

L 11 KR 337/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 04360/97
Datum
17.02.2000
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 337/03
Datum
24.03.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. Februar 2000 wird mit der Klarstellung zurückgewiesen, dass die Beklagten verpflichtet sind, das Angebot des Klägers auf Abschluss eines Versorgungsvertrages anzunehmen.

Die Beklagten haben dem Kläger die außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens als Gesamtschuldner zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der Kläger betreibt in H.-O. das Haus "W.", ein sozialtherapeutisches Wohnheim mit 30 Betten, das sich der sozialen und psychischen Rehabilitation widmet. Im Vordergrund der Behandlung soll die Heilung und Linderung von psychischen Erkrankungen sowie die Verhütung der Verschlimmerung und Linderung der Krankheitsbeschwerden stehen. Von den insgesamt 30 zur Verfügung stehenden Betten sollen 10 Betten als Rehabilitationsplätze geschaffen werden. Mit Schreiben vom 28. Oktober 1994 bewarb sich der Kläger um die Anerkennung als Einrichtung für stationäre medizinische und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation für psychisch Kranke und Behinderte (RPK).

Dem war folgendes vorausgegangen: Auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung wurde auf Bundesebene von den Kranken- und Rentenversicherungsträgern sowie der Bundesanstalt für Arbeit (BA) zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und der Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft schon 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" vom 17. November 1986 (Empfehlungsvereinbarung) beschlossen, im Zusammenwirken der Kostenträger für medizinische und berufliche Rehabilitation in einer vierjährigen Erprobungsphase RPK in entsprechenden integrierten Rehabilitationseinrichtungen zu gewähren. In Baden-Württemberg wurde mit Wirkung ab 01. September 1989 insoweit das Reha-Zentrum Haus Ch. in A.-Sch. mit 50 Plätzen für die Umsetzung des Erprobungsmodells 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 durchgeführten Gespräch zwischen den Landeswohlfahrtsverbänden in Baden-Württemberg, den Kostenträgern für medizinische und berufliche Rehabilitation (damals noch Landesversicherungsanstalt [LVA] Baden und LVA Württemberg, Landesarbeitsamt [LAA] Baden-Württemberg, Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen) und der damals zuständigen Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg wurde vereinbart, langfristig einen Gesamtausbau auf 200 derartiger RPK-Plätze in Baden-Württemberg zu unterstützen. In einer ersten Ausbauphase sollten an bestehende Übergangseinrichtungen an fünf Standorten jeweils zehn Plätze errichtet werden. Die 50 Plätze im Reha-Zentrum Haus Ch. sollten als Bestandteil der künftig auszubauenden Versorgungsstruktur bestehen bleiben.

Mit gemeinsamem Schreiben vom 25. August 1994 baten die Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger sowie das LAA Baden-Württemberg die Träger der in Betracht kommenden Übergangseinrichtungen, sich unter Vorlage eines ausgefüllten RPK-Strukturhebungsbogens neben der Erläuterung des therapeutischen Konzepts und des Formulars für die RPK-Preiskalkulation um die Anerkennung als RPK-Einrichtung in Baden-Württemberg zu bewerben. In diesem Zusammenhang bewarb sich auch der Kläger, der sich schon zuvor um den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 111 Abs. 2 SGB V](#) bemüht hatte, um die Anerkennung als RPK-Einrichtung. In der Reha-Einrichtung sollten zehn RPK-Plätze geschaffen werden. Diesem Antrag waren auch die entsprechenden Unterlagen bezüglich der Reha-Einrichtung beigelegt. Unter insgesamt 18 antragstellenden Einrichtungen wurden unter Beteiligung aller Kostenträger fünf

Übergangseinrichtungen in M., U., St., R. und H. ausgewählt und mit je zehn Plätzen als RPK-Einrichtung anerkannt. Es wurden zwischen den Trägern dieser Einrichtungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen entsprechende Versorgungsverträge über RPK nach [§ 111 Abs. 2 SGB V](#) abgeschlossen. Mit gemeinsamem Schreiben vom 16. Mai 1995 teilten die Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger sowie das LAA Baden-Württemberg hingegen dem Kläger mit, es sei nicht möglich gewesen, seine Bewerbung auf Anerkennung der Reha-Einrichtung als RPK-Einrichtung zu berücksichtigen.

