## S 10 KR 4358/97

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Baden-Württemberg

Sozialgericht Landessozialgericht Baden-Württemberg

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung -Rechtskraft -Deskriptoren -

Leitsätze Keine Bedarfsprüfung einen Antrag mit

Reha - Einrichtungen

Normenkette § 111 SGB V

1. Instanz

Aktenzeichen S 10 KR 4358/97

Datum 17.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen L 4 KR 324/03 Datum 27.06.2003

3. Instanz

Datum -

Die Berufung der Beklagten zu 1) wird mit der Klarstellung zurýckgewiesen, dass die Beklagten verpflichtet sind, das Angebot der Klägerin auf Abschluss des Versorgungsvertrags anzunehmen. Die Beklagten zu 1) bis 4) haben der Klägerin die auÃ∏ergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrnes als Gesamtschuldner zu erstatten.

Im Ã□brigen sind auÃ□ergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten.

## Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagten verpflichtet sind, das Angebot der Kl $\tilde{A}$  $^{\mu}$ ge-rin zum Abschluss eines Versorgungsvertrags nach  $\hat{A}$  $^{\mu}$ 111 Abs. 2 des F $\tilde{A}$  $^{\mu}$ 4nften Buches des Sozial-gesetzbuchs (SGB V) anzunehmen.

Die KlĤgerin, eine Stiftung bürgerlichen Rechts, betreibt in Baden-Württemberg an drei Standor-ten u.a. in Reutlingen Einrichtungen der Jugend-, Behinderten- und Altenhilfe sowie der Sozial-psychiatrie. Im Bereich Reutlingen gehören zu dem von ihr betriebenen psychiatrischen Versor-gungsnetz u.a. ein psychiatrisches Krankenhaus, ein psychiatrisches Fachpflegeheim, ein sozial-psychiatrischer Dienst, ein sozialpsychiatrischer Wohnverbund mit stationären Wohngruppen sowie betreute Wohngemeinschaften. Die Klägerin deckt im Raum Reutlingen damit einen GroÃ∏teil der stationären und komplementären psychiatrischen Versorgung ab. Hinsichtlich ihrer Einrichtungen verfügt die Klägerin über Versorgungsverträge mit den zuständigen Kostenträ-gern.

Auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung wurde auf Bun-desebene von den Kranken- und RentenversicherungstrĤgern sowie der Bundesanstalt fýr Arbeit (BA) in der "Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der KrankenversicherungstrĤ-ger und RentenversicherungstrĤger sowie der Bundesanstalt fļr Arbeit bei der Gewährung von RehabilitationsmaÃ∏nahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinder-te" (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 KostentrĤger in einer vierjĤhrigen Erprobungsphase stationäre medizinische und berufsfördernde MaÃ∏nahmen zur Rehabilitation fýr psychisch Kranke und Behinderte (RPK) in integrierten Rehabilitationseinrichtungen zu gewĤh-ren. Für die Umsetzung des Erprobungsmodells wurde in Baden-WÃ1/4rttemberg mit Wirkung ab 01. September 1989 das Reha-Zentrum Haus C. in A. mit 50 PlÃxtzen ausgewÃxhlt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erklÃxrte 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 bewĤhrt habe.

In einem am 11. April 1994 zwischen den LandeswohlfahrtsverbĤnden in Baden-Württemberg, den Kostenträgern für medizinische und berufliche Rehabilitation (Landesversicherungsanstalt [LVA] Baden-Wýrttemberg, Landesarbeitsamt Baden-Württemberg [LAA], Landesverbände der Krankenkassen und VerbĤnde der Ersatzkassen) und der damals zustĤndigen Ministerin für Ar-beit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg geführten Gespräch wurde vereinbart, langfristig einen Gesamtausbau auf 200 derartiger RPK-PIÃxtze in Baden-Württemberg zu unter-stützen. In einer ersten Ausbauphase sollten an fünf Standorten Ã∏bergangseinrichtungen mit je-weils zehn PlÃxtzen errichtet werden. Die 50 PlÃxtze im Reha-Zentrum Haus C. sollten als Be-standteil der künftig auszubauenden Versorgungsstruktur bestehen bleiben. Mit gemeinsamem Schreiben vom 25. August 1994 baten die Krankenversicherungs- und Ren-tenversicherungstrĤger sowie das LAA die Träger der in Betracht kommenden Einrichtungen, sich unter Vorlage eines ausgefüIlten RPK-Strukturerhebungsbogens nebst therapeutischer Kon-zeption und des Formulars fýr die RPK-Preiskalkulation um die Anerkennung als RPK-Einrichtung in Baden-Württemberg zu bewerben. Mit Schreiben vom 30. September 1994 be-warb sich auch die KlAxgerin um eine entsprechende Anerkennung, wobei aus den 127 PlÄxtzen des Sozialpsychiatrischen Wohnverbundes zehn Rehabilitationspläxtze geschaffen werden sollten. Unter den

