

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
13. November 1996

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 31/95

1.,
2.,
3.,

Kläger und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Südwürttemberg,
Reutlingen, Haldenhausstraße 11,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. November 1996 durch den Vorsitzenden Richter F u n k , die Richter Dr. E n g e l m a n n und Dr. W e n n e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. B a u c h und Dr. S e b a l d für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. Februar 1995 und des Sozialgerichts Reutlingen vom 7. April 1993 aufgehoben. Die Klagen gegen die Bescheide der Beklagten betreffend die Quartale III/91 bis III/92 werden abgewiesen.

Die Kläger haben der Beklagten deren Aufwendungen für das Berufungs- und Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über die Abrechenbarkeit von Leistungen der „extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL)“.

Die Kläger sind als Urologen in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zugleich sind sie belegärztlich im Städtischen Krankenhaus in Friedrichshafen tätig. Im Jahre 1989 bemühten sie sich darum, im Rahmen eines Modellversuchs die rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen für den Einsatz eines von ihnen gemieteten mobilen Lithotripters zur Nieren- bzw. Harnsteinzertrümmerung zu schaffen. Mit diesem Begehren blieben sie sowohl gegenüber dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg als auch gegenüber dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zunächst erfolglos. Ab dem 1. Quartal 1990 erbrachten die Kläger teilweise ambulant, überwiegend aber im Rahmen ihrer belegärztlichen Tätigkeit ESWL-Leistungen und rechneten diese zu Lasten der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) ab. Nachdem diese die Leistungen zunächst nach Nr 95/96 BMÄ/E-GO (Operation ohne Leistungsdefinition) honoriert hatte, lehnte sie sodann im Hinblick auf die am 1. Dezember 1990 in Kraft getretene Neufassung der Großgeräte-Richtlinien jede Vergütung ab, modifizierte ihren Standpunkt im Widerspruchsverfahren aber dahin, daß die bis zum 31. März 1991 (Quartal I/91) erbrachten ESWL-Leistungen nach der Nr 96 BMÄ/E-GO honoriert wurden und über den Honoraranspruch der Kläger für das Quartal II/91 zwischen den Kostenträgern noch verhandelt werden sollte. Für die Zeit ab 1. Juli 1991 verweigerte die Beklagte eine Honorierung der ESWL-Leistungen mit der Begründung, die ESWL sei nicht Bestandteil der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung (Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 1992).

Das Sozialgericht (SG) hat durch Teil-Grundurteil vom 7. April 1993 die Bescheide der Beklagten, die eine Vergütung für die Quartale von II/91 bis III/92 ablehnten, aufgehoben und die Beklagte dem Grunde nach verpflichtet, die entsprechenden Leistungen zu honorieren; die Entscheidung über die Höhe der Vergütung hat es dem Schlußurteil überlassen.

Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) die Abrechnungsbescheide für die Quartale I/90 bis I/91 sowie die nach dem SG-Urteil ergangenen Bescheide für die Quartale IV/92 bis III/94 in entsprechender Anwendung des § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in seine Entscheidung einbezogen und die Beklagte unter Aufhebung auch dieser Bescheide verurteilt, den Klägern neue Honorarbescheide unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu erteilen. Dem Vergütungsanspruch der Kläger, der sich nach dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten richte, stehe weder ent-



gegen, daß der Nieren-Lithotripter als medizinisch-technisches Großgerät nicht standort-genehmigt, noch, daß die Abrechenbarkeit von ESWL-Leistungen durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (noch) nicht anerkannt gewesen sei. Der von den Klägern nach den Feststellungen des LSG für jährlich zwischen 50.000,-- DM und 150.000,-- DM gemietete Lithotripter habe auch ohne Standortgenehmigung in der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden dürfen, die (als Mitnutzungsgenehmigung) dem Krankenhaus erst zum 1. Januar 1994 erteilt worden sei. Für die Zeit bis zum 31. Dezember 1992 folge das aus den Übergangsbestimmungen des Abschnitts E 2 a der Großgeräte-Richtlinien (Fassung 16. Februar 1991), für das Jahr 1993 aus § 85 Abs 2a Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Regelung des § 135 Abs 1 SGB V sei auf die extrakorporale Nieren-Lithotripsie überhaupt nicht anwendbar, weil sie keine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darstelle. Da die Kläger die Lithotripsie belegärztlich durchführten, hätten sie nichts anderes getan als andere Krankenhausärzte, die schon lange vor 1988 Nierensteine durch Stoßwellen zerstört hätten. Aus der Tatsache, daß die Kläger diese Leistungen als Belegärzte erbracht und deshalb gegenüber der Beklagten abzurechnen hatten, ergebe sich nichts Abweichendes für die Auslegung des Merkmals „neu“ iS des § 135 Abs 1 SGB V. Der Bewertungsausschuß habe die ihm nach § 87 SGB V zustehende Kompetenz mißbräuchlich ausgeübt, indem er keine angemessene Vergütungsregelung für ESWL-Leistungen geschaffen habe; doch könne diese Lücke durch die Gerichte nicht unmittelbar geschlossen werden. Die Beklagte sei zu einer neuen Bescheidung der Kläger verpflichtet, wenn der Bewertungsausschuß tätig geworden und eine angemessene Vergütungsregelung festgesetzt habe, was allerdings nur für die belegärztlich - ambulant oder stationär - durchgeführten Leistungen geboten sei (Urteil vom 15. Februar 1995).

