

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
26. Juni 2007

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 36/06 R

L 5 KR 50/06 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 11 KR 350/04 (SG Mainz)

Landkreis Rhein-Hunsrück,
Ludwigstraße 3-5, 55469 Simmern,

Kläger und Revisionsbeklagter,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 26. Juni 2007 durch die Richter Prof. Dr. S c h l e g e l - Vorsitzender - , Dr. K r e t s c h m e r und Dr. H a u c k sowie die ehrenamtlichen Richter S i l l e r und B u n g a r t für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 19. Oktober 2006 aufgehoben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14. Oktober 2005 zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungs- und Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 8.624,88 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Der klagende Landkreis begehrt von der beklagten Krankenkasse Erstattung der Kosten einer der Versicherten gewährten Adaptionenmaßnahme.
- 2 Die bei der beklagten Krankenkasse familienversicherte, 1981 geborene Helena G. (Versicherte) leidet an einer Suchterkrankung (ua Heroinabhängigkeit). Sie erfüllt nicht die nach dem SGB VI erforderlichen Vorversicherungszeiten für Leistungen zur Rehabilitation auf Kosten der gesetzlichen Rentenversicherung. Daher gewährte ihr die beklagte Krankenkasse vom 27.2. bis 26.8.2003 eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung zur Entwöhnungsbehandlung. Noch während dieser Maßnahme stellten die behandelnden Ärzte für die Versicherte bei der Beklagten den Antrag, der Versicherten im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung eine 16-wöchige Adaptionenmaßnahme zur Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit sowie zur sozialen und beruflichen Orientierung zu gewähren; erst nach erfolgreichem Abschluss einer entsprechenden Adaptionenphase sei davon auszugehen, dass die Versicherte wieder vollschichtig leistungsfähig und voll beruflich einsetzbar sein werde. Die Beklagte hielt sich nicht für zuständig, leitete den Antrag unter dem 9.7.2003 an den klagenden Landkreis weiter und wies auf dessen Zuständigkeit im Rahmen der Sozial- und Jugendhilfe hin. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz) bewilligte der Versicherten die sodann vom 26.8. bis 21.11.2003 im Therapiezentrum Speyer durchgeführte Adaptionenmaßnahme. Zur Begründung führte er aus, er handle als "zweitangegangener" Rehabilitationsträger iS von § 14 SGB IX und erbringe die Adaptionenmaßnahme als "Leistung zur medizinischen Rehabilitation" nach § 26 Abs 2 und 3 SGB IX iVm § 40 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Bundessozialhilfegesetz (BSHG).
- 3 Nach Abschluss der Adaptionenmaßnahme beantragte der klagende Landkreis bei der Beklagten erfolglos die Erstattung der Maßnahmekosten. Das Sozialgericht (SG) hat die Zahlungsklage mit der Begründung abgewiesen, alle denkbaren Erstattungsansprüche scheiterten daran, dass die Beklagte mit dem Therapiezentrum Speyer keinen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen habe (Urteil vom 14.10.2005). Das Landessozialgericht (LSG) hat das Urteil des SG aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an den Kläger 8.624,88 Euro zu zahlen. Dieser sei selbst klagebefugt, denn er habe landesrechtlich das Recht und die Pflicht, Dritte auch insoweit zum Kostenersatz heranzuziehen, als es sich um die Kosten der vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe erbrachten Leistungen handele. Der Kostenerstattungsanspruch ergebe sich aus § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX. Zwar werde das Therapiezentrum Speyer von einem Psychologen geleitet, die Maßnahme sei jedoch unter verantwortlicher Betreuung des leitenden Arztes dieser Einrichtung durchgeführt worden. Die Maßnahmen seien überwiegend arbeits- und sozialtherapeutischer Art und eine ärztliche Intervention nicht erforderlich gewesen.

Entscheidend sei, dass die Maßnahme zumindest auch der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung gedient und unter ärztlicher Verantwortung gestanden habe. Dem Erstattungsanspruch des Klägers stehe nicht entgegen, dass die Adaptionenmaßnahme in einer Einrichtung erbracht worden sei, die mit der Beklagten keinen Versorgungsvertrag geschlossen habe (Urteil vom 19.10.2006).

