

## B 3 KR 63/01 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Hannover (NSB)  
Aktenzeichen  
-

Datum  
28.07.1998  
2. Instanz  
LSG Niedersachsen-Bremen  
Aktenzeichen  
-

Datum  
28.06.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 63/01 R

Datum  
08.10.2002  
Kategorie  
Urteil

Die Revisionen der Beklagten zu 1), 6) und 7) gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 28. Juni 2001 werden mit der Klarstellung zurückgewiesen, dass die Beklagten verpflichtet sind, das Angebot der Klägerin auf Abschluss des Versorgungsvertrages anzunehmen. Die Beklagten zu 1), 6) und 7) haben der Klägerin auch die außergerichtlichen Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Klägerin betreibt seit dem 1. Juli 1996 im ehemaligen G. in L. gewerblich ein medizinisch-geriatrisches Zentrum. Sie begehrt von den beklagten Krankenkassenverbänden die Zulassung als vollstationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtung durch Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 111 Abs 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Für die angeschlossene Altenpflegeeinrichtung besteht ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen nach [§ 72](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Am 29. November 1995 beantragte die Klägerin unter Bezugnahme auf ihr bereits vorab übermitteltes Konzept eines medizinisch-geriatrischen Zentrums den Abschluss eines Versorgungsvertrags. Dies lehnten die Beklagten ab (Bescheid vom 18. Oktober 1996, Widerspruchsbescheid vom 18. November 1996), weil für die Einrichtung kein Bedarf bestehe. Zwar müssten in Niedersachsen in den nächsten Jahren an verschiedenen Orten zusätzliche geriatrische Rehabilitationseinrichtungen geschaffen werden. Dies solle aber in Abstimmung mit der Landesplanung durch die Umwandlung von vorhandenen Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen nach einer Prioritätenliste sowie durch die Bildung von geriatrischen Zentren in bestehenden Einrichtungen geschehen. In der Region L. nehme bereits die K. in B. die Funktion als geriatrisches Zentrum wahr. Sie sei derzeit nur zu 72 vH ausgelastet. Daher habe die Region L. keine Priorität. Zudem sei die Zulassung weiterer Einrichtungen angesichts der angespannten finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin nicht vertretbar.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 28. Juli 1998): Auf der Basis des vorgestellten Behandlungskonzepts erfülle die in Aussicht genommene personelle und sachliche Ausstattung zwar die Anforderungen, die an eine stationäre Rehabilitationseinrichtung zu stellen seien. Die Beklagten hätten aber zutreffend entschieden, dass die Einrichtung der Klägerin für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Versicherten nicht erforderlich sei. Auf die Berufung der Klägerin hat das Landessozialgericht (LSG), dem ein überarbeitetes Konzept für die Rehabilitationseinrichtung vorgelegt worden war, die Entscheidung des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten aufgehoben und die Beklagten verurteilt, mit der Klägerin "einen Versorgungsvertrag gemäß [§ 107 Abs 2 SGB V](#) iVm [§ 111 Abs 2 SGB V](#) im Umfang von 42 Plätzen zur stationären Rehabilitation geriatrischer Erkrankungen, wie sie im Einzelnen im Konzept der Klägerin von Juni 2001 aufgeführt sind, abzuschließen" (Urteil vom 28. Juni 2001): Die Zulassung stationärer Rehabilitationseinrichtungen dürfe bei verfassungskonformer Auslegung des Gesetzes nicht beschränkt werden, weil ein solcher Eingriff in die Berufsfreiheit nicht durch überwiegende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sei. Die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei durch ein Überangebot nicht gefährdet, weil die Kassen die jeweiligen - in ihrer Dauer zudem beschränkten - Leistungen vorab bewilligen müssten und deshalb die Ausgaben steuern könnten. Öffentliche Investitionen seien durch die Zulassung von privat finanzierten Einrichtungen ebenfalls nicht gefährdet.

Mit ihren Revisionen rügen die Beklagten zu 1), 6) und 7) die Verletzung des [§ 111 Abs 2 SGB V](#). Sie sind der Ansicht, das LSG habe den Begriff der Bedarfsgerechtigkeit in [§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) verkannt, wenn es darunter nur die Gewährleistung der ordnungsgemäßen Erfüllung der Ansprüche der Versicherten nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) verstehe. Die Bedarfsprüfung beinhalte stets die Feststellung der Anzahl

notwendiger Betten. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht im Ermessen der Krankenkassen liege, sondern lediglich deren Modalitäten wie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Ort. Bei stationären Rehabilitationseinrichtungen obliege die Strukturverantwortung und Planungskompetenz den Kassenverbänden. Das niedersächsische Konzept zur Verbesserung der geriatrischen Krankenhausbehandlung sehe eine gleichmäßige Verteilung der geriatrischen Einrichtungen nach Schwerpunkten und Prioritäten vor, damit alle Versicherten möglichst wohnortnah eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen könnten. Das Gemeinwohlinteresse des kurzen Zugangs alter, kranker Menschen zu den Leistungen sei höher zu bewerten als die Berufsausübungsfreiheit der Klägerin.

Überdies habe das LSG zu Unrecht festgestellt, dass die Einrichtung der Klägerin wirtschaftlich sei. Der Hinweis, Anhaltspunkte für die Unwirtschaftlichkeit seien nicht vorgebracht worden, sei unzutreffend. Die Beklagte zu 1) habe sich in ihrem Schriftsatz vom 26. Juni 2001 umfangreich zur Frage der Wirtschaftlichkeit der Einrichtung der Klägerin geäußert. Die von der Klägerin kalkulierten Tagessätze seien deutlich zu niedrig, die im Gegenzug errechneten realistischen Tagessätze aber nicht wirtschaftlich.

