

L 4 KR 324/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 4358/97
Datum
17.02.2000
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 324/03
Datum
27.06.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Keine Bedarfsprüfung einen Antrag mit Reha - Einrichtungen

Die Berufung der Beklagten zu 1) wird mit der Klarstellung zurückgewiesen, dass die Beklagten verpflichtet sind, das Angebot der Klägerin auf Abschluss des Versorgungsvertrags anzunehmen. Die Beklagten zu 1) bis 4) haben der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens als Gesamtschuldner zu erstatten.

Im Übrigen sind außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagten verpflichtet sind, das Angebot der Klägerin zum Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 111 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) anzunehmen.

Die Klägerin, eine Stiftung bürgerlichen Rechts, betreibt in Baden-Württemberg an drei Standorten u.a. in Reutlingen Einrichtungen der Jugend-, Behinderten- und Altenhilfe sowie der Sozialpsychiatrie. Im Bereich Reutlingen gehören zu dem von ihr betriebenen psychiatrischen Versorgungsnetz u.a. ein psychiatrisches Krankenhaus, ein psychiatrisches Fachpflegeheim, ein sozialpsychiatrischer Dienst, ein sozialpsychiatrischer Wohnverbund mit stationären Wohngruppen sowie betreute Wohngemeinschaften. Die Klägerin deckt im Raum Reutlingen damit einen Großteil der stationären und komplementären psychiatrischen Versorgung ab. Hinsichtlich ihrer Einrichtungen verfügt die Klägerin über Versorgungsverträge mit den zuständigen Kostenträgern.

Auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung wurde auf Bundesebene von den Kranken- und Rentenversicherungsträgern sowie der Bundesanstalt für Arbeit (BA) in der "Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte" (Empfehlungsvereinbarung RPK) vom 17. November 1986 beschlossen, zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und der Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft im Zusammenwirken der Kostenträger in einer vierjährigen Erprobungsphase stationäre medizinische und berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) in integrierten Rehabilitationseinrichtungen zu gewährleisten. Für die Umsetzung des Erprobungsmodells wurde in Baden-Württemberg mit Wirkung ab 01. September 1989 das Reha-Zentrum Haus C. in A. mit 50 Plätzen ausgewählt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erklärte die RPK-Erprobungsphase zum 31. Dezember 1993 mit dem Ergebnis für beendet, dass das Modell der integrierten RPK-Einrichtungen sich als rehabilitatives Versorgungsangebot für psychisch Kranke und Behinderte bewährt habe.

In einem am 11. April 1994 zwischen den Landeswohlfahrtsverbänden in Baden-Württemberg, den Kostenträgern für medizinische und berufliche Rehabilitation (Landesversicherungsanstalt [LVA] Baden-Württemberg, Landesarbeitsamt Baden-Württemberg [LAA], Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen) und der damals zuständigen Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg geführten Gespräch wurde vereinbart, langfristig einen Gesamtausbau auf 200 derartiger RPK-Plätze in Baden-Württemberg zu unterstützen. In einer ersten Ausbauphase sollten an fünf Standorten Übergangseinrichtungen mit jeweils zehn Plätzen errichtet werden. Die 50 Plätze im Reha-Zentrum Haus C. sollten als Bestandteil der künftig auszubauenden Versorgungsstruktur bestehen bleiben. Mit gemeinsamem Schreiben vom 25. August 1994 baten die Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger sowie das LAA die Träger der in Betracht kommenden Einrichtungen, sich unter Vorlage eines ausgefüllten RPK-Strukturerhebungsbogens nebst therapeutischer Konzeption und des Formulars für die RPK-Preiskalkulation um die Anerkennung als RPK-Einrichtung in Baden-

Württemberg zu bewerben. Mit Schreiben vom 30. September 1994 bewarb sich auch die Klägerin um eine entsprechende Anerkennung, wobei aus den 127 Plätzen des Sozialpsychiatrischen Wohnverbundes zehn Rehabilitationsplätze geschaffen werden sollten. Unter den insgesamt 18 antragstellenden Einrichtungen wurden unter Beteiligung aller Kosten-träger fünf Einrichtungen in Mannheim, Ulm, Stuttgart, Ravensburg und Heilbronn ausgewählt und mit je zehn Plätzen als RPK-Einrichtung anerkannt. Zwischen den Trägern dieser Einrichtungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen wurden Versorgungsverträge über RPK nach [§ 111 Abs. 2 SGB V](#) abgeschlossen.