- 4 Die beklagte Krankenkasse rügt mit ihrer Revision einen Verstoß gegen § 11 Abs 2, § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 6 und § 40 SGB V. Entgegen der Ansicht des LSG habe die Adaptionenmaßnahme im vorliegenden Fall nicht bzw "nur peripher" der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit gedient. Die in der Adaption durchgeführten Maßnahmen seien überwiegend arbeits- und sozialtherapeutischer Art gewesen.
- 5 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 19. Oktober 2006 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14. Oktober 2005 zurückzuweisen,
hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuweisen.
- 6 Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Er hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

II

- 8 Die Revision der Beklagten ist begründet. Das LSG hat das Urteil des SG zu Unrecht aufgehoben. Das SG hat die Klage im Ergebnis zutreffend abgewiesen. Die Anspruchsvoraussetzungen des § 14 SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (*idF durch Art 1 des Gesetzes vom 19.6.2001, BGBl I 1046 nebst nachfolgenden Änderungen, zuletzt durch Art 1 Gesetz vom 23.4.2004, BGBl I 606*) für den vom Kläger für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe geltend zu machenden Erstattungsanspruch liegen entgegen der Ansicht des LSG nicht vor. Allein § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX kommt als (privilegierte) Anspruchsgrundlage in Betracht (dazu 1.). Allerdings scheidet der Erstattungsanspruch nicht - wie vom SG angenommen - am fehlenden Versorgungsvertrag (§ 111 SGB V) der beklagten Krankenkasse mit dem Therapiezentrum Speyer, sondern daran, dass die beklagte Krankenkasse für die der Versicherten gewährte Adaptionenmaßnahme nicht zuständiger Rehabilitationsträger war (dazu 2.).

- 9 1. § 14 Abs 4 Satz 1 und 2 SGB IX trifft nach seinem Sinn und Zweck (dazu a) sowie dem Regelungssystem (dazu b) für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger eine Spezialregelung gegenüber § 102 SGB X. Der Erstattungsanspruch setzt voraus, dass ein anderer als der zweitangegangene Rehabilitationsträger für die gewährte Maßnahme zuständig war (dazu c).
- 10 a) § 14 SGB IX zielt in erster Linie darauf ab, zwischen den betroffenen behinderten Menschen und Rehabilitationsträgern die Zuständigkeit schnell und dauerhaft zu klären (*vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drucks 14/5074, S 95 zu 5.*). Die Vorschrift trägt dem Bedürfnis Rechnung, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken (*BT-Drucks 14/5074, S 102 f zu § 14*). Deshalb stellt nach § 14 Abs 1 Satz 1 bis 3 SGB IX der Rehabilitationsträger, wenn Leistungen zur Teilhabe beantragt werden, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs 4 SGB V. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag - wie vorliegend geschehen - unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach § 14 Abs 1 Satz 1 SGB IX nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt (*zum Ganzen vgl bereits BSG, Urteil vom 26.10.2004 - B 7 AL 16/04 R, BSGE 93, 283 = SozR 4-3250 § 14 Nr 1, jeweils RdNr 15 ff; Urteil des Senats vom 26.6.2007 - B 1 KR 34/06 R, RdNr 14, 15, zur Veröffentlichung vorgesehen*).
- 11 Dementsprechend bestimmt § 14 Abs 2 Satz 1 bis 4 SGB IX: "Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen." Dass der Rehabilitationsträger, an den der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe weitergeleitet wurde, ihn nicht ein zweites Mal weiterleiten darf, sondern einen Bescheid erteilen muss, stellt § 14 Abs 2 Satz 5 SGB IX klar (*angefügt durch Art 1 Nr 2 Buchst a Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004, BGBl I 606; vgl BT-Drucks 15/1783 S 13 zu Art 1 Nr 2 <§ 14> zu Buchst a*).
- 12 b) Der Rehabilitationsträger, an den ein Rehabilitationsantrag weitergeleitet worden ist, muss somit bei Vorliegen eines entsprechenden Rehabilitationsbedarfs die erforderlichen Rehabilita-