Die Beklagten zu 1), 6) und 7) beantragen, das Urteil des LSG Niedersachsen vom 28. Juni 2001 zu ändern und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Hannover vom 28. Juli 1998 zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Revisionen mit der Klarstellung zurückzuweisen, dass die Beklagten verpflichtet werden, das Angebot auf Abschluss eines Versorgungsvertrags anzunehmen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Die Beklagten zu 2), 3) und 4) haben sich dem Vorbringen der Revisionskläger angeschlossen. Die Beklagte zu 5) hat sich nicht geäußert.

Das beigelegte Land Niedersachsen unterstützt das Revisionsvorbringen der Beklagten. Ergänzend weist es darauf hin, dass neuere Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ihre Leistungen im Rahmen eines arbeitsteiligen Prozesses in engem Zusammenhang mit anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens erbrächten. Dies gelte in besonderem Maße für die geriatrische Versorgung alter und kranker Menschen. Entscheidend sei deshalb, dass in einem regionalen Einzugsbereich Krankenhäuser und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation fachlich bereichsübergreifend zusammenarbeiten. Eine derartige Zusammenarbeit könne sich flächendeckend aber nur entwickeln, wenn den Leistungsträgern zugebilligt werde, Versorgungsverträge an der Befriedigung einer regional auftretenden Nachfrage bzw eines tatsächlich vorhandenen Bedarfs auszurichten. Auch habe das LSG den Gemeinwohlbelang der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausreichend berücksichtigt. Nach den Erfahrungen der Vergangenheit sei nämlich zu gewärtigen, dass jedes neue Angebot von Gesundheitsleistungen erst eine Nachfrage auslöse. Ungeachtet dessen würde jedenfalls das unternehmerische Risiko des Betreibers einer Rehabilitationseinrichtung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich verringert. Dies gelte erst recht, wenn mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrages auch eine Verpflichtung zur Belegung der Einrichtung einhergehe.

II

1. Die Revisionen sind zulässig. Dem steht nicht entgegen, dass die Beklagten zu 2) bis 5) keine Revision eingelegt haben. Die Beklagten sind zwar notwendige Streitgenossen iS des [§ 74 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) iVm [§ 62 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#). Dies ergibt sich aus [§ 111 Abs 2 Satz 1 iVm §§ 123, 213 Abs 2 SGB V](#), wonach die Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nur gemeinsam durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen getroffen werden kann (vgl [BSGE 78, 233 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1](#); [BSGE 78, 243 = SozR 3-2500 § 109 Nr 2](#); [BSGE 81, 189 = SozR 3-2500 § 111 Nr 1](#); [BSGE 87, 14 = SozR 3-2500 § 40 Nr 3](#)). Wenn auch bezüglich der Wahrung von Fristen und Terminen säumige Streitgenossen durch die nicht säumigen vertreten werden, bedeutet dies nicht, dass alle Streitgenossen nur gemeinsam Rechtsmittel einlegen können oder die sich nicht anschließenden Streitgenossen durch das Rechtsmittel der anderen ebenfalls zum Rechtsmittelführer werden (vgl [Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, ZPO, 60. Aufl 2002, § 62 RdNr 26](#)). Die Rechtsmitteleinlegung nur eines Teils der Streitgenossen hindert lediglich die Rechtskraft auch gegenüber den anderen und bringt alle Prozesse in die nächste Instanz, in der sämtliche notwendigen Streitgenossen, wie hier geschehen, am Verfahren zu beteiligen sind. Das rechtskräftige Urteil bindet dann alle notwendigen Streitgenossen, auch wenn sie kein Rechtsmittel eingelegt haben (vgl [Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl 2002, § 74 RdNr 6](#)).

Zulässig ist auch die Konkretisierung des Klageantrags, dass die begehrte Zulassung "durch Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 111 Abs 2 SGB V](#)" darauf gerichtet ist, die Beklagten zu verpflichten, "das Angebot der Klägerin vom Juni 2001 auf Abschluss eines Versorgungsvertrags im Umfang von 42 Plätzen zur stationären Rehabilitation geriatrischer Erkrankungen anzunehmen". Die Konkretisierung berücksichtigt die vollstreckungsrechtliche Regelung des [§ 894 ZPO](#), wonach im Falle der Verurteilung des Schuldners zur Abgabe einer Willenserklärung, um die es hier geht (Annahme eines Vertragsangebots), die Erklärung als abgegeben gilt, sobald das Urteil Rechtskraft erlangt hat, weitere vollstreckungsrechtliche Maßnahmen also entbehrlich sind. Es handelt sich prozessual nur um die Klarstellung eines unklaren Antrags ohne inhaltliche Änderung des Streitgegenstands ([§ 99 Abs 3 Nr 1 SGG](#)) und damit nicht um eine im Revisionsverfahren unzulässige Klageänderung ([§ 168 SGG](#)).

2. Die Revisionen der Beklagten zu 1), 6) und 7) sind aber unbegründet. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass dem Antrag der Klägerin auf Zulassung zur rehabilitativen Behandlung der Versicherten der Beklagten durch Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 111 Abs 2 SGB V](#) stattzugeben war.