insgesamt 18 antragstellenden Einrichtungen wurden unter Beteiligung aller KostentrĤger fýnf Einrichtungen in Mannheim, Ulm, Stuttgart, Ravensburg und Heilbronn ausgewählt und mit je zehn Plätzen als RPK-Einrichtung anerkannt. Zwischen den Trägern dieser Einrich-tungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen wurden Versorgungsverträge ýber RPK nach <u>§ 111 Abs. 2 SGB V</u> abgeschlossen.

Mit gemeinsamem Schreiben vom 16. Mai 1995 teilten die Krankenversicherungsund Renten-versicherungstrĤger sowie das LAA der KlĤgerin mit, es sei nicht mĶglich gewesen, ihre Bewer-bung auf Anerkennung als RPK-Einrichtung zu berļcksichtigen. In der Folgezeit erhob die KlĤ-gerin 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 KlĤgerin nunmehr bei den Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 111 Abs. 2 SGB V fþr den in Reutlingen betriebe-nen Sozialpsychiatrischen Wohnverbund. Mit Bescheid vom 30. April 1997 lehnten die Beklag-ten diesen Antrag unter Hinweis auf die Empfehlungsvereinbarung RPK im Wesentlichen mit der Begründung ab, die isolierte Zulassung nach § 111 SGB V sei mit den GrundsÃxtzen 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 <u>§ 111 SGB V</u> beinhalte lediglich medizini-sche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Rehabilitation, weshalb der isolierte Abschluss solcher VertrĤge mit den kostentrĤgerļbergreifenden Inhalten der RPK-Konzeption nicht vereinbar sei. Im Kontext der Zielsetzung der RPK sei der Antrag nach wie vor nicht zuläxs-sig. Er ziele inhaltlich nach wie vor auf die Bereitstellung von VersorgungskapazitÃxten für die RPK in den Einrichtungen ab. Ziel der Maà nahmen der RPK sei die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, so dass die Aufgabenstellung primÄxr in den ZustÄxndigkeitsbereichen 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 ýbergreifenden Inhalten des RPK-Therapiekonzeptes und dessen Zielsetzungen und gehe deshalb ins Leere. Durch den Abschluss von VersorgungsvertrĤgen mit den einzelnen ausgewÄxhlten RPK-Einrichtungen sei lediglich die gesetzlich geforderte Grundlage für die Mitwir-kung der Krankenversicherung in Form der Erbringung integrierter medizinischer Rehabilitati-onsleistungen fÃ1/4r einen Teilbereich des Versorgungsangebotes RPK geschaffen worden. Dies sei erst als Folge der gemeinsamen Beschlussfassung und entsprechenden Anerkennung der jeweili-gen RPK-Einrichtung durch alle beteiligten KostentrĤger geschehen. Auf Abschluss eines Ver-sorgungsvertrags gemäÃ∏ § 111 SGB V bestehe kein Anspruch. Zudem werde die in Frage ste-hende medizinische Rehabilitation bereits in den vorhandenen psychiatrischen Landeskranken-hĤusern erbracht. Unter Federführung des Sozialministeriums Baden-Württemberg hÃxtten die KostentrĤger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen mit den RentenversicherungstrĤ-gern 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 ausreichten bzw. die gestellten Erwartungen nicht in vollem Umfang erfÃ⅓llt worden seien. Aus diesen GrÃ⅓nden werde ein weiterer Ausbau in Richtung der ursprÃ⅓nglich in Aussicht genommenen 200 Plätze nicht realisiert werden. Die an der RPK-Konzeption beteiligten Sozialversicherungsträger lehnten eine weitere Ausdehnung aus Bedarfs-grÃ⅓nden ab. Vor dem Hintergrund der insgesamt stark rÃ⅓ckläufigen Inanspruchnahme von Leis-tungen im rehabilitativen Sektor sei ein Ausbau zusätzlicher stationärer Kapazitäten allgemein nicht bedarfsgerecht; ein spezieller Bedarf fÃ⅓r die RPK Ã⅓ber die vorhandenen Kapazitäten sei ebenfalls auszuschlieÃ∏en.

