S 10 KR 37/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 KR 37/00
Datum	20.12.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 9/01
Datum	09.07.2002

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin die entstandenen auÃergerichtlichen Kosten fÃ¼r das Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die Versorgung ihrer Versicherten mit Heilmitteln vor Leistungserbringung und nach erfolgter Ã¤rztlicher Verordnung von einer vorherigen Genehmigung abhÃ¤ngig machen darf.

Die KlÃ¤gerin ist Mitglied der Beklagten. Ihr wurde mit Ã¤rztlicher Verordnung vom 11. MÃ¤rz 2000 die Leistung von 6 x Einzelkrankengymnastik verordnet, die im MÃ¤rz 2000 von der Physiotherapeutin B. erbracht wurden.

Im MÃ¤rz 2000 wandte die Beklagte sich mit einem Faltblatt "Massagen und Krankengymnastik Neuregelung ab 01. April 2000" wandte sich die Beklagte an ihre Mitglieder und fÃ¼hrte u. a. aus, dass ab 01. April 2000 Verordnungen von Krankengymnastik und Massagen vor der Leistungserbringung von ihr zu genehmigen seien. Das Faltblatt hatte u.a. folgenden Wortlaut:

"Ab 01. April 2000 sind Verordnungen von Krankengymnastik und Massagen vor Beginn der Behandlung von Ihrer AOK zu genehmigen. Diese Zustimmung dient Ihrer Sicherheit: So kÃ¶nnen Sie sich darauf verlassen, dass die AOK als gesetzliche Krankenkasse die Kosten Ã¼bernehmen darf und der Physiotherapeut seine Leistungen mit uns abrechnen kann.".

Die Beklagte informierte im MÃ¤rz 2002 auch die Physiotherapeutin Ã¼ber die beabsichtigte Neuregelung.

Am 07. April 2000 hat die KlÃ¤gerin vor dem Sozialgericht Potsdam Klage erhoben, die mit Beschluss vom 27. April 2000 an das Sozialgericht Cottbus verwiesen worden ist.

Mit der Klage hat die KlÃ¤gerin zunÃ¤chst beantragt, die Beklagte zu verpflichten, die Ã¤rztlich verordnete krankengymnastische Leistung als Sachleistung durch die zugelassne Physiotherapeutin ohne vorherige Genehmigung zu erbringen, hilfsweise festzustellen, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, die AusfÃ¼hrung der Ã¤rztlich verordneten Krankengymnastik von einer vorherigen Genehmigung durch die Beklagte abhÃ¤ngig zu machen.

Sie hat zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, dass der Beklagten kein Recht zur Genehmigung der verordneten krankengymnastischen Leistungen zustehe. Durch die geforderte Genehmigung werde die KlÃ¤gerin finanziell und zeitlich in Anspruch genommen, ohne dass diese Inanspruchnahme einer gesetzlichen Pflicht entspreche oder durch eine Gestaltungsregelung der Beklagten vorbehalten sei. Der der KlÃ¤gerin abverlangte Aufwand sei vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Eine das Genehmigungsverfahren legitimierende Norm finde sich nicht im GesamtgefÃ¼ge des SGB V. Es handele sich damit um einen VerstoÃ gegen den Vorbehalt des Gesetzes bei belastenden Verwaltungsakten.

Auch Â§ 30 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ãrzte â BMV-Ã â scheide als Rechtsgrundlage fÃ¼r die EinfÃ¼hrung eines Genehmigungsverfahrens aus, da es sich nicht um eine Gesetzesvorschrift handele. Die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer physiotherapeutischen Behandlung kÃ¶nne nicht in die HÃ¤nde von Personen gelegt werden, die keine medizinische Ausbildung absolviert hÃ¤tten. HierfÃ¼r sei allein der Arzt zustÃ¤ndig. In einigen FÃ¤llen habe die Beklagte die verordnete AnwendungshÃ¤ufigkeit gekÃ¼rzt. Es komme auch vor, dass eine Ã¤rztliche Verordnung inhaltlich geÃ¤ndert werde, so sei zum Beispiel bei Ã¤rztlich verordnetem Hausbesuch bestimmt worden, dass die Leistung ohne Hausbesuch zu erbringen sei. Durch die EinfÃ¼hrung des Genehmigungsverfahrens sei nachweisbar bei 100 Patienten die Behandlung unmÃ¶glich gemacht worden, da die Rahmenvertragsfristen nicht eingehalten worden seien. Der Kasse verbleibe in diesem Bereich eine EingriffsmÃ¶glichkeit nur, wenn ein Kassenarzt in unzulÃ¤ssiger Art und Weise durch Verordnungen von Mitteln, die nicht Gegenstand der Heilmittel-Richtlinien sind, tÃ¤tig werde.

Die KlÃ¤gerin hat neben der Kopie einer eidesstattlichen Versicherung ein Schreiben des Ministeriums fÃ¼r Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des

Landes Brandenburg an den Verband Physikalische Therapie-/Auslandsabteilung vom 15. Mai 2000 zur Gerichtsakte gereicht.

Die KlÃ¤gerin hat zuletzt schriftsÃ¤tzlich vor dem Sozialgericht beantragt,

Die Beklagte ist verpflichtet, die vertragsÃ¤rztlich verordneten krankengymnastischen Leistungen, soweit diese unter BerÃ¼cksichtigung der geltenden Heilmittelrichtlinien ausgestellt wurden und sich auf verordnungsfÃ¤hige Heilmittel beziehen, Ãrztin Dr. med. J. R. , Praktische Ãrztin, Chirotherapie, R.-L.-StraÃe â¦, â¦ H./E (jetzt der Ãrztin Dipl.-Med. S. B., FachÃ¤rztin fÃ¼r OrthopÃ¤die, B â¦T.), der am 2000-02-18 ausgestellten Behandlungsverordnung sowie jeglicher weiteren medizinisch notwendigen Behandlungsverordnung auch eines anderen behandelnden Vertragsarztes Ã¼ber 6 x Einzel-Krankengymnastik und Manuellen Therapie oder anderer medizinisch notwendigen Heilmittel als Sachleistung dadurch zu erbringen, dass eine von der Klagepartei aufgesuchte, fÃ¼r die Abgabe von Krankengymnastik zugelassene Physiotherapeutin/ ein entsprechend zugelassener Physiotherapeut ohne vorherige Genehmigung durch die Beklagte die verordnete Therapieform ausfÃ¼hrt.

Hilfsweise: Es wird festgestellt, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, die AusfÃ¼hrung der Ã¤rztlich verordneten Krankengymnastik der Ãrztin Dr. med. J. R. und der Ãrztin Dipl.-Med. S. B. vom 2000-02-18 oder auch eines anderen behandelnden Vertragsarztes sowie die AusfÃ¼hrung jeglicher weiteren medizinisch notwendigen Ã¤rztlich verordneten Krankengymnastik oder anderer medizinisch notwendigen Heilmittel von einer vorherigen Genehmigung durch die Beklagte abhÃ¤ngig zu machen.

Die Beklagte hat vor dem Sozialgericht beantragt,

die Klage abzuweisen.

