anwendungsbereich der Satzungsregelung. Dies ergebe eine Auslegung der Vorschrift nach Wortlaut, Systematik und Sinn und Zweck. Die Vorschrift erlaube die Inanspruchnahme von Krankenhäusern, nicht aber die Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen und verweise zu diesem Zweck auf [§ 108 SGB V](#). Dort sei die Zulassung von Krankenhäusern im Sinne von [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) geregelt. [§ 107 SGB V](#) differenziere zwischen Krankenhäusern zur akutstationären Versorgung (Abs. 1) und Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation (Abs. 2). Durch den Verweis auf [§ 108 SGB V](#) werde mithin deutlich, dass die Differenzierung zwischen den Einrichtungsarten beibehalten werden soll, denn das SGB V verwende den Begriff "Krankenhaus" nur für Einrichtungen der akut-stationären Versorgung. Mit der Formulierung "nicht (...) zugelassen" würden zudem Leistungserbringer mit anderweitiger Zulassung aus dem Anwendungsbereich der Satzungsregelung ausgeschlossen. [§ 11 Abs. 6 SGB V](#) erlaube die Erweiterung des Leistungsspektrums der Krankenkassen auf nicht zugelassene Leistungserbringer außerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein bereits im System anderweitig zugelassener Leistungserbringer könne deshalb nicht durch Satzung zur Erbringung weiterer bzw. anderer Leistungen zugelassen werden. Auf den Beweisantrag des Klägers, Prof. Dr. F. als Zeugin zu hören, ob die F. die Voraussetzungen von [§ 107 SGB V](#) erfülle, komme es deshalb nicht an.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 6. Juni 2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 5. Juli 2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung vorgetragen, die Voraussetzungen des § 27d der Satzung der Beklagten lägen zweifelsfrei vor. Die vom SG vorgenommene Auslegung der Norm sei unzutreffend. Voraussetzung sei allein, dass der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleiste. Ob der Leistungserbringer gleichzeitig auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringe, sei irrelevant. Die F. erfülle die Kriterien eines Krankenhauses im Sinne von [§ 107 Abs. 1 SGB V](#). Dies könne Prof. Dr. F. bezeugen. Außerdem ergebe sich dies aus dem beigefügten Schreiben von Prof. Dr. F. vom 18. September 2017. Jedenfalls gewährleiste die F. eine gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus. Dies genüge für eine Anwendung des § 27d der Satzung.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30. Mai 2017 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 7. Juli 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Januar 2017 zu verurteilen, ihm eine Entstauungstherapie im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung in der F. in H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für zutreffend.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 144 SGG](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, weil die Kosten für die begehrte Sachleistung über dem Beschwerdewert von EUR 750,00 lägen ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)).

2. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 7. Juli 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Januar 2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Entstauungstherapie im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung in der F. in H. ...

a) Als Anspruchsgrundlage scheidet [§ 27 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 39 SGB V](#) aus. Danach haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung durch ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Ungeachtet der Frage, ob vorliegend eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist, scheidet ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach dieser Regelung bereits an der fehlenden

Zulassung der F. als Krankenhaus nach [§ 108 SGB V](#).

b) Auch aus [§ 11 Abs. 6 SGB V](#) in Verbindung mit § 27d der Satzung der Beklagten ergibt sich kein Anspruch des Klägers auf die begehrte Therapie in der F ...

(1) Nach [§ 11 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) kann die Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss nach [§ 11 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln.

Nach § 27d Abs. 1 der Satzung der Beklagten übernimmt diese die Kosten für Leistungen in einem nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend [§ 39 Abs. 4 SGB V](#). Voraussetzungen dafür sind: a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach [§ 39 SGB V](#) liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt, b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus, c) die Behandlungsmethode ist nicht vom GBA ausgeschlossen, d) ein Kostenvorschlag des Leistungserbringers wird der Beklagten vor Behandlungsbeginn vorgelegt, e) die Beklagte hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt. Nach § 27d Abs. 2 der Satzung werden die Kosten für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen. Nach § 27d Abs. 3 der Satzung erhalten mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchst. e) die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Beklagte sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

