S 10 KR 4361/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Keine Bedarfsprüfung einen Antrag mit Reha – Einrichtungen
Normenkette	§ 111 SGB V

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 KR 4361/97
Datum	17.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 328/03
Datum	27.06.2003

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten zu 1) wird mit der Klarstellung zurÃ¼ckgewiesen, dass die Beklagten verpflichtet sind, das Angebot des KlÃ¤gers auf Abschluss des Versorgungsvertrags anzunehmen. Die Beklagten zu 1) bis 4) haben dem KlÃ¤ger die auÃ□ergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahr-nes als Gesamtschuldner zu erstatten.

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

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach Â§ 111 des FÃ¼nften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) in Heidenheim an der Brenz streitig. Der KlÃ¤ger betreibt in H. die Reha â□□ Einrichtung W.-straÃ□e 41 mit insgesamt 19 WohnplÃ¤tzen, verteilt auf zwei Wohngruppen in zwei GebÃ¤uden. Mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 21. April 1999 wurde der Name dieses Vereins geÃ¤ndert in Reha â□□ Verein Soziale Psychiat-rie Donau-Alb e.V. und am 08. Juli 1999 in das Vereinsregister des Amtsgerichts Ulm VR 1389

eingetragen. Auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung wurde auf Bundesebene von den Kranken- und RentenversicherungstrÃ¤gern sowie der Bundesanstalt fÃ¼r Arbeit (BA) zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft die Empfehlungsvereinbarung Ã¼ber die Zusammenarbeit der genannten TrÃ¤ger bei der GewÃ¤hrung von RehabilitationsmaÃnahmen in Rehabilitationseinrichtungen fÃ¼r psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986 beschlossen (Empfehlungsvereinbarung RPK). Danach sollten im Zusammenwirken der Kosten-trÃ¤ger fÃ¼r medizinische und berufliche Rehabilitation in einer vierjÃ¤hrigen Erprobungsphase sta-tionÃ¤re medizinische und berufsfÃ¶rdernde MaÃnahmen zur Rehabilitation fÃ¼r psychisch Kranke und Behinderte (RPK) in Rehabilitationseinrichtungen fÃ¼r diesen Personenkreis gewÃ¤hrt werden. FÃ¼r Baden-WÃ¼rttemberg wurde fÃ¼r die Zeit ab 01. September 1989 das Rehazentrum Haus Christiani in Albbruck â Schachen fÃ¼r 50 PlÃ¤tzen fÃ¼r die Umsetzung des Erprobungsmodells aus-gewÃ¤hlt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft fÃ¼r Rehabilitation erklÃ¤rte die RPK- Erprobungsphase zum 31. Dezember 1993 mit dem Ergebnis fÃ¼r beendet, das Modell der RPK-Einrichtungen ha-be sich als rehabilitatives Versorgungsangebot fÃ¼r psychisch Kranke bewÃ¤hrt. Am 11. April 1994 beschlossen die LandeswohlfahrtsverbÃ¤nde, die KostentrÃ¤ger fÃ¼r medizi-nisch-berufliche Rehabilitation und das Ministerium fÃ¼r Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-WÃ¼rttemberg, langfristig einen Gesamtausbau auf 200 RPK-PlÃ¤tze in Baden-WÃ¼rttemberg zu unterstÃ¼tzen, wobei in einer ersten Ausbaustufe an geeigneten Ãbergangsein-richtungen zunÃ¤chst fÃ¼nf Standorte mit jeweils zehn PlÃ¤tzen errichtet werden und die 50 PlÃ¤tze im Rehazentrum Haus Christiani als Bestandteil der kÃ¼nftigen Versorgungsstruktur bestehen bleiben sollten. Mit gemeinsamem Schreiben vom 25. August 1994 baten die Krankenversiche-rungs- und RentenversicherungstrÃ¤ger sowie das Landesarbeitsamt (LAA) Baden-WÃ¼rttemberg die TrÃ¤ger der in Betracht kommenden Einrichtungen, sich unter Vorlage eines ausgefÃ¼llten Strukturerhebungsbogens (STE) nebst einer therapeutischen Konzeption sowie des Formulars fÃ¼r die Preiskalkulation (Pk) um die Anerkennung als RPK â Einrichtung in Baden-WÃ¼rttemberg zu bewerben. Der KlÃ¤ger bewarb sich unter seinem alten Namen unter BeifÃ¼gung der angeforderten Unterla-gen fÃ¼r zehn RehabilitationsplÃ¤tze. Unter Beteiligung aller KostentrÃ¤ger wurden unter 18 antragstellenden Einrichtungen fÃ¼nf Ein-richtungen in Mannheim, Ulm, Stuttgart, Ravensburg und Heilbronn ausgewÃ¤hlt, die mit Schrei-ben vom 16. Mai 1995 mit jeweils zehn PlÃ¤tzen als RPK â Einrichtungen anerkannt wurden. Zwischen den TrÃ¤gern dieser Einrichtungen und den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen sowie den VerbÃ¤nden der Ersatzkassen wurde ein entsprechender Versorgungsvertrag (VV) fÃ¼r die Rehabilitation psychisch Kranker nach Â§ 111 Abs. 2 SGB V abgeschlossen. Die Krankenversi-cherungs- und RentenversicherungstrÃ¤ger sowie das LAA Baden-WÃ¼rttemberg teilten mit ge-meinsamem Schreiben ebenfalls vom 16. Mai 1995 dem KlÃ¤ger mit, dass er nicht habe berÃ¼ck-sichtigt werden kÃ¶nnen. Der KlÃ¤ger erhob gegen diese ablehnende Entscheidung, die von den KostentrÃ¤gern mit Schreiben vom 08. September 1995 nochmals bestÃ¤tigt wurde, am 28. Juni 1996 Klage beim Sozialgericht (SG) Stuttgart (S 10 KR 2718/96). Nachdem das SG Zweifel daran geÃ¤uÃert hatte, ob der Antrag des KlÃ¤gers Ã¼berhaupt durch Verwaltungsakt