Dagegen erhob der Kläger am 10. Oktober 1996 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG), die unter dem Aktenzeichen S 10 Kr 4549/96 geführt wurde und aufgrund des Beschlusses vom 6. Februar 1998 ruht. Aufgrund der vom SG geäußerten Zweifel, ob der Antrag des Klägers überhaupt durch Verwaltungsakt abgelehnt worden sei, beantragte der Kläger mit Schreiben vom 17. Februar 1997 erneut bei den Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 111 Abs. 2 SGB V](#) für die Reha-Einrichtung in H.-O ... Mit Bescheid vom 30. April 1997 wurde dieser Antrag von den Beklagten mit der Begründung abgelehnt, dass eine alleinige Zulassung nach [§ 111 SGB V](#) mit den Grundsätzen und der Zielsetzung der RPK-Konzeption nicht vereinbar sei. Da die Leistung zur Rehabilitation psychisch Kranker auf eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben abzielen, sei primär die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger und der Arbeitsverwaltung gegeben. Es werde auf die Empfehlungsvereinbarung verwiesen. Dadurch sei die Möglichkeit der Mitwirkung der Krankenversicherung bei der Erbringung integrierter medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen geschaffen worden. Die isolierte Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen sei nach der RPK-Konzeption naturgemäß ausgeschlossen. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wiesen die Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 02. September 1997 zurück. Darin wurde Folgendes ausgeführt: Der angestrebte Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) beinhalte lediglich medizinische Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Rehabilitation, so dass der isolierte Abschluss solcher Verträge mit den kostenträgerübergreifenden Inhalten der RPK-Konzeption nicht vereinbar sei. Der gestellte Antrag sei im Zusammenhang mit der Zielsetzung der RPK nach wie vor nicht zulässig. Er zielt inhaltlich weiterhin auf die Bereitstellung von Versorgungskapazitäten für die RPK ab. Ziel der Maßnahmen der RPK sei die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, so dass die Aufgabenstellung primär im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung liege. Eine Antragstellung nach [§ 111 SGB V](#), die nur segmenthaft für die Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) greife, widerspreche somit den übergreifenden Inhalten des RPK-Therapiekonzeptes und dessen Zielsetzungen und gehe deshalb ins Leere. Durch den Abschluss von Versorgungsverträgen mit einzelnen ausgewählten RPK-Einrichtungen sei lediglich die gesetzlich geforderte Grundlage für die Mitwirkung der Krankenversicherung in Form der Erbringung integrierter medizinischer Rehabilitationsleistungen für einen Teil des Versorgungsangebotes der RPK geschaffen worden. Dies sei erst als Folge der gemeinsamen Beschlussfassung und der entsprechenden Anerkennung der jeweiligen RPK-Einrichtung durch alle beteiligten Kostenträger geschehen. Es bestehe auch deswegen kein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags, weil die medizinische Rehabilitation bei psychisch Kranken bereits in den vorhandenen psychiatrischen Landeskrankenhäusern erbracht werde. Unter Federführung des Sozialministeriums Baden-Württemberg hätten die Kostenträger der GKV 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 würden. 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 wegen fehlenden Bedarfs 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 hinaus sei ebenfalls auszuschließen.

