

Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX

I. Einleitung

Bei den Leistungen zur Teilhabe der Rehabilitationsträger hat ein spezifisches Recht der Leistungserbringung bisher nur wenig Beachtung in Wissenschaft und Praxis gefunden. Während leistungs- und verfahrensrechtliche Folgen des SGB IX in den letzten Jahren intensiv untersucht und zum Teil auch umgesetzt worden sind, werden die Rechtsbeziehungen der Rehabilitationsträger mit den Diensten und Einrichtungen der Rehabilitation auch weiter nach traditionellen Mustern und allein nach Maßgabe spezifischen Rechts der einzelnen Träger ausgestaltet. Im SGB IX vorgesehene Instrumente wie die Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 SGB IX sind bisher noch gar nicht genutzt worden. Zu wenig wird beachtet, dass ein rechtsstaatlich und zweckmäßig ausgestaltetes Leistungserbringungsrecht auch in der Rehabilitation zentrale Bedeutung dafür hat, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Diskutiert werden allenfalls Lösungsvorschläge, die aus dem sozialrechtlichen System hinausweisen, ohne dessen Strukturen und Potenziale bisher ausgeschöpft zu haben.

II. SGB IX und Leistungs(erbringungs-)gesetze

Nach § 7 SGB IX gelten die Vorschriften des SGB IX, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Nur die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich in jedem Fall nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Damit gilt das SGB IX - außer für Zuständigkeit und Zugang – wenn in den Leistungsgesetzen (in der medizinischen Rehabilitation insbesondere SGB V, SGB VI, SGB VII, **SGB XII**) nicht explizit etwas anderes geregelt ist. Das generelle gesetzgeberische Anliegen, mit dem SGB IX Koordination, Kooperation und Konvergenz in der Rehabilitation herzustellen, spricht dafür, stets eine konkordante Auslegung zwischen SGB IX und anderen Büchern des SGB herzustellen. Da das SGB IX Vorschriften zum Leistungserbringungsrecht enthält (§§ 17-21a SGB

¹ Die Autoren sind als Gutachter zum Leistungserbringungsrecht für die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), den Bund Deutscher Privatkrankenanstalten (BDPK), den Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS) und den Fachverband Sucht tätig gewesen. Sie danken Dipl.-Jurist Philipp Köster (Kiel) für Mitarbeit.

IX), nehmen diese an der Geltung des SGB IX für alle Rehabilitationsträger teil. Für die Rentenversicherungsträger wird dies durch eine explizite Rückverweisung bestätigt (§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Im Krankenversicherungsrecht ist eigenes Leistungserbringungsrecht für Leistungen zur Rehabilitation zu finden (§ 111 SGB V). Hier ist zu untersuchen, ob dieses im Einklang mit dem SGB IX ausgelegt werden kann, denn nur abweichendes Recht steht der Anwendung des SGB IX entgegen. ***Im Übrigen werden auch dort die Leistungen unter Beachtung des SGB IX erbracht (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V).***

III. Das System der Leistungserbringung im SGB IX

Das System der Leistungserbringung hat primär die Funktion, die Leistungsansprüche auf Leistungen zur Teilhabe, die nach den einzelnen Leistungsgesetzen bestehen, bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig zu erfüllen. Dabei haben die öffentlich-rechtlichen Rehabilitationsträger die auch grundrechtlich gesicherten Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten und die Berufsfreiheit privater Leistungserbringer sowie im Verhältnis zwischen diesen den Gleichheitssatz zu beachten. Den Rehabilitationsträgern selbst stehen hingegen keine eigenen Grundrechte – wie etwa Vertragsfreiheit – zu, sie sind als Teil der öffentlichen Gewalt grundrechtsgebunden.

Der Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe dem Grunde nach wird durch die Anspruchsnormen der einzelnen Leistungsgesetze vermittelt. Ihn auszufüllen und die Leistungsinhalte notwendiger Leistungen zur Teilhabe (§ 4 Abs. 1 SGB IX) zu konkretisieren ist nur an Hand der im SGB IX beschriebenen Ziele und Verfahren möglich. Wesentlich ist hier die Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse der Leistungsberechtigten (§ 33 Satz 1 SGB I) und ihrer berechtigten Wünsche (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die Einbindung der Sozialleistungsberechtigten in Pflichtversicherungssysteme ist nur gerechtfertigt, weil und soweit diese auch in der Konkretisierung der Leistungen die Selbstbestimmung so weit wie möglich respektieren. Dies gilt um so stärker, je mehr diese Wünsche durch die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie und die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten bestimmt sind (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Auch an dieser sozialrechtlichen Vorgabe wird die verfassungsrechtliche Einbindung der Rechtsverhältnisse in der Rehabilitation deutlich.