FÃ¼r Verordnungen vor dem 01. April 2000 fehle es an einem RechtsschutzbedÃ¼rfnis, die eingefÃ¼hrte Genehmigungspflicht gelte erst ab 01. April 2000. Sie habe keinen Anlass fÃ¼r die Klage gegeben. Die zunÃ¤chst streitgegenstÃ¤ndliche Verordnung vom 02. MÃ¤rz 2001 sei durch die Beklagte nicht beanstandet worden. Durch die eingefÃ¼hrte Genehmigungspflicht sollten solche Verordnungen erfasst werden, die gemÃ¤Ã Abschnitt A II der Heilmittel- und Hilfsmittelrichtlinien nicht notwendig seien, was ohne diese PrÃ¼fung nicht festzustellen sei. Eine nachtrÃ¤gliche Feststellung mache wenig Sinn, da das Risiko einer nachtrÃ¤glich festgestellten Unwirtschaftlichkeit wohl von der KlÃ¤gerin zu tragen wÃ¤re. Die Systematik der sozialrechtlichen Vorschriften rÃ¤ume der Beklagten ein Entscheidungsrecht Ã¼ber die Leistung ein.

Grundlage fÃ¼r den Erlass ablehnender Bescheide sei Â§ 19 Sozialgesetzbuch Viertes Buch â SGB IV â i. V. mit dem im Sozialgesetzbuch Zehntes Buch â SGB X â geregelten Verwaltungsverfahren. Entscheidungen wÃ¼rden nicht im Rahmen der Eingriffsverwaltung ergehen. Nur in diesem Bereich sei eine gesetzliche ErmÃ¤chtigungsgrundlage notwendig. Die Streitigkeiten wÃ¼rden sich

vielmehr aus dem Bereich der Leistungsverwaltung ergeben. Im Rahmen dieser Verwaltung hÃ¤tten die BÃ¼rger nur dann einen Anspruch auf eine Leistung, wenn sich dieser Anspruch aus dem Gesetz ergibt. Auch das Verfahren zur Feststellung des Leistungsanspruches sei gesetzlich festgelegt. Die RechtmÃ¤Ãigkeit eines Verwaltungsverfahrens kÃ¶nne auch nicht dadurch beeinflusst werden, dass in konkreten EinzelfÃ¤llen in der DurchfÃ¼hrung des Verfahrens fehlerhafte Entscheidungen getroffen wÃ¼rden. Die Beklagte sei zwar nicht befugt, die Ã¤rztliche Verordnung in ihrem Inhalt zu Ã¤ndern. Jedoch kÃ¶nne sie Ã¼ber ihre Leistungspflicht selbst entscheiden und daher auch Leistungen teilweise ablehnen. Dies jedoch nur, soweit sie nicht auf das Verwaltungsverfahren verzichtet habe. Ausgehend vom Antragsgrundsatz des Â§ 19 SGB IV sei zu beachten, dass sich weder aus dem SGB V noch aus den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien noch aus dem Vertrag mit den VerbÃ¤nden der Physiotherapeuten gemÃ¤Ã Â§ 125 SGB V abweichende Regelungen ergeben wÃ¼rden. Damit verbleibe die ZustÃ¤ndigkeit fÃ¼r Entscheidungen Ã¼ber die LeistungsgewÃ¤hrung im Hinblick auf eine bestimmte Behandlung bei der Krankenkasse. GemÃ¤Ã Â§ 30 Abs. 8 Satz 1 BMV-Ã habe die Beklagte das Recht, die Entscheidung Ã¼ber die Leistungserbringung im Hinblick auf Heilmittel den verordneten VertragsÃ¤rzten zu Ã¼bertragen und in diesem Zusammenhang auf die DurchfÃ¼hrung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens gegenÃ¼ber ihren Versicherten verzichtet. Sie habe den Leistungserbringern nunmehr mitgeteilt, dass sie ab 01. April 2000 nicht mehr auf das Bewilligungsverfahren verzichte. Auch fÃ¼r den Bereich der hÃ¤uslichen Krankenpflege sei im Ãbrigen fÃ¼r die Leistungserbringung neben der vertragsÃ¤rztlichen Verordnung die Zustimmung der Krankenkasse erforderlich. Die Genehmigungen fÃ¼r Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, fÃ¼r Ergotherapie wÃ¼rden stets von nicht medizinischem Personal ggf. unter Einbeziehung des MDK erfolgen. Wenn das Verwaltungsverfahren im Bereich der Heilmittel mit diesen Argumenten angegriffen werde, wÃ¼rden auch diese Genehmigungsverfahren in Frage gestellt. Diese Verfahren seien jedoch allgemein anerkannt.

Nachdem sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt hatten, hat das Sozialgericht Cottbus mit Urteil vom 20. Dezember 2000 unter Klageabweisung im Ãbrigen festgestellt, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, die Erbringung vertragsÃ¤rztlich verordneter krankengymnastischer und Massageleistungen an die KlÃ¤gerin von ihrer vorherigen Genehmigung abhÃ¤ngig zu machen.

Der von der KlÃ¤gerin gestellte Hauptantrag sei dahingehend auszulegen gewesen, dass sie die aus dem Tenor ersichtliche Feststellung begehrt habe. Ein weitergehender Leistungsantrag sei statthaft, aber unzulÃ¤ssig. Die zulÃ¤ssige Feststellungsklage sei begrÃ¼ndet. Die Beklagte sei nicht berechtigt, die Erbringung von Krankengymnastik und Massage als Sachleistung von ihrer vorherigen Genehmigung abhÃ¤ngig zu machen. Â§ 19 SGB IV kÃ¶nne nicht als Rechtsgrundlage fÃ¼r eine einzufÃ¼hrende Genehmigung der Beklagten dienen, da es sich lediglich um eine verfahrensrechtliche Norm handele. Die Beklagte kÃ¶nne das Genehmigungsverfahren auch nicht auf die Vorschriften des BMV-Ã stÃ¼tzen. Untergesetzliche Vorschriften des BMV-Ã kÃ¶nnten die sich aus dem hÃ¶herrangigen SGB V ergebenden LeistungsansprÃ¼che der Versicherten nicht

einschrÃ¤nken. Soweit der Vertragsarzt in Wahrnehmung seiner Pflichten als Vertragsarzt eine Krankheit diagnostiziere und eine Dienst- oder Sachleistung im Rahmen und in den Formen der kassenÃ¤rztlichen Versorgung verordnet habe, dÃ¼rfe die Krankenkasse diese dem Versicherten nicht aus dem Grund versagen, dass sie die Diagnose fÃ¼r falsch oder zum Beispiel die verordnete Leistungsart im Sinne des Â§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V medizinisch fÃ¼r nicht notwendig halte. Allein die Ã¤rztliche Verordnung eines Heilmittels fÃ¼hre zur Leistungsverpflichtung der Krankenkasse.