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte als Verfahrensfehler, daß die Beteiligten des Bewertungsausschusses, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen, sowie der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nicht beigeladen worden seien. Zumindest der Bundesausschuß hätte notwendig beigeladen werden müssen, weil es in seiner Kompetenz liege, gemäß § 135 Abs 1 SGB V über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden. Da das LSG angenommen habe, die Stoßwellenlithotripsie sei ungeachtet einer bisher fehlenden Entscheidung des Bundesausschusses als vertragsärztliche Leistung abrechenbar, hätte diesem Gelegenheit gegeben werden müssen, sich dazu im Verfahren zu äußern.

Materiell-rechtlich sei das Urteil des LSG mit § 135 Abs 1 SGB V nicht vereinbar. Die Vorschrift sei am 1. Januar 1989 in Kraft getreten und gelte für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu diesem Zeitpunkt nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen seien. Dazu gehöre die ambulant oder belegärztlich-stationär durchzuführende Nieren-Lithotripsie. Die Annahme des LSG, die Nieren-



Lithotripsie, wie sie von den Klägern praktiziert werde, sei nicht neu, weil sie schon vor 1989 auch in Deutschland durchgeführt worden sei, lasse § 135 Abs 1 SGB V und die Steuerungskompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen leerlaufen. Nicht jede Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die für den stationären Bereich aus dem Forschungs- und Erprobungsstadium herausgetreten sei, sei damit gleichzeitig schon eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche „alte“ Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im übrigen sei die Nieren-Lithotripsie, wie sie jetzt praktiziert werde, vom Aufwand und der Art der Untersuchung her eine ganz andere Methode, als sie in den achtziger Jahren in den Krankenhäusern der Maximalversorgung angewandt worden sei. Es bestünden keine Bedenken dagegen, daß Ärzte in Krankenhausabteilungen Nieren-Lithotripsien mit einem entsprechenden Gerät durchführten. Es seien jedoch nur solche belegärztlich erbrachten Leistungen abrechenbar, die Gegenstand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung seien. Da weder bundesweit noch bezogen auf den regionalen Bereich der Beklagten vertragliche Vereinbarungen über den Gegenstand der belegärztlich erbringbaren Leistungen getroffen seien, gelte § 135 Abs 1 SGB V uneingeschränkt auch für belegärztlich erbrachte vertragsärztliche Leistungen. Mangels einer positiven Empfehlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen seien bis Ende 1995 Leistungen der Stoßwellenlithotripsie zu Lasten der Krankenkassen nicht abrechenbar gewesen.

Nachdem die Beteiligten durch Teilvergleich den Streitgegenstand des Revisionsverfahrens auf die Honoraransprüche der Kläger für die Quartale III/91 bis III/92 begrenzt haben, beantragt die Beklagte,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. Februar 1995 sowie das Teil-Grundurteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 7. April 1993 aufzuheben und die Klagen abzuweisen, soweit über die Honoraransprüche der Kläger für die Lithotripsieleistungen in den Quartalen III/91 bis III/92 eine Regelung getroffen worden ist.

Die Kläger beantragen,

die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Sie sind der Auffassung, der von der Beklagten gerügte Verfahrensfehler liege nicht vor, weil das LSG den Standpunkt eingenommen habe, die Nieren-Lithotripsie sei keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode iS des § 135 Abs 1 SGB V, so daß eine Notwendigkeit für die Beiladung des Bundesausschusses nicht zu erkennen sei.

Die Feststellung des Berufungsgerichts, die Nieren-Lithotripsie sei keine „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethode, sei als Tatsachenfeststellung für den Senat gemäß § 163 SGG bindend. Im übrigen sei sie auch richtig, denn die Nieren-Lithotripsie sei von Anfang an bis heute auf der Grundlage der gleichen Erkenntnisse und mit den gleichen



Methoden betrieben worden. Letztere hätten sich vereinfacht und verfeinert, und inzwischen habe sich die Auffassung durchgesetzt, daß die Behandlung nicht unbedingt stationär durchgeführt werden müsse. In der Sache sei die Nieren-Lithotripsie heute aber keine andere als in den achtziger Jahren. Die Revision der Beklagten sei indessen auch zurückzuweisen, wenn die Frage der „Neuheit“ anders beurteilt werde; denn § 135 Abs 1 SGB V sei jedenfalls dann mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit der Kläger (Art 12 Abs 1 Grundgesetz <GG>) unvereinbar, wenn angenommen werden müsse, daß die Empfehlungen und Richtlinien des Bundesausschusses für den einzelnen Vertragsarzt strikt verbindlich seien. Abrechnungsausschlüsse von derart großer Tragweite könne im Hinblick auf den Parlamentsvorbehalt des Art 12 Abs 1 GG nur der Gesetzgeber selbst normieren, was hier nicht geschehen sei. Stehe danach fest, daß die Kläger ESWL-Leistungen hätten erbringen dürfen, müsse die Beklagte diese angemessen honorieren, was sich zumindest aus Art 3 Abs 1 GG ergebe. Da die Vertragsgebührenordnungen keine entsprechende Leistungsposition enthalten hätten, obwohl sie eine solche hätten enthalten müssen, sei es nunmehr Sache der Gerichte, die Höhe der Vergütung festzusetzen, wobei man sich etwa an der Nr 1860 GOÄ oder auch an der zum 1. Januar 1996 neu eingeführten Nr 1860 BMÄ/E-GO (15000 Punkte) orientieren könne.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet.