Hiergegen wandte sich die KlĤgerin mit ihrer am 11. September 1997 beim SG Stuttgart erhobe-nen 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 MaÃ∏nahmen auch der Vorbereitung einer beruflichen Rehabilitation dienen sollen. Die von ihr vorgesehenen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation fielen als Bestandteil der Krankenversicherung in den ZustĤndigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit dem Hinweis auf die RPK-Konzeption kA¶nne keine zusÄxtzliche Bedin-gung fÃ1/4r die Anerkennung als medizinische Rehabilitationsleistung geschaffen werden. Sie be-gehre 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 Reha-bilitation, 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 PlĤtzen vorsehe, ziele auf eine Bedarfskonti-gentierung, die nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. November 1997 (<u>3 RK 1/97</u> = <u>SozR 3-2500 § 111 Nr. 1</u>) nicht zulässig sei. Die Beklagten traten der Klage entgegen. Die federfļhrend vortragende Beklagte zu 1) machte im Wesentlichen geltend, für die medizinischen Leistungen der GKV in der Rehabilitation psy-chisch Kranker sei kein Bedarf ersichtlich. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation bei psy-chischen Erkrankungen würden durch die Zentren für Psychiatrie (ZfP) und die psychiatrischen Akuteinrichtungen abgedeckt. In den KrankenhausplĤnen sei ein darļber hinausgehender Mehrbedarf nicht ausgewiesen â∏¦ Medizinische Rehabilitation werde in bereits vorhandenen Einrich-tungen nach <u>ŧ 111 SGB V</u> durchgeführt. Unabhängig hiervon sei die Sonderproblematik des RPK-Konzepts, nach dem die Einbindung der Kostenträger zur beruflichen Rehabilitation zwin-gend sei. Insoweit sei nicht ersichtlich, dass die getroffene Auswahlentscheidung gegen Art. 12 des Grundgesetzes (GG) versto̸e. Auch nach Auffassung des BSG sei eine Bedarfskontigentie-rung nicht ausgeschlossen, nachdem eine Beurteilung des gegenwÄxrtigen und zukļnftigen Be-darfs verlangt werde. Die Entscheidung, die KapazitÃxt auf 100 PlÃxtze zu begrenzen, habe sich als richtig erwiesen, nachdem

in der Vergangenheit keine nennenswerten Wartezeiten aufgetreten seien. Bei der geplanten Einrichtung handle es sich im Ä\|Drigen auch nicht um eine Vorsorgeoder 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 Maà nahme auf die berufliche Rehabilitation und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben vor-zubereiten, nicht erreichen, nachdem sie nur eine medizinische Rehabilitation anbiete. Mit dem vom KlAzger erstrebten Versorgungsvertrag wĤre lediglich ein Teilsegment der RPK-Konzeption abgedeckt. Das SG verpflichtete die Beklagten mit Urteil vom 17. Februar 2000 unter Aufhebung des Be-scheids vom 30. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. September 1997, mit der KIAxgerin einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V fþr stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen fýr psychisch Erkrankte fýr zehn Betten im Sozialpsychiatrischen Wohn-verbund in Reutlingen abzuschlie̸en. Auf die Entscheidungsgründe des der Beklagten zu 1) am 03. März 2000 gegen Empfangsbekenntnis zugestellten Urteils wird Bezug genommen.