Gegen das ihr am 27. Februar 2001 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 23. MÃ¤rz 2001 Berufung eingelegt:

Die sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften lieÃen auch eine Genehmigungspflicht fÃ¼r Heilmittel zu. Durch das vorherige Antrags- und Bewilligungsverfahren sollten unwirtschaftliche Heilmittelverordnungen, die von den Versicherten nicht beansprucht werden kÃ¶nnten, vor der Leistungserbringung festgestellt werden.

Der Einfluss des BMV-Ã auf das VersicherungsverhÃ¤ltnis zwischen den Versicherten und der Beklagten kÃ¶nne dahinstehen, da sich die Genehmigungspflicht fÃ¼r Heilmittel aus Â§ 19 SGB IV ergebe. Der BMV-Ã sei darauf gerichtet, die AnsprÃ¼che der Versicherten gegenÃ¼ber der Krankenkasse zu verwirklichen. Der Vertragsarzt sei dazu berufen, in medizinischer Hinsicht die Anspruchsvoraussetzungen des Versicherten mit bindender Wirkung fÃ¼r die Kasse festzustellen. Die Krankenkasse kÃ¶nne dem Versicherten zwar die Leistungen nicht versagen, weil sie die Diagnose fÃ¼r falsch oder z. B. die verordnete Leistungsart medizinisch nicht fÃ¼r notwendig halte. Der Vertragsarzt kÃ¶nne aber nicht versicherungsrechtliche oder sonstige leistungsrechtliche Voraussetzungen fÃ¼r die Leistungserbringung mit Bindungswirkung fÃ¼r die Beklagte entscheiden. Diese Kompetenz sei bei der Beklagten verblieben. Ihr obliege die PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen im Sinne des Â§ 12 Abs. 1 SGB V, die von der medizinischen Notwendigkeit abzugrenzen sei. Dies kÃ¶nne auch erst beurteilt werden, wenn eine konkrete Ã¤rztliche Verordnung vorliege. Eine Mehrbelastung des Versicherten durch die erforderliche Ãberbringung bzw. Ãbersendung der Verordnungen zum Zwecke der PrÃ¼fung fÃ¼hre nicht zur Rechtswidrigkeit des Verwaltungsverfahrens. Sinn und Zweck eines Antrages im verfahrensrechtlichen Sinne bestehe darin, ein Verwaltungsverfahren einzuleiten, im Rahmen dessen die Anspruchsvoraussetzungen der beantragten Leistungen zu prÃ¼fen und â wenn die Voraussetzungen nicht vorliegen â die Leistung ggf. auch zu versagen.

Die Beklagte hat weiter auf die Bestimmungen zur Genehmigung von Verordnungen fÃ¼r Hilfsmittel und hÃ¤usliche Krankenpflege verwiesen. Die Heilmittelrichtlinien ab 01. Juli 2000 wÃ¼rden ihre Auffassung stÃ¼tzen. Wenn in diesen Richtlinien bestimmte Leistungen im Hinblick auf die Verordnung der Genehmigungspflicht unterworfen wÃ¼rden, bedeute dies nicht, dass dadurch eine Genehmigungspflicht ausgeschlossen sei. Die Richtlinien kÃ¶nnten nur Â§ 19 SGB IV konkretisieren.

Rahmenempfehlungen nach Â§ 125 Abs. 1 SGB V kÃ¶nnten ebenfalls keine Grundlage gegen die EinfÃ¼hrung einer zusÃ¤tzlichen Verpflichtung bilden. Diesen kÃ¤me keine rechtliche Verbindlichkeit zu. Auch das Sozialgericht Potsdam sei von einer Genehmigungspflicht ausgegangen. Wenn eine Genehmigungspflicht nicht bestanden hÃ¤tte, hÃ¤tte die Beklagte auch nicht nach der Auffassung des Sozialgerichts Potsdam jahrelang darauf verzichten kÃ¶nnen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 20. Dezember 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das Urteil fÃ¼r zutreffend. Das Sozialgericht gehe zu Recht von dem Grundsatz aus, dass die EinfÃ¼hrung einer Genehmigungspflicht hinsichtlich der ZweckmÃ¤Ãigkeit, Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit eines Heilmittels nur Ã¼ber die nach Â§ 92 SGB V vorgesehenen Richtlinien oder auf der Grundlage einer Rahmenempfehlung nach Â§ 125 Abs. 1 SGB V zulÃ¤ssig sei.

Die Therapeuten wÃ¼rden durch die Abgabe der Heilmittel an die Versicherten stellvertretend fÃ¼r die gesetzlichen Krankenkassen die diesen gegenÃ¼ber ihren Versicherten obliegenden Dienst- und Sachleistungen erbringen. Die Abgabe der Leistungen sei ausschlieÃlich und abschlieÃend in Â§ 125 SGB V behandelt und auch durch die Regelungen Ziffer 3, 17 der HMR festgeschrieben. Auf Â§ 19 SGB IV kÃ¶nne sich die Beklagte nicht berufen. Auch eine Bezugnahme auf Â§ 27 BMV-Ã scheide aus. Eine dieser Vorschrift entsprechende Regelung enthalte Â§ 30 Abs. 8 BMV-Ã nicht. Â§ 30 Abs. 8 BMV-Ã vom 19. Dezember 1994 komme keine normative AuÃenwirkung zu, Bestimmungen der Beklagten wÃ¼rden auch kein Genehmigungsverfahren vorsehen. Solche Bestimmungen kÃ¶nnten mit der Satzung der Kasse nicht aber mit dem von einem Abteilungsleiter der Beklagten eingefÃ¼hrt werden. Eine allgemeine Genehmigungsberechtigung fÃ¼r die gesetzlichen Krankenkassen ergebe sich nicht aus Â§ 30 Abs. 8 BMV-Ã. Nach den Regelungen der HMR seien Erstverordnungen, Folgeverordnungen im Regelfall und Langfristverordnungen nicht zu begrÃ¼nden. Erst Langfristverordnungen, die nicht im Katalog vorgesehen seien, seien vom Arzt zu begrÃ¼nden. Wenn die Beklagte fÃ¼r alle Massagen und krankengymnastischen Therapieformen eine BegrÃ¼ndung verlange, stelle sie sich in Widerspruch zu den aktuellen in Kraft befindlichen HMR.

Die KlÃ¤gerin hat AuszÃ¼ge aus den HMR, einen Vertrag nach Â§ 125 SGB V Ã¼ber physiotherapeutische Behandlungen zwischen dem VDB Physiotherapieverband e.V. u.a und dem AOK- Bundesverband/Bonn u.a. vom 04.01.1993 nebst Anlagen und einen Auszug aus den Rahmenempfehlungen nach Â§ 125 SGB V zur Gerichtsakte gereicht.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die statthafte und fristgemÃ¤Ã eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die im Urteil des Sozialgerichts getroffene Feststellung, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, die Erbringung vertragsÃ¤rztlich verordneter krankengymnastischer und Massageleistungen an die KlÃ¤gerin von ihrer vorherigen Genehmigung abhÃ¤ngig zu machen.

Die von der KlÃ¤gerin zuletzt vor dem Sozialgericht weiterverfolgte Feststellungsklage ist zulÃ¤ssig.

