

Bundessozialgericht

6 RKa 15/82

Im Namen des Volkes

Verkündet
am 20. Dezember 1983

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

.....,

Beklagte,

Prozeßbevollmächtigter:,

Beigeladene:

1.,

2.,

Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



-2-

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 20. Dezember 1983
für Recht erkannt:

Die Revision des Beigeladenen Ziffer 2 gegen das Urteil des
Landessozialgerichts Niedersachsen vom 16. Dezember 1981
- L 5 Ka 7/78 - wird zurückgewiesen.

Die Beigeladenen Ziffer 2 und Ziffer 1 haben als Gesamt-
schuldner der Klägerin deren außergerichtliche Kosten der
Revision zu erstatten.

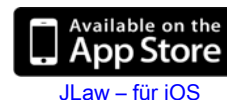
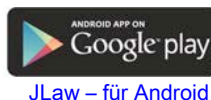
G r ü n d e:

I.

Die Klägerin ist Rechtsnachfolgerin des im März 1980 verstorbenen
Professor Dr. M. Dieser war als Leitender Arzt der Medizini-
schen Klinik des Krankenhauses S. an der kassenärztlichen
Versorgung beteiligt gewesen (§ 368a Abs 8 Satz 1
Reichsversicherungsordnung - RVO -). Im Quartal I/1976 hat er
eine bei dem Rentner Wilhelm F., einem Versicherten der
Beigeladenen Ziffer 1 (-AOK-), im Krankenhaus
S. , dessen Träger der Beigeladene Ziffer 2
(-Krankenhausträger-) ist, durchgeführte Hämodialyse (-sog.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



Blutwäsche durch künstliche Niere-) mit einem Betrag von 600,-- DM gegenüber der Beklagten abgerechnet. Die Beigeladene Ziffer 1 (-AOK-) hat insoweit eine Berichtigung der Abrechnung beantragt; zur Begründung hat sie angeführt, den Pauschalbetrag von 600,-- DM direkt an den Krankenhausträger überwiesen zu haben.

Eine am 1. März 1973 zwischen der Beklagten und dem Landesverband der Ortskrankenkassen Niedersachsens getroffene, als 2. Nachtrag zu der "Rahmenvereinbarung" vom 24. Juni 1971 ergangene Regelung, der auch die Beigeladene Ziffer 1 beigetreten ist, hat folgenden Wortlaut:

Für die ambulante Behandlung mit der künstlichen Niere (Dialyse) durch Kassenärzte und gemäß § 368a Abs 8 RVO beteiligten Ärzte ... wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 600,-- DM je Dialyse berechnet. Mit diesem Betrag sind sämtliche mit der Dialyse verbundenen Sachkosten und ärztlichen Leistungen abgegolten.

Durch Bescheid vom 10. Mai 1976 hat die Bezirksstelle Wilhelms-
haven der Beklagten die Honorierung der Dialyse - antragsgemäß -
abgelehnt. Durch Bescheid vom 2. Juli 1976 hat der Vorstand der
Beklagten den Widerspruch von Professor M. mit der Begrün-
dung zurückgewiesen, die Erfüllung des Anspruchs, der durchaus
anerkannt werde, müsse sie verweigern, weil die AOK seine Aner-
kennung ablehne; solange sie von der Kasse keine Vergütung er-
halte, sehe sie sich gehindert, Herrn Professor M. Zahlung
zu leisten.



Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben. Die Berufung des Beigeladenen Ziffer 2 (-Krankenhausträger-) wurde zurückgewiesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat zur Begründung ausgeführt: Da mit der Dialyse des Versicherten F. keine Krankenhauspflege verbunden gewesen sei, habe entgegen der Ansicht des Krankenhausträgers nicht eine stationäre, sondern eine ambulante Behandlung stattgefunden. Dem Rechtsvorgänger der Klägerin sei daher ein Anspruch auf Vergütung erwachsen. Dieser Anspruch gehe auf den vollen Pauschalbetrag von 600,-- DM, da im Zeitpunkt der Behandlung keine Vereinbarung zwischen der Beklagten (-KÄV-) und der Beigeladenen Ziffer 2 (-Krankenhausträger-) nach § 368n Abs 3 Satz 1 RVO über die pauschale Vergütung der anteiligen Sachleistungen gegenüber dem Krankenhaus bestanden habe. Wegen eines eventuellen Anspruchs des Krankenhausträgers auf Erstattung der Sachkosten hätte sich dieser an den (beteiligten) Krankenhausarzt halten müssen. Die Beigeladene Ziffer 1 (-AOK-) sei daher verpflichtet gewesen, die von Professor M. in Höhe von 600,-- DM abgerechnete Dialyse bei Ermittlung der an die Beklagte zu entrichtenden Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision der Beigeladenen Ziffer 2 (-Krankenhausträger-). Hierzu wird vorgetragen: Das Berufungsgericht habe verkannt, daß nicht um die 600,-- DM aus der Rahmenvereinbarung gestritten werde, sondern um den Pflegesatz, der im Frühjahr 1976 ebenfalls 600,-- DM betragen habe. Es sei aber eine Frage des materiellen Rechts, ob der Krankenhausträger berechtigt sei, diesen Pflegesatz selbst zu erheben oder es dem Kläger überlassen mußte, den Pauschalbetrag aufgrund der



Rahmenvereinbarung geltend zu machen. Das LSG habe die Begriffe ambulant/stationär verkannt und übersehen, daß es Zwischenbereiche halbstationärer Art gebe. Zu Unrecht habe es die Kriterien einer Krankenhausaufnahme nicht als erfüllt angesehen. Es sei auch zu prüfen, ob angesichts der Zahl der Behandlungsfälle überhaupt noch von einer kassenärztlichen Tätigkeit von Professor M. habe gesprochen werden können und ob nicht der Krankenhausträger gemäß § 316 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) den Geldwert seiner Sachleistungen bestimmen konnte. Im übrigen werde die Verletzung formellen Rechts, nämlich des § 103 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) insofern gerügt, als das LSG im Urteil die Frage einer Aufteilung des Pauschbetrages erörtert habe, ohne zuvor auf diesen rechtlichen Gesichtspunkt hinzuweisen.

Der Beigeladene Ziffer 2/Revisionskläger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 16. Dezember 1981 - L 5 Ka 7/78 - und das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 5. April 1978 - S 10 Ka 44/76 - aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 10. Mai 1976/Widerspruchsbescheid vom 2. Juli 1976 abzuweisen, hilfsweise, das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

Die Beigeladene Ziffer 1 (-AOK-) hat sich dem Antrag des



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Revisionsklägers und den Ausführungen zur Revisionsbegründung angeschlossen.

Die Klägerin und die Beklagte beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend.

II.

Die Revision ist nicht begründet.

1. Mit Recht ist das Berufungsgericht - ebenso wie das erstinstanzliche Gericht - der Rechtsansicht der Beklagten, sie könne den Vergütungsanspruch des Arztes deshalb verweigern, weil die Krankenkasse den Anspruch nicht anerkannt habe, nicht gefolgt. Nach § 368a Abs 8, letzter Satz, RVO hat der beteiligte Arzt die Rechte und Pflichten der Kassenärzte. Der Anspruch des Kassenarztes auf Vergütung seiner Leistungen ergibt sich aus § 368f Abs 1 RVO. Er richtet sich allein gegen die KÄV und wird inhaltlich nicht durch eine Anerkennung seitens der Krankenkasse bestimmt. Ohne das Einverständnis des vergütungsberechtigten Arztes bzw ohne eine vertragliche oder gesetzliche Überleitung seines Anspruchs auf einen Dritten kann die Leistung an den Dritten, wie etwa an den Krankenhausträger, keine befreiende Wirkung haben. Ist es damit ohne die genannten Ausnahmen rechtlich schon ausgeschlossen, daß der Vergütungsanspruch des beteiligten Arztes deshalb als erfüllt angesehen werden kann,