Mit gemeinsamem Schreiben vom 16. Mai 1995 teilten die Krankenversicherungs- und Renten-versicherungsträger sowie das LAA der Klägerin mit, es sei nicht möglich gewesen, ihre Bewerbung auf Anerkennung als RPK-Einrichtung zu berücksichtigen. In der Folgezeit erhob die Klägerin deshalb beim Sozialgericht (SG) Stuttgart Klage (S Kr 2719/96); dieses Verfahren ruht aufgrund Beschluss vom 06. Februar 1998.

Mit Schreiben vom 17. Februar 1997 beantragte die Klägerin nunmehr bei den Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 111 Abs. 2 SGB V](#) für den in Reutlingen betriebenen Sozialpsychiatrischen Wohnverbund. Mit Bescheid vom 30. April 1997 lehnten die Beklagten diesen Antrag unter Hinweis auf die Empfehlungsvereinbarung RPK im Wesentlichen mit der Begründung ab, die isolierte Zulassung nach [§ 111 SGB V](#) sei mit den Grundsätzen und der Zielsetzung der RPK-Konzeption nicht vereinbar. Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 02. September 1997 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, der angestrebte Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) beinhalte lediglich medizinische Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Rehabilitation, weshalb der isolierte Abschluss solcher Verträge mit den kostenträgerübergreifenden Inhalten der RPK-Konzeption nicht vereinbar sei. Im Kontext der Zielsetzung der RPK sei der Antrag nach wie vor nicht zulässig. Er zielt inhaltlich nach wie vor auf die Bereitstellung von Versorgungskapazitäten für die RPK in den Einrichtungen ab. Ziel der Maßnahmen der RPK sei die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, so dass die Aufgabenstellung primär in den Zuständigkeitsbereichen der Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung liege. Eine Antragstellung nach [§ 111 SGB V](#), die nur segmenthaft für die Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung greife, widerspreche somit den übergreifenden Inhalten des RPK-Therapiekonzeptes und dessen Zielsetzungen und gehe deshalb ins Leere. Durch den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den einzelnen ausgewählten RPK-Einrichtungen sei lediglich die gesetzlich geforderte Grundlage für die Mitwirkung der Krankenversicherung in Form der Erbringung integrierter medizinischer Rehabilitationsleistungen für einen Teilbereich des Versorgungsangebotes RPK geschaffen worden. Dies sei erst als Folge der gemeinsamen Beschlussfassung und entsprechenden Anerkennung der jeweiligen RPK-Einrichtung durch alle beteiligten Kostenträger geschehen. Auf Abschluss eines Versorgungsvertrags gemäß [§ 111 SGB V](#) bestehe kein Anspruch. Zudem werde die in Frage stehende medizinische Rehabilitation bereits in den vorhandenen psychiatrischen Landeskrankenhäusern erbracht. Unter Federführung des Sozialministeriums Baden-Württemberg hätten die Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen mit den Rentenversicherungsträgern und der Arbeitsverwaltung die Umsetzung des RPK-Konzepts in Baden-Württemberg durch die Errichtung von 100 Plätzen beschlossen. Die bisherige Belegung der anerkannten RPK-Einrichtungen habe gezeigt, dass die vorhandenen Plätze für den speziellen Bedarf zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben ausreichen bzw. die gestellten Erwartungen nicht in vollem Umfang erfüllt worden seien. Aus diesen Gründen werde ein weiterer Ausbau in Richtung der ursprünglich in Aussicht genommenen 200 Plätze nicht realisiert werden. Die an der RPK-Konzeption beteiligten Sozialversicherungsträger lehnten eine weitere Ausdehnung aus Bedarfsgründen ab. Vor dem Hintergrund der insgesamt stark rückläufigen Inanspruchnahme von Leistungen im rehabilitativen Sektor sei ein Ausbau zusätzlicher stationärer Kapazitäten allgemein nicht bedarfsgerecht; ein spezieller Bedarf für die RPK über die vorhandenen Kapazitäten sei ebenfalls auszuschließen.