Eine Entscheidung in der Sache war zulässig, obgleich die Beklagten über den Zulassungsantrag der Klägerin nur anhand des ursprünglichen Konzepts aus den Jahren 1995/1996 entschieden haben.

Dem Verwaltungsverfahren hat ein Behandlungskonzept (35 Betten für die geriatrische Rehabilitations-Station, davon 25 vollstationär und 10 teilstationär) zu Grunde gelegen, das im Berufungsverfahren geändert worden ist. Seitdem geht es um 42 Betten, und zwar

ausschließlich im vollstationären Bereich. Über das geänderte Konzept haben die Beklagten kein eigenes Verwaltungsverfahren durchgeführt. Das ist für die Zulässigkeit der Klage aber auch nicht erforderlich. Es handelt sich inhaltlich nur um eine Modifikation der früheren Planung, nicht aber um ein völlig neues Behandlungskonzept. Außerdem treffen die tragenden Gründe des Ablehnungsbescheides der Beklagten auch auf das geänderte Konzept zu, nämlich der fehlende Bedarf für eine weitere stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtung im Bereich L. neben der K. in B. sowie die Unvereinbarkeit mit dem niedersächsischen Konzept zur wohnortnahen geriatrischen Versorgung der Bevölkerung.

Das geänderte Konzept hat das LSG zu Recht seiner Entscheidung zu Grunde gelegt. Denn die Klägerin hat eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage erhoben ([§ 54 Abs 1 Satz 1 iVm § 54 Abs 4 SGG](#)), mit der sie eine Statusentscheidung (Zulassung mit Wirkung für die Zukunft) anstrebt. Bei einer solchen Klage ist maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung ([BSGE 41, 38 = SozR 2200 § 1418 Nr 2](#); [BSGE 43, 1 = SozR 2200 § 690 Nr 4](#); [BSGE 87, 14 = SozR 3-2500 § 40 Nr 3](#); [BVerwGE 29, 304](#)).

Der Anspruch der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 111 Abs 2 SGB V](#) (durch Annahme des unterbreiteten Vertragsangebots der Klägerin vom Juni 2001) ist begründet, weil das von ihr betriebene medizinisch-geriatrische Zentrum in L. als Rehabilitationseinrichtung iS des [§ 107 Abs 2 SGB V](#) anzusehen ([§ 111 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#)) und für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig ist ([§ 111 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#)).

Gemäß [§ 111 Abs 1 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen medizinische Leistungen zur Vorsorge ([§ 23 Abs 4 SGB V](#)) oder Leistungen zur 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 besteht. Nach [§ 111 Abs 2 SGB V](#) schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die die Anforderungen des [§ 107 Abs 2 SGB V](#) erfüllen ([§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#)) 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 ([§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#)). Gemäß [§ 107 Abs 2 SGB V](#) idF des Gesetzes vom 19. Juni 2001 ([BGBl I S 1046](#)) sind Rehabilitationseinrichtungen iS des SGB V Einrichtungen, "die der stationären Behandlung der Patienten dienen, um 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" ([§ 107 Abs 2 Nr 1b SGB V](#)). Eine Rehabilitationseinrichtung muss außerdem darauf eingerichtet sein, "fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal 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" ([§ 107 Abs 2 Nr 2 SGB V](#)). Schließlich müssen in einer Rehabilitationseinrichtung die Patienten untergebracht und gepflegt werden können ([§ 107 Abs 2 Nr 3 SGB V](#)).

Die Voraussetzungen der [§§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 1](#) iVm [107 Abs 2 SGB V](#) liegen vor. Die 42 Plätze umfassende Abteilung der Klägerin "Stationäre Geriatrische Rehabilitation" ist eine Rehabilitationseinrichtung im Sinne dieser Vorschriften.

Grundlage der - gerade im Bereich der Behandlung von Geriatriepatienten nicht immer einfachen - Zuordnung einer Einrichtung als Krankenhaus ([§ 107 Abs 1 SGB V](#)) oder Rehabilitationseinrichtung ([§ 107 Abs 2 SGB V](#)) ist das Behandlungskonzept, das der Einrichtungsbetreiber dem Antrag auf Abschluss des Versorgungsvertrags zu Grunde legt. Dieses Konzept muss die Art der zu behandelnden Erkrankungen, die vorgesehene Therapie sowie die personelle und sachliche Ausstattung der Einrichtung erkennen lassen, um eine rechtliche Einordnung zu ermöglichen (vgl grundlegend BSG, Urteil vom 19. November 1997 - [3 RK 1/97 - BSGE 81, 189 = SozR 3-2500 § 111 Nr 1](#)). Maßgebend ist hier - wie erwähnt - das von der Klägerin im Juni 2001 vorgelegte neue Konzept "Stationäre Geriatrische Rehabilitation".