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

weil die Krankenkasse den zwischen ihr und der KÄV vereinbarten Pauschalbetrag an den Krankenhausträger bezahlt hat, so gilt dies erst recht dann, wenn diese Zahlung, wie die Revision vorbringt, nicht diesen Pauschalbetrag, sondern einen vom Krankenhausträger geforderten Pflegesatz betraf. Die Zahlungen der Beigeladenen Ziffer 1 (-AOK-) an den Beigeladenen Ziffer 2 (-Krankenhausträger-) berechtigen die Beklagte daher grundsätzlich weder dauernd noch vorübergehend zur Leistungsverweigerung. Einer unberechtigten Weigerung der Kasse, bestimmte kassenärztliche Leistungen zu berücksichtigen, muß sie - die KÄV - notfalls im Wege der Klage entgegentreten.

2. Gegen seinen leitenden Krankenhausarzt, der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist, steht dem Krankenhausträger, solange keine anderweitige Regelung erfolgt, ein Vergütungsanspruch insoweit zu, als der beteiligte Arzt bei Leistungen der kassenärztlichen Versorgung die Krankenhaus-einrichtungen nutzt. Eine anderweitige Regelung enthält § 368n Abs 3 Satz 1 RVO. Danach werden die auf Grund der Zulassung oder der Beteiligung in Krankenhäusern ausgeführten und in die Gesamtvergütung einbezogenen ärztlichen Sachleistungen (unbeschadet der Vergütung rein ärztlicher Leistungen) zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach Sätzen vergütet, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind. Die Vorschrift hat zur Folge, daß der beteiligte Arzt von seiner Vergütungspflicht gegenüber dem Krankenhausträger befreit wird, daß sich sein Anspruch gegen die



KÄV auf die Vergütung der rein ärztlichen Leistungen reduziert und daß an seiner Stelle die KÄV in die Schuldnerstellung gegenüber dem Krankenhausträger einrückt (vgl Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand: 1.5.1983, Anm 3b zu § 368n RVO, S 17/1801). Die gleichlautende frühere Vorschrift des § 368n Abs 2 Satz 1 RVO - Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl I 513) - wurde gemäß Art 1 § 1 Nr 15 Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28. Dezember 1976 (BGBl I 3871) mit Wirkung vom 1. Januar 1977 als Absatz 3 Satz 1 übernommen. Der genannten Vorschrift (in beiden Fassungen) läßt sich nicht ohne weiteres entnehmen, ob die oben dargelegte Schuldner- und Gläubigerregelung bereits mit dem Inkrafttreten des Gesetzes oder erst mit dem Abschluß der konkreten Vergütungsvereinbarungen (zwischen KÄV'en und Krankenhäusern) wirksam werden soll. Wie das LSG zutreffend ausgeführt hat, ist aber letzteres der Fall. Wäre der Austausch des Klinikschuldners (-anstelle des Arztes die KÄV-) und die damit verbundene Reduzierung des kassenärztlichen Vergütungsanspruchs auf die reinen Arztleistungen unabhängig und losgelöst von der Vereinbarung der Sachleistungssätze gewollt gewesen - was von der Revision auch gar nicht geltend gemacht wird -, dann hätte schon eine andere - die genannten Rechtswirkungen stärker herausstellende - sprachliche Fassung nahegelegt. Darüber hinaus würde eine solche losgelöste Regelung den Normzweck, durch die direkte Abrechnung zwischen Krankenhaus und KÄV die Sachkostenerstattung überschaubarer, effizienter und auch einheitlicher zu gestalten, gerade verfehlen. Denn ohne eine Einigung über generell anwendbare Ver-