Hiergegen wandte sich die Klägerin mit ihrer am 11. September 1997 beim SG Stuttgart erhobenen Klage. Sie machte im Wesentlichen geltend, bei der geplanten Einrichtung handle es sich um eine solche im Sinne des [§ 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB V](#). Diese Regelung sehe nicht vor, dass die durchzuführenden Maßnahmen auch der Vorbereitung einer beruflichen Rehabilitation dienen sollen. Die von ihr vorgesehenen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation fielen als Bestandteil der Krankenversicherung in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit dem Hinweis auf die RPK-Konzeption könne keine zusätzliche Bedingung für die Anerkennung als medizinische Rehabilitationsleistung geschaffen werden. Sie begehe auch nicht die Anerkennung als RPK-Einrichtung, sondern die Zulassung als Versorgungseinrichtung nach [§ 111 SGB V](#). Daher sei auch der Einwand der Beklagten, der von ihr angebotene Versorgungsvertrag beinhalte lediglich medizinische Leistungen der GKV zur Rehabilitation, nicht nachvollziehbar. Ihr Antrag erfasse daher nicht nur segmenthaft, sondern zentral und unmittelbar die von den Krankenkassen nach [§ 40 SGB V](#) zu erbringenden Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Der Hinweis der Beklagten, wonach die baden-württembergische RPK-Konzeption, lediglich die Errichtung von 100 Plätzen vorsehe, zielt auf eine Bedarfskontingentierung, die nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. November 1997 ([3 RK 1/97 = SozR 3-2500 § 111 Nr. 1](#)) nicht zulässig sei. Die Beklagten traten der Klage entgegen. Die federführend vortragende Beklagte zu 1) machte im Wesentlichen geltend, für die medizinischen Leistungen der GKV in der Rehabilitation psychisch Kranker sei kein Bedarf ersichtlich. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen würden durch die Zentren für Psychiatrie (ZfP) und die psychiatrischen Akuteinrichtungen abgedeckt. In den Krankenhausplänen sei ein darüber hinausgehender Mehrbedarf nicht ausgewiesen ... Medizinische Rehabilitation werde in bereits vorhandenen Einrichtungen nach [§ 111 SGB V](#) durchgeführt. Unabhängig hiervon sei die Sonderproblematik des RPK-Konzepts, nach dem die Einbindung der Kostenträger zur beruflichen Rehabilitation zwingend sei. Insoweit sei nicht ersichtlich, dass die getroffene Auswahlentscheidung gegen [Art. 12 des Grundgesetzes \(GG\)](#) verstoße. Auch nach Auffassung des BSG sei eine Bedarfskontingentierung nicht ausgeschlossen, nachdem eine Beurteilung des gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfs verlangt werde. Die Entscheidung, die Kapazität auf 100 Plätze zu begrenzen, habe sich als richtig erwiesen, nachdem in der Vergangenheit keine nennenswerten Wartezeiten aufgetreten seien. Bei der geplanten Einrichtung handle es sich im Übrigen auch nicht um eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne des [§ 107 Abs. 2 SGB V](#). Diese könne nämlich das nach dem RPK-Konzept erweiterte Ziel, den Rehabilitanden im Rahmen der medizinischen Maßnahme auf die berufliche Rehabilitation und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben vorzubereiten, nicht erreichen, nachdem sie nur eine medizinische Rehabilitation anbiete. Mit dem vom Kläger erstrebten Versorgungsvertrag wäre lediglich ein Teilsegment der RPK-Konzeption abgedeckt. Das SG verpflichtete die Beklagten mit Urteil vom 17. Februar 2000 unter Aufhebung des Bescheids vom 30. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. September 1997, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für psychisch Erkrankte für zehn Betten im Sozialpsychiatrischen Wohnverbund in Reutlingen abzuschließen. Auf die Entscheidungsgründe des der Beklagten zu 1) am 03. März 2000 gegen Empfangsbekanntnis zugestellten Urteils wird Bezug genommen.