Nach den nicht angefochtenen und damit für das Revisionsgericht bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) hat diese Einrichtung nach dem Konzept von Juni 2001 das Ziel, die Forderung des Gesetzgebers "Rehabilitation vor Pflege" zu verwirklichen. In der Einrichtung werden Patienten geriatrisch-rehabilitativ behandelt, die an Funktionsverlusten mit psychosozialer Beeinträchtigung, an chronisch rezidivierenden Erkrankungen mit akuter Verschlimmerung, an akuten oder therapieresistenten und chronischen Schmerzerkrankungen oder an unheilbaren Erkrankungen leiden. Der nach Untersuchungen durch den Arzt aufgestellte Behandlungsplan umfasst unterschiedliche heiltherapeutische Maßnahmen mit je nach Indikation ca 10 bis 15 Behandlungen pro Patient und Woche, wie zB Krankengymnastik in Einzel- und Gruppentherapie, Behandlung nach Bobath bzw nach Brügger, medizinische Trainingstherapie, ergotherapeutische Behandlung und Massage. In Anbetracht der bei geriatrischen Patienten häufig vorliegenden komplexen und multimorbiden Erkrankungen ist das Behandlungsteam multiprofessionell und entspricht damit auch in personeller Hinsicht den Anforderungen des [§ 107 Abs 2 Nr 2 SGB V](#). Es gehören ihm neben dem Arzt zahlreiche nichtärztliche Leistungserbringer (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseure und Medizinische Bademeister, Diätassistenten, Pflegekräfte und Sozialarbeiter) an. Im Bedarfsfalle können Orthopädiemechaniker hinzugezogen werden. Die Koordination obliegt dem Arzt.

Die Einrichtung entspricht auch den Anforderungen des [§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#); insbesondere ist sie "bedarfsgerecht" im Sinne der Vorschrift.

Nach [§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) dürfen nur solche Einrichtungen zugelassen werden, die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten notwendig sind. Die Vorschrift lässt allerdings nicht erkennen, unter welchen Voraussetzungen eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als bedarfsgerecht anzusehen ist; der Begriff wird nicht näher definiert. Die Gesetzeslage entspricht damit derjenigen im Krankenhausbereich. Nach [§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) darf ein Versorgungsvertrag mit dem Träger eines Krankenhauses, das weder Hochschulklinik noch Plankrankenhaus iS des [§ 108 Nr 1](#) und 2 SGB V ist, nicht abgeschlossen werden, wenn das

Krankenhaus "für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist".

Als "Bedarf" bezeichnet man allgemein einen Überhang an - aktueller und künftig absehbarer - Nachfrage nach bestimmten Produkten oder Leistungen gegenüber dem vorhandenen Angebot des Markts. In Bezug auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach [§ 109 SGB V](#) hat der erkennende Senat ein Krankenhaus als nicht bedarfsgerecht angesehen, wenn sein Bettenangebot den Bettenbedarf übersteigt (vgl zu den Einzelheiten der Bedarfsberechnung [BSGE 78, 233, 241 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1; BSGE 78, 243, 250 f = SozR 3-2500 § 109 Nr 2](#) und [BSGE 88, 111 = SozR 3-2500 § 109 Nr 8](#)). Die Begrenzung der Zulassung von Krankenhäusern nach dem Bettenbedarf ist eine zulässige Einschränkung des durch [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) geschützten Grundrechts der Berufsfreiheit der Krankenhausbetreiber (vgl [BVerfGE 82, 209, 229](#)), wie sie zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung geboten ist ([BSGE 87, 25 = SozR 3-2500 § 109 Nr 7](#)). Ein zu großes Bettenangebot ist nach den Erfahrungen der Vergangenheit als eine der Hauptursachen für medizinisch nicht gebotene Krankenhausbehandlung sowie für überlange Verweilzeiten beim Krankenhausaufenthalt (Fehlbelegung) erkannt worden, wodurch die Kosten der Krankenhausbehandlung allgemein über das erforderliche Maß hinaus erhöht werden. Die Erhaltung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und die Wahrung der Stabilität des Beitragssatzes sind für das Gemeinwohl von überragender Bedeutung. Dies entspricht auch einer im Gesetzgebungsverfahren geäußerten Auffassung ([BT-Drucks 11/2237, S 197](#)).

"Bedarfsgerecht" ist damit ein Krankenhaus nur dann, wenn es in einer bestimmten Region einen Nachfrageüberhang nach notwendigen stationären medizinischen Leistungen gibt, der von den bereits zugelassenen Krankenhäusern ([§ 108 Nr 1 bis 3 SGB V](#)) nicht befriedigt werden kann. Fehlt es an einem solchen Nachfrageüberhang, darf ein Versorgungsvertrag mit dem Träger dieses Krankenhauses nicht abgeschlossen werden ([§ 108 Abs 3 iVm § 109 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)).

Diese für den Krankenhausbereich entwickelte Auslegung des Begriffs "bedarfsgerecht" lässt sich - trotz desselben Wortlauts - nicht deckungsgleich auf den Bereich der Rehabilitationseinrichtungen übertragen.

Dem steht nicht entgegen, dass der Gesetzgeber mit der Bedarfsprüfung in beiden Bereichen das Ziel verfolgte, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu senken und die Leistungen auf das medizinisch Notwendige zu beschränken. Nach der Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz, mit dem in [§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) dem Wort "leistungsfähig" das Wort "bedarfsgerecht" vorangestellt wurde, sollte mit der Ergänzung der Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags klargestellt werden, "dass neben der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung auch Bedarfsnotwendigkeit gegeben sein muss" (vgl [BT-Drucks 12/3608, S 101](#)). Die Gesetzesbegründung hat die Notwendigkeit einer Bedarfszulassungsbeschränkung im Bereich stationärer Rehabilitation damit gerechtfertigt, dass der "bisherigen unkontrollierten und ungesteuerten Entwicklung der Behandlungsangebote in diesem Bereich entgegengewirkt werden sollte, die in der Vergangenheit insbesondere auch durch eine unzureichende inhaltliche Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung bedingt war" (vgl [BT-Drucks 11/2237, S 140](#)). Dazu hat der erkennende Senat bereits in seinem Urteil vom 19. November 1997 - [3 RK 1/97](#) - ([BSGE 81, 189 = SozR 3-2500 § 111 Nr 1](#)) festgestellt, dass dies eine Bedarfsprüfung wie im Krankenhausbereich allenfalls dann rechtfertigen kann, wenn die Möglichkeit, die den Versorgungsvertrag beanspruchende Einrichtung entweder als Krankenhaus oder als Rehabilitationseinrichtung einzustufen, wegen der Schwierigkeiten der Zuordnung als praktisch undurchführbar anzusehen wäre. Als Gemeinwohlinteresse wäre lediglich zu berücksichtigen, dass Investitionen aus öffentlichen Mitteln durch eine bedarfsunabhängige Zulassung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wegen zu geringer und damit unwirtschaftlicher Auslastung der einzelnen Einrichtung gefährdet werden könnten. Dieser Aspekt kommt hier jedoch nicht zum Tragen, weil die von der Klägerin betriebene Einrichtung eindeutig als Rehabilitationseinrichtung iS des [§ 107 Abs 1 Nr 1b SGB V](#) einzustufen ist.