gütungssätze würde der Übergang der Sachkostenverpflichtung vom Arzt auf die KÄV die genannten Zwecke jedenfalls nicht erfüllen. Die genannten Rechtswirkungen treten daher erst mit dem Wirksamwerden der Vereinbarung über die Vergütungssätze ein. Wie das LSG unangegriffen - für das Revisionsgericht bindend (§ 163 SGG) - festgestellt hat, war im Zeitpunkt der Behandlung, also beim Entstehen des Vergütungsanspruchs des Arztes, eine solche Regelung zwischen der Beklagten (-KÄV-) und dem Beigeladenen Ziffer 2 (-Krankenhausträger-) aber nicht getroffen. Dem Beigeladenen Ziffer 2 ist daher keine Forderung gegen die KÄV auf Erstattung der Sachkosten erwachsen, so daß dem Anspruch des beteiligten Arztes gegen die Beklagte auf die volle Vergütung seiner kassenärztlichen Leistung die Vorschrift des § 368n Abs 3 Satz 1 RVO nicht entgegensteht.

3. Weder der Beklagte noch die Beigeladenen haben diesem (vollen) Anspruch entgegengehalten, daß ein von dem beteiligten Arzt dem Krankenhausträger geschuldeter Sachkostenanteil in bestimmter Höhe von der Kasse direkt bezahlt worden sei. Ein solches Vorbringen kann auch nicht unterstellt werden, da es den Beigeladenen um den Anspruchsgrund, nicht um den Sachkostenanteil geht, zu dessen Höhe sie auch gar nichts vorgetragen haben. Insofern ist davon auszugehen, daß die Zahlung der Beigeladenen Ziffer 1 (-der Kasse-) an den Beigeladenen Ziffer 2 (-den Krankenhausträger-) jedenfalls nicht mit dem Willen erfolgte, die Verpflichtung des beteiligten Arztes gegenüber dem Beigeladenen Ziffer 2 aus der Inanspruchnahme der Krankeneinrichtung zu erfüllen. Da die Erfüllung dieser Verpflichtung aber eine



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



entsprechende Willensrichtung bei der zahlenden Kasse vorausgesetzt hätte (vgl. § 267 Abs 1 BGB; Palandt, Kommentar zum BGB, 43. Aufl, Anm 3 b zu § 267; BGHZ 75, 299, 303 mwN), die Forderung des Beigeladenen Ziffer 2 gegen seinen (beteiligten) Krankenhausarzt also nicht untergegangen ist, hat sich der kassenärztliche Vergütungsanspruch des beteiligten Arztes auch nicht aus diesen Gründen - der Zahlung der Kasse - um den Sachkostenanteil reduziert.

4. Da die Beklagte nach der Vereinbarung vom 1. März 1973 sich verpflichtet hat, für die ambulante Behandlung mit der künstlichen Niere durch beteiligte Ärzte einen Pauschalbetrag von 600,-- DM je Dialyse zu berechnen, hat Professor M. einen solchen Anspruch dann erworben, wenn er die Leistung entsprechend seiner Beteiligung erbracht hat. Insoweit werden von den Beigeladenen andere Einwendungen als die, es habe sich nicht um eine **a m b u l a n t e** Leistung gehandelt, nicht erhoben.

Nach § 29 Abs 2 Satz 1 der Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZOÄ) kann eine Beteiligung nach § 368a Abs 8 RVO nur für **a m b u l a n t e** kassenärztliche Tätigkeiten erfolgen. Diese Beschränkung ist zwar in der Beteiligungs-Grundnorm des § 368a Abs 8 RVO nicht genannt. Gleichwohl geht sie über den Rahmen der Ermächtigungsnorm des § 368c Abs 1 RVO nicht hinaus. Sie entspricht der Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung, wonach die ambulante Behandlung in erster Linie den freipraktizierenden Ärzten und die stationäre Behandlung den Krankenhäusern vorbehalten ist.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Die Beschränkung der Beteiligung auf ambulante kassenärztliche Tätigkeiten durch § 29 ZOÄ macht insoweit eine Entscheidung über die Zugehörigkeit entweder zum einen oder zum anderen Bereich erforderlich, ohne daß die Zuordnung von eventuellen Zwischenbereichen dahingestellt bleiben könnte. Nach § 184 Abs 1 Halbsatz 1 RVO wird die Krankenhauspflege gewährt, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder um Krankheitsbeschwerden zu lindern; nach § 368g Abs 6 Satz 1 RVO ist unter der stationären Behandlung in Krankenhäusern die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege zu verstehen. Würde die Dialysebehandlung im Krankenhaus in jedem Falle - begriffsnotwendig - zu den in diesem Sinne nichtambulanten, also stationären Behandlungen zählen, so wären nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen rechtlich außerstande, sie im Beteiligungsbeschluß mit einzubeziehen, auch der Krankenhausträger wäre daran gehindert, sie dem beteiligten Arzt zu überlassen. Schon dieser Gesichtspunkt legt es nahe, den Bereich der nicht beteiligungsfähigen Tätigkeit auf solche Fälle zu beschränken, bei denen es e i n d e u t i g