tionsleistungen (spätestens nach drei Wochen) selbst dann erbringen, wenn er der Meinung ist, hierfür nicht zuständig zu sein. Dabei handelt es sich um eine gleichsam "aufgedrängte Zuständigkeit" (vgl BSG, Urteil vom 26.6.2007 - B 1 KR 34/06 R, RdNr 21). Diese in § 14 Abs 1 und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit erstreckt sich im Außenverhältnis (behinderter Mensch/Rehabilitationsträger) auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind (vgl auch BSGE 93, 283 = SozR 4-3250 § 14 Nr 1, jeweils RdNr 13 ff mwN). Sie begründet gegenüber dem behinderten Menschen eine eigene, gesetzliche Verpflichtung des "zweitangegangenen Trägers", die - vergleichbar der Regelung des § 107 SGB X - einen endgültigen Rechtsgrund für das "Behaltendürfen" der Leistung in diesem Rechtsverhältnis bildet. Bliebe es auch im (Innen-)Verhältnis der Rehabilitationsträger untereinander bei dieser Zuständigkeitsverteilung, wäre also die in § 14 Abs 1 und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit auch dafür maßgeblich, wer letztlich die Lasten der Rehabilitation zu tragen hat, würden die bisher geltenden Zuständigkeitsnormen außerhalb des SGB IX im Wesentlichen obsolet. Die damit einhergehende Lastenverschiebung ohne Ausgleich würden die Grundlagen des gegliederten Sozialsystems in Frage stellen. Das aber bezweckte der Gesetzgeber nicht. Vielmehr sollte (vgl auch § 7 SGB IX) die Zuständigkeit der einzelnen Zweige der sozialen Sicherheit für Rehabilitationsleistungen grundsätzlich unberührt bleiben (vgl BT-Drucks 14/5074, S 95 zu 5.). Um dies zu gewährleisten, bedurfte es eines Ausgleichssystems, das an die Zuständigkeiten außerhalb des § 14 SGB IX anknüpft.

- 13 Im Verhältnis der Rehabilitationsträger untereinander räumt § 14 Abs 4 SGB IX dem "zweitangegangenen Träger" daher einen spezialgesetzlichen Erstattungsanspruch gegen den materiell-rechtlich "eigentlich"/originär zuständigen Rehabilitationsträger ein, der den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach dem SGB X vorgeht (zu Letzteren vgl Urteil des Senats vom 26.6.2007 - B 1 KR 34/06 R, RdNr 17 ff).
- 14 c) § 14 Abs 4 Satz 1 bis 3 Halbsatz 1 SGB IX bestimmt: "Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Abs 1 Satz 2 bis 4 festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, erstattet dieser dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften. Die Bundesagentur für Arbeit leitet für die Klärung nach Satz 1 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Feststellung nach § 11 Abs 2a Nr 1 SGB VI an die Träger der Rentenversicherung nur weiter, wenn sie konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass der Träger der Rentenversicherung zur Leistung einer Rente unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage verpflichtet sein könnte. Für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach Abs 2 Satz 1 und 2 erbracht haben, ist § 105 SGB X nicht anzuwenden." Das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen (vom 23.4.2004, BGBl I 606) hat § 14 Abs 4 Satz 3 SGB IX um den Halbsatz ergänzt, "es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes."