Nicht durchzudringen vermag sie allerdings mit der Verfahrensrüge, daß das LSG verfahrensfehlerhaft unterlassen habe, die KÄBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 75 Abs 2 SGG notwendig beizuladen. Ein Fall der notwendigen Beiladung hat nicht vorgelegen. Mit Urteil vom 8. April 1992 (BSGE 70, 240, 241 f = SozR 3-5533 Allg Nr 1) hat der Senat entschieden, daß bei einem Streit über die Gültigkeit einer die kassen- bzw vertragsärztliche Versorgung betreffenden kollektiv-vertraglichen Regelung mit normativer Wirkung die am Vertragsschluß beteiligten Körperschaften nicht notwendig iS des § 75 Abs 2 SGG beizuladen sind. Daraus ergibt sich, daß zumindest hinsichtlich der KÄBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen kein Fall der notwendigen Beiladung vorgelegen hat. Inwieweit eine Beiladung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Hinblick auf die in § 135 und § 92 SGB V geregelten Befugnisse dieses Gremiums der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen notwendig iS des § 75 Abs 2 SGG sein könnte, ist nicht erkennbar. Der Bundesausschuß hat bis zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz am 15. Februar 1995 keine Regelung getroffen, über die eine Entscheidung des Senats ergehen könnte. Es besteht daher keine Grundlage für die Annahme, über das Rechtsverhältnis zwischen den Klägern und ihrer KÄV in einem Streit über die Abrechnung von Nieren-Lithotripsie-Leistungen könne ge-



genüber dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen „nur einheitlich“ entschieden werden.

Gegenstand der Entscheidung des Senats ist das angefochtene Berufungsurteil nur insoweit, als über die Honoraransprüche der Kläger für Lithotripsieleistungen in den Quartalen III/91 bis III/92 entschieden worden ist. Den darüber hinausgehenden Streitstoff haben die Beteiligten im Revisionsverfahren vergleichsweise geregelt, so daß offenbleiben kann, ob dem LSG hinsichtlich der von ihm vorgenommenen Einbeziehung weiterer Abrechnungszeiträume auf der Grundlage einer entsprechenden Anwendung des § 96 Abs 1 SGG gefolgt werden könnte, und vor allem, ob das Berufungsgericht über Honorarabsciede entscheiden durfte, über die das SG auf ausdrücklichen Antrag der Beteiligten (noch) nicht entschieden hatte.

Hinsichtlich der Quartale III/91 bis III/92 hat das Berufungsgericht das der Klage stattgebende Urteil des SG zu Unrecht bestätigt. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig, weil die Kläger keinen Anspruch auf Honorierung ihrer ESWL-Leistungen haben.

Die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie ist erst zum 1. Januar 1996 als Nr 1860 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen <EBM> (§ 87 Abs 1 und Abs 2 SGB V) und in die auf ihm beruhenden Vertragsgebührenordnungen BMÄ und E-GO aufgenommen und mit 15000 Punkten bewertet worden. In der Zeit davor hat es sich insoweit um eine im System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringbare und deshalb auch nicht abrechenbare Leistung gehandelt. Für sie konnten Vertragsärzte kein Honorar beanspruchen, und zwar unabhängig davon, ob sie die Leistung ambulant oder im Rahmen ihrer belegärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus unter stationären Bedingungen erbracht hatten. Ob dem Honoraranspruch der Kläger für den streitbefangenen Zeitraum darüber hinaus entgegengestanden hat, daß für den von ihnen eingesetzten Lithotripter als medizinisch-technisches Großgerät keine Standortgenehmigung erteilt worden war, kann ebenso offenbleiben wie die Frage, wer in welchem Verfahren über die Höhe eines eventuellen Honoraranspruchs im Hinblick auf das Fehlen einer Leistungsposition in den Vertragsgebührenordnungen zu entscheiden hätte.

Der EBM bestimmt nach § 87 Abs 2 SGB V den Inhalt der in der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbaren Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander. Leistungen, die in diesem Verzeichnis nicht enthalten sind, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen berechnet werden (vgl Kass Komm-Hess, § 87 SGB V RdNr 6; für den zahnärztlichen Bereich vgl auch BSGE 71, 42, 47 = SozR 3-2500 § 87 Nr 4 S 14). Das gilt sowohl im Verhältnis zwischen KÄV und Krankenkasse als auch im Verhältnis zwischen Vertragsarzt und KÄV, weil die KÄVen den Bewertungsmaßstab auch als Bestandteil ihrer Honorarverteilungsmaßstäbe beschlossen haben (Hess aa0). Ob insoweit Ausnahmen



zulässig sind, um bestimmte Leistungsbereiche gezielt zu fördern oder eine für die Versorgung notwendige Praxisausrichtung für den einzelnen Vertragsarzt finanzierbar zu machen (so Hess, aaO, § 85 SGB V RdNr 53), bedarf keiner Entscheidung, weil der HVM der Beklagten nach den Feststellungen des Berufungsgerichts für die Stoßwellenlithotripsie entsprechende Regelungen nicht vorgesehen hat.

