

L 16 B 20/02 KR ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 1 KR 118/01 ER
Datum
08.02.2000
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 B 20/02 KR ER
Datum
18.04.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Auf die Beschwerden der Antragsgegnerin zu 1) bis 3) und 5) bis 7) wird der Beschluss des Sozialgerichts Düsseldorf vom 08.02.2000 geändert. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Gründe:

Die zulässigen Beschwerden der Antragsgegnerinnen zu 1) bis 3) und 5) bis 7) denen das Sozialgericht nicht abgeholfen hat, sind begründet. Zur Überzeugung des Senats sind die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung gemäss [§ 86 b Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der ab 02.01.2002 geltenden Fassung - die als Änderung des Prozessrechts auch für das bereits anhängige Verfahren gilt (BSG [SozR 3-2500 § 15 Nr. 1](#)) - nicht erfüllt. Denn nach [§ 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) sind einstweilige Anordnungen nur zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Abgesehen davon, dass die von der Antragstellerin begehrten Regelungen mangels Rückabwicklungsmöglichkeit endgültigen und nicht nur vorläufigen Charakter haben, erscheinen sie zur Abwendung wesentlicher Nachteile nicht nötig. Denn ein Erfolg der Antragstellerin im Hauptsacheverfahren erscheint dem Senat nach der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur summarisch erfolgten Prüfung als nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes kommt aber nach allgemeiner Auffassung nur bei Vorliegen eines Anordnungsanspruchs in Betracht.

Die Antragstellerin behauptet zu Unrecht, sie sei durch die Zulassung Nummer O/P/LH/0000/00 - DOKU-Nr. 000.0 zur ambulanten Rehabilitation in der Form der erweiterten Physiotherapie (EAP)/ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitationen (AOTR) zugelassen worden. Denn mit dem unter dieser Nummer geführten Bescheid vom 00.00.1998 erteilte die Antragsgegnerin zu 6), zugleich namens und im Auftrag der Antragsgegnerinnen zu 1) und 7) und des BKK-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen, der Antragstellerin die Zulassung aufgrund [§ 124](#) des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) "zur Abgabe krankengymnastischer Leistungen". Das Erbringen von Leistungen in Form der EAP/AOTR ist einzig und allein Gegenstand der zwischen der Arbeitsgemeinschaft C Krankenkassen und der Antragstellerin am 00.00.1996 geschlossenen Vereinbarung über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsbehandlungen. Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Erbringung der komplexen ambulanten Rehabilitation als ergänzende Leistung zur Rehabilitation ([§ 43 Nr. 2](#) i.V.m. [§ 40 SGB V](#) a.F.) bei im einzelnen aufgelisteten Indikationen aus dem orthopädisch-traumatologischen Bereich für Versicherte der Krankenkassen (§ 1 Abs. 1 der Vereinbarung).

Ob es sich bei dieser Vereinbarung um einen öffentlich-rechtlichen statusbegründenden Vertrag handelt, kann nach Auffassung des Senats dahingestellt bleiben. Zweifel an der Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentscheidung bestehen allerdings deshalb, da es weder für den Anspruch des Versicherten auf ambulante Reha-Maßnahmen noch für die Zulassung der Leistungserbringer bis Ende 1999 einen eigenständige Rechtsgrundlage gegeben hat; der Anspruch der Versicherten wurde nicht von [§ 40 SGB V](#) erfasst, sondern aus [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) abgeleitet (Heilmittel nach Nr. 3, andere medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation einschließlich Belastungserprobung und Arbeitstherapie nach Nr. 6). Soweit die Zulassung eines Leistungserbringers aber ausnahmsweise durch Abschluss eines Versorgungsvertrages zu geschehen hat, muss dies im Gesetz ausdrücklich angeordnet sein (z.B. [§ 109](#), [111 SGB V](#), [§ 72 SGB XI](#), siehe hierzu ausführlich BSG Urteil vom 05.07.2000 - [B 3 KR 12/99 R](#) - [BSGE 87, 14](#) ff. - [SozR 3-2500 § 40 Nr. 3](#)).