(2) Es ist bereits fraglich, ob § 27d der Satzung der Beklagten den gesetzlichen Vorgaben des [§ 11 Abs. 6 SGB V](#) genügt. Gegenstand der Satzungsregelung sind "Leistungen in einem nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus". Die Zulassung nach [§ 108 SGB V](#) berechtigt Krankenhäuser zur Versorgung gesetzlich Versicherter. Die Zulassung entsteht durch Anerkennung als Hochschulklinik ([§ 108 Nr. 1 SGB V](#)), durch Aufnahme in den Krankenhausplan ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) oder durch Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 109 SGB V](#) ([§ 108 Nr. 3 SGB V](#)). Hiervon weicht die Satzungsregelung der Beklagten in generalisierender Form ab. Sie verzichtet bei der Erbringung von Krankenhausleistungen nach [§ 39 SGB V](#) generell auf die Voraussetzung, dass die Leistung von einem zugelassenen Krankenhaus erbracht wird, und begründet damit einen fraglichen Wettbewerb zwischen zugelassenen und nicht zugelassenen Krankenhäusern. Zumal die nicht zugelassenen Krankenhäuser unter Anwendung der Satzungsregelung weitergehende Leistungen erbringen dürften als zugelassene Krankenhäuser. Voraussetzung nach Abs. 1 Buchst. b ist nur, dass es sich um eine "gleichwertige" Behandlung handelt und die Behandlungsmethode nicht vom GBA ausgeschlossen ist (Buchst. c). Die Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern hat sich dagegen nach den strengen Qualitätsbestimmungen insbesondere der [§§ 136, 136b, 137c SGB V](#) zu richten. Für zugelassene Krankenhäuser kann die Satzung keine hiervon abweichenden, zusätzlichen Leistungen vorsehen, weil die Leistungsbereiche des [§ 11 Abs. 6 SGB V](#) abschließend sind (vgl. [BT-Drs. 17/6906, S. 53](#)) und die Krankenhausbehandlung nicht aufgeführt wird.

Nach den Gesetzesmaterialien steht den Krankenkassen in den Bereichen des [§ 11 Abs. 6 SGB V](#) zwar ein weiter Gestaltungsspielraum zu ([BT-Drs. 17/6906, S. 53](#)). Es geht aber ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse "zusätzlich" und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV gewährt ([BT-Drs. 17/6906, S. 53](#)). Eine wesentliche Umgestaltung gesetzlich ausgeformter Leistungen steht ihnen nicht zu. Grundsätzlich legt das Gesetz selbst die Leistungen der GKV fest. Soweit die einzelne Krankenkasse selbst ausnahmsweise Leistungen ausgestalten darf, will der Gesetzgeber damit nicht quasi einen Freibrief ausstellen, um ein gesetzesunabhängiges Leistungsrecht kraft Satzung zu schaffen. Der Satzungsgeber hat aufgrund gesetzlicher Öffnungen für Gestaltungsleistungen vielmehr jeweils nur ein begrenztes, vom Gesetz eröffnetes Gestaltungsfeld. Grundlegende Umgestaltungen bleiben dem Gesetzgeber vorbehalten (zu Leistungen der künstlichen Befruchtung BSG, Urteil vom 18. November 2014 - [B 1 A 1/14 R](#), juris, Rn.13 ff.). Generelle Regelungen, die in das Gefüge der gesetzlichen Regelungen eingreifen, müssen dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten bleiben. Von der Satzungsbefugnis dürften daher nur einzelne, konkretisierte Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer umfasst sein (so Noftz in Hauck/Noftz, SGB V [§ 11](#) Rn. 75).

Fraglich ist darüber hinaus, ob § 27d der Satzung der Beklagten hinreichend bestimmt ist. Nach [§ 11 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) muss die Satzung "die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung" bestimmen. Der Versicherte muss klar erkennen können, welche Leistungen von der Krankenkasse zusätzlich erbracht werden. Insbesondere der nicht zugelassene Leistungserbringer ist so hinreichend klar in der Satzung zu bestimmen, dass der Versicherte bei der Inanspruchnahme der Leistung sicher sein kann, dass etwa eine Kostenerstattung nicht wegen [§ 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#), die die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer im Kostenerstattungsverfahren nur erlaubt, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, ausgeschlossen ist (Röters in Kasseler Komm, SGB V, § 11 Rn. 33). Mit der generellen Formulierung "Leistungen in einem nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus" könnte dieses Bestimmtheitsanforderung verletzt sein.

Ob § 27d der Satzung der Beklagten vor diesem Hintergrund wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig ist und mangels Anspruchsgrundlage schon deshalb ein Anspruch des Klägers ausscheidet, kann vorliegend aber dahin gestellt bleiben.

(3) Jedenfalls scheidet ein Anspruch des Klägers an den Tatbestandsvoraussetzungen des § 27d Abs. 1 der Satzung.

Denn nach dem klaren, unmissverständlichen Wortlaut des § 27d der Satzung ist Voraussetzung, dass die Leistung von einem Krankenhaus erbracht wird. Einer anderen Auslegung ist die Formulierung in Abs. 1 Satz 1 ("übernimmt diese die Kosten für Leistungen in einem nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus") nicht zugänglich. Überdies wäre eine Satzungsregelung, die eine Kostenübernahme für die Behandlung einer krankenhausbearbeitungsbedürftigen Krankheit in einer Einrichtung, die kein Krankenhaus ist, vorsähe, ohnehin von der Satzungsermächtigung des [§ 11 Abs. 6 SGB V](#) nicht erfasst.

