
Datum: 27.03.2002
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 19. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 19 KA 203/00
ECLI: ECLI:DE:SGK:2002:0327.S19KA203.00.00

Sachgebiet: Vertragsarztrecht
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Die außergerichtlichen Kosten des Beklagten werden der Klägerin auferlegt, sonst sind Kosten unter den Beteiligten nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten um die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege. 2

Die Kläger betreiben einen Pflegedienst, der zur ambulanten Versorgung eines auf intensivpflegerische Maßnahmen angewiesenen Personenkreis ausgerichtet ist. Sie sind zugelassen, häusliche Krankenpflege zu erbringen. Die Leistungen der Kläger werden ganz überwiegend auf vertragsärztliche Verordnung erbracht. Über die Einzelheiten der Leistungserbringung haben sie mit den Krankenkassen und deren Verbänden am 30.01.1998, mit der Beigeladenen zu 7) am 26.07.1999 Verträge geschlossen. 3

Am 16.02.2000 beschloss der Beklagte die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (häusliche Krankenpflege-Ri). Nachdem sie von der Bundesministerin für Gesundheit nicht beanstandet waren, wurden sie am 13.05.2000 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Sie regeln die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärzte, die Dauer der Krankenpflege, deren Genehmigung durch die Krankenkassen und die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den Pflegediensten und den Krankenhäusern. Die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind in einem als Anlage der Richtlinien beigefügten Leistungsverzeichnis zusammengestellt. 4

Die Richtlinien schließen teilweise Leistungen von der Verordnungsfähigkeit aus, die die Kläger bisher - auch auf Grund der genannten Verträge mit den Krankenkassen - erbracht haben.

Mit ihrer Klage vom Juli 2000 wenden sich die Kläger gegen diese Richtlinien mit der Begründung, sie würden in ihre durch Artikel 12 und 14 des Grundgesetzes (GG) geschützten Rechte eingreifen: Nach Nr. 16 der Anlage sei die intravenöse Gabe von zuvor ärztlich verordneten Medikamenten sowie eine Reihe von Infusionsbehandlungen aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen ausgeschlossen, obgleich sie bisher erbracht seien; davon sei auch die Medikamentengabe bei parenteraler Ernährung betroffen; durch Inkrafttreten der Richtlinie würde die Versorgung des darauf genannten Personenkreises beendet, der einen maßgeblichen Anteil der von den Klägern versorgten Personen ausmache; darüber hinaus verstoße es gegen höherrangiges Recht, wenn - etwa in den Nummern 9 bis 15 der Anlage zu den Richtlinien - ohne nachvollziehbare medizinische oder pflegerische Begründung der Leistungsumfang begrenzt werde; die Begrenzung bestimmter Verordnung auf eine bestimmte Gesamtzeit, die regelmäßig außerordentlich gering sei, sowie die zeitliche Begrenzung der Erstverordnung auf 14 Tage sei nicht nachvollziehbar, insbesondere nicht, warum ein zweiter ärztlicher Einsatz nötig sei, wenn von vornherein erkennbar sei, dass eine bestimmte pflegerische Maßnahme über einen längeren Zeitraum hin erforderlich sei; auch würden die Richtlinien in das Vermögen der Antragsteller eingreifen, nämlich deren durch Versorgungsverträge nach § 132 a Buch V des Sozialgesetzbuches (SGB V) gesicherte Rechtsposition; gerade auf die Medikamentenversorgung durch Infusion, die Punktierung eines Ports sowie die Versorgung über Schmerzmittelpumpen hätten sich die Kläger spezialisiert; dieses Gebiet werde nun aus dem Kanon verordnungsfähiger Leistungen ebenso ausgeschlossen, wie die Modellprojekte zur häuslichen Versorgung aidserkrankter Patienten; die Aufbauarbeit im Bereich der ambulanten Schmerztherapie und palliativer Pflege wäre nachhaltig zerstört; dies wiege besonders schwer, weil der Beklagte nicht kompetent sei, die zulässigen Tätigkeitsbereiche des Pflegepersonals festzulegen.