Deswegen erhob der Kläger Klage beim SG Stuttgart. Der Kläger trug im Wesentlichen vor, bei der Reha-Einrichtung in H.-O. handle es sich um eine solche im Sinne des [§ 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB V](#). Bei den dort genannten Begriffsmerkmalen sei nicht entscheidend, dass die im Einzelfall getroffenen Maßnahmen auch der Vorbereitung einer beruflichen Rehabilitation dienen sollten. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation, ohne dass nach bestimmten Personengruppen differenziert werde, fielen als Bestandteil der Krankenversicherung in den Zuständigkeitsbereich der GKV. Mit dem Hinweis auf die RPK-Konzeption könne keine zwangsläufige Bedingung zur Anerkennung einer medizinischen Rehabilitationsleistung verknüpft werden, zumal es ihm nicht um die Anerkennung als RPK-Einrichtung, sondern um die Anerkennung als Versorgungseinrichtung nach [§ 111 SGB V](#) gehe. Der Einwand der Beklagten, der von ihm angebotene Versorgungsvertrag beinhalte lediglich medizinische Leistungen der GKV zur Rehabilitation, sei insoweit nicht nachvollziehbar. Seine Antragstellung zielt nicht nur segmenthaft, sondern zentral und unmittelbar auf die von den Krankenkassen nach [§ 40 SGB V](#) zu erbringenden Leistungen der medizinischen Rehabilitation vor allem psychisch Kranker ab. Der Hinweis der Beklagten darauf, dass in Baden-Württemberg einvernehmlich die Errichtung von 100 Plätzen zur Umsetzung der RPK beschlossen worden sei, zielt auf eine Bedarfskontingentierung hin, die nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. November 1997 ([3 RK 1/97 = SozR 3 - 2500 § 111 Nr. 1](#)) nicht zulässig sei. Eine mit Rücksicht auf [Art. 12 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) erforderliche, rechtsstaatlichen Anforderungen genügende Bedarfsplanung der Krankenkassenverbände existiere insoweit nicht. Es bestünden auch unstreitig erhebliche und medizinisch bedenkliche Wartezeiten für die stationäre medizinische Rehabilitation psychisch erkrankter Personen, weshalb ihr Angebot anzunehmen sei. Die Beklagten traten der Klage entgegen. Die federführende Beklagte zu 1) trug im Wesentlichen vor, dass für die medizinischen Leistungen der GKV in der Rehabilitation psychisch Kranker kein Bedarf ersichtlich sei. Derartige medizinische Leistungen zur Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen würden durch die Zentren für Psychiatrie (ZfP), d.h. die ehemaligen psychiatrischen Landeskrankenhäuser, sowie durch psychiatrische Akuteinrichtungen abgedeckt. In den Krankenhausplänen sei ein entsprechender Mehrbedarf, der über die bereits bestehenden Kapazitäten hinausgehe, nicht ausgewiesen. Im Rahmen eines Auslagerungskonzepts sei auch vorgesehen, die vorhandenen Kapazitäten in den ZfP dezentral und wohnortnah umzuschichten, um flächendeckende medizinische Versorgungsangebote zur Behandlung psychischer Erkrankungen zu schaffen. Im Übrigen werde medizinische Rehabilitation in bereits vorhandenen Einrichtungen nach [§ 111 SGB V](#) durchgeführt. Der Auslastungsgrad sei im Laufe des Jahres 1997 nochmals deutlich zurückgegangen, so dass auch in diesem Bereich keinesfalls von einem Bedarf auszugehen sei. Bei der Reha-Einrichtung in H.-O. handle es sich ferner um keine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne des [§ 107 Abs. 2 SGB V](#), da Zielsetzung der im vorliegenden Fall streitigen Behandlung sei, den Rehabilitanden im Rahmen der medizinischen Leistungen auf die berufliche Rehabilitation und die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben vorzubereiten. Diese durch das RPK-Konzept angestrebte erweiterte Zielrichtung, die über [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) hinausgehe, werde durch [§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) gerechtfertigt; danach sei den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker bei der medizinischen Rehabilitation Rechnung zu tragen. Gehe das Behandlungskonzept dahin, eine Wiedereingliederung in das Berufsleben als Ziel zu erreichen, sei eine Rehabilitation im Sinne von [§ 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB V](#) nicht gegeben, denn dieses Ziel sei im Rahmen einer bloßen medizinischen Maßnahme nicht erreichbar. Leistungen, die als Vorstufe zur Zielerreichung dienen, erfüllten damit nicht den Tatbestand des [§ 107 Abs. 2 SGB V](#). Bei dem durch das Behandlungskonzept in der Reha-Einrichtung des Klägers angesprochenen Patientengut handle es sich um eine