Dem Bewertungsausschuß kommt bei der Gestaltung des Bewertungsmaßstabes ein weiter Spielraum zu. Die Aufgabe des Ausschusses ist nicht darauf beschränkt, einzelne ärztliche Leistungen nach betriebswirtschaftlichen oder sonstigen kalkulatorischen Gesichtspunkten zu bewerten, sondern sie umfaßt die Befugnis, über die Definition und Bewertung ärztlicher Leistungen das Leistungsverhalten der Ärzte steuernd zu beeinflussen (vgl. zuletzt Senatsurteil vom 20. März 1996 - 6 RKa 51/95 - = SozR 3-2500 § 87 Nr 12). Diese Steuerungsfunktion kann über das in § 87 Abs 2 Satz 2 SGB V niedergelegte Anpassungsgebot, wonach die Bewertungsmaßstäbe in bestimmten Zeitabständen ua daraufhin zu überprüfen sind, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen, hinausgehen. Der Senat hat es deshalb in dem erwähnten Urteil vom 20. März 1996 gebilligt, daß im EBM zum 1. April 1994 bestimmt worden war, daß kurativ-ambulante Laborleistungen nach dem (damaligen) Abschnitt O I des EBM nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar waren (Praxisbudget). Im zahnärztlichen Bereich hat er den Bewertungsausschuß auf der Grundlage einer gesetzlichen Ermächtigung für berechtigt gehalten, durch Punktzahlkorrekturen für die wichtigsten kieferorthopädischen Leistungen auf eine sachgerechte Bewertungsrelation zwischen zahnerhaltenden, konservierend-chirurgischen und kieferorthopädischen sowie prothetischen Leistungen hinzuwirken (Senatsurteil vom 8. Mai 1996 - 6 RKa 49/95 -, zur Veröffentlichung vorgesehen). Für dieses weite Verständnis von Aufgabe und Kompetenz des Bewertungsausschusses ist maßgebend, daß Vergütungsgrundsätze, die aus Sachgründen für den gesamten Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einheitlich geregelt werden müssen, nur über den EBM verwirklicht werden können und daß auf die Gestaltungsmöglichkeiten des EBM als für alle Kassenarten und alle KÄVen bundesweit verbindliche Regelung nicht zuletzt im Hinblick auf eine angemessene Vergütung aller ärztlichen Leistungen, auch im Verhältnis der Arztgruppen untereinander, nicht verzichtet werden kann.

Der Steuerungskompetenz des Bewertungsausschusses entspricht notwendig eine gewisse Entscheidungsfreiheit auch hinsichtlich der Aufnahme solcher ärztlichen Leistungen, die bisher in der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung nicht abrechenbar waren. § 87 Abs 2 Satz 2 SGB V verpflichtet den Bewertungsausschuß im Rahmen der Überprüfung der Bewertungsmaßstäbe nicht nur zur Beachtung des Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik, sondern auch zur Berücksichtigung von Rationalisierungsmöglichkeiten im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung; er greift damit das bereits im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung formulierte (§ 12 SGB V)



und das vertragsärztliche Leistungserbringerrecht prägende (§ 72 Abs 2 SGB V) Wirtschaftlichkeitsgebot im Rahmen der Bestimmung des Kreises der in der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbaren Leistungen wieder auf. Die Prüfung des Bewertungsausschusses, ob eine bestimmte ärztliche Leistung abrechnungsfähig werden soll, hat sich daran auszurichten, ob diese Leistung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse geboten ist (§ 72 Abs 2 SGB V). Das schließt es aus, daß der Bewertungsausschuß ärztliche Leistungen, die seit Jahrzehnten integraler Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, oder solche, ohne die eine umfassende ambulante Versorgung der Versicherten nicht denkbar ist, nicht in den Bewertungsmaßstab aufnimmt. Die Befugnis des Bewertungsausschusses ist damit nicht auf eine quasi-notarielle Funktion beschränkt, kraft derer er gehalten wäre, alle dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Leistungen umgehend in den Bewertungsmaßstab aufzunehmen und punktmäßig zu bewerten. Dem steht bereits entgegen, daß die Krankenkasse nach § 85 Abs 1 SGB V für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung entrichtet, deren Höhe nach § 85 Abs 2 SGB V vertraglich vereinbart wird. Bei der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung haben die Vertragspartner stets eine Vorstellung darüber, was zum Inhalt der zu vergütenden vertragsärztlichen Versorgung gehört. Wegen der für das Gesamtvergütungssystem typischen Risikoverteilung zwischen Krankenkasse und KÄV (vgl Kass Komm-Hess, § 85 SGB V RdNr 17) bedeutet das zwar nicht, daß jede einzelne ärztliche Verrichtung kalkulatorisch bei der Festsetzung der Höhe der zu vereinbarenden Kopfpauschale zu berücksichtigen ist. Strukturelle Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Versorgung iS des § 85 Abs 1 SGB V können indessen Auswirkungen auf die angemessene Höhe der Gesamtvergütung haben. Deshalb stellt die Erweiterung des Leistungsspektrums der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sowohl durch die Aufnahme neuer ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als auch durch die Übernahme von bisher dem stationären Sektor vorbehaltenen Behandlungsmaßnahmen in die ambulante Versorgung einen Akt abwägender und wertender Entscheidung des Bewertungsausschusses dar. Auch soweit sie sich auf die Regelung von Einzelheiten der Leistungserbringung und der punktmäßigen Bewertung beschränkt, muß ihr eine Prüfung vorausgehen, ob für die neu aufzunehmende Leistung bereits - zB durch Streichung oder Abwertung anderer vertragsärztlicher Leistungen - ein ausreichender Vergütungsrahmen zur Verfügung steht oder ein solcher geschaffen werden kann, etwa durch eine vertraglich vereinbarte oder gesetzlich geregelte Erhöhung der Gesamtvergütung.