abgelehnt wor-den sei, beantragte der KlÃ¤ger nochmals mit Schreiben vom 17. Februar 1997 bei den Beklagten den Abschluss eines VV nach Â§ 111 SGB V. Diesen Antrag lehnten die Beklagten mit Bescheid vom 30. April 1997 mit der BegrÃ¼ndung ab, eine alleinstehende Zulassung nach Â§ 111 SGB V sei mit den GrundsÃ¤tzen und der Zielsetzung der RPK â Konzeption, die eine isolierte Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistun-gen ausschlieÃe, nicht vereinbar. Den hiergegen am 28. Mai 1997 eingelegten Widerspruch wie-sen die Beklagten mit Bescheid vom 02. September 1997 im Wesentlichen mit der vorgenannten BegrÃ¼ndung zurÃ¼ck. Die Antragstellung nach Â§ 111 SGB V, die nur segmenthaft fÃ¼r die Kosten-trÃ¤ger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelte, widerspreche den Ã¼bergreifenden Inhalten des RPK â Therapiekonzepts und dessen Zielsetzungen. Durch den Abschluss von VV mit den ausgewÃ¤hlten RPK â Einrichtungen sei lediglich die gesetzlich geforderte Grundlage fÃ¼r die Mitwirkung der KV in Form der Erbringung integrierter medizinischer Rehabilitationsleis-tungen fÃ¼r einen Teilbereich des Versorgungsangebotes RPK geschaffen worden. Dies sei nur die Folge der gemeinsamen Beschlussfassung und entsprechenden Anerkennung der jeweiligen RPK -Einrichtungen "durch alle beteiligten KostentrÃ¤ger". Im Ãbrigen bestehe auch kein An-spruch auf den Abschluss eines VV gemÃ¤Ã Â§ 111 SGB V, da die medizinische Rehabilitation bereits in den vorhandenen Psychiatrischen LandeskrankenhÃ¤usern (PLK), jetzt Zentren fÃ¼r Psy-chiatrie (ZfP) erbracht werde. Der Belegungsgrad der RPK â Einrichtungen zeige, dass die vor-handenen PlÃ¤tze ausreichten bzw. die gestellten Belegungserwartungen nicht in vollem Umfang erfÃ¼llt wÃ¼rden, so dass ein weiterer Ausbau in Richtung der seinerzeit in Aussicht gestellten 200 PlÃ¤tze nicht realisiert werde.