Die KlÃ¤gerin begehrt die Feststellung des Nichtbestehens von weiteren Rechten der Beklagten aus ihrem SozialversicherungsverhÃ¤ltnis. Dieses Begehren kann sie mit der Feststellungsklage gemÃ¤Ã Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz â SGG â verfolgen. Mit dieser Klageart kann auch die Feststellung des Bestehens einzelner Rechte oder Pflichten aus einem bestehenden RechtsverhÃ¤ltnis beansprucht werden (Meyer-Ladewig, 7. Auflage, Â§ 55 SGG, Anm. 6). Das insoweit erforderliche berechtigte Interesse folgt aus dem Vortrag, die geforderte vorherige Genehmigung wÃ¼rde sie ungerechtfertigt belasten. Die SubsidiaritÃ¤t der Feststellungsklage gegenÃ¼ber Gestaltungs- und Leistungsklagen steht der ZulÃ¤ssigkeit nicht entgegen, da der SubsidiaritÃ¤tsgrundsatz grundsÃ¤tzlich nicht bei Feststellungsklagen gegen juristische Personen des Ã¶ffentlichen Rechts greift (Meyer-Ladewig, a.a.O. , Anm. 9 b, BSG, Urteil vom 26.01.2000, Aktenzeichen B 6 KA 47/98 R, SozR 3-2500 Â§ 311 Nr. 6). Eine Gestaltungsklage (Anfechtungsklage) wÃ¤re auch mangels einer anfechtbaren Regelung nicht zulÃ¤ssig.

Das Faltblatt, gerichtet an alle Mitglieder der Beklagten und nicht individuell konkretisiert an die KlÃ¤gerin, stellt keinen Verwaltungsakt im Sinne des Â§ 31 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch â SGB X â dar. Eine AllgemeinverfÃ¼gung gemÃ¤Ã Â§ 31 Satz 2 SGB X liegt mit dem Faltblatt ebenfalls nicht vor. AllgemeinverfÃ¼gungen sind Verwaltungsakte, die sich nicht an einen nach allgemeinen Merkmalen bestimmten oder bestimmbaren Personenkreis richten oder die Ã¶ffentlich-rechtliche Eigenschaft einer Sache oder ihre Benutzung durch die Allgemeinheit betreffen. Bei einer AllgemeinverfÃ¼gung wird eine konkret generelle Regelung getroffen.

Die AusfÃ¼hrungen in dem Faltblatt enthalten mit der Aufforderung, Verordnungen von Krankengymnastik und Massagen ab 01. April 2000 vor Leistungserbringung genehmigen zu lassen, keinen Regelungsgehalt gem. Â§ 31 SGB X, da damit keine potentiell verbindliche Rechtsfolge gesetzt wird, die ohne weiteren Umsetzungsakt Rechte begrÃ¼ndet, Ã¤ndert, aufhebt oder verbindlich feststellt (Engelmann in: von Wulffen, SGB X, 4. Auflage, Â§ 31, Anm. 24). Die Beklagte hat Hinweise zu einem neuen Verfahren erteilt und keine Rechte des Versicherten materiell-rechtlicher Art geÃ¤ndert, aufgehoben oder verbindlich festgestellt, weshalb die KlÃ¤gerin keine zulÃ¤ssige Anfechtungsklage erheben konnte.

Die mit dem Feststellungsantrag erhobene Klage ist begrÃ¼ndet. Die Beklagte ist nicht berechtigt, im Rahmen der Versorgung ihrer Mitglieder die Verordnungen von krankengymnastischen Leistungen und Massagen eines Kassenarztes vor der

Leistungserbringung in dem von ihr beabsichtigten gesonderten Verwaltungsverfahren zu prÃ¼fen und zu genehmigen. Das Sozialgericht hat zu Recht die tenorierte Feststellung getroffen.

Die Beklagte hat sich des grundsÃ¤tzlich bestehenden Rechts, im Rahmen eines Antragsverfahrens Ã¤rztlich verordnete Heilmittel in Form von krankengymnastischen Leistungen und Massagen vor Leistungserbringung zu prÃ¼fen durch bisher geÃ¼bte und bestÃ¤tigte andere Verfahrensweisen in der Leistungserbringung begeben. Soweit sie nunmehr das Recht fÃ¼r sich in Anspruch nimmt, durch das Faltblatt aus MÃ¤rz 2000 ein Genehmigungsverfahren fÃ¼r Ã¤rztlich verordnete Leistungen der Krankengymnastik und Massagen zum 01. April 2000 gegenÃ¼ber ihren Versicherten einzufÃ¼hren und sie diese Absicht bei Aussetzung des Verfahrens ab Juni 2000 im sozialgerichtlichen Verfahren und im Berufungsverfahren bekrÃ¤ftigt hat, ist sie in der gegenwÃ¤rtigen Situation hierzu nicht berechtigt. Sie darf zwar grundsÃ¤tzlich auch Ã¼ber die Bewilligung von Heilmitteln im Rahmen eines Antrags- bzw. Genehmigungsverfahrens entscheiden, eine derartige Entscheidung liegt jedoch auch ohne die von ihr jetzt beabsichtigte Neuregelung vor.

Die grundsÃ¤tzliche Berechtigung der Beklagten zur PrÃ¼fung von LeistungsansprÃ¼chen im Rahmen der Leistungserbringung folgt aus dem Recht der sozialen Krankenversicherung nach dem SGB V als Leistungsrecht und den Vorschriften Ã¼ber das Sozialverwaltungsverfahren nach dem SGB X.

GemÃ¤Ã Â§ 2 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur VerfÃ¼gung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (Â§ 2 Abs. 1 SGB V). Dabei erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit nichts anderes geregelt ist. Zur Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schlieÃen die Krankenkassen VertrÃ¤ge mit Leistungserbringern. Diese dann auf der Grundlage des vierten Kapitels des SGB V geschlossenen VertrÃ¤ge Ã¤ndern nichts daran, dass Schuldner der dem Versicherten zu erbringenden Leistungen die Krankenkassen bleiben. Die AnsprÃ¼che nach dem SGB V auf bestimmte Leistungen bestehen gegenÃ¼ber der Sozialverwaltung, den Krankenkassen, die bei der Erbringung der Leistungen die im SGB V normierten GrundsÃ¤tze zur Wirtschaftlichkeit, ZweckmÃ¤Ãigkeit (Â§Â§ 2, 12 SGB V) zu beachten haben. Im Rahmen der Leistungsverwaltung ist ein Verwaltungsverfahren zur Erbringung der gesetzlichen Leistungen Ã¼blich.