Hiergegen hat die Beklagte zu 1) am 27. MAxrz 2000 schriftlich beim Landessozialgericht (LSG) Berufung (L 4 KR 1189/00) eingelegt und zunĤchst geltend gemacht, sie sei auf der Grundlage des zusammen mit dem Antrag auf Anerkennung als RPK- Einrichtung vorgelegten Behand-lungs- und Therapiekonzepts bisher zutreffend davon ausgegangen, dass die geplante Einrich-tung keine Rehabilitationseinrichtung im Sinne des § 107 Abs. 2 SGB V sei. Soweit die KIägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem SG geltend gemacht habe, sie begehre allgemein und unabhĤngig von der RPK-Konzeption den Abschluss eines Versorgungsvertrags, sei der bisheri-gen Argumentation die Grundlage entzogen. Da bisher kein Konzept zur Leistungserbringung vorgelegt und keine QualitÃxtskontrolle durchgeführt worden sei, könne eine diesbezügliche Entscheidung erst nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) getroffen werden. Um ̸brigen sei die Entscheidung des SG insoweit nicht nachvollziehbar, als im Hinblick auf das Urteil des BSG vom 19. November 1997 (aaO) keine Bedarfsprüfung durch-zuführen sei. Eine solche Aussage enthalte die Entscheidung nicht. Nach Einreichung des ausgefļllten Strukturerhebungsbogens durch die KlAxgerin, DurchfA1/4hrung einer Hausbegehung und Vorlage des Gutachtens der Leitenden Medizinaldirektorin Dr. H., Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Sozialmedizin, und des Dr. M, Fach-arzt 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 Pati-entengruppe 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 Therapiebe-ginn erforderlich. Wenn in der Einrichtung jedoch lediglich eine rein medizinische Rehabilitati-on durchgefļhrt werde, kĶnne das Endziel der beruflichen Wiedereingliederung in der Einrich-tung nicht gewährleistet werden, da die Durchführung weiterer MaÃ∏nahmen, die in die Kosten-trägerschaft der RentenversicherungstrĤger oder der BA fielen, dort gerade nicht ohne Weiteres gewÄxhrleistet sei. Mithin sei das angestrebte integrierte Konzept im Rahmen der

Empfehlungs-vereinbarung RPK nicht zu erreichen. Für den betroffenen Personenkreis ergÄxbe sich aufgrund des Abschlusses eines Versorgungsvertrags gemäÃ∏ § 111 SGB V mit der Einrichtung des Klä-gers keine ausreichende Versorgung. Es müsse auch <u>§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V</u> berücksichtigt werden, wonach bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen sei, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizini-schen Rehabilitation. Bislang zugelassene RPK-Einrichtungen gewĤhrleisteten im Anschluss an die medizinische Rehabilitation ohne weiteres MaÃ⊓nahmen zur Wiedereingliederung in das Ar-beitsleben. Die Einrichtung des KIägers biete keine Gewähr hinsichtlich des Ziels der Wieder-eingliederung in das Berufsleben. Mithin scheide bereits nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip ein Vertragsabschluss aus. Es wĤre widersinnig, einen Versorgungsvertrag in dem Wissen abzu-schlie̸en, 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 (<u>B 3 KR 63/01 R</u> = <u>SozR 3-2500 §</u> 111 Nr. 3) das Tatbestandsmerkmal "be-darfsgerecht" 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 beur-teilenden 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 alleini-gen 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 KlĤgerin beantragt,

die Berufung zurļckzuweisen.

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 vorn-herein 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 wýrden. Bezüglich der Vergütungssätze sei zu berücksichtigen, dass diese nach § 111 Abs. 5 SGB V gesondert verhandelt und vereinbart wür-den. Die Höhe der Vergütungen sei nicht Teil der Zulassungsentscheidung der Krankenkassen, wie das BSG entschieden habe. Sie legte 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 Rechtsz $\tilde{A}^{1/4}$ ge Bezug genommen.

## Entscheidungsgründe:

Die gem $\tilde{A} \times \tilde{A} = \frac{\hat{A} \cdot \tilde{A} \cdot \tilde{A}$ 

Das SG hat den Bescheid der Beklagten vom 30. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbe-scheids vom 02. September 1997 zu Recht aufgehoben und zutreffend entschieden, dass dem Antrag der KlĤgerin auf Zulassung von zehn Betten im sozialpsychiatrischen Wohnverbund in Reutlingen zur rehabilitativen Versorgung der Versicherten der Beklagten durch Abschluss eines Versorgungsvertrag gemĤÄ∏ § 111 SGB V stattzugeben war. Denn die angefochtene Entscheidung der Beklagten ist rechtswidrig und verletzt die KlĤgerin in ihren Rechten. Lediglich klarstellend war die Beklagte im Hinblick auf die vollstreckungsrechtliche Regelung des § 894 der Zivilpro-zessordnung (ZPO) zu verpflichten, das Angebot der KlĤgerin auf Abschluss eines Versorgungs-vertrags anzunehmen. Denn nach der genannten Vorschrift gilt im Falle der Verurteilung des Schuldners zur Abgabe einer WillenserklĤrung (hier: Annahme eines Vertragsangebots) die Er-klĤrung als abgegeben, sobald das Urteil Rechtskraft erlangt hat.