Hiergegen erhob der KlÃ¤ger am 11. September 1997 Klage beim SG Stuttgart. Auf Ã¼bereinstim-menden Antrag der Beteiligten wurde das Ruhen des Verfahrens S 10 KR 2718/92 angeordnet. Zur BegrÃ¼ndung seiner Klage trug der KlÃ¤ger im Wesentlichen vor, bei seiner Einrichtung hand-le es sich um eine Rehabilitationseinrichtung im Sinne des Â§ 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V, wobei es nicht entscheidend darauf ankomme, dass die im Einzelfall getroffenen MaÃnahmen auch der Vorbereitung einer beruflichen Rehabilitation dienten. Die von den Beklagten, dem Land Baden-WÃ¼rttemberg, den RentenversicherungstrÃ¤gern und der BA verfolgte RPK -Konzeption verhin-dere nicht eine Anerkennung als Versorgungseinrichtung nach Â§ 111 SGB V, zumal die Antrag-stellung zentral und unmittelbar auf die von den Krankenkassen gemÃ¤Ã Â§ 40 SGB V zu erbrin-genden Leistungen der medizinischen Rehabilitation vor allem psychisch Kranker ziele. Die Ab-lehnung mit Hinweis auf die RPK â Konzeption stelle eine Bedarfskontingentierung dar, die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) unzulÃ¤ssig sei (Urteil vom 19. November 1997 [3 RK 1/97] = SozR 3 â 2500 Â§ 111 Nr. 1). Eine rechtsstaatlichen Erfordernissen insbeson-dere Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) genÃ¼gende Bedarfsplanung der Krankenkassenver-bÃ¤nde existiere nicht. Es bestÃ¼nden erhebliche und medizinisch bedenkliche Wartezeiten fÃ¼r die stationÃ¤re Versorgung und Rehabilitation psychisch erkrankter Personen, so dass nach den GrundsÃ¤tzen des erwÃ¤hnten Urteils des BSG dem Antrag stattzugeben sei. Die Beklagten traten der Klage unter FederfÃ¼hrung der Beklagten zu 1) im Wesentlichen mit der

BegrÃ¼ndung entgegen, es sei fÃ¼r den Abschluss eines VV nach Â§ 111 SGB V kein Bedarf ersicht-lich, da dieser jetzt durch die ZfP â□□ ehemals PLK â□□ und durch psychiatrische Akuteinrichtungen abgedeckt sei, zumal in den Krankenhausbedarfsplã¤nen ein entsprechender Mehrbedarf Ã¼ber bereits bestehende KapazitÃ¤ten hinaus nicht ausgewiesen sei. Im Rahmen eines Auslagerungs-konzepts sei die Umschichtung der vorhandenen KapazitÃ¤ten der ZfP in eine dezentrale wohn-ortnahe Versorgung vorgesehen. Der Auslastungsgrad der vorhandenen Einrichtungen der medi-zinischen Rehabilitation nach Â§ 111 SGB V sei im Laufe des Jahres 1997 nochmals deutlich zu-rÃ¼ckgegangen, so dass hier kein Bedarf gegeben sei. Der begehrte VV kÃ¶nne nur einen Teilbe-reich der RPK â□□ Konzeption abdecken. Im Ã□brigen habe der KlÃ¤ger weder zur QualitÃ¤t noch zur PreishÃ¶he, bezogen auf den begehrten Abschluss eines VV nach Â§ 111 SGB V, konkrete Anga-ben gemacht. Die vorliegenden Daten bezÃ¶gen sich auf die ursprÃ¼nglich beantragte Anerken-nung als RPK â□□ Einrichtung, weshalb eine konkrete PrÃ¼fung der weiteren Kriterien der Bedarfs-notwendigkeit, der QualitÃ¤t und der Wirtschaftlichkeit schon nicht mÃ¶glich sei.