Individuelle Wünsche finden ihre Grenzen in der Beachtung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Um diese beurteilen zu können, bedarf es deren

Koordination und Vergleichbarkeit. Die Rehabilitationsträger sind daher verpflichtet, koordiniert und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). **Die Leistungen zur Teilhabe (einschl. der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden zur Erreichung der in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele erbracht (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).** Sie müssen umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer ermöglichen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Um für diese allgemeinen Vorgaben gemeinsame Maßstäbe zu haben, sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung ihrer Zusammenarbeit zu vereinbaren (§§ 12, 13 SGB IX). Damit ist ihnen zunächst die Konkretisierung auch der Rechtsbegriffe der Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit aufgegeben. Sie haben sich dabei an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu orientieren und insbesondere bestmögliche Evidenz über die Wirksamkeit rehabilitativer Methoden für die Teilhabeziele des SGB IX zu berücksichtigen und, wenn diese nicht vorhanden ist, auch gezielt zu sammeln. Die Einheitlichkeit der Grundsätze zwischen den Rehabilitationsträgern (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) ist dabei kein gesetzlicher Selbstzweck, sondern dient gerade einer umfassenden wirksamen und wirtschaftlichen Leistungserbringung. Einheitlichkeit der Ziele führt erst zu Vergleichbarkeit und ist damit eine Vorbedingung für wissenschaftliche Evidenz und für einen Wettbewerb der Leistungserbringer, der sich an bestmöglicher Zielerreichung orientieren kann.

Damit sind Maßstäbe benannt, die auch für das Leistungserbringungsrecht wichtig sind. Sie sind bei der individuellen Entscheidung über die Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen und bei der Ordnung der Rechtsbeziehungen zwischen Rehabilitationsträgern und Diensten und Einrichtungen zu beachten. Diese sind durch Verträge (§ 21 Abs. 1 SGB IX) zu regeln, die wiederum nach einheitlichen Grundsätzen nach gemeinsamen Empfehlungen und Rahmenverträgen abzuschließen sind (§ 21 Abs. 2 SGB IX). Die Konkretisierung von Leistungsgrundsätzen erfolgt so im System des SGB IX in einem mehrstufigen System.

IV. Die Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen

Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern, durch andere Leistungsträger oder unter

Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen ausführen (§ 17 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Daneben besteht auch die Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe durch ein Persönliches Budget auszuführen (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Das Leistungserbringungsrecht der Rehabilitation und Teilhabe zeigt sich damit neutral zwischen verschiedenen rechtlichen Formen der Leistungserbringung und lässt Eigenrichtungen des zuständigen Leistungsträgers, Verwaltungshilfe zwischen Leistungsträgern und die Inanspruchnahme frei-gemeinnütziger und privater Leistungserbringer gleichberechtigt zu. Eine gesetzliche Vorrangstellung privater Leistungserbringer gibt es – anders als in anderen Sozialleistungsbereichen (vgl. § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) - ebenso wenig wie umgekehrt einen Vorrang öffentlicher Trägerschaft.

Für die Entscheidung zwischen verschiedenen rechtlichen Formen der Leistungserbringung ist daher zunächst entscheidend, wie die leistungsrechtlichen Vorgaben am Besten erfüllt werden können. Diese werden vor allem in der Frage zusammengefasst, wie der Rehabilitationsträger die Leistung wirksamer und wirtschaftlicher erbringen kann (§ 17 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Diese Kriterien leiten die Entscheidung zwischen den Leistungserbringungsformen nach § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und der Leistungserbringung durch Budget.

Bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsdiensten und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt die Auswahl danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt (§ 19 Abs. 4 Satz 1 1. Halbsatz SGB IX).

§ 4 Abs. 2 S. 1 SGB IX gibt sowohl für das Leistungsrecht als auch für das Leistungserbringungsrecht verbindlich vor, dass alle Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der in §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele erbracht werden müssen². Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen können grundsätzlich nur dann im Sinne des SGB IX für die Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet sein, wenn die von ihnen nachgewiesene Struktur- und Prozessqualität erwarten lässt, dass sie im Einzelfall die Rehabilitationsziele nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX erreichen und die Leistung bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirksam erbringen können. Leistungen, die zur Erreichung dieser Ziele nicht geeignet sind, dürfen folglich durch die Rehabilitationsträger weder gewährt noch erbracht werden; Rehabilitationsdienste und –einrichtun-

² BT-Drucks. 14/5800, S. 25.

gen, die in diesem Sinne nicht geeignet sind, dürfen zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe durch die Rehabilitationsträger nicht in Anspruch genommen werden.