Bei der Zulassung von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ist vielmehr eine verfassungskonforme Auslegung des Begriffs "bedarfsgerecht" unter Berücksichtigung der insoweit bestehenden Besonderheiten des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung geboten, die sich von der Krankenhausbehandlung unterscheidet. Im Unterschied zur Krankenhausbehandlung haben die Kassen weit gehend Einfluss auf die Bewilligung und die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen und damit auch auf die Kostenentwicklung. Nach den [§§ 39 Abs 1 Satz 2, 73 Abs 2 Nr 7 SGB V](#) haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn der Vertragsarzt sie verordnet und sie nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist. Die Gewährung stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen steht dagegen, wie der im Gesetz verwendete Begriff "kann" zeigt, im Ermessen der Krankenkassen ([§§ 23 Abs 4, 40 Abs 2 SGB V](#)). Die Maßnahmen werden nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ([§ 275 Abs 2 Nr 1 SGB V](#)) zudem nur für eine im Vorhinein festgelegte Zeitdauer von drei Wochen (mit Verlängerungsmöglichkeit im Einzelfall) gewährt, während die Einwirkungsmöglichkeiten der Kassen auf die Verweildauer des Versicherten im Krankenhaus - jedenfalls bisher - nur sehr begrenzt sind; nach der geplanten Einführung eines flächendeckenden neuen Abrechnungssystems für Krankenhausleistungen nach Fallpauschalen mag dies möglicherweise anders zu beurteilen sein.

Der Gesichtspunkt der Kostendämpfung verlangt deshalb bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen schon von der Sache her bei Weitem nicht so dringend eine Begrenzung der Leistungsanbieter wie im Krankenhausbereich (so bereits [BSGE 81, 189 = SozR 3-2500 § 111 Nr 1](#)). Dieser Aspekt hat aber auch rechtliche Bedeutung. Denn jede Einschränkung der Zulassung nach Bedarfs Gesichtspunkten stellt materiell einen Eingriff in das durch [Art 12 Abs 1 GG](#) geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit dar. [Art 12 Abs 1 GG](#) gewährt dem Einzelnen das Recht, jede Tätigkeit, für die er sich geeignet glaubt, als Beruf zu ergreifen und zur Grundlage seiner Lebensführung zu machen. Er konkretisiert das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit im Bereich der individuellen Leistung und Existenzhaltung und zielt auf eine möglichst unreglementierte berufliche Betätigung ab. In diesem weiten Sinne ist das Betreiben einer Rehabilitationseinrichtung als Beruf anzusehen und durch [Art 12 Abs 1 GG](#) geschützt (vgl [BVerfGE 82, 209, 223](#) zum Betreiben eines Krankenhauses; [BVerfGE 75, 284, 292](#)). Auch Personengesellschaften wie eine KG können sich auf das Grundrecht der Berufsfreiheit berufen (Jarass/Pieroth, GG, 6. Aufl 2002, Art 19 Nr 14 mwN).

Eingriffe in die Berufsfreiheit sind auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung zulässig, wenn die gewählten Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet und erforderlich sind und die durch sie bewirkten Beschränkungen für die Betroffenen zumutbar sind (vgl [BVerfGE 101, 331, 347](#)). Daraus folgt im Hinblick auf den Schutzbereich des [Art 12 Abs 1 GG](#), dass das Gewicht des mit der gesetzlichen Regelung angestrebten Zwecks umso größer sein muss, je tiefer in die Berufsfreiheit eingegriffen wird. Dabei können selbst bloße Regelungen der Berufsausübung so einschneidend sein, dass sie in ihrer wirtschaftlichen Auswirkung einer Einschränkung der Berufswahl