- 15 Letzteres ist hier nicht der Fall. Eine entsprechende Vereinbarung gibt es lediglich im Verhältnis zwischen den Trägern der Rentenversicherung und Trägern der Krankenversicherung (*Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" vom 4.5.2001, abgedruckt unter 6.3 der Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen, DRV 2002, S 58 ff und <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>*). Nach deren § 5 sind die Träger der Rentenversicherung für die Bewilligung einer Entwöhnungsbehandlung einschließlich einer Adaptionenmaßnahme zuständig. Eine Zuständigkeit besteht in diesem Verhältnis für Krankenkassen nur dann, wenn die Voraussetzungen nach den §§ 9 bis 11 SGB VI nicht vorliegen, die Voraussetzungen der §§ 27 und 40 SGB V hingegen erfüllt sind. Obgleich die Träger der Rentenversicherung Adaptionenmaßnahmen offenbar als Bestandteil der ihnen obliegenden medizinischen Rehabilitation ansehen, ohne diese im Einzelnen zu definieren (*vgl Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen*), kann aus dieser Vereinbarung für eine Zuständigkeit der Beklagten im Verhältnis zu einem überörtlichen Träger der Sozialhilfe nichts hergeleitet werden. Dies ergibt sich schon daraus, dass Sozialhilfeträger nicht in die Vereinbarung einbezogen sind und Zweck der Vereinbarung lediglich die Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung ist. Hinzu kommt, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung medizinische Rehabilitationsleistungen ohne ärztliche Mitwirkung erbracht werden dürfen (*vgl BSGE 68, 17, 18 = SozR 3-2200 § 184a Nr 1; BSGE 68, 167, 169 = SozR 3-2200 § 1237 Nr 1; BSG, Urteil vom 3.3.1994 - 1 RK 8/93, nicht veröffentlicht; Schmidt in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Band 2, § 40 SGB V RdNr 155, Stand 1.2.2007*), während medizinische Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen ihr Gepräge durch ärztlich verantwortete, medizinische Leistungen erhalten müssen (dazu unter 2.b).
- 16 2. Die beklagte Krankenkasse ist für die der Versicherten gewährte Adaptionenmaßnahme nicht iS von § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX zuständig. Die "Zuständigkeit" der Beklagten zur Adaptionenmaßnahme iS des § 14 Abs 4 Satz 1 SGB IX ist gegeben, wenn die Versicherte die Adaptionenmaßnahme ihrer Art nach (dazu b) von der Beklagten nach ihrem materiellen Recht - der Zuständigkeitsordnung außerhalb von § 14 SGB IX (*vgl BSG, Urteil vom 26.6.2007 - B 1 KR 34/06 R, RdNr 19*) - hätte beanspruchen können. Die Voraussetzungen der insoweit allein in Betracht kommenden Rechtsgrundlage des § 40 Abs 2 SGB V (dazu a) sind indes nicht erfüllt. § 40 Abs 2 SGB V fordert, dass es um medizinische Rehabilitationsleistungen unter notwendiger ständiger ärztlicher Verantwortung geht, bei denen nicht lediglich die Gewährung von Unterkunft in einem nicht gefährdenden Milieu mit Anleitung zur Bewältigung lebenspraktischer und beruflicher Anforderungen im Vordergrund stehen soll (dazu c). Daran fehlt es vorliegend (dazu d).
- 17 a) Inhalt und Gegenstand von sog Adaptionenmaßnahmen sind im Gesetz nicht ausdrücklich definiert. Eine Zuständigkeit der Beklagten für die hier durchgeführte stationäre Adaptionenmaßnahme ergibt sich nicht bereits daraus, dass die durchgeführte Maßnahme unter den Katalog

derjenigen Leistungen fällt, die nach den Vorschriften des SGB IX (vgl insbesondere § 26 SGB IX) im Rahmen medizinischer Rehabilitation als "Haupt-" oder "Neben-"Leistungen denkbar in Betracht kommen. Wie bereits der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 26.3.2003 (*B 3 KR 23/02 R, BSGE 91, 60 = SozR 4-2500 § 33 Nr 3 RdNr 15*) entschieden hat, besteht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung auch nach Inkrafttreten des SGB IX allein in der medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe des SGB V, also der möglichst weitgehenden Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation bleibt Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme.