Das Gesetz hat die Entscheidung hinsichtlich der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einerseits in § 135 Abs 1 und § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und andererseits, soweit die Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in einzelne abrechnungsfähige vertragsärztliche Leistungen in Betracht kommt, in § 87 Abs 2 SGB V dem Bewertungsaus-



schuß übertragen. Aus der Perspektive des abrechnenden Arztes kommt dabei der Entscheidung des Bewertungsausschusses die maßgebliche Bedeutung zu. Solange bestimmte ärztliche Leistungen im Bewertungsmaßstab nicht als abrechnungsfähig aufgeführt sind, können sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht und abgerechnet werden, selbst wenn sie zu einer „neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ gehören, für die der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen eine positive Anerkennung iS der Nr 10.1 der Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) gegeben hat (zur Rechtsnatur und Verbindlichkeit der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen siehe das Senatsurteil vom 20. März 1996 - 6 RKa 62/94 - = SozR 3-2500 § 92 Nr 6). In der Regel wird es zu einem Auseinanderfallen der Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seitens des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und deren Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßig bewertete Leistungen durch den Bewertungsausschuß nicht kommen, wie auch die Entwicklung der Einführung der ESWL in die vertragsärztliche Versorgung zum 1. Januar 1996 zeigt. Am 13. September 1995 hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossen, die Anlage 1 zu Nr 10.1 der NUB-Richtlinien um die Ziff 4 „Richtlinien zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen“ zu ergänzen und damit inzident die ESWL als Untersuchungsmethode anerkannt, die den Anforderungen des § 72 Abs 2 SGB V entspricht. Diese Richtlinien sind durch Bekanntmachung im Bundesanzeiger vom 23. November 1995 in Kraft getreten. Zum 1. Januar 1996 ist der EBM um die Nr 1860 erweitert worden, was zur Folge hatte, daß von diesem Zeitpunkt an die ESWL von Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden durfte. Dieser Weiterentwicklung des EBM haben die KÄVen und die Kranken- und Ersatzkassen dadurch Rechnung getragen, daß sie die Gesamtvergütungen für 1996 zusätzlich zu der durch das 4. SGB V-Änderungsgesetz vom 4. Dezember 1995 (BGBl I S 1558) vorgenommenen Aufstockung (§ 85 Abs 3a Satz 8 sowie § 85 Abs 3b Satz 3 SGB V) um 0,55 % (= 200 Millionen DM) erhöht haben, wobei der zusätzliche Leistungsbedarf für neu in den EBM aufgenommene Leistungen nicht nur durch die Lithotripsie, sondern auch durch die Einführung der Streß-Echokardiographie und bestimmter neurologischer Untersuchungen sowie durch eine Erweiterung der Mutterschaftsvorsorge verursacht worden war (Fischer, ErsK 1995, S 442, 443). Nur dieses Ineinandergreifen von Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Eignung und Wirtschaftlichkeit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode, des Bewertungsausschusses über die Aufnahme neuer Leistungspositionen in den EBM einschließlich einer sachgerechten Bewertung sowie der Vertragspartner im Gesamtvergütungssystem hinsichtlich der Berücksichtigung der Erweiterung des Spektrums der vertragsärztlichen Leistungen bei der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung bietet die Gewähr für eine sachgerechte, in sich stimmige Anpassung des Systems der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung an den medizinisch-technischen Fortschritt unter Beachtung der vorgegebenen Finanzierungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich wird daran deutlich, daß der Bewertungsausschuß



seiner ihm obliegenden Verpflichtung zur Anpassung des Bewertungsmaßstabes (§ 87 Abs 2 Satz 2 SGB V) auch hinsichtlich der ESWL-Leistungen nachgekommen ist.

Eine gesetzliche Verpflichtung des Bewertungsausschusses, bereits vor dem 1. Januar 1996 die ESWL zu einer abrechnungsfähigen Leistung für Vertragsärzte zu machen, hat nicht bestanden. Die Aufnahme von Leistungspositionen in den EBM stellt nicht anders als die erstmalige Festsetzung oder spätere Änderung der punktmäßigen Bewertung bestimmter ärztlicher (bzw zahnärztlicher) Leistungen einen Akt der Normsetzung dar (vgl BSGE 71, 41, 45 = SozR 3-2500 § 87 Nr 4 und Senatsurteil vom 8. Mai 1996 - 6 RKa 49/95 - für den zahnärztlichen Bereich - sowie BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 22 für den ärztlichen Bereich). Der Charakter des EBM als vertragliche Regelung mit normativer Wirkung und Verbindlichkeit auch gegenüber am Vertragsschluß nicht unmittelbar beteiligten Dritten (vgl BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 22) bestimmt den Umfang der gerichtlichen Kontrolle nicht nur hinsichtlich der punktmäßigen Bewertung bestimmter Leistungen, sondern auch hinsichtlich der Entscheidung für die Aufnahme bisher nicht abrechenbarer vertragsärztlicher Leistungen in den Bewertungsmaßstab und in bezug auf den dafür gewählten Zeitpunkt.