Personengruppe, die nur eine sehr kleine Auswahl psychisch kranker Personen darstelle. Voraussetzung für eine RPK-Maßnahme seien eingehende Belastungserprobungen, die die Prognose und das Potenzial rechtfertigten, den Patienten in das Berufsleben wieder eingliedern zu können. Das dem RPK-Konzept zugrunde liegende Zusammenwirken der Kostenträger sei daher vor solchen Behandlungsmaßnahmen unabdingbar. Mit dem vom Kläger erstrebten Versorgungsvertrag wäre lediglich ein Teilsegment der RPK-Konzeption abgedeckt. Da die medizinische Rehabilitation durch die Kostenträger der GKV im Rahmen des genannten Gesamtkonzepts unbedingt den Anschluss der beruflichen Rehabilitation durch Rentenversicherungsträger bzw. Arbeitsverwaltung erfordere, wäre die losgelöste Anerkennung eines Bedarfs allein für die GKV sinnlos, da Konsens in Bezug auf die Auswahl der Versicherten zwischen den Kostenträgern bestehen müsse, um eine Weiterführung der Maßnahme mit dem angestrebten Ziel zu erreichen. Im Übrigen habe die Reha-Einrichtung weder zum Bettenumfang noch zur Qualität bzw. zur Preisgestaltung im Hinblick auf den von ihr begehrten Versorgungsvertrag konkrete Daten vorgelegt. Die bisher eingereichten Unterlagen bezögen sich lediglich auf die ursprünglich beantragte Anerkennung als RPK-Einrichtung. Eine konkrete Prüfung der gesetzlich geforderten Kriterien der Bedarfsnotwendigkeit, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit gemäß [§ 111 SGB V](#) sei aus diesem Grunde nicht möglich. Mit Urteil vom 17. Februar 2000 entschied das SG wie folgt: Die Beklagten wurden unter Aufhebung des Bescheids vom 30. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. September 1997 verpflichtet, mit dem Kläger einen Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für psychisch Erkrankte für zehn Betten in der Reha-Einrichtung in H.-O. abzuschließen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen. Das Urteil wurde der Beklagten zu 1) gegen Empfangsbekanntnis am 20. März 2000 zugestellt.