nahe kommen (vgl. [BVerfGE 82, 209](#), 229). Das ist hier der Fall. Grundsätzlich kommt zwar den gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der stationären Rehabilitation - im Gegensatz zum Krankenhausbereich - keine Monopolstellung zu (vgl. [BSGE 81, 189](#), 196 = [SozR 3-2500 § 111 Nr 1](#)), weil nach [§ 40 Abs 4 SGB V](#) Rehabilitationsmaßnahmen von den gesetzlichen Krankenkassen nur erbracht werden, wenn sie nicht von anderen Sozialversicherungsträgern erbracht werden können (Subsidiarität). Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Klägerin sich auf Leistungen der stationären geriatrischen Rehabilitation spezialisiert hat. Dementsprechend handelt es sich bei den in der Einrichtung der Klägerin zu behandelnden Personen typischerweise um ältere multimorbide Patienten, die regelmäßig nicht mehr im Erwerbsleben stehen. In der Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans vom 30. Oktober 1992 heißt es zutreffend, dass "der geriatrische Patient nach herrschender Auffassung in der Regel meist älter als 65 Jahre ist und zumeist ein Krankheitsbild aufweist, welches organmedizinische, psychische und sozialmedizinische Komponenten hat. Dabei stehen häufig auf Grund des Alters mehrere Krankheiten im Zusammenhang." Dies hat zur Folge, dass der in [§ 40 Abs 4 SGB V](#) statuierte Grundsatz der lediglich subsidiären Zuständigkeit der Krankenkassen für Rehabilitationsmaßnahmen im Hinblick auf die Einrichtung der Klägerin weit gehend ins Leere läuft. Rehabilitationsmaßnahmen für Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, fallen regelmäßig in die Zuständigkeit der Krankenkassen (vgl. Noftz in Hauck, SGB V, § 40 RdNr 30). Angesichts des Umstands, dass in Deutschland rund 90 % der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind (vgl. Mangoldt/Klein/Starck, Bonner GG-Kommentar, 4. Aufl. 1999, Art 12 RdNr 179), ist somit, soweit es das spezielle Leistungssegment der klägerischen Einrichtung betrifft, ähnlich wie im Krankenhausbereich von einer marktbeherrschenden Stellung im Sinne eines Nachfragemonopols der gesetzlichen Krankenkassen auszugehen.

Die Bedarfszulassung ist daher im Bereich der geriatrischen Rehabilitation wie im Krankenhausbereich als ein so schwer wiegender Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit anzusehen, dass er bereits einer Beschränkung der Berufswahl nahe kommt (vgl. [BVerfGE 82, 209](#), 229 f; [BSGE 78, 233](#), 239 = [SozR 3-2500 § 109 Nr 1](#)). Ansonsten handelt es sich bei der Bedarfszulassung im Bereich der medizinischen Rehabilitation um eine bloße Berufsausübungsregelung. Aber unabhängig davon, ob hier zur Rechtfertigung des Eingriffs "Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung" oder nur "vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls" bzw. "überwiegende Gemeinwohlbelange" verlangt werden, wie sie für reine Berufsausübungsregelungen ausreichen ([BVerfGE 7, 377](#), 405 f; [70, 1](#), 28; [77, 308](#), 332; [78, 155](#), 162), sind im Rehabilitationsbereich keine solchen Gemeinwohlbelange ersichtlich, die eine Auslegung des Begriffs "bedarfsgerecht" wie im Krankenhausbereich erlauben würden.

Die Planungshoheit und Strukturverantwortung der Krankenkassen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation (vgl. [BSGE 81, 189](#) = [SozR 3-2500 § 111 Nr 1](#)) stellt selbst keine Rechtfertigung dar, freie Anbieter von der Teilnahme an der Versorgung der Versicherten auszuschließen, sofern die Einrichtung eine leistungsfähige, wirtschaftliche Versorgung Gewähr leistet. Die Krankenkassen haben nach Sinn und Zweck des [§ 111 Abs 2 SGB V](#) lediglich für die erforderliche Mindestausstattung der betroffenen Region mit stationären Rehabilitationseinrichtungen zu sorgen. Daran ist die Planung auszurichten. Bei einer örtlichen Unterversorgung mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind die Krankenkassen nach [§ 140 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) sogar berechtigt, eigene Einrichtungen zu gründen und zu unterhalten. Die Kassenverbände dürfen nach [§ 111 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) in solchen Fällen auch Versorgungsverträgen in anderen Bundesländern beitreten. Die Planungshoheit und Strukturverantwortung der Kassenverbände bezieht sich also nur auf die Sicherstellung einer Mindestausstattung einer Region mit geeigneten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Kassenverbände haben hingegen nicht die Aufgabe und das Recht, Obergrenzen bei der flächendeckenden Versorgung mit solchen Einrichtungen festzulegen. Anders als im Krankenhausbereich, in dem nach [§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) ein Versorgungsvertrag mit einem freien Anbieter ([§ 108 Abs 3 SGB V](#)) ausnahmslos nicht geschlossen werden darf, wenn dem Angebot des Krankenhauses kein offener Bedarf gegenübersteht, gebietet [§ 111 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) im Rehabilitationsbereich nur den Abschluss von Versorgungsverträgen mit allen zur Mindestversorgung notwendigen Einrichtungen, ohne zugleich - wie in [§ 109 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) ("darf nicht") - den Abschluss von zu einem Überangebot führenden zusätzlichen Versorgungsverträgen zu untersagen. Hätte der Gesetzgeber dies ausschließen wollen, so hätte es nahe gelegen, eine gleiche Formulierung wie in [§ 109 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) zu wählen oder das Wort "nur" in [§ 111 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) einzufügen.

Es ist auch nicht nachvollziehbar, aus welchem Grunde die Einrichtung der Klägerin dem in der Planung - bis zum 30. Juni 2001 zulässigerweise und mit dem Inkrafttreten des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) am 1. Juli 2001 gemäß [§ 19 Abs 1 SGB IX](#) sogar für alle Beteiligten verbindlich - festgeschriebenen Ziel einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung mit stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Niedersachsen widersprechen soll. Jede zusätzliche Einrichtung fördert die wohnortnahe Versorgung der Versicherten in der betreffenden Region. Dass nach der Planung der vorhandene Bedarf auf andere Weise gedeckt werden soll (zB Umwandlung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen), kann eine Zulassungsbeschränkung nicht rechtfertigen. Die Planungshoheit als solche und der Schutz bestehender Einrichtungen vor Konkurrenz gehören, für sich genommen, nicht zu den wichtigen Gemeinwohlinteressen, die einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des [Art 12 Abs 1 GG](#) als hinnehmbar erscheinen ließen.