Die F. ist kein Krankenhaus im Sinne der Satzungsregelung. Mit der Bezugnahme auf [§ 108 SGB V](#) übernimmt der Satzungsgeber die

gesetzlichen Definitionen des SGB V, so dass es für die Frage, ob es sich um ein Krankenhaus handelt, auf die Voraussetzungen des [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) ankommt. Danach sind Krankenhäuser Einrichtungen, die (1.) der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, (2.) fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, (3.) mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen (4.) die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Demgegenüber sind Rehabilitationseinrichtungen Einrichtungen, die (1.) der stationären Behandlung der Patienten dienen, um (a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder (b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen, (2.) fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen, und in denen (3.) die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Die F. erfüllt als Vertragspartnerin nach [§ 111 SGB V](#) (unstreitig) die Voraussetzungen einer Rehabilitationseinrichtung nach [§ 107 Abs. 2 SGB V](#). Damit steht zugleich fest, dass die F. kein Krankenhaus im Sinne von [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) ist. Denn beide Versorgungsformen können nicht in derselben Organisationseinheit gleichzeitig bestehen. Wie die Voraussetzungen in [§ 107 SGB V](#) zeigen, schließen sich beide Versorgungsformen gegenseitig aus. Das führt zwar nicht dazu, dass Krankenhausbehandlung einerseits sowie Rehabilitation andererseits nicht auch in einer Einrichtung gewährt werden können. Erforderlich ist aber, dass diese Bereiche in räumlicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Hinsicht eindeutig voneinander getrennt sind (BSG, Urteil vom 19. November 1997 - [3 RK 1/97](#), juris, Rn. 17; vgl. auch Beschluss des Senats vom 24. Februar 2016 - [L 4 KR 4446/15 ER-B](#), juris, Rn. 42; Wahl in juris-PK, [§ 107 SGB V](#) Rn. 14 unter Verweis auf [§ 111 Abs. 6 SGB V](#)). Andernfalls läge eine unzulässige Vermengung beider Strukturen vor. Eine Abgrenzung der Leistungen ist aber erforderlich, weil das SGB V auch an den jeweiligen Sachleistungsanspruch unterschiedliche Voraussetzungen knüpft.

Die F. verfügt nicht über einen von der Rehabilitationseinrichtung klar abgetrennten Organisationsbereich, der die Voraussetzungen eines Krankenhauses im Sinne von [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) erfüllt. Dies ergibt sich schon aus dem Internetauftritt der F., so dass der Senat keine Notwendigkeit sieht, die Leiterin der F. als Zeugin zu befragen. Der Homepage der F. (Stand: 7. November 2018) ist zu entnehmen, dass nur ein Träger ("F. GmbH & Co. KG") und eine einheitliche Leitung der Klinik, bestehend aus zwei ärztlichen Direktorinnen und einem Geschäftsführer, existieren. Getrennte Organisationsbereiche, einen für die Rehabilitation und einen für die Krankenhausbehandlung, können dem gesamten Internetauftritt nicht entnommen werden. Es ist von "dem Team" der F. die Rede. Auf keiner der Seiten des Internetauftritts wird zwischen der Aufnahme zur stationären Rehabilitation und einer etwaigen Aufnahme zur Krankenhausbehandlung differenziert. Unter der Rubrik "Patienten" wird vielmehr darauf hingewiesen, dass der behandelnde Arzt einen Antrag auf Rehabilitation mit dem Wunsch, in der F. behandelt zu werden, zu stellen habe. Auch aus den vom Kläger vorgelegten Unterlagen und Schreiben von Prof. Dr. F. ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte für getrennte Organisationsbereiche. Aus dem Schreiben von Prof. Dr. F. vom 18. September 2017, wonach private Krankenkassen die Klinik als Krankenhaus "anerkennen" und die gesetzlichen Krankenkassen "die Klinik als stationäre Rehabilitation" belegen, geht vielmehr hervor, dass ein und dieselbe Einrichtung sowohl als Krankenhaus als auch als Rehabilitationseinrichtung fungieren soll. Damit aber fehlt es (jedenfalls) an einer klaren räumlichen, organisatorischen und wirtschaftlichen Trennung beider Bereiche.

c) Ein Anspruch des Klägers ergibt sich auch nicht daraus, dass etwaige Vertragskrankenhäuser zur Durchführung der begehrten Behandlung nicht zur Verfügung stünden. Die Beklagte hat dem Kläger vielmehr nach [§ 108 SGB V](#) zugelassene Krankenhäuser in zumutbarer Entfernung von seinem Wohnort benannt, die ebenfalls stationäre Entlastungstherapien durchführen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-01-14