u n d z w e i f e l s f r e i um eine stationäre Behandlung geht. Das war hier - wo der zur "ambulanten" Dialysebehandlung überwiesene Patient am 30. März 1976 ohne eigentliche Krankenhausaufnahme nur für den, wenn auch mehrere Stunden dauernden, Anschluß an das Dialysegerät (-vgl BSGE 47, 285, in 286f-) die Krankenhausinstitution eingegliedert wurde - aber gerade nicht der Fall, gleichgültig, ob der Krankenhausträger ohne beteiligungsärztliche Tätigkeit für eine solche Leistung einen Pflegesatz verlangen durfte oder nicht. Dies wird auch von



der Revision, soweit sie den Charakter dieser Dialysebehandlung als "Zwischenbereich halbstationärer Art" bezeichnet, nicht anders gesehen. Dem LSG ist daher zuzustimmen, wenn es bei der Auslegung des § 29 Abs 2 Satz 1 ZOÄ den Bereich der (dem beteiligten Arzt nicht zugänglichen) nichtambulanten/stationären Behandlung in dem angeführten engen Sinne abgegrenzt hat.

5. Der Umstand, daß die hier streitige Dialysebehandlung nicht als stationäre Behandlung iS des § 29 Abs 2 Satz 1 ZOÄ anzusehen ist, schließt freilich nicht aus, daß der Krankenhausträger seinem leitenden Arzt eine entsprechende kassenärztliche Tätigkeit nicht zugestehen wollte. Daß dieses Zugeständnis bei Professor M. aber zumindest ursprünglich vorlag, ist unstreitig. Dabei ist es gleichgültig, ob die Dialysebehandlung ausdrücklich oder durch stillschweigende Duldung als Gegenstand seiner kassenärztlichen Tätigkeit angesehen wurde. Jedenfalls hat der zwischen beiden Teilen bestehende Arbeitsvertrag dadurch eine rechtsgeschäftlich gewollte Ausprägung erfahren. Nur soweit der Krankenhausträger eine entsprechende Betätigung überhaupt einräumte, konnte der Beteiligungsbeschluß den Umfang der Beteiligungsmöglichkeiten bestimmen. Diese Abhängigkeit der Beteiligung von dem insoweit vorrangigen Arbeitsvertrag findet in der gesetzlichen Bestimmung des § 368a Abs 8, vorletzter Satz, RVO ihren Niederschlag, soweit es dort heißt, daß Voraussetzung für die Beteiligung die Erklärung des Krankenhausträgers an den Zulassungsausschuß sei, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt werde; diese Vorschrift ist zwar erst durch Art 1 § 1 Nr 31 Buchst b des



Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) eingefügt worden, beruht aber auf der genannten Rechtslage. Wird durch die Bescheinigung des Krankenhausträgers der Zulassungsausschuß in der Weise gebunden, daß er ihre Richtigkeit nicht überprüfen kann (Peters, aaO, Anm 11 Buchst d zu § 368a RVO, S 17/1539), so kommt gerade darin zum Ausdruck, daß es dem Krankenhausträger überlassen sein muß, die Grenze zwischen demjenigen Teil der Tätigkeit des Arztes, der arbeitsvertraglich der Beteiligung entzogen und demjenigen, der ihr geöffnet sein soll, zu bestimmen. Besteht aber zwischen dem Krankenhausträger und seinem leitenden Arzt über den diesbezüglichen Inhalt des Arbeitsvertrages Streit, so kann der Bescheinigung ein wichtiger Beweiswert zukommen.