Auch die Gemeinwohlaufgabe der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung kann die Verhinderung eines Überangebots durch Bedarfszulassung nicht rechtfertigen. Der Einwand des Beigeladenen, nach den Erfahrungen der Vergangenheit sei zu gewärtigen, dass jedes neue Angebot von Gesundheitsleistungen erst eine Nachfrage auslöse, trifft zwar auf Vertragsärzte und Krankenhäuser zu, nicht aber auf Rehabilitationseinrichtungen. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei der stationären medizinischen Rehabilitation um eine Ermessensleistung ([§ 40 Abs 2 SGB V](#)), bei der die Krankenkassen nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die zuständige Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmen ([§ 40 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)) und die zudem auf in der Regel drei Wochen begrenzt ist ([§ 40 Abs 3 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenkassen haben es damit weit gehend selbst in der Hand, dass die Kostenentwicklung in diesem Bereich im angemessenen Rahmen bleibt. Dem Hinweis der Beklagten, über das Ob einer stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme entscheide der Vertragsarzt durch Verordnung im Rahmen seiner Therapiefreiheit ([§ 73 Abs 2 Nr 7 SGB V](#)), sodass die zahlenmäßige Entwicklung der Maßnahmen ihrem Einfluss letztlich entzogen sei, ist entgegenzuhalten, dass die Krankenkassen jede einzelne stationäre Rehabilitationsmaßnahme bewilligen müssen und die vertragsärztliche Verordnung insoweit nur empfehlerischen Charakter hat. Die Verordnung ist für die Krankenkassen nicht verbindlich, wie [§ 275 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) zeigt. Danach ist - mit Ausnahme eines von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu vereinbarenden Katalogs bestimmter typischer Sachverhalte ([§ 275 Abs 2 Nr 1](#) letzter Halbsatz SGB V) - in jedem Einzelfall der MDK vor der Bewilligungsentscheidung mit einer Begutachtung des Falls zu beauftragen. So ist Gewähr leistet, dass wirklich nur die medizinisch erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt und durchgeführt werden, eine das Maß des Notwendigen überschreitende Verordnungspraxis also verhindert wird.

Mit der Zulassung ist auch nicht automatisch eine Verpflichtung der Mitgliedskassen der Beklagten zur Belegung der jeweiligen Einrichtung

verbunden. Maßstab für die Ausübung des den Krankenkassen auch hinsichtlich der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung eingeräumten Auswahlermessens sind danach die medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls ([§ 40 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)), wobei angemessene Wünsche der Versicherten im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten zu berücksichtigen sind. Nimmt ein Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch, hat gemäß [§ 19 Abs 4 Satz 1 Halbsatz 1 SGB IX](#) die Auswahl danach zu erfolgen, welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. Dabei muss nach [§ 19 Abs 4 Satz 2 SGB IX](#) darauf geachtet werden, dass die Einrichtung die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, ausführt. Das von den Krankenkassen stets zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot ([§§ 2 Abs 4, 12 Abs 1 SGB V](#)) wiederum hat zur Folge, dass bei der Auswahl zwischen zwei oder mehr in gleicher Weise geeigneten, das gleiche Leistungsangebot bereithaltenden Einrichtungen grundsätzlich diejenige mit der Durchführung der Maßnahme zu beauftragen ist, die die günstigsten Vergütungssätze anbietet. Das von den Krankenkassen als Teil einer mittelbaren Staatsverwaltung bei der Auftragsvergabe zu beachtende Gebot der Gleichbehandlung aller zugelassenen Anbieter ([Art 3 Abs 1 GG](#)) kommt erst dann zur Geltung, wenn nicht nur die Leistungsangebote vergleichbar sind, sondern auch die gemäß [§ 111 Abs 5 SGB V](#) zu vereinbarenden Vergütungssätze keine nennenswerten Unterschiede aufweisen. Teurere Anbieter müssen es also grundsätzlich hinnehmen, dass sie bei der Auftragsvergabe erst berücksichtigt werden, wenn preisgünstigere Anbieter ausgelastet sind und keine Kapazitäten mehr frei haben.

Auch die zielgerichtete Verwendung öffentlicher Investitionen dient dem Gemeinwohl und kann daher grundsätzlich eine Einschränkung der Berufsausübung rechtfertigen. Das gilt jedoch nicht für den Ausschluss stationärer Rehabilitationseinrichtungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern unterscheiden sich stationäre Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich von Krankenhäusern. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser wird nach § 4 Nr 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch die Übernahme ihrer Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung erreicht. Nach § 6 Abs 1 KHG haben die Länder für Krankenhäuser zur Durchsetzung der Bedarfsgerechtigkeit Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen. Die Krankenhauspläne dienen u.a. der Verwirklichung einer ausgewogenen Relation zwischen Bettenangebot und Bettenbedarf. Auf diese Weise soll sicher gestellt werden, dass eine wirtschaftliche Auslastung jedes einzelnen Krankenhauses erreicht wird und so die öffentlichen Förderungsmittel im Interesse der Allgemeinheit zielgerichtet verwendet werden. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen iS des [§ 107 Abs 2 SGB V](#) werden hingegen gemäß § 5 Abs 1 Nr 7 KHG prinzipiell nicht öffentlich gefördert (zu vereinzelten regionalen Ausnahmen vgl § 26 KHG) und sind daher auch nicht in den Krankenhausplan aufzunehmen. Dementsprechend wirken die zuständigen Landesbehörden zwar bei der Zulassung von Krankenhäusern mit ([§ 108 Nr 2 SGB V](#) iVm § 6 KHG; [§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 Abs 3 Satz 2 SGB V](#)), nicht aber beim Abschluss von Versorgungsverträgen nach den [§§ 107 Abs 2, 111 Abs 2 SGB V](#). Es ist insoweit lediglich Einvernehmen mit ihnen herzustellen ([§ 111 Abs 4 Satz 3 SGB V](#)).