Nach Â§ 11 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur VerhÃ¼tung von Krankheiten und deren Verschlimmerung sowie zur EmpfÃ¤ngnisverhÃ¼tung, bei Sterilisation und bei SchwangerschaftsabbrÃ¼chen, zur FrÃ¼herkennung von Krankheiten und zur Behandlung einer Krankheit. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind (Â§ 11 Abs. 4 SGB V). Nach Â§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte keinen Anspruch auf Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, diese dÃ¼rfen die

Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Diesen Regelungen zu den grundsÃ¤tzlich zu beanspruchenden Leistungen ist immanent, dass eine Ãberprüfung der Anspruchsberechtigung â notwendigerweise im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens â erfolgt. Ein Verwaltungsverfahren ist auch für die Erbringung von krankengymnastischen Leistungen und Massagen nicht ausgeschlossen. Der Gesetzgeber hat das Verfahren zur Leistungserbringung für alle Leistungsbereiche einheitlich in den gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung, Sozialgesetzbuch Viertes Buch â SGB IV â und zwar in Â§ 19 SGB IV â Antragsverfahren â geregelt. Nur wenn in den besonderen Vorschriften der Sozialversicherung ein Antragsverfahren generell für alle oder einzelne Leistungen nicht vorgesehen bzw. ausgeschlossen ist, kommt es auf ein solches nicht an. Im Übrigen ist mit dem SGB X das Sozialverwaltungsverfahren für alle Sozialleistungsbereiche einheitlich geregelt worden.

Das Verwaltungsverfahren ist die nach auÃen wirkende TÃ¤tigkeit der BehÃ¶rde, die auf die Prüfung der Voraussetzungen, die Vorbereitung und den Erlass eines Verwaltungsaktes oder auf den Abschluss eines Ã¶ffentlich-rechtlichen Vertrages gerichtet ist; es schlieÃt den Erlass des Verwaltungsaktes oder den Abschluss des Ã¶ffentlich-rechtlichen Vertrages ein (Â§ 8 SGB X). Von dieser gesetzlichen Definition werden daher auch die Besonderheiten solcher Leistungsbereiche erfasst, bei denen die Erbringung von Leistungen auf der Grundlage von VertrÃ¤gen erfolgt wie im Rahmen des SGB V nach Â§ 72 ff. SGB V. Das durchzuführende Verwaltungsverfahren ist, soweit nicht anders geregelt, nicht an bestimmte Formen gebunden, es ist einfach, zweckmÃ¤Ãig und zügig durchzuführen (Â§ 9 SGB X). Ãber die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens entscheidet gem. Â§ 18 SGB X die zustÃ¤ndige BehÃ¶rde, im Rahmen des SGB V die Beklagte, sofern sie nicht von Amts wegen oder auf Antrag tÃ¤tig werden muss.

Diese Regelungen sind Grundlage für das Handeln der Beklagten als durch das SGB V zur Leistung gegenüber den Mitgliedern verpflichtete Stelle (BehÃ¶rde). Dieses schlieÃt Prüfungs- und Genehmigungsverfahren generell ein.

Zutreffend verweist die KlÃ¤gerin darauf, dass ein Antragsverfahren nach Â§ 19 SGB IV im Sinne eines bei der Krankenkassen zu stellenden Antrages im Rahmen der Krankenbehandlung â jedenfalls auf den ersten Blick â nicht erkennbar ist. Gem. Â§ 15 Abs. 2 SGB V kann der Versicherte durch Vorlage seiner Krankenversicherungskarte Ã¤rztliche und zahnÃ¤rztliche Behandlungen in Anspruch nehmen, ohne dass er hierfür zuvor die Krankenkasse einschalten müsste. Eines an die Krankenkasse gerichteten Leistungsantrages bedarf es nicht (Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, SGB V Â§ 15 Anm. 4). Durch das SGB V ist ein "normales" Verwaltungsverfahren â Beginn mit dem anspruchsauslÃ¶senden Antrag bei dem KrankenversicherungstrÃ¤ger, Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen, Erforschung des Sachverhalts von Amts wegen, d.h. eine streng verfahrensrechtlich Ãberprüfung des Vorliegens eines Anspruchs â nicht vorgesehen (BSG, Urt. v. 16. 12. 1993, Az.: 4 RK 5/92, BSGE 73, 271, 281). Das BSG (a.a.O.) geht aber nicht davon aus, dass Überhaupt ein

Verwaltungsverfahren ausgeschlossen ist, wenn es ausfÃ¼hrt: " Das SGB V schlieÃt (â¦) durch ein (â¦) Rechtskonkretisierungskonzept (die streng verfahrensrechtliche ÃberprÃ¼fung) derart aus, dass das normale Verwaltungsverfahren nur noch dann und nur insoweit stattfinden darf, als das gesetzliche Spezialkonzept einen RÃ¼ckgriff hierauf zulÃ¤sst oder objektiv versagt" â¦

Ein Antragsverfahren und damit die Einleitung eines Verwaltungsverfahrens ist daher auch bei Leistungen nach dem SGB V nicht ausgeschlossen. Das Verfahren ist vielmehr lediglich fÃ¼r den Beginn der Krankenbehandlung nicht Ã¼ber einen unmittelbar bei dem SozialversicherungstrÃ¤ger zu stellenden Antrag geregelt. Den Antrag i. S des Â§ 19 SGB IV stellt der Versicherte vielmehr mit der Vorlage der Krankenversicherungskarte und dem Willen zur Entgegennahme von Leistungen durch den als Vertragsarzt zugelassenen Leistungserbringer â¦ Ein Antrag ist nÃ¤mlich jede ErklÃ¤rung durch die jemand Sozialleistungen begehrt (v. Wulffen a.a.O., Â§ 18 Anm. 5). Mit dem Antrag wird der erkennbare Wille zum Ausdruck gebracht, von einem Initiativrecht, gesetzliche Leistungen von der Beklagten zu beanspruchen, Gebrauch zu machen. Der Versicherte gibt gegenÃ¼ber dem zur Leistungserbringung zugelassenen Vertragsarzt eine empfangsbedÃ¼rftige WillenserklÃ¤rung ab, indem er erklÃ¤rt, dass er die ihm nach den Vorschriften des SGB V zustehende Sachleistung von der Beklagten beanspruchen mÃ¶chte (Krauskopf, a.a.O.). Der zugelassene Vertragsarzt nimmt den Antrag als Vertreter der Krankenkasse entgegen. Gibt nÃ¤mlich der Vertragsarzt im Rahmen der Verordnung einer Leistung nach dem SGB V schon mit Wirkung fÃ¼r die Krankenkasse eine WillenserklÃ¤rung ab (BSG, Urt. v. 17.01.1996, 3 RK 26/94, SozR 3-2500 Â§ 129), so nimmt er erst recht eine ErklÃ¤rung des Versicherten als Vertreter der Krankenkasse entgegen, diese verordnete Leistung als Sachleistung der Beklagten erhalten zu wollen. In der Verordnung des Heilmittels liegt dann die Leistungsbewilligung, die auch die Beklagte im Rahmen der bisherigen Handhabung bindet. Die gem. Â§ 92 Abs.1 Nr.6 SGB V erlassene Richtlinie des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung â Heilmittel-Richtlinie/HMR in der Fassung vom 06. Februar 2001 (Bundesanzeiger Beilage Nr. 118 a) in Kraft ab 01. Juli 2001 â HMR â und die bisherige Praxis der Beklagten, die VertragsÃ¤rzte Ã¼ber die Verabreichung von Heilmitteln in Form von Krankengymnastik und Massagen entscheiden zu lassen, lassen keinen Raum fÃ¼r die Aufnahme eines weiteren Genehmigungsverfahrens gegenÃ¼ber den Versicherten oder Leistungserbringern nach erfolgter Ã¤rztlicher Verordnung von krankengymnastischen Leistungen und Massagen.