Im Hinblick auf die Leistungsbewertung seitens des Bewertungsausschusses kann es nach ständiger Rechtsprechung des Senats nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen (Senatsurteile vom 7. Februar 1996 - 6 RKa 6/95 - <SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1> und vom 20. März 1996 - 6 RKa 51/95 - <SozR 3-2500 § 87 Nr 12>). Etwas anderes kann nur in den seltenen Ausnahmefällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen läßt, daß der Bewertungsausschuß seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz mißbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewußt benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenze normativen Ermessens rechtlich faßbar wird, haben die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen (Senatsurteile aa0).

Diese Maßstäbe gerichtlicher Kontrolle gelten auch hinsichtlich der Entscheidung des Bewertungsausschusses, durch Aufnahme in den EBM die Abrechenbarkeit einer ärztlichen Leistung vorzusehen. Die Grenze der von den Gerichten zu respektierenden Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit des Bewertungsausschusses kann insoweit allenfalls überschritten sein, wenn er einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode durch die Verweigerung der Aufnahme der für ihre Anwendung unerläßlichen Leistungspositionen in den EBM die Einsetzbarkeit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung versagt, obwohl an der medizinisch-fachlichen Eignung der Methode, ihrer Unentbehrlichkeit für



eine umfassende ambulante Versorgung der Versicherten, an ihrer Wirtschaftlichkeit sowie der Finanzierbarkeit ihres Einsatzes auch unter Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung vernünftige Zweifel nicht bestehen. Diese Grenze könnte erreicht sein, wenn der Bewertungsausschuß trotz einer positiven Richtlinienempfehlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V keine Leistungspositionen für den Einsatz einer bestimmten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode schafft, wobei dem Bewertungsausschuß im Hinblick auf die nur von ihm zu beurteilende Frage der Finanzierbarkeit bestimmter Leistungen im Gesamtvergütungssystem und wegen der Höhe der angemessenen Punktzahl ein gewisser zeitlicher Umsetzungsspielraum zuzubilligen sein dürfte. Dies kann hier jedoch offenbleiben, weil der Bewertungsausschuß hinsichtlich der ESWL-Leistungen zu dem auf die positive Empfehlungsentscheidung des Bundesausschusses folgenden Quartal eine Leistungsposition für die ESWL geschaffen hat. Ebenfalls keiner Entscheidung bedarf die Frage, ob die ESWL iS des § 135 Abs 1 SGB V eine „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethode dargestellt hat. Für die hier allein maßgebliche Anwendung des § 87 Abs 1 und 2 SGB V kommt es nicht auf die medizinisch-wissenschaftliche „Neuheit“ einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode an, sondern allein darauf, ob eine bestimmte ärztliche Leistung bereits Gegenstand des EBM ist oder nicht. Daran könnte sich selbst dann nichts ändern, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen auf eine Richtlinienempfehlung auf der Grundlage des § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V für eine noch nicht im EBM aufgeführte Leistung verzichtet, weil er der Auffassung ist, die entsprechende Untersuchungs- und Behandlungsmethode werde schon seit längerem praktiziert. Dazu wird es indessen nicht kommen, weil der Bundesausschuß auf dem Standpunkt steht, als „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ könnten solche Leistungen gelten, die noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistungen im EBM enthalten sind oder die als ärztliche Leistungen im EBM aufgeführt sind, deren Indikation aber wesentliche Änderungen oder Erweiterung erfahren und für die in der ambulanten oder stationären kassen- und vertragsärztlichen Versorgung ein Bedarf besteht (Nr 5 der NUB-Richtlinien).

Soweit der Bewertungsausschuß die ESWL vor dem 1. Januar 1996 nicht in den EBM aufgenommen hat, hat er sich im Rahmen der ihm zukommenden Gestaltungsfreiheit auch von der Erwägung leiten lassen dürfen, daß diese Leistung, soweit sie seit Ende der achtziger Jahre aus dem Forschungsstadium hinausgetreten und routinemäßiger Bestandteil der ärztlichen Behandlung geworden war, im stationären Bereich vorgehalten wurde und dort auch den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stand. Da die vorhandenen Lithotripter für die Behandlung der Patienten eingesetzt werden konnten, spielte der Gesichtspunkt, das im Vergleich mit einer operativen Harnsteinentfernung schonendere Behandlungsverfahren der Steinerztrümmerung mit Hilfe von Stoßwellen sobald wie möglich für die Versicherten zum Einsatz bringen zu können, bei der Entscheidung des Bewertungsausschusses keine Rolle. Die Entscheidung für die Aufnahme der ESWL in den EBM und für den dazu geeigneten Zeitpunkt war in erster Li-