ZunĤchst ist darauf hinzuweisen, dass einer Entscheidung des SG nicht entgegen stand, dass die Beklagten â\|\text{ wie im Berufungsverfahren vorgetragen â\|\text{ zum Zeitpunkt des Erlasses der angefoch-tenen Entscheidung noch davon ausgegangen sind, dass die KlĤgerin den Abschluss eines Ver-sorgungsvertrages als RPK-Einrichtung nach der baden-wù¼rttembergischen Konzeption entspre-chend der Empfehlungsvereinbarung RPK begehrt hat, nicht aber ganz allgemein als Einrichtung zur Gewährung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation fù¼r psychisch Erkrankte. Denn selbst unter dem Gesichtspunkt, dass sich die Begrù¼ndung der ablehnenden Entscheidung im Wesentlichen mit der Zielsetzung des baden-wù¼rttembergischen RPK-Konzepts auf der Grund-lage der Empfehlungsvereinbarung RPK auseinandersetzt, haben die Beklagten mit ihrer Entscheidung gleichwohl umfassend ù¼ber das Begehren der Klägerin auf Abschluss eines Versor-gungsvertrags gemäÃ\|\ \hat{A§ 111 SGB V} entschieden und diesen Antrag generell abgelehnt. Eine neu-erliche Entscheidung â\|\|\text{ wie von der Beklagten zu 1} offenbar zunächst für erforderlich erachtet â\|\|\|\text{ brauchte insoweit daher nicht zu

ergehen.

Das SG hat zutreffend entschieden, dass die geplante Einrichtung der KlĤgerin die Vorausset-zungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags zur Erbringung stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen erfüllt und daher Anspruch auf Abschluss eines entsprechenden Ver-sorgungsvertrags hat.

GemäÃ□ § 111 Abs. 1 SGB V dþrfen die Krankenkassen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4 SGB V) oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation einschlieÃ□lich der An-schlussheilbehandlung (§ 40 SGB V), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhaus-behandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Abs. 2 besteht. Nach Abs. 2 Satz 1 dieser Regelung schlie-Ã□en 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 Anfor-derungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen (Nr. 1) und fþr eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizini-schen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschlieÃ□lich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind (Nr. 2).