Im unbestimmten Rechtsbegriff der besten Eignung werden die zuvor genannten Kriterien der berechtigten Wünsche, individuellen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zusammengefasst. Diese Regelung steht im Kontext der Verantwortung der Rehabilitationsträger dafür, dass die fachlich und regional erforderlichen Dienste und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die Inanspruchnahmeentscheidungen auch für freie und gemeinnützige Träger sollen deren Bedeutung achten, Vielfalt, Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit der Träger von Diensten und Einrichtungen beachten (§ 19 Abs. 4 Satz 1 2. Halbsatz SGB IX). Damit wird deutlich, dass die Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Infrastruktur der Leistungen zur Teilhabe sich gerade in vielfältigen und den Kriterien nach gleichmäßigen Entscheidungen zur Inanspruchnahme erfüllt.

Für eine Auswahl von Diensten und Einrichtungen nach anderen Kriterien als dem der Geeignetheit bietet § 19 SGB IX gerade keine rechtliche Grundlage. Den privaten und freien Diensten und Einrichtungen steht der Anspruch auf Achtung ihrer Berufsfreiheit und Gleichbehandlung durch die Rehabilitationsträger zur Seite. Diese grundrechtlichen Positionen würden eine besondere gesetzliche Grundlage dafür erfordern, Dienste und Einrichtungen nach anderen Kriterien als denen der Geeignetheit selektiv auszuwählen. Während eine Auswahl nach Geeignetheitskriterien des SGB IX sich als subjektive Regelung der Berufsausübung darstellt, die durch das hohe Gut einer bedarfsgerechten Versorgung mit Leistungen zur Teilhabe zu rechtfertigen ist, würde eine Auswahl nach einem vermuteten Höchstbedarf oder zur Verknappung des Angebots einer objektiven Berufszugangsregelung gleichkommen. Für eine solche Regelung ist im Bereich der Leistungen zur Teilhabe weder eine gesetzliche Grundlage noch eine verfassungsrechtlich haltbare Rechtfertigung erkennbar. Anders als im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist eine Überversorgung nicht bekannt. Zudem sorgt die Letztverantwortung der Rehabilitationsträger für Leistungsentscheidungen und Leistungsinhalte (§ 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) dafür, dass eine angebotsinduzierte Nachfrage durch die Rehabilitationsträger wirksam begrenzt

werden kann. Dieses Ergebnis wird bestätigt durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Rechtsbegriff der bedarfsgerechten Versorgung nach § 111 Abs. 2 Nr. 2 SGB V. Auch diese Regelung ist nicht im Sinne einer objektiv begrenzenden Bedarfszulassung, sondern nur im Sinne einer subjektiven Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit von Angeboten im Sinne ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu verstehen.

Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot kann nicht begründen, dass Rehabilitationsträger geeignete Leistungserbringer grundsätzlich nicht in die Auswahl einzubeziehen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bedeutet, dass Leistungsansprüche effektiv und effizient zu erfüllen sind, es kann sie nicht schmälern. Da das Leistungsrecht möglichst weitgehende Selbstbestimmung bei der Auswahl des Leistungserbringers beinhaltet (§ 9 Abs. 1 SGB IX), kann diese nicht über das nötige Maß hinaus durch das Wirtschaftlichkeitsgebot eingeschränkt werden. Die Wirtschaftlichkeit ist daher auf den einzelnen Leistungsfall zu beziehen und nicht auf (mögliche) Kostenvorteile, die durch eine Vorauswahl unter den geeigneten Leistungserbringern entstehen könnten. Solche Vorteile wären ohnehin fragwürdig, da eine Begrenzung unter den geeigneten Leistungserbringern auch deren Wettbewerb um wirtschaftliche Angebote beschränken würde. Zudem sind Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit insbesondere durch angemessene Vergütungssätze definiert (§§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX). Dies zeigt, dass die Vergütung den anhand der gesetzlichen Vorgaben erbrachten Leistungen angemessen sein muss. Wirtschaftlichkeit bedeutet nicht absolut „am billigsten“, sondern kann nur in einem Vergleich unter möglichst vielen Anbietern geeigneter Leistungen ermittelt werden. Damit wird wiederum deutlich, dass es für die Bestimmung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gemeinsamer Kriterien der Rehabilitationsträger bedarf, da sonst keine hinreichenden Maßstäbe für angemessene Vergütungssätze zu finden sind.