Das SG gab der Klage mit Urteil vom 17. Februar 2000, das der Beklagten zu 1) am 20. MÃ¤rz 2000 gegen Empfangsbekenntnis zugestellt wurde, statt und verpflichtete die Beklagten unter Aufhebung ihres Bescheids vom 30. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. September 1997, mit dem KlÃ¤ger einen VV nach Â§ 111 SGB V fÃ¼r stationÃ¤re medizinische Rehabilitationsleistungen fÃ¼r psychisch Erkrankte fÃ¼r zehn Betten im Sozialpsychiatrischen Wohnverbund Heidenheim abzuschlieÃ□en. Das SG fÃ¼hrt in den EntscheidungsgrÃ¼nden, auf die zur weiteren Darstellung Bezug genommen wird, unter Darlegung der gesetzlichen Vorausset-zungen im Wesentlichen aus, die Einrichtung des KlÃ¤gers erfÃ¼lle die Voraussetzungen des Â§ 107 Abs. 2 Nrn. 2 und 3 SGB V, womit auch die Beklagten Ã¼bereinstimmten. Die Streitfrage, ob es sich hierbei um eine Einrichtung im Sinn des Â§ 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V handle, sei zu bejahen. auch wenn in der Einrichtung des KlÃ¤gers berufsfÃ¶rdernde Leistungen zur Rehabilitation angeboten und erbracht wÃ¼rden, da dem Wortlaut des Â§ 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V eine solche AusschlieÃ□lichkeit der medizinischen Rehabilitationsleistungserbringung nicht entnommen wer-den kÃ¶nne. Die Erbringung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation zu Lasten der Beklagten schlieÃ□e eine Erbringung von berufsfÃ¶rdernden Leistungen zur Rehabilitation zu Lasten der Ren-tenversicherungstrÃ¤ger und der BA nicht aus. Entsprechend Â§ 40 Abs. 2 SGB V kÃ¶nnten die Be-klagten der Einrichtung des KlÃ¤gers nur Patienten zuweisen, bei denen allein die Erbringung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation erforderlich ist. Die Voraussetzungen der Bedarfs-gerechtigkeit, LeistungsfÃ¤higkeit und Wirtschaftlichkeit gemÃ¤Ã□ Â§ 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V lÃ¤gen im Ã□brigen vor. Die Einrichtung des KlÃ¤gers sei auch bedarfsgerecht, da die Beklagten im Unterschied zur Krankenhausbehandlung in der Rehabilitation weitgehend Einfluss auf die Be-willigung und die Dauer von MaÃ□nahmen und damit auch der Kosten hÃ¤tten. Deshalb sei keine BedarfsprÃ¼fung durchzufÃ¼hren.

Gegen dieses Urteil wendet sich die Beklagte zu 1) mit der am 27. MÃ¤rz 2000 schriftlich beim Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung. Zu deren BegrÃ¼ndung trÃ¤gt die Beklagte zu 1) federfÃ¼hrend fÃ¼r die weiteren

Beklagten vor, bis zur mÃ¼ndlichen Verhandlung beim SG seien die Beklagten davon ausgegangen, dass die klÃ¤gerische Einrichtung nicht als Rehabilitationseinrich-tung im Sinne des Â§ 107 Abs. 2 SGB V angesehen werden kÃ¶nne, nachdem ein Antrag auf Aner-kennung als RPK â□□ Einrichtung gestellt worden sei und in diesem Zusammenhang Behandlungs- und Therapiekonzept vorgelegt worden seien. Das RPK â□□ Konzept sehe eine Auswahl der fÃ¼r die allgemeine medizinische Rehabilitation vorgesehenen Patientenklientel im Hinblick auf die FÃ¶r-derfÃ¤higkeit im Bereich der beruflichen Rehabilitation vor. Entgegen der Annahme des SG sei bezogen auf den auf die medizinische Rehabilitation nunmehr eingeschrÃ¤nkten Antrag des KlÃ¤-gers die Voraussetzungen des Â§ 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V nicht gegeben. Die Einrichtung des KlÃ¤gers sei zur bedarfgerechten Versorgung der Versicherten nicht notwendig. Es kÃ¶nne auch unter Berufung auf die Rechtsprechung des BSG nicht von einer BedarfsprÃ¼fung abgesehen werden, zumal das Land Baden-WÃ¼rttemberg in der Krankenhausplanung eine Ausweitung der Akutversorgungsangebote im Fachgebiet psychotherapeutische Medizin in einer GrÃ¶Ã□enordnung von rund 1.040 Betten verfolge, wovon 240 Betten auf die Region Mittlerer Neckar entfielen. Dies sei deshalb in die BedarfserwÃ¤gungen einzubeziehen, da die medizinische Abgrenzung der Akut- zur Reha â□□ Leistungserbringung in der Psychotherapie insgesamt sehr schwierig sei. SchlieÃ□lich solle mit der EinfÃ¼hrung des Psychotherapeutengesetzes der Vorrang "ambulant vor stationÃ¤r" weiterverfolgt werden, was den Bedarf fÃ¼r neue Rehabilitationseinrichtungen weiter vermindere. Die Beklagten haben nach Vorlage entsprechender Unterlagen durch den KlÃ¤ger den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-WÃ¼rttemberg (MDK) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Die Beklagte zu 1) hat am 14. Februar 2002 das von der Leitenden Medizinaldirektorin Dr. H., FachÃ¤rztin fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie sowie fÃ¼r Neurologie, Sozialmedizin â□□ Ã□rztliches QualitÃ¤tsmanagement sowie Ã¤rztliche Referentin fÃ¼r Psychiatrische Neurologische Versorgung, und des Facharztes fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, Fachleiter fÃ¼r Psychiatrie Dr. M. vom 10. Dezember 2001 vorgelegt, wonach die Einrichtung des KlÃ¤gers voraussichtlich die Voraussetzung des Â§ 107 Abs. 2 SGB V erfÃ¼lle und eine medizinisch leistungsfÃ¤hige Versorgung der Patienten gemÃ¤Ã□ Â§ 111 Abs. 2 Nr. 2 SGB V gewÃ¤hrleistet sei. Die Voraussetzungen fÃ¼r stationÃ¤re Rehabilitationsbehandlungen eines Versorgungsauftrages im Indikationsbereich "psychische Erkrankungen" lÃ¤gen ebenso vor.