nie an einer sachgerechten Abgrenzung des stationären vom ambulanten Versorgungsbereich auszurichten. Soweit nicht über den Einsatz einer Untersuchungsmethode zugunsten der Patienten, sondern über ihre richtige Zuordnung allein zur Krankenhausbehandlung oder auch zur ambulanten Versorgung zu entscheiden ist, ist die der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugängliche Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses besonders weit. Sofern es um Leistungsverlagerungen geht, gestattet sie auch Erwägungen hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeiten im System der vertragsärztlichen Versorgung, etwa im Hinblick auf die Verminderung der Zahlungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser bei gleichzeitiger entsprechender Erhöhung der Gesamtvergütungen. In anderem Zusammenhang hat der Senat bereits dargelegt, daß allein durch die Behauptung, eine bestimmte Leistung gehöre unter wirtschaftlichen Aspekten in den ambulanten und nicht in den stationären Sektor, der für die Ermächtigung eines Krankenhausarztes erforderliche quantitative oder qualitative Bedarf hinsichtlich der von diesem angebotenen Leistungen nicht begründet werden kann (BSG SozR 2200 § 368a Nr 23). Entsprechende Erwägungen liegen auch der Entscheidung über die Zuordnung der präoperativen Eigenblutentnahme zur stationären Versorgung zugrunde (BSGE 74, 263 = SozR 3-2500 § 116 Nr 9).

Eine andere Beurteilung ist hier nicht deshalb gerechtfertigt, weil die Kläger die ESWL-Leistungen überwiegend im Rahmen ihrer belegärztlichen Tätigkeit gegenüber solchen Patienten erbracht haben, die sich zur stationären Behandlung im Krankenhaus befunden haben. Die belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Abs 3 Satz 1 SGB V aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet, weil die belegärztliche Tätigkeit als Teil der vertragsärztlichen Versorgung angesehen wird, die in erster Linie auf die ambulante Versorgung der Versicherten ausgerichtet ist. Auch für die im Rahmen einer belegärztlichen Krankenhausbehandlung anfallenden ärztlichen Leistungen gilt jedoch der EBM, was zur Folge hat, daß Vertragsärzte im Rahmen ihrer belegärztlichen Tätigkeit zu Lasten der Gesamtvergütung nur die im EBM aufgeführten Leistungen abrechnen können. Inwieweit durch Verträge auf der Grundlage des § 121 Abs 1 SGB V iVm § 115 Abs 1 sowie Abs 2 Nr 1 SGB V abweichende Regelungen getroffen werden können, bedarf hier keiner Entscheidung, denn nach den für den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des Berufungsgerichts haben im streitbefangenen Zeitraum entsprechende vertragliche Regelungen nicht bestanden. Die Begrenzung auch der belegärztlichen Tätigkeit auf die Erbringung und Abrechnung der im EBM aufgeführten und punktzahlmäßig bewerteten Leistungen rechtfertigt sich bereits aus dem schon oben angesprochenen Grundsatz, daß Strukturverschiebungen hinsichtlich des Leistungsgeschehens zwischen dem Krankenhaussektor und der vertragsärztlichen Versorgung Auswirkungen auf die Finanzierung beider Leistungsbereiche haben, die vor der Leistungserbringung geregelt werden müssen. Falls die KÄVen belegärztliche Leistungen auch dann vergüten müßten, wenn diese noch nicht Bestandteil des EBM sind, wäre nicht auszuschließen, daß als Folge möglicher Umstrukturierungen von ursprünglich hauptamtlich geführten in belegärztlich geleitete



Krankenhausabteilungen ein relevanter Teil der im Rahmen der bisher in der stationären Versorgung anfallenden ärztlichen Leistungen nicht mehr über Pflegesätze oder Sonderentgelte vergütet würde, sondern von den KÄVen aus den Gesamtvergütungen bezahlt werden müßte. Das könnte, wenn es in größerem Umfang und vor allem im Hinblick auf sehr aufwendige und entsprechend teure ärztliche Leistungen praktiziert würde, zu einem Punktwertverfall für alle vertragsärztlichen Leistungen führen, die die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten, die in erster Linie den KÄVen und den Vertragsärzten übertragen ist, gefährden würde. Auch hieraus ergibt sich, daß das Leistungsangebot belegärztlich geführter Krankenhausabteilungen - soweit es die ärztliche Tätigkeit anbelangt - durch die Leistungsbeschreibungen des EBM limitiert wird.

Die begrenzende Wirkung des EBM auch für die belegärztliche Tätigkeit eines Vertragsarztes steht im Einklang mit den vertraglichen Regelungen für die Belegärzte. Nach der Vereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KÄBV zur Gestaltung von Verträgen zwischen Krankenhausträgern und Belegärzten (Belegarztgrundsätze) vom 8. August 1959 (Deutsches Ärzteblatt 1959, 1247) und den einschlägigen Bestimmungen der Bundesmantelverträge (§ 39 Abs 2 BMV-Ä; § 31 Abs 2 EKV-Ä) bildet die ambulante vertragsärztliche Praxis den Schwerpunkt der vertragsärztlichen Tätigkeit, und die belegärztliche Tätigkeit stellt im allgemeinen die Fortsetzung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit dar. Daraus folgt, daß grundsätzlich der Leistungsrahmen für den einzelnen Vertragsarzt durch diejenigen Regelungen geprägt wird, die für die ambulante vertragsärztliche Versorgung erlassen worden sind, und die belegärztliche Tätigkeit sich in diesem Rahmen zu bewegen hat. Da die KÄVen und die Partner des Bewertungsausschusses keine rechtliche Möglichkeit haben, die Entscheidung von Krankenhausträgern zu beeinflussen, ob sie eine bestimmte Fachabteilung durch angestellte Ärzte oder belegärztlich führen lassen, müßten andernfalls Leistungspositionen für die gesamte ärztliche Tätigkeit auch im Krankenhaus, einschließlich der hochspezialisierten Spitzenversorgung, in den Bewertungsmaßstab aufgenommen werden. Das wäre jedoch mit dem Grundsatz der Nachrangigkeit der belegärztlichen Tätigkeit gegenüber der Tätigkeit des zugelassenen Vertragsarztes in seiner eigenen Praxis schwerlich vereinbar und könnte zu Verwerfungen im Gesamtvergütungssystem führen. Das Krankenhaus muß deshalb, wenn es durch Belegärzte Leistungen erbringen will, die über den in den Gebührenordnungen beschriebenen Leistungsrahmen hinausgehen, entsprechende vertragliche Regelungen mit den beteiligten Ärzten und/oder den Kostenträgern treffen. Aus diesem Grund vermag der Senat schon im Ausgangspunkt der Annahme des Berufungsgerichts nicht zu folgen, der Bewertungsausschuß sei gehalten gewesen, den EBM allein für die belegärztliche Tätigkeit um eine Leistungsposition für ESWL-Leistungen zu ergänzen.