V. Das Vertragsrecht nach § 21 SGB IX

In § 21 Abs. 1 SGB IX ist vorausgesetzt, dass die Rechtsbeziehungen der Rehabilitationsträger zu Diensten und Einrichtungen, die nicht in ihrer eigenen Trägerschaft stehen, durch Vertrag geregelt werden. Für diese Verträge werden bestimmte gesetzliche Mindestanforderungen beschrieben. Da das SGB IX an dieser Stelle keine expliziten Regelungen dazu enthält, mit welchen Einrichtungen Verträge zu schließen sind, besteht bis heute in Literatur und Praxis das Missverständnis, den Rehabili-

tationsträgern sei der Abschluss von Verträgen freigestellt und das Leistungserbringungsrecht des SGB IX regele nur die Rechtsverhältnisse derjenigen **Dienste** und Einrichtungen, mit denen – aus welchen Gründen auch immer – Verträge bestehen. Ein solches Verständnis setzt Vertragsfreiheit der Rehabilitationsträger voraus, über die diese als öffentlich-rechtliche Körperschaften und Behörden gerade nicht verfügen. Ein Grund für das Missverständnis mag sein, dass nicht hinreichend zwischen dem Schluss eines Versorgungsvertrages und der Inanspruchnahme („Belegung“) differenziert wird. Während das System des SGB IX den Schluss eines Versorgungsvertrages mit allen geeigneten Diensten und Einrichtungen voraussetzt und dem eine Rechtsposition der Leistungserbringer entspricht, gibt es keinen Anspruch auf Inanspruchnahme im Einzelfall, denn über diese ist stets aufs neue nach Maßgabe des individuellen Leistungsanspruchs zu entscheiden. Es kann also sein, dass eine Einrichtung als geeignet erkannt wird, aber trotz Versorgungsvertrags nie in Anspruch genommen wird. Dass aber eine geeignete Einrichtung gar nicht in die Auswahl nach § 19 Abs. 4 SGB IX einbezogen wird, ist durch das Gesetz nicht gedeckt. Dieses Ergebnis wird gestützt durch § 21 Abs. 3 SGB IX, wonach Verträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten oder Einrichtungen gekündigt werden. Der Umkehrschluss liegt nahe: Mit fachlich geeigneten Diensten oder Einrichtungen werden Verträge geschlossen.

Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet darauf hinzuwirken, dass Verträge nach einheitlichen Grundsätzen geschlossen werden (§ 21 Abs. 2 1. Halbsatz SGB IX). Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Ziel des Gesetzes, Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen zu gewährleisten. Als Instrumente sind gemeinsame Empfehlungen und Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Dienste und Einrichtungen benannt (§ 21 Abs. 2 2. Halbsatz SGB IX).

Arbeitsgemeinschaften bestehen aus Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen gleicher Aufgabenstellung (§ 19 Abs. 6 SGB IX). Sie können sich damit an den Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) orientieren. Die Zusammensetzung ihrer Mitglieder kann nach der Aufgabenstellung variieren. Während es für die Qualitätssicherung (vgl. § 20 Abs. 3 SGB IX) zweckmäßig sein kann, auch die eigenen Einrichtungen der Rehabilitationsträger einzubeziehen, kommt es für kollektive Vereinbarungen wie die Rahmenverträge darauf an, dass die entsprechenden Interessen angemessen repräsentiert sind. Arbeitsgemeinschaften in diesem Sinne können auch durch die für die Wahrnehmung der Spitzenverbände der ambulanten und stationären Rehabilitati-

onseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände gebildet werden. Dass der Gesetzgeber sie nicht als Vertragspartner der Rahmenverträge bestimmt hat, mag daran liegen, dass konkurrierende und insofern nicht repräsentative Rahmenverträge vermieden werden sollten.