Die Beklagten zu 1 â□□ 4) beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 17. Februar 2000 aufzuheben und die Kla-ge abzuweisen.

Der KlÃ¤ger beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Er hÃ¤lt das Urteil des SG fÃ¼r richtig und verweist darauf, dass das BSG die Revisionen der Be-klagtenseite gegen das von ihm im Berufungsverfahren

vorgelegte Urteil des LSG Niedersachsen vom 28. Juni 2001 zurÃ¼ckgewiesen hat. Nach dem BSG kÃ¶nne der fÃ¼r den Krankenhausbereich entwickelte Begriff "bedarfsgerecht" trotz desselben Wortlauts nicht deckungsgleich auf den Bereich der Rehabilitationseinrichtungen Ã¼bertragen werden, da eine verfassungskonforme Aus-legung des Begriffs "bedarfsgerecht" geboten sei. Seine Einrichtung sei im Sinn des Urteils des BSG vom 23. Juli 2002 (B 3 KR 63/01 = SozR 3 â 2500 Â§ 111 Nr. 3) bedarfsgerecht, da sie einer Nachfrage gerecht werde, die bislang noch nicht anderweitig gedeckt werde. Der KlÃ¤ger hat am 27. Dezember 2001 den von den Beklagten geforderten Strukturerhebungsbogen Ã¼ber die beab-sichtigte Abteilung Medizinische Rehabilitation beim Sozialpsychiatrischen Wohnverbund Hei-denheim ausgefÃ¼llt und mit einem Formular fÃ¼r die Preiskalkulation vom 09. Juli 2001 sowie Darstellung des Therapiekonzepts vorgelegt.

Der Berichterstatter hat den Sachverhalt mit den Beteiligten am 10. Januar 2001 erÃ¶rtert.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten zu 1) vorgelegten Verwaltungsakten, der Akten beider RechtszÃ¼ge sowie der Akte des SG Stuttgart S 10 KR 2718/96 Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Be-rufung der Beklagten zu 1) ist statthaft und zulÃ¤ssig. Sie ist jedoch nicht begrÃ¼ndet. Das SG hat zu Recht entschieden, dass der den Abschluss eines VV ablehnende Bescheid der Beklagten vom 30. April 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. September 1997 rechtswidrig ist und die Beklagten verpflichtet sind, mit dem KlÃ¤ger einen VV nach Â§ 111 SGB V fÃ¼r statio-nÃ¤re medizinische Rehabilitationsleistungen fÃ¼r psychisch Erkrankte im Umfang von zehn Bet-ten im Sozialpsychiatrischen Wohnverbund Heidenheim abzuschlieÃen. Klarstellend waren die Beklagten im Hinblick auf die vollstreckungsrechtliche Regelung des Â§ 894 der Zivilprozessord-nung (ZPO) zu verpflichten, das Angebot des KlÃ¤gers auf Abschluss eines Versorgungsvertrags anzunehmen. Denn nach der genannten Vorschrift gilt im Falle der Verurteilung des Schuldners zur Abgabe einer WillenserklÃ¤rung (hier: Annahme eines Vertragsangebots) die ErklÃ¤rung als abgegeben., sobald das Urteil Rechtskraft erlangt hat.