Um einen solchen Streit geht es hier. Zwar ist nicht umstritten, daß, wie oben ausgeführt, dem leitenden Arzt Professor M. vom Krankenhausträger ursprünglich zugestanden wurde, Dialyse-Behandlungen im Rahmen der kassenärztlichen Beteiligung durchzuführen. Das Vorbringen der Beigeladenen Ziffer 2 läuft aber rechtlich auf das Argument hinaus, daß für diese arbeitsvertragliche Regelung durch spätere Entwicklungen (nicht rechtsgeschäftlicher Art) die Grundlage entfallen sei. Insbesondere das Vorbringen über den Ausbau der Dialyseabteilung und darüber, ob angesichts der Zahl der Behandlungsfälle überhaupt noch von einer kassenärztlichen Tätigkeit von Professor M. habe gesprochen werden können, zielt auf diesen Einwand des Wegfalls der Geschäftsgrundlage (§ 242 BGB) und damit auf die Frage, ob die Umstände sich gegenüber der ursprünglichen



Rechtslage derart geändert hatten, daß der Beigeladenen Ziffer 2 nach Treu und Glauben ein Festhalten an dem einmal gegebenen Einverständnis nicht mehr zuzumuten war. Dies zu prüfen, hätte auch nicht außerhalb der sozialgerichtlichen Zuständigkeit gelegen, da diese Frage zwar den Inhalt des Arbeitsvertrages betrifft, jedoch für den kassenärztlichen Streit um die Vergütung des beteiligten Arztes nur eine Vorfrage darstellt. Gleichwohl brauchten die Tatsachengerichte keine entsprechenden Feststellungen zu treffen. Denn eine Beschränkung der Beteiligung um die Dialysebehandlungen hätte die Beklagte nur im Wege eines (Teil-)Widerrufs herbeiführen können. Nach § 29 Abs 5 Satz 2 ZOÄ kann die Beteiligung ua dann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen, die zur Beteiligung geführt haben, nicht mehr vorliegen. Obwohl insoweit auch ein Wegfall des Einverständnisses des Krankenhausträgers geltend gemacht werden kann, hat die Beklagte, was unstreitig ist, keinen Widerruf erklärt. War die Beklagte entgegen einem evtl. rechtlichen Interesse der Beigeladenen nicht willens, einen solchen (Teil-)Widerruf zu erklären, so hätte sie evtl. im Wege der Klage dazu angehalten werden müssen. Hingegen war, wie ausgeführt, weder das rechtliche Vorgehen der Beigeladenen noch das des Beklagten geeignet, den streitigen Vergütungsanspruch an seiner Entstehung zu hindern oder zum Erlöschen zu bringen.

6. Die Verfahrensrüge, daß das LSG zur Frage der Aufteilung des Pauschalbetrages von 600,-- DM in ärztliche Leistungen und Sachleistungen "im Wege der prozeßleitenden Anordnung auf diese Hilferwägung hätte hinweisen müssen" und damit § 103 SGG ver-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

letzt habe, ist insofern schon nicht ausreichend begründet worden, als nicht dargelegt wurde, gegen welches prozessuale Gebot des § 103 SGG – der nur die Sachverhaltserforschung betrifft – das LSG verstoßen haben soll. Selbst bei ausreichender Begründung hätte die Rüge aber nicht durchgreifen können (vgl. § 170 Abs 3 Satz 1 SGG).

7. Die Revision konnte daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 193, 194 SGG.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
([mobile App](#))



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)