Diesen Anforderungen trÄggt die von der KlÄggerin 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 â∏ 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 Ge-fährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken (Vorsorge) oder (Nr. 1 Buchst. a) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhļten 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  $\tilde{A}^{1}/4$ bernommen werden d $\tilde{A}^{1}/4$ rfen (Nr. 1 Buchst. b),  $\hat{a} \square \square$  fachlichmedizinisch unter stĤndiger Ĥrztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von be-sonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem Ĥrztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln ein-schlie̸lich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und BeschĤfti-gungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungs-kräfte zu helfen (Nr. 2), â∏ und in denen die Patienten untergebracht und verpflegt werden kA¶nnen (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 Ä\[ \text{berzeugung} des Senats fest, dass die Patienten der Kl\( \text{A}\)\[ \text{agerin} in der geplanten Einrichtung fachlich-medizinisch unter st\( \text{A}\)\[ \text{n} ndiger \( \text{A}\)\[ \text{rztlicher} \) Verantwortung sowie unter Mitwirkung von besonderes geschultem Personal nach einem \( \text{A}\)\[ \text{rztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch die Anwendung von Heilmitteln behandelt werden. Da sie in der Einrichtung auch untergebracht und verpflegt werden k\( \text{A}\)\[ \text{nnen, entspricht die Einrichtung den Anforderungen des \( \text{A}\)\[ \text{S} \) \( \text{111 Abs. 2 Nr. 1} \) i.V.m. \( \text{A}\)\[ \text{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 Entschei-dung vom 23. Juli 2002 hat das BSG (aaO) ausgeführt, dass eine Rehabilitationseinrichtung im Sinne des <u>§ 111 Abs. 2 Satz</u> 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 "fýr eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig" nicht die Unverzichtbarkeit der einzelnen antragstellenden Einrichtung, sondern verdeutlicht nur den gesetzlichen Auftrag der KassenverbĤnde, im Rahmen ihrer Planungshoheit und Strukturverantwortung zumindest so vie-le Versorgungsverträge abzuschlieÃ∏en, wie für eine flächendeckende Mindestausstattung eines Bundeslandes mit stationĤren Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind. Der Begriff "be-darfsgerecht" 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 <u>§ 111 Abs. 2 SGB V</u> lediglich für die erforderliche Mindestausstattung der betroffenen Region mit stationären Rehabilitationseinrichtungen zu sor-gen haben. Dagegen haben die Kassenverbände nicht die Aufgabe und das Recht, Obergrenzen bei der flÄxchendeckenden Versorgung mit derartigen Einrichtungen festzulegen. A§ 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V gebietet im Rehabilitationsbereich den Abschluss von VersorgungsvertrĤgen mit allen zur Mindestversorgung notwendigen Einrichtungen, ohne zugleich den Abschluss von zu einem ̸berangebot führenden zusätzlichen Versorgungsverträgen zu untersagen. Nach dieser Auslegung des Begriffs "Bedarfsgerechtigkeit", der der Senat uneingeschrĤnkt folgt, ist kein Raum für die von den Beklagten zur Versagung des Abschlusses eines Versorgungsvertrags mit der Kl\(\tilde{A}\)\(\tilde{g}\)erin herangezogene \(\tilde{B}\)egr\(\tilde{A}^{1}\)/4ndung, ein Bedarf für eine weitere Einrichtung bestehe nicht. Auch die Leistungsfähigkeit der geplanten stationĤren Rehabiliationseinrichtung ist zu bejahen, da das Behandlungskonzept dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und der Um-fang des eingesetzten therapeutischen Personals die erforderliche medizinische Versorgung der Patienten gewĤhrleistet. 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. Dafļr, dass die Einrichtung nicht wirtschaftlich im Sinne des <u>§ 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V</u> wird arbeiten können, liegen keine Anhaltspunkte vor. Diesem Gesichtspunkt kommt im Rah-men des Zulassungsverfahrens auch nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Da die Vergýtungs-sÃxtze 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 erfýllt sind, sind die Beklagten verpflichtet, den beantragten Versorgungsvertrag mit der Klägerin abzuschlieÃ $\Box$ en. Dem bei Erfýllung 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 einzu-schränken. Entsprechend lassen sich hieraus â $\Box$  wovon die Beklagten aber offenbar ausgehen â $\Box$  auch keine über die gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen hinausgehenden Erforder-nisse herleiten, die über die Tatbestandsvoraussetzungen des § 111 SGB V hinaus erfüllt sein müssten.

Soweit die Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit der Begrýndung 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 Anhalts-punkte dafĽr zu entnehmen sind, dass die berufliche Rehabilitation Gegenstand des Leistungsangebots der Krankenkasse ist und daher von einer im Leistungsspektrum der gesetzlichen Kran-kenkasse stationĤre Rehabilitationsleistungen anbietenden Einrichtung zur Verfýgung 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 stationĤrer Leistungen der Rehabilitation für gesetzlich krankenversicherte Personen erfÃ1/4llt sein mÃ1/4ssen, bietet Anhaltspunkte dafÃ1/4r, dass neben der medizinischen Rehabilitation als Ziel der Behandlung auch die berufliche Rehabilitation steht. Entsprechendes IÃxsst sich auch § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V nicht entnehmen. Soweit diese Regelung den Auftrag enthĤlt, bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, kann hieraus nicht die Erweiterung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf Ma̸nahmen der beruflichen Rehabilitation abgeleitet werden. Eine derart weitreichende Ausweitung des Leistungsspektrums der GKV h\( \tilde{A}\) xtte einer ausdrücklichen Erwähnung bedurft, nachdem die angesprochenen Ma̸-nahmen nach dem gegliederten System der Sozialleistungsträger nicht der gesetzlichen Kran-kenversicherung, sondern den TrĤgern der Rentenversicherung bzw. der Arbeitslosenversiche-rung ýbertragen 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 auszuschlie̸en, weil sie zwar die gesetzlichen Voraussetzun-gen 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 Ein-richtungen hĤtte nicht zuletzt auch im Hinblick auf Art. 12 GG einer ausdrļcklichen gesetzlichen Regelung bedurft. Letztlich kĶnnen sich die Beklagten zur Stļtzung ihrer Rechtsauffassung auch nicht auf die Vorschriften der §Â§ 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 Sozialleis-tungsträger 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) zurļckzuweisen.

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 Berufungskläge-rin. 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 auÃ∏ergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Fýr eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Erstellt am: 11.10.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024