Zwar ist in diesem Zusammenhang auch zu berücksichtigen, dass die Länder nach § 9 Abs 2 Nr 6 KHG und § 22 Abs 1 Nr 6 KHG auf Antrag eines Krankenhauses Fördermittel zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen, gewähren können. Insoweit dürften auch Umwidmungen in Rehabilitationseinrichtungen als förderungsfähig in Betracht kommen. Die Sicherung dieser öffentlichen Aufwendungen ist allerdings ein Gemeinwohlbelang, das sich mit Blick auf die Berufsausübungsfreiheit nicht schon auf der Ebene der Zulassungsentscheidung, sondern erst auf der Ebene der Auftragsvergabe auswirken kann. Es wäre rechtlich nicht zu beanstanden, wenn eine Krankenkasse bei gleichem Leistungsangebot und gleichen Vergütungssätzen zweier Anbieter denjenigen mit der Durchführung der Maßnahme betraut, dem öffentliche Umstellungsmittel bereits zugeflossen sind. Dagegen hat die Berufsausübungsfreiheit eines konkret zur Aufnahme des Betriebs einer Rehabilitationseinrichtung Entschlossenen nicht zurückzutreten gegenüber Absichten und Planungen, die mit einem Einsatz staatlicher Mittel verbunden sind, deren Realisierung hinsichtlich des "Ob" und "Wann" aber noch gänzlich ungewiss ist.

Bedarfsgerecht iS des [§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) ist eine Rehabilitationseinrichtung jedenfalls dann, wenn sie einer Nachfrage gerecht wird, die bislang noch nicht anderweitig gedeckt wird. Die Formulierung "für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig" beschreibt damit 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 die flächendeckende Mindestausstattung eines Bundeslandes mit stationären Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind.

Die Einrichtung der Klägerin "Stationäre Geriatrische Rehabilitation" ist nach den Feststellungen des LSG auch leistungsfähig iS des [§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#). Leistungsfähig ist eine stationäre Rehabilitationseinrichtung dann, wenn ihr Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse an eine Einrichtung der betreffenden Art zu stellen sind (vgl. [BSGE 81, 189 = SozR 3-2500 § 111 Nr 1](#)). Die Leistungsfähigkeit ist von den Beklagten und dem Beigeladenen nicht in Frage gestellt worden. Weder in dem angefochtenen Bescheid noch im Gerichtsverfahren haben die Beklagten oder der Beigeladene behauptet, dass die stationäre Rehabilitationseinrichtung der Klägerin nicht nach dem allgemeinen Stand medizinischer und pflegerischer Erkenntnisse betrieben wird.

Schließlich ist die Einrichtung der Klägerin nach den Feststellungen des LSG auch wirtschaftlich iS des [§ 111 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#), wie sich aus dem Konzept von Juni 2001 im Einzelnen ergibt. Die Klägerin hat einen Pflegesatz von 261,15 DM ermittelt. Dies mag - wie die Beklagten meinen - für ein vollständiges Leistungsangebot niedrig erscheinen. Darauf kommt es im Rahmen des Zulassungsverfahrens jedoch nicht an. Die Vergütungssätze werden gesondert verhandelt und vereinbart ([§ 111 Abs 5 SGB V](#)); die Höhe der Vergütungen ist nicht Teil der Zulassungsentscheidung der Krankenkassen.

Zudem ist es Sache des Anbieters, wirtschaftliche, kostendeckende Vergütungssätze zu kalkulieren. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass ein vollständiges Leistungsangebot gerade zu möglichst niedrigen Preisen bereitgehalten wird und die Vergleichbarkeit aller Preise mit denen der anderen Anbieter Gewähr leistet ist.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes (6. SGG-ÄndG) vom 17. August 2001 am 2. Januar 2002 geltenden Fassung. Diese ist nach der Übergangsregelung des Art 17 Abs 1 Satz 2 6. SGG-ÄndG auf den vorliegenden Fall noch anzuwenden, da selbst das Revisionsverfahren noch vor dem 2. Januar 2002 anhängig war und aus der Entstehungsgeschichte der Übergangsregelung und ihrem Zweck abzuleiten ist, dass die Anordnung der Weitergeltung des alten Rechts nicht nur die Gerichtskosten, sondern auch die Vorschriften für die Kostentragungspflicht der Beteiligten erfasst (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 2002 - [B 6 KA 12/01 R](#) - und vom 19. März 2002 - [B 1 KR 34/00 R](#) - beide zur Veröffentlichung vorgesehenen).  
Rechtskraft

Aus  
Login  
NRW  
Saved  
2003-09-28