Da mithin der Bewertungsausschuß durch die Aufnahme der ESWL-Leistungen in den Kreis der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen erst zum 1. Januar 1996 die



Grenzen seiner Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit nicht überschritten hat, steht den Klägern für die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Lithotripsieleistungen kein Honoraranspruch gegenüber der Beklagten zu. Auch Vertrauensschutzaspekte gebieten hier keine andere Entscheidung. Spätestens im Frühjahr 1991 hat die Beklagte gegenüber den Klägern hinreichend deutlich gemacht, daß sie eine Vergütung der ESWL-Leistungen in der Zukunft bereits dem Grunde nach ablehnt. Daß sie diese Position zunächst auf die Großgeräterichtlinien und die fehlende Standortabstimmung des von den Klägern gemieteten Nieren-Lithotripters gestützt und erst später damit argumentiert hat, die ESWL-Leistungen seien im vertragsärztlichen System nicht abrechenbar, ändert nichts daran, daß die Kläger zu jedem Zeitpunkt wußten, daß die Beklagte ihre Leistungen nicht mehr honorieren würde. Spätestens mit Beginn des dritten Quartals 1991 haben sie die ESWL-Leistungen in Kenntnis des Nichtbestehens einer Abrechnungsmöglichkeit auf eigenes Risiko erbracht. Sie waren sich bewußt, daß der von ihnen geplante Einsatz eines mobilen, tagesweise gemieteten Lithotripters Neuland im Bereich der urologischen Versorgung darstellt. Mit einem in den sozialgerichtlichen Akten enthaltenen Schreiben vom 19. September 1989 haben sie nämlich die Beklagte gebeten, im Rahmen eines Modellversuchs die Genehmigung für den Einsatz eines mobilen Gerätes im stationären und im ambulanten Bereich zu erteilen und dafür entsprechende Abrechnungsziffern zu schaffen. Wenn die Kläger trotz der Ablehnung dieses Antrags seitens der Beklagten und vor Abschluß eines gerichtlichen Verfahrens die ESWL-Leistungen erbracht haben, können sie sich nicht auf Vertrauensschutz berufen.

Schließlich kann ein Honoraranspruch der Kläger nicht daraus abgeleitet werden, daß die von ihnen erbrachten ESWL-Leistungen medizinisch notwendig waren und deshalb vergütet werden mußten. Dem steht entgegen, daß nach der ständigen Rechtsprechung des Senats im vertragsärztlichen System ein Vergütungsanspruch für gesetz- oder vertragswidrig erbrachte Leistungen nicht auf bereicherungsrechtliche Grundsätze mit dem Argument gestützt werden kann, die gesetz- oder vertragswidrig erbrachten Leistungen hätten ggf von anderen Ärzten oder Leistungserbringern erbracht und dann von den Krankenkassen ebenfalls honoriert werden müssen (BSGE 74, 154, 158 = SozR 3-2500 § 85 Nr 6; BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 5; BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 9). Dieser Rechtsgedanke beansprucht hier auch deshalb Geltung, weil bei Beachtung der sich aus § 87 Abs 2 SGB V iVm dem jeweils geltenden EBM ergebenden Abrechnungsbeschränkungen durch die Kläger jedenfalls die Beklagte die ESWL-Leistungen überhaupt nicht hätte honorieren müssen, sie also noch nicht einmal unter dem Gesichtspunkt ersparter Aufwendungen als bereichert angesehen werden kann. Ob die Kläger nach der Mitteilung der Beklagten, sie müsse und werde ESWL-Leistungen nicht honorieren, vertragliche Vereinbarungen mit ihrem Krankenhaus zur Regelung der Bezahlung für den Fall getroffen haben, daß der Rechtsstandpunkt der Beklagten im gerichtlichen Verfahren bestätigt würde, hat das Berufungsgericht nicht festgestellt und ist im Rechtsverhältnis zwischen den Klägern und der Beklagten auch ohne Bedeutung.



Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Ein Kostenerstattungsanspruch der Beklagten für das sozialgerichtliche Verfahren auf der Grundlage des § 193 Abs 4 Satz 2 SGG ist nicht begründet, weil dieses Verfahren noch vor der Neufassung des § 193 Abs 4 SGG durch das Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1993 in Gang gesetzt worden ist.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)