Aus der Nennung von gemeinsamen Empfehlungen und Rahmenverträgen in § 21 Abs. 2 SGB IX ergibt sich kein freies Wahlrecht der Rehabilitationsträger zwischen beiden Instrumenten. Vielmehr dienen beide unterschiedlichen Zwecken. Durch gemeinsame Empfehlungen kann eine gemeinsame Position der Rehabilitationsträger in Bezug auf zentrale Vertragsinhalte sichergestellt werden. Rahmenverträge können erst die privaten und freien Leistungserbringer in Bezug auf wesentliche Vertragsinhalte binden und so dieser Position zur Durchsetzung verhelfen. Das Ermessen in § 21 Abs. 2 SGB IX ist insofern gebunden, als die Rehabilitationsträger und Arbeitsgemeinschaften die Möglichkeit zu einem Vertragsabschluss zu suchen haben. Da ein verbindliches Schiedsverfahren nicht vorgesehen ist, können jedoch Rahmenverträge nicht durchgesetzt werden. Möglich ist aber die gerichtliche Feststellung, dass eine Pflicht zum Abschluss von Rahmenverträgen besteht, und ein entsprechendes Tätigwerden der Aufsichtsbehörden. Die Rahmenverträge sind nicht kraft Gesetzes verbindlich, sondern sie müssen von den vertragsschließenden Parteien für ihre Mitglieder oder durch Bezugnahme im Einzelvertrag mit Verbindlichkeit ausgestattet werden.

Gerade die zentral vorgegebenen Inhalte von Rahmen- und Einzelverträgen, nämlich die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste (§ 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und die Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen (§ 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX), zeigen, dass wesentliche Teile der Konkretisierung notwendiger Leistungen zur Teilhabe nur kooperativ erfolgen können. Qualitätssicherung benötigt Vorgaben der Rehabilitationsträger, zugleich aber auch eigene Verantwortung der Dienste und Einrichtungen in einem effektiven Qualitätsmanagement (§ 20 Abs. 1 SGB IX), bei dem die Qualität der Leistungen ständig verbessert wird (Vgl. § 135a SGB V). Sie kann nur kooperativ durchgesetzt und weiterentwickelt werden. Ebenso können Vergütungsgrundsätze der Rehabilitationsträger nur relevant werden, wenn sie geeignet sind, den vertraglichen Beziehungen mit den Diensten und Einrichtungen insgesamt zu Grunde gelegt zu werden und in diesem Rahmen auch akzeptiert werden. Der Gesetzgeber hat hier kein System freier Marktpreise, sondern einen so-

zialrechtlich regulierten Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgesehen, der in einen kollektiven Ordnungsrahmen zu stellen ist.

Der Wettbewerb im Bereich der Rehabilitation ist auf einen Kreativ- und Qualitätswettbewerb um die beste Geeignetheit im Sinne von § 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 und § 19 Abs. 4 S. 1 SGB IX gerichtet³. So sprechen die Normen im 2. Kapitel, Ausführung von Leistungen zur Teilhabe, in §§ 17, 19 und 21 SGB IX deutlich gegen einen freien Markt, auf dem sich Rehabilitationsträger und Leistungserbringer gleichwertig begegnen. Diese Regelungen zeigen, dass der Gesetzgeber von einer im Grundsatz vorhandenen und schützenswerten Struktur der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen ausgeht⁴. Gegen einen freien unregulierten Markt spricht, dass der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern auferlegt, für ausreichende geeignete Dienste und Einrichtungen zu sorgen (§ 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX) und gegenüber den Diensten und Einrichtungen ein in Form von Empfehlungen oder Rahmenverträgen abgestimmtes Verhalten an den Tag zu legen (§ 21 Abs. 2 SGB IX). Hinzu kommt, dass die Rehabilitationsträger als Nachfrager von ganz bestimmten Leistungen keinem wirklichen Wettbewerb ausgesetzt sind; sie nehmen eine quasi marktbeherrschende Stellung im Sinne von § 19 GWB ein⁵. Dies ist dem Gesetzgeber auch bewusst, er sieht die Rehabilitationsträger in einer Monopol- oder zumindest Oligopolstellung⁶. Die Rehabilitationsträger und die Leistungserbringer stehen sich daher nicht in einem freien Markt gegenüber, sondern in einem sozialrechtlich regulierten Verhältnis.

VI. Gelten Wettbewerbs- und Vergaberecht?

VII. Schluss

³ Heine, Eine gute Leistung erfordert einen fairen Preis, in: Qualität ist, wenn... Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., S. 156 (162 ff.).

⁴ Kunze/Kreikebohm, SGB 2006, S. 284 (286).

⁵ Kunze/Kreikebohm, SGB 2006, S. 284 (286).

⁶ Vgl. Bericht des BMGS zur Berichts-anforderung des Rechnungsprüfungsausschusses aus der 19. Sitzung vom 2. April 2004 unter TOP 10 b, „Zuwendungen an Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke ohne Förderbedarf (BT-Drucks. 15/2020 Nr. 59)“.