Gegen das Urteil hat die Beklagte zu 1) am 27. März 2000 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt, die zunächst unter dem Aktenzeichen L 4 KR 1208/00 geführt und mit Beschluss vom 13. Mai 2002 im Hinblick auf das Revisionsverfahren [B 3 Kr 63/01](#) zum Ruhen gebracht wurde. Nach seiner Wiederanrufung wird der Rechtsstreit unter dem Aktenzeichen [L 11 Kr 337/03](#) weitergeführt. Die Beklagte zu 1) hat zunächst vorgetragen (vgl. Schriftsatz vom 27. April 2000), das sozialgerichtliche Urteil sei in wesentlichen Punkten rechtsfehlerhaft. Die Beklagten seien bei ihrer bisherigen Argumentation zu Recht davon ausgegangen, dass die Reha-Einrichtung in H.-O. nicht als Rehabilitationseinrichtung im Sinne von [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) angesehen werden könne. Auf der Grundlage des seinerzeit gestellten Antrags auf Anerkennung als RPK-Einrichtung und des in diesem Zusammenhang vorgelegten Behandlungs- und Therapiekonzeptes sei ihre Argumentation zu Recht erfolgt, dass die angebotenen und erbrachten Leistungen auf ein besonderes Patientenkontingent zugeschnitten gewesen seien, die eine Sonderauswahl psychisch kranker Patienten dargestellt habe. Zielsetzung der Behandlung dieser Patientengruppe sei jedoch nicht die in [§ 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB V](#) definierte medizinische Rehabilitation gewesen; vielmehr sei es beim Gesamtziel dieser Maßnahmen um die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gegangen. Da diese Zielsetzung über [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) hinausgehe, sei es gerechtfertigt gewesen, ein solches Behandlungskonzept nicht als rein medizinische Rehabilitationsbehandlung zu betrachten. Das Gericht sei nun dem Kläger gefolgt, dass man allgemein die Gewährung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation unabhängig vom RPK-Konzept verfolge, gefolgt. Mit dieser Sachverhaltskonstellation und Argumentation hätten sie, die Beklagten, sich in den angegriffenen Bescheiden bisher nicht auseinander gesetzt. Allerdings hätten sie nie in Abrede gestellt, dass in Einrichtungen neben den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch Leistungen zur berufsfördernden Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung oder zu Lasten der BA erbracht werden könnten. Ihnen müsse jetzt Gelegenheit gegeben werden, das nunmehr vorgetragene Behandlungskonzept unter diesem neuen Sachverhaltsaspekt im Verwaltungsverfahren erneut zu überprüfen. Die Reha-Einrichtung müsse aktuelle Unterlagen vorlegen, um ihnen eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu ermöglichen. Unzutreffenderweise habe das SG bei der Prüfung der Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 111 SGB V](#) aufgrund der früher eingereichten Unterlagen zur Anerkennung als RPK-Einrichtung festgestellt, dass die Leistungsfähigkeit der klägerischen Einrichtung gegeben sei. Zu Unrecht habe das SG nach derzeitigem Stand die Wirtschaftlichkeit bejaht. Der Hinweis des Gerichts, die Vergütungsverhandlungen seien erst nach Abschluss des Versorgungsvertrags zu führen, könne im Hinblick auf die im SGB V verankerten Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität nicht aufrecht erhalten werden. Vielmehr sei bereits vor Inbetriebnahme einer Einrichtung im Rahmen des Tatbestandsmerkmals der Wirtschaftlichkeit zu prüfen, ob das Preis-Leistungs-Verhältnis der Einrichtung stimme. Im Übrigen könnten sie nicht nachvollziehen, dass das SG beim Tatbestandsmerkmal "bedarfsgerecht" mit Hinweis auf das Urteil des BSG vom 19. November 1997 ([a.a.O.](#)) zu dem Ergebnis gelange, bei Reha-Einrichtungen sei keine Bedarfsprüfung durchzuführen. Eine solche Aussage könne diesem Urteil nicht entnommen werden. Ein Bedarf für die klägerische Einrichtung werde weiterhin verneint. Die Beklagte zu 1) hat dann das am 10. Dezember 2001 erstattete Gutachten der Leitenden Medizinaldirektorin Dr. H., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Sozialmedizin - Ärztliches Qualitätsmanagement - sowie Ärztliche Referentin für psychiatrische und neurologische Versorgung, und des Dr. M.-J., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin - Ärztliches Qualitätsmanagement - und Dipl.-Psychologe sowie Fachleiter Psychiatrie vom MDK, über die Reha-Einrichtung Haitersbach-O. vorgelegt; in diesem Gutachten werden die von der genannten Einrichtung vorgelegten Unterlagen, nämlich Strukturhebungsbogen, Formular für die Preiskalkulation, Konzeption der Reha-Einrichtung sowie Konzeption für die medizinische Rehabilitation für eine geplante Abteilung innerhalb der Reha-Einrichtung jeweils vom 06. Juli 2001 berücksichtigt, die gleichfalls mit eingereicht wurden, sowie die Ergebnisse einer am 14. September 2001 durchgeführten Begehung der Einrichtung. Dazu hat die Beklagte zu 1) weiter vorgetragen, zusammenfassend werde auch in dem Gutachten vom 10. Dezember 2001 festgehalten, dass in dieser Einrichtung die Konzeption auf die Patientengruppe der RPK ausgerichtet sei. Mithin handle es sich um medizinische Rehabilitation im Sinne der Empfehlungsvereinbarung. 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 Kostenträgerschaft der Rentenversicherungsträger oder der BA fielen, dort gerade nicht ohne weiteres gewährleistet sei. Mithin sei das angestrebte integrierte Konzept im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung nicht zu erreichen. Nach der RPK-Konzeption werde die Rehabilitation als ein ganzheitlicher Vorgang verstanden, indem die Teilaspekte der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation nicht nacheinander durchgeführt würden, sondern in einem integrativen Prozess als Komplexbehandlung untrennbar miteinander verknüpft seien. Für den betroffenen Personenkreis ergebe 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 Leistungen zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Der Kläger habe zehn Reha-bili-tationsplätze beantragt. Zuletzt sei angegeben worden, es bestehe ein Bedarf für ein bis zwei Fälle pro Jahr. Bei dieser Kalkulation sei nicht nachvollziehbar, dass eine Struktur vorgehalten werden könne, die auf einer wirtschaftlichen Grundlage basiere. Das Ziel der Empfehlungsvereinbarung habe nunmehr auch in [§ 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) Ausdruck gefunden, wonach Leistungen zur Teilhabe auch gemeinsam mit anderen Leistungsträgern ausgeführt werden könnten; dies gelte insbesondere dann, wenn die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher

erbracht werden könne ([§ 17 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#)). Dies sei bei RPK-Versorgungsangeboten unzweifelhaft der Fall. Insofern biete die Einrichtung des Klägers 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 der Leistungsanspruch des Versicherten nicht erfüllt werde. Das BSG habe nunmehr im Urteil vom 23. Juli 2002 ([B 3 KR 63/01 R](#) = SozR 3 - 2500 § 111 Nr. 3) im Hinblick auf [Art. 12 GG](#) das Tatbestandsmerkmal "bedarfsgerecht" in [§ 111 SGB V](#) zwar restriktiv ausgelegt. Der von ihnen, den Beklagten, bisher verneinte Bedarf habe jedoch nur einen Teilaspekt der hier zu entscheidenden Problematik betroffen. Wie dargelegt, gehe es vorrangig um die Bewertung der Zuordnung der Konzeption der Einrichtung des Klägers. Bei der Bewertung des Leistungsangebots müsse nach wie vor die Empfehlungsvereinbarung mit berücksichtigt werden.

Die Beklagten zu 1), 3) und 4) beantragen,

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

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger trägt vor, es gehe ihm 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 basierende Konzeption von vornherein nur psychisch Kranke betreffe, bei denen eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben überhaupt in Betracht komme. Mithin sei unbeachtlich, dass die Reha-Einrichtung in H.-O. nicht als RPK-Einrichtung anerkannt sei. Diese Einrichtung sei auch leistungsfähig und erfülle das Kriterium der Wirtschaftlichkeit. Dies werde durch das von den Beklagten vorgelegte MDK-Gutachten bestätigt. Es treffe nicht zu, dass in seiner 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. Eine Bedarfsprüfung, wie sie die 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 ([a.a.O.](#)) bestätigt. Diese Einschränkung der Bedarfsprüfung ergebe sich auch aus den weiter vorgelegten Entscheidungen 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](#)).