Hiergegen hat die Beklagte zu 1) am 27. März 2000 schriftlich beim Landessozialgericht (LSG) Berufung (L 4 KR 1189/00) eingelegt und zunächst geltend gemacht, sie sei auf der Grundlage des zusammen mit dem Antrag auf Anerkennung als RPK-Einrichtung vorgelegten

Behandlungs- und Therapiekonzepts bisher zutreffend davon ausgegangen, dass die geplante Einrichtung keine Rehabilitationseinrichtung im Sinne des [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) sei. Soweit die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem SG geltend gemacht habe, sie begehre allgemein und unabhängig von der RPK-Konzeption den Abschluss eines Versorgungsvertrags, sei der bisherigen Argumentation die Grundlage entzogen. Da bisher kein Konzept zur Leistungserbringung vorgelegt und keine Qualitätskontrolle durchgeführt worden sei, könne eine diesbezügliche Entscheidung erst nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) getroffen werden. Um Übrigen sei die Entscheidung des SG insoweit nicht nachvollziehbar, als im Hinblick auf das Urteil des BSG vom 19. November 1997 ([aaO](#)) keine Bedarfsprüfung durchzuführen sei. Eine solche Aussage enthalte die Entscheidung nicht. Nach Einreichung des ausgefüllten Strukturhebungsbogens durch die Klägerin, Durchführung einer Hausbegehung und Vorlage des Gutachtens der Leitenden Medizinaldirektorin Dr. H., Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Sozialmedizin, und des Dr. M., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, und Dipl.-Psychologe, vom MDK, vom 10. Dezember 2001 macht sie weiter geltend, in der Einrichtung sei die Konzeption auf die Patientengruppe der RPK ausgerichtet. Mithin handle es sich um medizinische Rehabilitation im Sinne der Empfehlungsvereinbarung RPK. Für die Patientengruppe, die im Rahmen der RPK behandelt werde, sei eine Erfolgsprognose zur beruflichen Wiedereingliederung bei Therapiebeginn erforderlich. Wenn in der Einrichtung jedoch lediglich eine rein medizinische Rehabilitation durchgeführt werde, könne das Endziel der beruflichen Wiedereingliederung in der Einrichtung nicht gewährleistet werden, da die Durchführung weiterer Maßnahmen, die in die Kosten-trägerschaft der Rentenversicherungsträger oder der BA fielen, dort gerade nicht ohne Weiteres gewährleistet sei. Mithin sei das angestrebte integrierte Konzept im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung RPK nicht zu erreichen. Für den betroffenen Personenkreis ergäbe sich aufgrund des Abschlusses eines Versorgungsvertrags gemäß [§ 111 SGB V](#) mit der Einrichtung des Klägers keine ausreichende Versorgung. Es müsse auch [§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) berücksichtigt werden, wonach bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen sei, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Bislang zugelassene RPK-Einrichtungen gewährleisteten im Anschluss an die medizinische Rehabilitation ohne weiteres Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Die Einrichtung des Klägers biete keine Gewähr hinsichtlich des Ziels der Wiedereingliederung in das Berufsleben. Mithin scheide bereits nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip ein Vertragsabschluss aus. Es wäre widersinnig, einen Versorgungsvertrag in dem Wissen abzuschließen, dass mit der angebotenen Behandlung dem Leistungsanspruch des Versicherten nicht nachgekommen werde. Zudem habe der Kläger zehn Rehabilitationsplätze beantragt, zuletzt aber angegeben, es bestehe ein Bedarf für ein bis zwei Fälle pro Jahr. Bei dieser Kalkulation sei es für die Beklagten nicht nachvollziehbar, dass damit eine Struktur vorgehalten werden könne, die auf einer wirtschaftlichen Grundlage basiere. Soweit das BSG in dem nunmehr vorliegenden Urteil vom 23. Juli 2002 ([B 3 KR 63/01 R = SozR 3-2500 § 111 Nr. 3](#)) das Tatbestandsmerkmal "bedarfsgerecht" in [§ 111 SGB V](#) im Hinblick auf [Art. 12 GG](#) restriktiv ausgelegt habe, ergebe sich gleichwohl keine andere Beurteilung, da der bisher verneinte Bedarf nur ein Aspekt der zu beurteilenden Problematik darstelle. Vorrangig gehe es um die Zuordnung der Konzeption der geplanten Einrichtung. Da es sich nach dem Gutachten des MDK um ein Leistungsangebot analog der RPK handle, sei die RPK-Empfehlungsvereinbarung mit zu berücksichtigen. Mit der alleinigen Wahrnehmung medizinischer Rehabilitation seien die entsprechenden Ziele jedoch nicht zu erreichen.