ZunÃ¤chst ist darauf hinzuweisen, dass einer Entscheidung des SG nicht entgegen stand, dass die Beklagten â wie im Berufungsverfahren vorgetragen â zum Zeitpunkt des Erlasses der angefoch-tenen Entscheidung noch davon ausgegangen sind, dass der KlÃ¤ger den Abschluss eines Versor-gungsvertrages als RPK â Einrichtung nach der baden-wÃ¼rttembergischen Konzeption entspre-chend der Empfehlungsvereinbarung RPK begehrt hat, nicht aber ganz allgemein als Einrichtung zur GewÃ¤hrung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation fÃ¼r psychisch Erkrankte. Denn selbst unter dem Gesichtspunkt, dass sich die BegrÃ¼ndung der ablehnenden Entscheidung im Wesentlichen mit der Zielsetzung

des baden-wÃ¼rttembergischen RPK â□□ Konzepts auf der Grund-lage der Empfehlungsvereinbarung RPK auseinandersetzt, haben die Beklagten mit ihrer Ent-scheidung gleichwohl umfassend Ã¼ber das Begehren des KlÃ¤gers auf Abschluss eines Versor-gungsvertrags gemÃ¤Ã□ Â§ 111 SGB V entschieden und diesen Antrag generell abgelehnt. Eine neu-erliche Entscheidung â□□ wie von der Beklagten zu 1) offenbar zunÃ¤chst fÃ¼r erforderlich erachtet â□□ brauchte insoweit daher nicht zu ergehen.

Das SG hat zutreffend entschieden, dass die geplante Einrichtung des KlÃ¤gers die Voraussetzun-gen fÃ¼r den Abschluss eines Versorgungsvertrags zur Erbringung stationÃ¤rer medizinischer Re-habilitationsleistungen erfÃ¼llt und daher Anspruch auf Abschluss eines entsprechenden Versor-gungsvertrags hat.

GemÃ¤Ã□ Â§ 111 Abs. 1 SGB V dÃ¼rfen die Krankenkassen medizinische Leistungen zur Vorsorge (Â§ 23 Abs. 4 SGB V) oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation einschlieÃ□lich der An-schlussheilbehandlung (Â§ 40 SGB V), die eine stationÃ¤re 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 LandesverbÃ¤nde der Krankenkassen und die VerbÃ¤nde der Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung fÃ¼r ihre Mitgliedskassen einheitliche VersorgungsvertrÃ¤ge Ã¼ber die DurchfÃ¼hrung der in Abs. 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die die Anfor-derungen des Â§ 107 Abs. 2 SGB V erfÃ¼llen (Nr. 1) und fÃ¼r eine bedarfsgerechte, leistungsfÃ¤hige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationÃ¤ren medizini-schen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschlieÃ□lich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind (Nr. 2).

Diesen Anforderungen trÃ¤gt die vom KlÃ¤ger geplante Einrichtung Rechnung. Sie erfÃ¼llt im Sinne der Nr. 1 dieser Regelung insbesondere die Anforderungen des Â§ 107 Abs. 2 SGB V. Nach dieser Vorschrift (Nr. 1 Buchst. a) sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des SGB V Einrichtungen, die der stationÃ¤ren Behandlung der Patienten dienen, um eine SchwÃ¤-chung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit fÃ¼hren wÃ¼rde, zu beseitigen oder einer GefÃ¤hrdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken (Vorsorge) oder (Nr. 1 Buchst. b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine dro-hende Behinderung oder PflegebedÃ¼rftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszuglei-chen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen Ã¼bernommen werden dÃ¼rfen, (Nr. 2) fachlich-medizinisch unter stÃ¤ndiger Ã¤rztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem Ã¤rztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln ein-schlieÃ□lich Krankengymnastik, Bewegungstherapie,

Sprachtherapie oder Arbeits- und BeschÃ¤fti-gungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwir-kungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungs-krÃ¤fte zu helfen, und in denen (Nr. 3) die Patienten untergebracht und verpflegt werden kÃ¶nnen.