Dem nach Â§ 95 SGB V zugelassenen Vertragsarzt obliegt es, den konkreten Inhalt der Ã¤rztlichen Leistung und damit auch der erforderlichen Versorgung mit Heilmitteln zu bestimmen (BSG, Urt. v. 18. 05 1989, Az.: 6 RKa 10/88, BSGE 65, 94 â 100; Urt. v. 16.12.1993, Az.: 4 RK 5/92, BSGE 73, 271, 280; Urt. v. 16.09.1997, Az.: 1 RK 28/95, BSGE 81, 54, 61; BSG, Urt. v. 09. Juni 1998, Az.: B 1 KR 18/96 R, BSGE 82, 158, 161). GrundsÃ¤tzlich hat das Gesetz die Konkretisierung und ErfÃ¼llung des subjektiven Ã¶ffentlichen Rechts auf GewÃ¤hrung einer Leistung der kassenÃ¤rztlichen Versorgung Ã¼bertragen, der Arzt ist damit die

"SchlÃ¼sselfigur" im Leistungsrecht nach dem SGB V (BSG, Urt. v. 16. 12.1993, Az.: 4 RK 5/92, a.a.O.). Der Arzt stellt damit die Konkretisierung des Leistungsanspruchs gemÃ¤Ã Â§ 27 SGB V auf Krankenbehandlung fest und damit, dass sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten und Krankenbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst dabei auch die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Damit ist die Leistung von krankengymnastischen Leistungen und Massagen als Heilmittel Teil der Krankenbehandlung gemÃ¤Ã Â§ 27 SGB V.

Der zu beanspruchende Umfang und der Inhalt der Krankenbehandlung folgt nicht allein aus Â§ 27 SGB V und auch nicht aus Â§ 32 SGB V, wonach Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln haben, soweit sie nicht nach Â§ 34 ausgeschlossen sind. Die Leistungen mÃ¼ssen ausreichend, zweckmÃ¤Ãig und wirtschaftlich sein, sie dÃ¼rfen das MaÃ des Notwendigen nicht Ã¼berschreiten. Die vertragsÃ¤rztliche Versorgung umfasst auch die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Â§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V). Innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens ist der Vertragsarzt zudem bei der Verordnung von Krankenbehandlung und Heil- und Hilfsmitteln an die Richtlinien der BundesausschÃ¼sse gem. Â§ 92 SGB V und durch VertrÃ¤ge der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung mit den VerbÃ¤nden der Beklagten gebunden (Â§ 72 Abs. 2 SGB V) und hat damit zu gewÃ¤hrleisten, dass eine ausreichende, zweckmÃ¤Ãige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter BerÃ¼cksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse auch Ã¼ber seine Verordnung gewÃ¤hrleistet ist.

Die Richtlinie des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung â Hilfsmittel-Richtlinie â in der Fassung vom 17. Juni 1992, zuletzt geÃ¤ndert durch Bekanntmachung vom 06. Februar 2001 (Bundesanzeiger 2001, Nr. 102 S. 11037) zum 01. Juli 2001 und die Richtlinie des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung â Heilmittel-Richtlinie/HMR in der Fassung vom 06. Februar 2001 (Bundesanzeiger Beilage Nr. 118 a) in Kraft ab 01. Juli 2001 regeln u.a. die Art und den Umfang der zu verordnenden Leistung bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Dieses wird schon im Richtlinientext der HMR unter I. allgemeine GrundsÃ¤tze deutlich, wenn dort ausgefÃ¼hrt ist, dass die vom Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen gemÃ¤Ã Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 beschlossenen Richtlinien der Sicherung einer nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst und unter BerÃ¼cksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmÃ¤Ãigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln dienen sollen. Der Bundesmanteltarifvertrag Ãrzte vom 19. 12. 1994 (DÃBl. 1995 Heft 9 S. 455) in der Fassung der Ãnderungen durch BeschlÃ¼sse mit Wirkung vom 01. 07. 2000 (DÃBl. 2000 Heft 28/29 S. A-1996), mWz. 01. 07. 2001 (DÃBl. 2001 Heft 26 S. A. 1776 âBMV-Ã â regelt den Umfang der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung, zu der auch die Verabreichung der Verordnung von Heilmitteln gehÃ¶rt. Auch hier sind GrundsÃ¤tze der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung festgelegt. Hierbei entscheidet der Kassenarzt

Ã¼ber das Recht des Versicherten gegenÃ¼ber der Krankenkasse in medizinischer Hinsicht verbindlich, soweit er sich im Rahmen der kassenÃ¤rztlichen Versorgung, d.h. die fÃ¼r ihn durch Richtlinien oder Vertrag geltende GrundsÃ¤tze der Versorgung bewegt (BSG, Urt. v. 16. 12. 1993, Az.:4 RK 5/92, a.a.O.).

Dabei Ã¤ndert aber weder die grundsÃ¤tzliche Bestimmung des Behandlungsinhalts und damit des Anspruches des Versicherten seitens des Arztes noch der Umstand, dass in vielen Bereichen bisher kein Genehmigungsverfahren erfolgt ist, etwas an der generellen Berechtigung der Beklagten, Ã¼ber das Vorliegen von Anspruchsvoraussetzungen selbst zu entscheiden (BSG, Urt. v. 18. 05.1989, Az.: 6 RKa 10/88, a.a.O., S. 98 abw.v. BSG, Urt. v. 31. Juli 1963, 3 RK 92/59 = BSGE 19, 270).

Aus dem Umstand, dass fÃ¼r einige im Rahmen der Krankenbehandlung nach Â§Â§ 27, 73 Abs. 2 SGB V verordnete Leistungen, so fÃ¼r die Versorgung mit Zahnersatz, Hilfsmitteln und hÃ¤uslicher Krankenpflege im Gesetz, in Richtlinien oder im BMV-Ã ein Genehmigungsverfahren vorgesehen ist (Â§ 30 Abs.4 SGB V, Â§ 27 Abs. 3 BMV-Ã, Â§ 30 Abs.8 Satz 1 BMV-Ã) folgt ebenfalls nicht, dass generell fÃ¼r andere Leistungsbereiche mit Ã¤rztlichen Verordnungen ein Genehmigungsverfahren ausgeschlossen ist. Sofern im Gesetz oder in VertrÃ¤gen ein spezielles Genehmigungsverfahren vorgesehen ist, werden von der Leistungsverwaltung nur Rechte wahrgenommen, die ihr grundsÃ¤tzlich zustehen (BSG, Urt. v. 18. 05.1989, Az.:6 RKa 10/98, a.a.O.). DemgegenÃ¼ber zeigt der Umstand, dass fÃ¼r den Bereich der Arzneimittelversorgung aufgrund vertragsÃ¤rztlicher Verordnung gem. Â§ 29 BMV-Ã ein Genehmigungsverfahren oder Ãberprüfungsverfahren nach erfolgter Ã¤rztlicher Verordnung ausgeschlossen worden ist, dass den zur Ausgestaltung der LeistungsansprÃ¼che berufenen AusschÃ¼sse und Vertragsparteien die MÃ¶glichkeit eines Genehmigungsausschlusses bekannt ist und dieses auch genutzt wird.