Die Beklagten zu 1) bis 4) beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. Februar 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin trägt vor, es gehe ihr in der Reha-Einrichtung zentral und unmittelbar um die Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach [§ 40 SGB V](#). Die RPK-Konzeption begrenze nicht den Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 111 SGB V](#), zumal diese auf der Empfehlungsvereinbarung RPK basierende Konzeption von vornherein nur psychisch Kranke betreffe, bei denen eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben überhaupt in Betracht komme. Eine Bedarfsprüfung, wie sie Beklagten vorgenommen hätten, scheide nach der Rechtsprechung des BSG im Rahmen des [§ 111 SGB V](#) aus. Dies habe das BSG zuletzt im vorgelegten Urteil vom 23. Juli 2002, ([aaO](#)), bestätigt. Die Einrichtung sei auch leistungsfähig und erfülle das Kriterium der Wirtschaftlichkeit. Dies werde durch das von den Beklagten vorgelegte MDK-Gutachten bestätigt. Unzutreffend sei, dass in ihrer Einrichtung lediglich ein bis zwei Patienten pro Jahr behandelt würden. Bezüglich der Vergütungssätze sei zu berücksichtigen, dass diese nach [§ 111 Abs. 5 SGB V](#) gesondert verhandelt und vereinbart würden. Die Höhe der Vergütungen sei nicht Teil der Zulassungsentscheidung der Krankenkassen, wie das BSG entschieden habe. Sie lege die Urteile des SG Dresden vom 04. Mai 2000 ([S 16 KR 131/96](#)) sowie des LSG Niedersachsen vom 28. Juni 2001 ([L 4 KR 210/98](#)) vor.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Akte L 4 KR 1189/00, der beigezogenen Akte S 10 Kr 2719/96 sowie der Akten bei der Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten zu 1) ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat den Bescheid der Beklagten vom 30. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. September 1997 zu Recht aufgehoben und zutreffend entschieden, dass dem Antrag der Klägerin auf Zulassung von zehn Betten im sozialpsychiatrischen Wohnverbund in Reutlingen zur rehabilitativen Versorgung der Versicherten der Beklagten durch Abschluss eines Versorgungsvertrags gemäß [§ 111 SGB V](#) stattzugeben war. Denn die angefochtene Entscheidung der Beklagten ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Lediglich klarstellend war die Beklagte im Hinblick auf die vollstreckungsrechtliche Regelung des § 894 der Zivilprozessordnung (ZPO) zu verpflichten, das Angebot der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrags anzunehmen. Denn nach der genannten Vorschrift gilt im Falle der Verurteilung des Schuldners zur Abgabe einer Willenserklärung (hier: Annahme eines Vertragsangebots) die Erklärung als abgegeben, sobald das Urteil Rechtskraft erlangt hat.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass einer Entscheidung des SG nicht entgegen stand, dass die Beklagten - wie im Berufungsverfahren

vorgetragen - zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Entscheidung noch davon ausgegangen sind, dass die Klägerin den Abschluss eines Versorgungsvertrages als RPK-Einrichtung nach der baden-württembergischen Konzeption entsprechend der Empfehlungsvereinbarung RPK begehrt hat, nicht aber ganz allgemein als Einrichtung zur Gewährung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation für psychisch Erkrankte. Denn selbst unter dem Gesichtspunkt, dass sich die Begründung der ablehnenden Entscheidung im Wesentlichen mit der Zielsetzung des baden-württembergischen RPK-Konzepts auf der Grundlage der Empfehlungsvereinbarung RPK auseinandersetzt, haben die Beklagten mit ihrer Entscheidung gleichwohl umfassend über das Begehren der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrags gemäß [§ 111 SGB V](#) entschieden und diesen Antrag generell abgelehnt. Eine neuerliche Entscheidung - wie von der Beklagten zu 1) offenbar zunächst für erforderlich erachtet - brauchte insoweit daher nicht zu ergehen.

Das SG hat zutreffend entschieden, dass die geplante Einrichtung der Klägerin die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags zur Erbringung stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen erfüllt und daher Anspruch auf Abschluss eines entsprechenden Versorgungsvertrags hat.

Gemäß [§ 111 Abs. 1 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen medizinische Leistungen zur Vorsorge ([§ 23 Abs. 4 SGB V](#)) oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung ([§ 40 SGB V](#)), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Abs. 2 besteht. Nach Abs. 2 Satz 1 dieser Regelung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Abs. 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die die Anforderungen des [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) erfüllen (Nr. 1) und für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedschaften mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind (Nr. 2).