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 Ãberzeugung des Senats fest, dass die Patienten des KlÃ¤gers in der geplanten Einrichtung fachlich-medizinisch unter stÃ¤ndiger Ã¤rztlicher Verantwortung sowie unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal nach einem Ã¤rztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch die Anwendung von Heil-mittel behandelt werden. Da sie in der Einrichtung auch untergebracht und verpflegt werden kÃ¶nnen, entspricht die Einrichtung den Anforderungen des Â§ 111 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. Â§ 107 Abs. 2 SGB V.

Auch die weiteren Voraussetzungen des Â§ 111 Abs. 2 Nr. 2 SGB V sind erfÃ¼llt. Die Einrichtung ist insbesondere bedarfsgerecht im Sinne dieser Regelung. In seinem Urteil vom 23. Juli 2002 hat das BSG (aaO) ausgefÃ¼hrt, dass eine Rehabilitationseinrichtung im Sinne des Â§ 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 "fÃ¼r eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig" nicht die Unverzichtbarkeit der einzelnen antragstellen-den Einrichtung, sondern verdeutlicht nur den gesetzlichen Auftrag der KassenverbÃ¤nde, im Rahmen ihrer Planungshoheit und Strukturverantwortung zumindest so viele VersorgungsvertrÃ¤-ge abzuschlieÃen, wie fÃ¼r eine flÃ¤chendeckende Mindestausstattung eines Bundeslandes mit sta-tionÃ¤ren 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 Â§ 111 Abs. 2 SGB V lediglich fÃ¼r die erforderliche Mindestausstattung der betroffenen Region mit stationÃ¤ren Rehabilitationseinrichtungen zu sorgen haben. Dagegen haben die KassenverbÃ¤nde nicht die Aufgabe und das Recht, Obergrenzen bei der flÃ¤chende-ckenden Versorgung mit derartigen Einrichtungen festzulegen. Â§ 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V ge-bietet im Rehabilitationsbereich den Abschluss von VersorgungsvertrÃ¤gen mit allen zur Min-destversorgung notwendigen Einrichtungen, ohne zugleich den Abschluss von zu einem Ãberan-gebot fÃ¼hrenden zusÃ¤tzlichen VersorgungsvertrÃ¤gen zu untersagen. Nach dieser Auslegung des Begriffs "Bedarfsgerechtigkeit", der der Senat uneingeschrÃ¤nkt folgt, ist kein Raum fÃ¼r die von den Beklagten zur Versagung des Abschlusses eines Versorgungsvertrags mit dem KlÃ¤ger he-rangezogene BegrÃ¼ndung, ein Bedarf fÃ¼r eine weitere Einrichtung bestehe nicht. Auch die Leis-tungsfÃ¤higkeit der geplanten stationÃ¤ren Rehabilitationseinrichtung ist zu bejahen, da das Be-handlungskonzept dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und der Umfang des eingesetzten therapeutischen Personals die erforderliche medizinische Versorgung der Patienten gewÃ¤hrleistet. 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. DafÃ¼r, dass die Einrichtung nicht wirtschaftlich im Sinne des Â§ 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird arbeiten kÃ¶nnen, liegen keine Anhaltspunkte vor. Diesem Gesichtspunkt kommt im Rah-men des Zulassungsverfahrens auch nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Da die VergÃ¼tungs-sÃ¤tze zwischen den Vertragsparteien gesondert verhandelt und vereinbart werden, ist die HÃ¶he der VergÃ¼tung nicht Teil der Zulassungsentscheidung der Krankenkasse.