Aus dem BMV-Ã folgt explizit kein Ausschluss eines Genehmigungsverfahrens durch die Beklagte bei der Erbringung von Heilmitteln. Nach Â§ 30 Abs. 8 Satz 1 BMV-Ã ist nur die Abgabe von Hilfsmitteln aufgrund der Verordnung eines Vertragsarztes von einer Genehmigung durch die Krankenkasse abhÃ¤ngig, soweit nichts anderes geregelt ist. GrundsÃ¤tzlich bedarf die Abgabe von Heilmitteln keiner Genehmigung, soweit die Bestimmungen der Krankenkasse nichts anderes vorsehen (Â§ 30 Abs. 8 SGB V).

FÃ¼r die Erbringung von Heilmitteln aufgrund von Verordnungen eines Vertragsarztes ist ein solcher Ausschluss eines Genehmigungsverfahrens also explizit auch nicht geregelt. In den nunmehr ab 01. Juli 2001 geltenden HMR findet sich auch kein ausdrÃ¼cklicher Ausschluss eines Genehmigungsverfahrens. Die Regelung, dass der Therapeut an die Ã¤rztliche Verordnung gebunden ist, beinhaltet jedenfalls nicht, dass keine anderen, zusÃ¤tzlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Leistungserbringung geschaffen werden kÃ¶nnen.

Nach alledem ist die Beklagte grundsÃ¤tzlich befugt, im Rahmen des dargestellten Antragsverfahrens Ã¼ber Ã¤rztlich verordnete Heilmittel zu entscheiden und dabei

die erwÃ¤hnten Gesichtspunkte der Notwendigkeit, des Ausreichens und der Wirtschaftlichkeit zu prÃ¼fen. Die Befugnis besteht allerdings nur dort, wo eine derartige PrÃ¼fung erforderlich ist, die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen in bezug auf den einzelnen Anspruch des jeweiligen Versicherten festzustellen und die Krankenkasse ihre Entscheidungsbefugnis nicht â□□ an den Kassenarzt â□□ abgegeben hat. Den einzelnen Versicherten darf die Beklagte nur dann im Rahmen einer derartigen PrÃ¼fung in Anspruch nehmen, wenn sich nur auf diese Weise â□□ also durch eigene PrÃ¼fung seitens der Beklagten â□□ klÃ¤ren lÃ¤sst, ob gerade er die Voraussetzungen fÃ¼r die Krankenbehandlung und damit fÃ¼r das verordnete Heilmittel erfÃ¼llt. Dieses Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

MaÃ□geblich fÃ¼r die hier zu beurteilende physikalische Therapie ist , ob sie den genannten Kriterien entspricht, also ob sie fÃ¼r den einzelnen Versicherten zweckmÃ¤Ã□ig, ausreichend und wirtschaftlich ist. Dabei ist die ZweckmÃ¤Ã□igkeit regelmÃ¤Ã□ig anzunehmen, denn bei den in Betracht kommenden Diagnosen dÃ¼rfte physikalische Therapie regelmÃ¤Ã□ig zur Krankheitsbeeinflussung geeignet sein. Dementsprechend stÃ¼tzt sich die Beklagte auch im wesentlichen auf das Erfordernis einer WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung. Eine derartige PrÃ¼fung ist jedoch bereits im Rahmen des dargestellten Verfahrens bei der Verordnung des Heilmittels durch den Vertragsarzt erfolgt. Nach Auffassung des Senats steht bei der beabsichtigten -erneute und durch die Beklagte vorzunehmende â□□ WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung die PrÃ¼fung der vertragsÃ¤rztlichen Verordnung und damit nicht das VerhÃ¤ltnis zum Versicherten im Vordergrund, weshalb die Beklagte auch nicht berechtigt ist, vom Versicherten die geforderte Vorlage der Verordnung vor Beginn der Behandlung zu verlangen.

Die Beklagte hat nicht dargetan, wie sie im Einzelfall innerhalb des VersicherungsverhÃ¤ltnisses die Wirtschaftlichkeit verordneter Heilmittel, insbesondere der hier streitigen physikalischen Therapie abweichend von dem durch sie mit der DurchfÃ¼hrung des "Verwaltungsverfahrens" beauftragten Vertragsarzt prÃ¼fen will. Nach ihrer Darlegung in der mÃ¼ndlichen Verhandlung geht es ihr insbesondere um die Einschaltung des MDK, wobei dieser nicht im Rahmen einer eigenen Untersuchung des jeweiligen Patienten, sondern nach Aktenlage feststellen soll, ob die Diagnose das verordnete Heilmittel in der verordneten QuantitÃ¤t rechtfertigt. Der MDK ist dabei auf die vom Vertragsarzt mitgeteilte Diagnose angewiesen und dabei ebenso wie der Vertragsarzt auf Erfahrungswerte hinsichtlich der Art und der Anzahl abzugebender Heilmittel.

Wie ausgefÃ¼hrt hat der Versicherte den Antrag auf die Leistung durch Aufsuchen des Vertragsarztes und Vorlage seiner Versicherungskarte, verbunden mit einem Behandlungswunsch gestellt. Diesen Antrag hat der Vertragsarzt durch Aufnahme der Behandlung als Vertreter der Beklagten Krankenkasse angenommen. Im weiteren Verlauf treffen den Versicherten dann lediglich Mitwirkungspflichten (Â§Â§ 60 ff SGB I). Letztere verpflichten ihn aber nur dann, wenn sich der VersicherungstrÃ¤ger die erforderlichen Kenntnisse nicht einfacher auf andere Weise verschaffen kann (Â§ 65 Abs.1 Nr.3 SGB I).

Den Versicherten treffen auch in Bezug auf die vertragsÃ¤rztlich verordnete

physikalische Therapie lediglich Mitwirkungspflichten. Dies folgt daraus, dass der Vertragsarzt im Hinblick auf diese Leistung ermÃ¤chtigt ist, den Antrag entgegenzunehmen und darÃ¼ber zu entscheiden. Auch hinsichtlich der verordneten Heilmittel entscheidet der Vertragsarzt also ebenso wie bei den von ihm selbst erbrachten Ã¤rztlichen Leistungen zu Lasten der Krankenkasse Ã¼ber die dabei maÃgeblichen Faktoren wie ZweckmÃ¤Ãigkeit, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit.