Diesen Anforderungen trägt die von der Klägerin geplante Einrichtung Rechnung. Sie erfüllt im Sinne der Nr. 1 dieser Regelung insbesondere die Anforderungen des [§ 107 Abs. 2 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des SGB V Einrichtungen, die - der stationären Behandlung der Patienten dienen, 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 entgegen zu wirken (Vorsorge) oder (Nr. 1 Buchst. a) 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 (Nr. 1 Buchst. b), - 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 (Nr. 2), - und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können (Nr. 3).

Auf der Grundlage des Gutachtens der Dr. H. und des Dr. M. vom MDK, an dessen Richtigkeit der Senat aufgrund der dargelegten Konzeption keine Zweifel hat, steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Patienten der Klägerin in der geplanten Einrichtung fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung sowie unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch die Anwendung von Heilmitteln behandelt werden. Da sie in der Einrichtung auch untergebracht und gepflegt werden können, entspricht die Einrichtung den Anforderungen des [§ 111 Abs. 2 Nr. 1](#) i.V.m. [§ 107 Abs. 2 SGB V](#).

Auch die weiteren Voraussetzungen des [§ 111 SGB V](#), nämlich die des Abs. 2 Nr. 2, sind erfüllt. Die Einrichtung ist insbesondere bedarfsgerecht im Sinne dieser Regelung. In seiner Entscheidung vom 23. Juli 2002 hat das BSG (aaO) ausgeführt, dass eine Rehabilitationseinrichtung im Sinne des [§ 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) jedenfalls dann bedarfsgerecht ist, wenn sie einer Nachfrage gerecht wird, die bislang noch nicht anderweitig gedeckt wird. Damit beschreibt die Formulierung "für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig" nicht die Unverzichtbarkeit der einzelnen antragstellenden Einrichtung, sondern verdeutlicht nur den gesetzlichen Auftrag der Kassenverbände, im Rahmen ihrer Planungshoheit und Strukturverantwortung zumindest so viele Versorgungsverträge abzuschließen, wie für eine flächendeckende Mindestausstattung eines Bundeslandes mit stationären Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind. Der Begriff "bedarfsgerecht" ist im Rahmen der Zulassung von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anders als bei der Krankenhausbehandlung verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass die Krankenkassen nach Sinn und Zweck des [§ 111 Abs. 2 SGB V](#) lediglich für die erforderliche Mindestausstattung der betroffenen Region mit stationären Rehabilitationseinrichtungen zu sorgen haben. Dagegen haben die Kassenverbände nicht die Aufgabe und das Recht, Obergrenzen bei der flächendeckenden Versorgung mit derartigen Einrichtungen festzulegen. [§ 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gebietet im Rehabilitationsbereich den Abschluss von Versorgungsverträgen mit allen zur Mindestversorgung notwendigen Einrichtungen, ohne zugleich den Abschluss von zu einem Überangebot führenden zusätzlichen Versorgungsverträgen zu untersagen. Nach dieser Auslegung des Begriffs "Bedarfsgerechtigkeit", der der Senat uneingeschränkt folgt, ist kein Raum für die von den Beklagten zur Versagung des Abschlusses eines Versorgungsvertrags mit der Klägerin herangezogene Begründung, ein Bedarf für eine weitere Einrichtung bestehe nicht. Auch die Leistungsfähigkeit der geplanten stationären Rehabilitationseinrichtung ist zu bejahen, da das Behandlungskonzept dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und der Umfang des eingesetzten therapeutischen Personals die erforderliche medizinische Versorgung der Patienten gewährleistet. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten der Dr. H. und des Dr. M. vom 10. Dezember 2001, dessen Richtigkeit auch von den Beklagten nicht in Zweifel gezogen wurde. Dafür, dass die Einrichtung nicht wirtschaftlich im Sinne des [§ 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) wird arbeiten können, liegen keine Anhaltspunkte vor. Diesem Gesichtspunkt kommt im Rahmen des Zulassungsverfahrens auch nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Da die Vergütungssätze zwischen den Vertragsparteien gesondert verhandelt und vereinbart werden, ist die Höhe der Vergütung nicht Teil der Zulassungsentscheidung der Krankenkassen.