18 Dem schließt sich der erkennende Senat an (*vgl bereits BSG, Beschluss vom 20.7.2005 - B 1 KR 39/05 B*). Das SGB IX regelt zwar eigenständig Gegenstände, Umfang und Ausführungen von Leistungen. Ob der einzelne Leistungsträger allerdings für alle unter dem Aspekt medizinischer Rehabilitation in Betracht kommenden Einzelleistungen aufzukommen hat, richtet sich danach, ob der Träger für die betroffene Maßnahme als Ganzes zuständig ist. Hinsichtlich der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe wird insoweit nach wie vor auf die für den jeweiligen Rehabilitationsträger 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 Satz 1 SGB VI verweist das SGB V für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht pauschal auf die §§ 26 bis 31 SGB IX. Die Krankenkassen - gemäß § 5 Nr 1, § 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX mögliche Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - sind vielmehr nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen nur unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet (*vgl § 11 Abs 2, § 40 SGB V*). Fehlt es daran, so kommt der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht in Betracht. Unerheblich ist hierfür, inwieweit andere Rehabilitationsträger die Maßnahme als Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft zu gewähren hatten.

19 b) Maßgeblich ist lediglich, ob die Beklagte die Adaptionenmaßnahme ihrer Art nach hätte leisten müssen (sachliche Kongruenz). Ein Erstattungsanspruch darf - entgegen der Ansicht des SG - nicht bereits von vornherein daran scheitern, dass die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wurde, mit der die Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag (§ 111 SGB V) geschlossen hat, obwohl § 40 Abs 2 SGB V in seiner hier maßgeblichen Fassung (*durch Art 1 Nr 19 Buchst b Gesetz vom 22.12.1999, BGBl I 2626*) den Anspruch Versicherter auf die Gewährung stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen davon abhängig macht, dass mit der Rehabilitationseinrichtung ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Das entspricht einem allgemeinen Grundsatz des Erstattungsrechts zwischen Leistungsträgern (*vgl BSGE 58, 263, 271 f = SozR 2200 § 1237 Nr 20 S 53 f; BSG SozR 3100 § 18c Nr 9 S 25, jeweils zu Erstattungsansprüchen, wenn die Maßnahmen nicht in "eigenen" Einrichtungen des angegangenen Trägers*

oder in von "ihm belegten" Einrichtungen durchgeführt worden waren). Dementsprechend hat es die Rechtsprechung sogar stets als unerheblich angesehen, dass der erstattungspflichtige Leistungsträger kein eigenes Ermessen hinsichtlich der Auswahl der Einrichtung ausüben konnte (vgl. nur BSG SozR 4-3100 § 18c Nr 2 RdNr 34 mwN). Andernfalls würde der Erstattungsanspruch zweckwidrig über Gebühr eingeschränkt.

- 20 c) Demgegenüber müssen die übrigen Voraussetzungen des § 40 SGB V erfüllt sein. Hierbei sind die in § 107 Abs 2 SGB V genannten inhaltlichen Anforderungen einzubeziehen.
- 21 Wie sich aus der die §§ 40 ff, § 11 Abs 2 SGB V ergänzenden Legaldefinition der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in § 107 Abs 2 SGB V (vgl. Höfler in KassKomm, § 40 SGB V RdNr 23, 24, Stand 1.3.2007) ergibt, setzt medizinische Rehabilitation im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ihrem Hauptzweck nach eine stationäre Behandlung des Patienten voraus,
- um 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
 - um 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 (vgl. § 107 Abs 2 Nr 1 SGB V).
- 22 Neben dieser Zielsetzung muss die Maßnahme erfordern, dass die Einrichtung in organisatorischer, institutioneller Hinsicht "fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung" steht und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet ist, den Gesundheitszustand des 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" (vgl. § 107 Abs 2 Nr 2 SGB V; zum Erfordernis primär ärztlicher Aufsicht und Verantwortung vgl. BSGE 68, 17 ff = SozR 3-2200 § 184a Nr 1; ebenso BVerwG, Urteil vom 13.3.2003 - 5 C 6/02, BVerwGE 118, 52, 58 f = juris RdNr 19 "tragende Rolle der Ärzte"; BSG, Urteil vom 3.3.1994 - 1 RK 8/93 zu § 184a RVO, nicht veröffentlicht; Schmidt, aaO, RdNr 155, zu "Übergangsheimen" RdNr 133, 152). Diese Anforderungen an die Einrichtung, die die Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich zu erbringen hat, bestimmen zugleich die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um eine stationäre Maßnahme nach § 40 Abs 2 SGB V beanspruchen zu können. Das bedeutet, dass es bei einer

Maßnahme nach § 40 Abs 2 SGB V um mehr gehen muss als lediglich im Wesentlichen um die Gewährung von Unterkunft in einem nicht gefährdenden Milieu mit Anleitung zur Bewältigung lebenspraktischer und beruflicher Anforderungen, mag sie auch gelegentlich durch verhaltenstherapeutische Leistungen ergänzt werden. Insbesondere muss für die Rehabilitation erforderlich sein, dass sie unter ständiger ärztlicher Verantwortung abläuft.