Die Beklagte strebt eine grundlegende Ãnderung nicht in Bezug auf die Versicherten und damit auf die KlÃ¤gerin an, sondern im VerhÃ¤ltnis zu ihren VertragsÃ¤rzten. Auch bisher ist bereits regelmÃ¤Ãig Ã¼ber die von der Beklagten genannten maÃgeblichen Faktoren wie ZweckmÃ¤Ãigkeit, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit entschieden worden, nÃ¤mlich in dem beschriebenen untypischen Verwaltungsverfahren unter Beteiligung der VertragsÃ¤rzte. Andernfalls hÃ¤tte die Beklagte bisher ihre Pflichten aus dem SGB V und dem SGB X, die sie jetzt fÃ¼r sich in Anspruch nimmt, nicht wahrgenommen. Davon kann jedoch keine Rede sein, denn bisher hat die Beklagte, wie andere KrankenversicherungstrÃ¤ger auch, die maÃgeblichen Faktoren von den VertragsÃ¤rzten prÃ¼fen und entscheiden lassen, die PrÃ¼fungs- und Entscheidungsbefugnis somit auf die VertragsÃ¤rzte verlagert. Die Beklagte hat zur BegrÃ¼ndung ihres Anliegens auch ausgefÃ¼hrt, dass sie nunmehr diese Faktoren nicht mehr in die alleinige Entscheidung der VertragsÃ¤rzte geben will.

In Ãnderung der bisher gehandhabten Praxis soll die PrÃ¼fung aus der Hand der VertragsÃ¤rzte und wieder unmittelbar zu ihr zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Diese Verlagerung ist aber nicht Ã¼ber das VerhÃ¤ltnis der Krankenkasse zum jeweiligen Versicherten oder zu Physiotherapeuten zu regeln, sondern â da es sich um eine VerÃ¤nderung im VerhÃ¤ltnis zu den VertragsÃ¤rzten handelt â im VerhÃ¤ltnis zum verordnenden Vertragsarzt.

Mit den HMR in der Fassung vom 06. Februar 2001 (BAnz. Beil. Nr. 118a) des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen , in dem die Beklagte auch Ã¼ber ihren Bundesverband vertreten ist, wurden auch mit Wirkung fÃ¼r die Beklagte detaillierte Regelungen zur einheitlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln beschlossen. Dabei wurden erstmals in einem Katalog Heilmittel konkreten Indikationen zugeordnet. Dabei sind auch die Verordnungsmengen fÃ¼r die Heilmittelversorgung fÃ¼r den Regelfall festgelegt worden. Andere als die in dem Katalog aufgefÃ¼hrten Regelverordnungen sind begrÃ¼ndungspflichtige Verordnungen, die der Beklagten vorzulegen sind (II 11.5 HMR). Die Richtlinien sollen " einer nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst und unter BerÃ¼cksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmÃ¤Ãigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln" dienen (I 1. HMR). Die Richtlinien sind fÃ¼r die VertragsÃ¤rzte verbindlich. Mit dieser Richtlinie ist folglich auch die Annahme des Vorliegens von ZweckmÃ¤Ãigkeit, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit verordneter Physiotherapie abweichend von bisherigen Gepflogenheiten geregelt und zwar dergestalt, dass nur eine bestimmte Anzahl von Behandlungen verordnungsfÃ¤hig und damit bezogen auf den jeweiligen Krankheitsfall als wirtschaftlich anzunehmen

ist. Nur in bestimmten FÃ¤llen soll dabei eine zusÃ¤tzliche Ãberprüfung durch die Krankenkassen mÃ¶glich sein. Dies belegt, dass es grundsÃ¤tzlich bei der ZustÃ¤ndigkeit der VertragsÃ¤rzte fÃ¼r die Leistungsbewilligung unter Beachtung auch der Wirtschaftlichkeitskriterien verbleiben soll. Auch der BMV-Ã setzt konsequent voraus, dass ein gesondert durchzufÃ¼hrendes Verwaltungsverfahren Ã¼ber die Beklagte bei der Heilmittelversorgung im Rahmen von Regelverordnungen nicht vorgesehen ist. Die fÃ¼r die VertragsÃ¤rzte verbindlichen Vordruckvereinbarung gem. Anlage 2 zum BMV-Ã sieht im fÃ¼r die Heilmittelversorgung vorgesehenen Muster 13 nur eine Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung auÃerhalb des Regelfalles vor. Die Vertragsparteien des BMV-Ã sind dabei offenbar davon ausgegangen, dass keine andere Bestimmung der Krankenkassen i.S. des Â§ 30 Abs.8 S.2 BMV-Ã ergangen ist.

Wenn die Beklagte jetzt entgegen der gerade neu abgeschlossenen Vereinbarung die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung in eigene HÃ¤nde nehmen will, ist dies "venire contra factum proprium", also widersprÃ¼chlich. Die Beklagte nimmt damit ein Recht fÃ¼r sich in Anspruch, welches sie in den Verhandlungen mit der VertragsÃ¤rztlichen Bundesvereinigung offensichtlich nicht hat durchsetzen wollen oder kÃ¶nnen oder welches fÃ¼r sie dort keine Rolle gespielt hat.

Ein PrÃ¼fungsrecht, dessen sie sich in den Verhandlungen begeben hat, welches aber in bezug auf die abgeschlossene Vereinbarung nicht nur von marginaler Bedeutung ist, kann jedenfalls nicht im VerhÃ¤ltnis zu den Versicherten mit den Mitteln hoheitlichen Verwaltungshandelns aufgenommen werden. Es geht nÃ¤mlich bei der beabsichtigten PrÃ¼fung offensichtlich darum, nach der Verordnung durch den Vertragsarzt festzustellen, ob der Vertragsarzt seine durch die Richtlinien Ã¼bernommenen Verpflichtungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise nachgekommen ist. HierfÃ¼r stellt das SGB V aber andere Mittel zur VerfÃ¼gung, nÃ¤mlich die PrÃ¼fung beim Vertragsarzt gem. Â§ 106 SGB V. Zuzugeben ist der Beklagten dabei zwar, dass die von ihr angestrebte PrÃ¼fung regelmÃ¤Ãig nur vor der Verabreichung der Physiotherapie vorgenommen werden kann, weil insbesondere der Zustand des Patienten nur vor der Behandlung unverÃ¤ndert ist. Dies ist allerdings keine neue Erkenntnis, sondern war schon vor dem Abschluss der neu vereinbarten Richtlinien bekannt, wie auch das vorliegende Verfahren zeigt, welches aus der Zeit vor Abschluss der Vereinbarung datiert. Eine Ãnderung der Handhabung des bisherigen "Verwaltungsverfahrens" zur Verordnung und damit Bewilligung von Heilmitteln ist trotz offensichtlicher Bedeutung gerade dieses Gesichtspunktes nicht erfolgt. Deshalb ist eine jetzt einseitige VerÃ¤nderung durch die Beklagte im VerhÃ¤ltnis zu ihren Versicherten, die damit zugleich auch in die Rechte der VertragsÃ¤rzte eingreift, nicht zulÃ¤ssig.

Der Senat misst der entschiedenen Frage, ob die Beklagte berechtigt ist, bei Ã¤rztlich verordneten Leistungen der Physiotherapie und Massage vor Leistungserbringung gegenÃ¼ber den Versicherten eine Genehmigung durch sie zu verlangen, grundsÃ¤tzliche Bedeutung zu. Die Revision war zuzulassen (Â§ 160 Abs. 2 Nr.1 SGG).

Erstellt am: 04.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024