Nachdem sämtliche Voraussetzungen des [§ 111 SGB V](#) somit erfüllt sind, sind die Beklagten verpflichtet, den beantragten Versorgungsvertrag mit der Klägerin abzuschließen. Dem bei Erfüllung der Voraussetzungen des [§ 111 SGB V](#) gesetzlich normierte Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags steht weder die Empfehlungsvereinbarung-RPK noch die hieraus entwickelte baden-

württembergische Konzeption für die RPK entgegen. Da dieser Vereinbarung bzw. der entsprechenden Konzeption keine Rechtsnormqualität beizumessen ist, vermögen diese untergesetzlichen Regelungen den gesetzlich verankerten Anspruch der Klägerin nicht einzuschränken. Entsprechend lassen sich hieraus - wovon die Beklagten aber offenbar ausgehen - auch keine über die gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen hinausgehenden Erfordernisse herleiten, die über die Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 111 SGB V](#) hinaus erfüllt sein müssten.

Soweit die Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit der Begründung ablehnen, die Konzeption der Klägerin sehe die Erbringung beruflicher Leistungen zur Rehabilitation nicht vor, ist darauf hinzuweisen, dass auch den gesetzlichen Regelungen des SGB V keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen sind, dass die berufliche Rehabilitation Gegenstand des Leistungsangebots der Krankenkasse ist und daher von einer im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkasse stationäre Rehabilitationsleistungen anbietenden Einrichtung zur Verfügung gestellt werden muss. Weder [§ 40 SGB V](#), der den Leistungsanspruch des Versicherten beschreibt, noch [§ 107 SGB V](#), der die Anforderungen an eine Einrichtung normiert, die für die Gewährung stationärer Leistungen der Rehabilitation für gesetzlich krankenversicherte Personen erfüllt sein müssen, bietet Anhaltspunkte dafür, dass neben der medizinischen Rehabilitation als Ziel der Behandlung auch die berufliche Rehabilitation steht. Entsprechendes lässt sich auch [§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) nicht entnehmen. Soweit diese Regelung den Auftrag enthält, bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, kann hieraus nicht die Erweiterung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation abgeleitet werden. Eine derart weitreichende Ausweitung des Leistungsspektrums der GKV hätte einer ausdrücklichen Erwähnung bedurft, nachdem die angesprochenen Maßnahmen nach dem gegliederten System der Sozialleistungsträger nicht der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern den Trägern der Rentenversicherung bzw. der Arbeitslosenversicherung übertragen sind. Angesichts der Verzahnung dieser Systeme gerade in Grenzbereichen und insbesondere auch im Bereich der RPK mag es durchaus sinnvoll sein, ein integriertes Angebot, bestehend aus medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Doch rechtfertigt dies nicht, Einrichtungen von der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten nur deshalb auszuschließen, weil sie zwar die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Zulassung als Einrichtung der stationären Rehabilitation nach den Vorschriften des Rechts der GKV erfüllen, nicht aber im Rahmen des daneben bestehenden integrativen Behandlungssystems gleichzeitig auch berufliche Rehabilitation anbieten. Ein Ausschluss solcher Einrichtungen hätte nicht zuletzt auch im Hinblick auf [Art. 12 GG](#) einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bedurft. Letztlich können sich die Beklagten zur Stützung ihrer Rechtsauffassung auch nicht auf die Vorschriften der [§§ 11 Abs. 1, 12 Abs. 1, 17 Abs. 1 Nr. 1](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) stützen. Denn die insoweit normierte Verpflichtung der Sozialleistungsträger zur Zusammenarbeit schränkt schon von ihrem Regelungsgehalt her den Anspruch der Klägerin aus [§ 111 SGB V](#) nicht ein.

Da das angefochtene Urteil des SG nach alledem nicht zu beanstanden ist, war die Berufung der Beklagten zu 1) zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 01. Januar 2001 gültig gewesenen Fassung. Nachdem nur die Beklagte zu 1) Berufung eingelegt hat, war nur sie Berufungsklägerin. Im Hinblick auf die notwendige Streitgenossenschaft der Beklagten waren sie jedoch alle zur Antragstellung im Berufungsverfahren befugt. Wegen der Antragstellung auch der Beklagten zu 2) bis 4) sind auch sie als Gesamtschuldner verpflichtet, der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-10-11