23 d) Einer solchen stationären Rehabilitationsmaßnahme iS von § 40 Abs 2 SGB V bedurfte die Versicherte nach der Gesamtheit der nicht angegriffenen, für den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) nicht. Das LSG hat nicht festgestellt, dass der Maßnahme ein bestimmter ärztlicher Behandlungsplan zugrunde lag, aus dem sich eine in erster Linie medizinische Ausrichtung der Maßnahme ergibt. Im Vordergrund der Maßnahme standen vielmehr nicht medizinische Ziele und Mittel, sondern die berufliche und soziale Integration der Versicherten. Nach dem Inhalt des vom LSG in Bezug genommenen Entlassungsberichts zielte die Adaptionenmaßnahme auf Folgendes:

1. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Training beruflicher Fähigkeiten und Fertigkeiten; Arbeitstraining im externen Betriebspraktikum;
2. Training von lebenspraktischen Fähigkeiten, hier vor allem Einkaufen und Zubereiten von Lebensmitteln, und hygienische Haushaltsführung;
3. Planung und Einübung eines prognostisch hilfreichen aktiven Freizeitverhaltens;
4. Aufbau eines neuen Lebensmittelpunktes mit Wohnungssuche und Aufnahme tragfähiger sozialer Kontakte;
5. Vertiefung der Krankheitseinsicht und Festigung der Abstinenzentscheidung sowie
6. Persönlichkeitsstabilisierung durch Erhöhung der Frustrationstoleranz und Erweiterung des Repertoires an Konfliktlösungsstrategien, insbesondere Verbesserung der Angstsymptomatik bei Situationen in der Öffentlichkeit.

24 Deshalb erhielt die Versicherte - wie beabsichtigt - im Rahmen der Adaptionenmaßnahme überwiegend Hilfen arbeits- und sozialtherapeutischer Art wie Arbeits- und Haushaltstraining, Sozialberatung in Ausbildungs-, Wohnungs- und sonstigen Fragen, zudem Psychotherapie. Ärztliche Interventionen waren nicht erforderlich und es erfolgte keine Pharmakotherapie. Feststellungen dazu, dass eine planmäßige ärztliche Behandlung, Physiotherapie, die Verabreichung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder ähnliche medizinische Maßnahmen erfolgen sollten, liegen nicht vor.

25 Aus den Feststellungen des LSG ergibt sich vielmehr, dass es in erster Linie um berufliche und soziale Integration der Versicherten ging, bei deren erfolgreicher Durchführung mittelbar auch eine Festigung der Erfolge der bereits vorher auf Kosten der Beklagten durchgeführten medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) zu erwarten war. Dabei fällt vor allem ins Gewicht, dass die Versicherte vor Beginn der Adaptionenmaßnahme bereits in einer anderen Rehabilitationseinrichtung eine eigenständige Maßnahme zur Entwöhnungsbehandlung erhalten

hatte, die planmäßig mit der Entlassung der Versicherten als "arbeitsfähig" endete. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass diese von der Beklagten als medizinische Rehabilitationsleistung erbrachte Maßnahme ihr (medizinisches) Ziel nicht erreicht hatte und es im unmittelbaren Anschluss hieran (zB wegen Scheiterns der Entwöhnungsbehandlung) sofort einer weiteren medizinischen Rehabilitationsmaßnahme iS von § 40 SGB V bedurft hätte, wie es § 40 Abs 3 Satz 2 SGB V fordert.

- 26 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung.
- 27 4. Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf § 52 Abs 1, § 63 Abs 2 Satz 1 Gerichtskostengesetz.