Jedenfalls hat die Arbeitsgemeinschaft C Krankenkassen auftragsgemäß die Vereinbarung über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsbehandlung vom 00.00.1996 fristgerecht zum 00.00.1999 gekündigt (Kündigungsschreiben vom 00.00.1999). Diese Kündigung entspricht der vertraglichen Regelung des § 12 Abs. 2 und verstößt nach Auffassung des Senats nicht gegen die verfassungsrechtlich geschützten Grundrechte der Antragstellerin aus [Art. 12](#) oder [Art. 14](#) Grundgesetz. Die Vereinbarung über die

Erbringung der speziellen Therapieart EAP stand von vornherein unter dem Vorbehalt einer Kündigung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres. Eine auf Dauer geschützte, verfassungsrechtlich bedeutsame Position ist somit nach dem erkennbaren Willen beider Vertragsparteien nicht entstanden. Darüber hinaus hat die Arbeitsgemeinschaft C Krankenkassen durch den im Kündigungsschreiben angeführten Zusatz, die gekündigte Vereinbarung gelte aufgrund der geplanten Neuregelung zunächst weiter, der Antragstellerin eine die Wirkung der Kündigung abmildernde Handhabung und damit eine Art von Übergangsregelung zugesagt. In diesem Zusammenhang kann auch nicht unbeachtet bleiben, dass die Antragstellerin nach ihrem eigenen Vorbringen (Antragsschrift vom 00.00.2001) ausdrücklich keinen Antrag auf Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen nach der gesetzlichen Neuregelung gestellt und den ihr von der Antragsgegnerin zu 6) übersandten Strukturhebungsbogen zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen nicht ausgefüllt an diese zurückgesandt hat. Das eigene Agieren der Antragstellerin ist jedenfalls mitursächlich dafür, dass ihr bislang keine Zulassung für ambulante Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) neue Fassung (in der Fassung durch das Gesetz vom 22.12.1999 ([BGBl. I S. 2657](#)) zur "GKV-Gesundheitsreform 2000" in Kraft ab 01.01.2000) als "wohntnahe Einrichtung" erteilt worden ist.

Die zum 00.00.1999 ausgesprochene Kündigung der Vereinbarung über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsbehandlung muss in Zusammenhang mit der zum 01.01.2000 eingetretenen weitreichenden Gesetzesänderung gesehen werden. Denn mit der ab 01.01.2000 geltenden neuen Fassung des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) ist erstmals eine Rechtsgrundlage für alle ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen worden. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber geregelt, dass die ambulante Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) neue Fassung grundsätzlich nur in Einrichtungen nach [§ 111 SGB V](#) erbracht werden, bei Bedarf aber auch in den in der gesetzlichen Neufassung erstmals erwähnten "wohntnahen Einrichtungen", also Einrichtungen, die nicht ein vollstationäres Angebot bereithalten und deshalb nicht nach [§ 111 SGB V](#) zugelassen werden können. Bis 31.12.1999 stellte die bis dahin geltende Fassung des [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) alte Fassung klar, dass auch medizinische und ergänzende Rehabilitationsleistungen zu den Leistungen der Krankenversicherung gehören. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 verfolgte demgegenüber die Absicht, ab 01.01.2000, diese Zuordnung der Rehabilitationsleistungen aufzugeben. Rehabilitationsleistungen sollen danach nicht als Unterfall der Leistungen der Krankenversicherung angesehen werden, die auf Vorsorge vor und Bekämpfung von Krankheiten ausgerichtet sind, sondern eigenständige Leistungen sein. Sie dienen dazu, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder wesentliche Verschlimmerungen abzuwenden (Höfler in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand November 2001, [§ 11 SGB V](#) Randziffer 9, 9a). Die mit der Neuregelung verfolgte Absicht des Gesetzgebers, die Leistungsarten "Krankenhandlung/Vorsorge" und "Rehabilitation" voneinander abzugrenzen und die Rehabilitation als eigenständige Leistungskategorie auszugestalten, schlägt auch auf das Recht der Leistungserbringer durch. Sind bislang Anbieter einzelner Rehabilitationsmaßnahmen nach [§ 124 SGB V](#) wie Erbringer von Heilmitteln zugelassen worden, so bedarf es jetzt für die Erbringung ambulanter Rehabilitationsleistungen als wohnortnahe Einrichtung im Sinne des [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) der Zulassung durch Verwaltungsakt (so ausdrücklich BSG vom 05.07.2000, [a.a.O.](#)).

Nach vorstehendem Ergebnis kann es für das Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz ebenfalls dahingestellt bleiben, ob die Antragsgegnerin zu Recht als Grundlage für die Zulassung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) neue Fassung das Anforderungsprofil verwenden (wollen), das die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als Rahmenempfehlung vorgegeben hat. Ebenso kann der Senat vorliegend die Frage offen lassen, welche rechtliche Bedeutung den ab 01.07.2001 in Kraft getretenen Heilmittel-Richtlinien zukommt. Denn die Antragstellerin hat im Beschwerdeverfahren (Erwiderung vom 25.03.2002) vorgetragen, die darin erfolgte Erweiterung des Behandlungsspektrums sei nicht Ursache ihres wirtschaftlichen Einbruchs. Die neuen Therapieformen würden im Rehabilitationszentrum der Antragstellerin durchaus erbracht.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des

[§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-18