Nachdem sÃ¤mtliche Voraussetzungen des Â§ 111 SGB V somit erfÃ¼llt sind, sind die Beklagten verpflichtet, den beantragten Versorgungsvertrag mit dem KlÃ¤ger abzuschlieÃen. Dem bei ErfÃ¼l-lung der Voraussetzungen des Â§ 111 SGB V gesetzlich normierten Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags steht weder die Empfehlungsvereinbarung â RPK noch die hieraus entwi-ckelte baden-wÃ¼rttembergische Konzeption fÃ¼r die RPK entgegen. Da dieser Vereinbarung bzw. der entsprechenden Konzeption keine RechtsnormqualitÃ¤t beizumessen ist, vermÃ¶gen diese un-tergesetzlichen Regelungen den gesetzlich verankerten Anspruch des KlÃ¤gers nicht einzuschrÃ¤n-ken. Entsprechend lassen sich hieraus â wovon die Beklagten offenbar ausgehen â auch keine Ã¼ber die gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen hinaus gehenden Erfordernisse herlei-ten, die Ã¼ber die Tatbestandsvoraussetzungen des Â§ 111 SGB V hinaus erfÃ¼llt sein mÃ¼ssten. Soweit die Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit der BegrÃ¼ndung ablehnen, die Konzeption des KlÃ¤gers sehe die Erbringung beruflicher Leistungen zur Rehabilitation nicht vor, ist darauf hinzuweisen, dass auch den gesetzlichen Regelungen des SGB V keine Anhalts-punkte dafÃ¼r zu entnehmen sind, dass die berufliche Rehabilitation Gegenstand des Leistungsan-gebots der Krankenkasse ist und daher von einer im Leistungsspektrum der gesetzlichen Kran-kenkasse stationÃ¤re Rehabilitationsleistungen anbietenden Einrichtung zur VerfÃ¼gung gestellt werden muss. Weder Â§ 40 SGB V, der den Leistungsanspruch des Versicherten beschreibt, noch Â§ 107 SGB V, der die Anforderungen an eine Einrichtung normiert, die fÃ¼r die GewÃ¤hrung stati-onÃ¤rer Leistungen der Rehabilitation fÃ¼r gesetzlich krankenversicherte Personen erfÃ¼llt sein mÃ¼ssen, bietet Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass neben der medizinischen Rehabilitation als Ziel der Behandlung auch die berufliche Rehabilitation steht. Entsprechendes lÃ¤sst sich auch Â§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V nicht entnehmen. Soweit diese Regelung den Auftrag enthÃ¤lt, bei der Krankenbe-handlung den besonderen BedÃ¼rfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, kann hieraus nicht die Erweiterung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf MaÃnahmen der beruflichen Rehabilitation abgeleitet werden. Eine derart weitreichende Ausweitung des Leistungsspektrums der GKV hÃ¤tte einer ausdrÃ¼cklichen ErwÃ¤hnung bedurft, nachdem die angesprochenen MaÃ-nahmen nach dem gegliederten System der SozialleistungstrÃ¤ger nicht der gesetzlichen Kran-kenversicherung, sondern den TrÃ¤gern der Rentenversicherung bzw. der Arbeitslosenversiche-rung Ã¼bertragen 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 Ver-fÃ¼gung zu stellen. Doch rechtfertigt dies nicht, Einrichtungen von der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten nur deshalb auszuschlieÃen, weil sie zwar die

gesetzlichen Voraussetzun-gen fÃ¼r eine Zulassung als Einrichtung der stationÃ¤ren Rehabilitation nach den Vorschriften des Rechts der GKV erfÃ¼llen, nicht aber im Rahmen des daneben bestehenden integrativen Behand-lungssystems gleichzeitig auch berufliche Rehabilitation anbieten. Ein Ausschluss solcher Ein-richtungen hÃ¤tte nicht zuletzt auch im Hinblick auf Art. 12 GG einer ausdrÃ¼cklichen gesetzlichen Regelung bedurft. Letztlich kÃ¶nnen sich die Beklagten zur StÃ¼tzung ihrer Rechtsauffassung auch nicht auf die Vorschriften der Â§Â§ 11 Abs. 1, 12 Abs. 1, 17 Abs. 1 Nr. 1 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) stÃ¼tzen. Denn die insoweit normierte Verpflichtung der Sozialleis-tungstrÃ¤ger zur Zusammenarbeit schrÃ¤nken schon von ihrem Regelungsgehalt her den Anspruch der KlÃ¤gerin aus Â§ 111 SGB V nicht ein.

Da das angefochtene Urteil des SG nach alledem nicht zu beanstanden ist, war die Berufung der Beklagten zu 1) zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG in der bis zum 01. Januar 2001 gÃ¼ltig gewesenen Fassung. Nachdem nur die Beklagte zu 1) Berufung eingelegt hat, war nur sie BerufungsklÃ¤ge-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, dem KlÃ¤ger die auÃergerichtlichen Kos-ten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

FÃ¼r eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Erstellt am: 11.10.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024