Mit Beschluss vom 13. Juni 2000 hat der Senatsvorsitzende das Land Baden-Württemberg beigeladen. Der Beigeladene hat keinen Antrag gestellt. Der Beigeladene hat sich mit Schriftsatz vom 12. März 2003 geäußert. Er hat darauf hingewiesen, im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß [§ 111 SGB V](#) werde von Landesseite keine Bedarfsplanung durchgeführt. Anders als die Krankenkassen habe das Land auch keinen steuernden Einfluss auf die Bewilligung und die Dauer von Rehabilitationsleistungen bzw. auf die Kostenentwicklung in diesem Bereich.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten zu 1) vorgelegten Verwaltungsakten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 144, 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten zu 1), über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, 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 die Beklagten verpflichtet, mit dem Kläger einen Versorgungsvertrag gemäß [§ 111 SGB V](#) für stationäre medizinische Rehabilitation psychisch Erkrankter für zehn Betten in der Reha-Einrichtung Löcherhaldenstr. 20/1 in H.-O. abzuschließen. Denn die angefochtene Entscheidung ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Allerdings war hier klarzustellen, dass insoweit die Beklagten verpflichtet sind, das entsprechende Angebot des Klägers zum Abschluss des Versorgungsvertrags anzunehmen (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002, [a.a.O.](#)).

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 der Kläger den Abschluss eines Versorgungsvertrages als RPK-Einrichtung nach der baden-württembergischen Konzeption entsprechend der Empfehlungsvereinbarung 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 auseinandersetzt, haben die Beklagten mit ihrer Entscheidung gleichwohl umfassend über das Begehren des Klägers 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 des Klägers die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags zur Erbringung stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen erfüllt und dass er daher Anspruch auf Abschluss eines entsprechenden Versorgungsvertrags hat. Deshalb haben die Beklagten sein Vertragsangebot anzunehmen.

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 Mitgliedskassen 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 Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind (Nr. 2).

Diesen Anforderungen trägt die vom Kläger geplante Einrichtung Rechnung. Sie erfüllt im Sinne der Nr. 1 dieser Regelung insbesondere die Anforderungen des [§ 107 Abs. 2 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift (Nr. 1 Buchst. a) 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. 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, (Nr. 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 (Nr. 3) die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Auf der Grundlage des Gutachtens der Dr. H. und des Dr. M.-J. vom MDK, vom 10. Dezember 2001 an dessen Richtigkeit der Senat aufgrund der dargelegten Konzeption keine Zweifel hat, steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Patienten des Klägers in der geplanten Einrichtung fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung sowie unter Mitwirkung von besonderes 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 (a.a.O.) 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 Beklagten 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 ebenfalls dem Gutachten der Dr. H. und des Dr. M.-J. 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 Beklagten.

Nachdem sämtliche Voraussetzungen des [§ 111 SGB V](#) somit erfüllt sind, sind die Beklagten verpflichtet, den beantragten Versorgungsvertrag mit dem Kläger abzuschließen. Dem bei Erfüllung der Voraussetzungen des [§ 111 SGB V](#) gesetzlich normierten Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags steht weder die Empfehlungsvereinbarung 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 des Klägers nicht einzuschränken. Entsprechend lassen sich hieraus - wovon die Beklagten offenbar ausgehen - auch keine über die gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen hinaus gehenden Erfordernisse herleiten, die über die Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 111 SGB V](#) hinaus erfüllt sein müssen. Soweit die Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit der Begründung ablehnen, die Konzeption des Klägers sehe die Erbringung beruflicher Leistungen zur Rehabilitation nicht vor, ist darauf hinzuweisen, dass 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, bieten 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 derartige Ausweitung des Leistungsspektrums der GKV hätte einer ausdrücklichen Erwähnung bedurft, nachdem die angesprochenen Maßnahmen nach dem gegliederten System der Sozialleistungsträger nicht der GKV, sondern den Trägern der Rentenversicherung bzw. der BA übertragen sind. Angesichts der Verzahnung dieser Systeme gerade in Grenzbereichen und insbesondere auch im Bereich der RPK mag es zwar 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 SGB IX](#) stützen. Denn die insoweit normierte Verpflichtung der Sozialleistungsträger zur Zusammenarbeit schränkte schon von ihrem Regelungsgehalt her den Anspruch des Klägers aus [§ 111 SGB V](#) nicht ein.

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

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 01. Januar 2001 gültigen Fassung. Nachdem die Beklagten notwendige Streitgenossen sind, sind sie als Gesamtschuldner verpflichtet, dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-01-27