Die Kläger beantragen,

festzustellen, dass die angegriffenen Richtlinien unwirksam sind und weder die Zulässigkeit noch die Verordnungsfähigkeit der Leistungserbringung durch die Kläger entsprechend deren Versorgungsverträgen nach § 132a SGB V beeinträchtigen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er bezweifelt bereits die Zulässigkeit der Klage: Ob durch die angegriffenen Richtlinien Kompetenzregelungen verletzt seien, könne nur im Verhältnis zwischen den Rahmenvertragspartnern geklärt werden; die Kläger würden allenfalls in einem Rechtsverhältnis mit den die Pflegeleistungen bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Versorgung vergütenden Krankenkassen stehen; der Sache nach hätten die Kläger einen abstrakten Normenkontrollantrag gestellt, der im sozialgerichtlichen Verfahren unzulässig sei. Jedenfalls aber - so trägt der Beklagte weiter vor - seien die Klagen unbegründet: Um den gesetzlichen Auftrag zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs zu erfüllen, hätten die Richtlinien die verordnungsfähigen Pflegeleistungen festlegen müssen; anders könnten die Vertragsärzte ihrer Verpflichtung nicht nachkommen, eine ausreichende, notwendige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherten mit verordnungsfähigen Pflegeleistungen sicher zu stellen; im übrigen folge sowohl aus dem Wortlaut des § 132 a SGB V als auch aus der systematischen Betrachtung, dass zwischen den Richtlinien nach §

92 SGB V und den Empfehlungen nach § 132 a SGB V eine Normhierarchie in der Weise bestehe, dass die Richtlinien den Empfehlungen vorgehen; so hätten die Richtlinien insbesondere auch den Leistungsanspruch des Versicherten zu konkretisieren, das Verordnungsverhalten der Vertragsärzte zu bestimmen und das Leistungsgewährungsverhalten der Krankenkassen zu steuern; dabei wiederum seien zu Recht auch Infusionen und Injektionen zur Medikamentenabgabe von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen, weil diese Tätigkeiten dem Arzt vorbehalten seien; soweit früher derartige Leistungen durch Pflegekräfte erbracht seien, werde nunmehr ein rechtswidriger Zustand beendet; dies aber könne die Leistungserbringer in ihren Rechten nicht verletzen.

Die Beigeladene zu 1) schließt sich dem Antrag des Beklagten an.

12

Die übrigen Beteiligten haben sich zur Sache nicht geäußert. Auch im Termin zur mündlichen Verhandlung, zu dem sie unter Hinweis darauf geladen waren, dass auch im Falle des Ausbleibens eines Vertreters oder Bevollmächtigten verhandelt und entschieden werden könne, ist für die Beigeladenen zu 2) bis 9) niemand aufgetreten.

13

Entscheidungsgründe:

14

Der Rechtsstreit war mit ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Krankenkassen und der Vertragsärzte zu entscheiden (§ 12 Abs. 3 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -). Er betrifft eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts, weil die Kläger untergesetzliche Normen des Vertragsarztrechts angreifen (dazu unten Seite 10 ff.). Dabei konnte die ehrenamtliche Richterin als Vertragspsychotherapeutin mitwirken. Aus § 10 Abs. 2 SGG folgt, dass keine eigenen Psychotherapeutenkammern gebildet werden, vielmehr die Psychotherapeuten turnusgemäß wie Ärzte zu den Sitzungen der Vertragsärztkammern aus einer einheitlichen Liste der Vertragsärzte und -psychotherapeuten geladen werden (vgl. BSG, Urteil vom 25.08.1999 - B 6 KA 17/98 R - in: SozR 3-1500 § 12 Nr. 13).

15

Obgleich im Termin zur mündlichen Verhandlung nicht alle Beteiligten vertreten waren, konnte die Kammer verhandeln und entscheiden. Auch die Beigeladenen zu 2) bis 9) waren in der Ladung über diese Möglichkeit unterrichtet. Sie ergibt sich aus der in den §§ 124 Abs. 1, 126, 127 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) getroffenen Regelung.

16

I.

17

Die Klagen sind unzulässig, soweit die Kläger mit ihrem Hauptantrag festzustellen begehren, dass die von ihnen angegriffenen Richtlinien samt und sonders unwirksam sind.

18

Nach der hier allein in Betracht kommenden Vorschrift des § 55 Abs. 1 Nr. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) kann mit der Klage (nur) die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden. Derartige Rechtsverhältnisse sind die aus einem konkreten Sachverhalt auf Grund einer Rechtsnorm öffentlichen Rechts sich ergebenden rechtlichen Beziehungen unter anderem zwischen Rechtsträgern (Hufen, Verwaltungsprozessrecht, 4. Auflage, § 18 Rdnr. 7, 15). Zunächst sind - wie unter den Beteiligten unstreitig - die Kläger mit dem Beklagten nicht durch Rechtsvorschriften unmittelbar verbunden. Aber auch der Umstand, dass der Beklagte Richtlinien über die häusliche Krankenpflege erlassen hat, löst keine rechtlichen Beziehungen zwischen den Klägern und dem Beklagten aus. Aus § 132 a Abs. 1 SGB V können die Kläger keine Rechte ableiten. Zum einen sind sie als Leistungserbringer keine Vertragspartner nach § 132 a Abs. 1 SGB V. Zum anderen ist in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V dem Beklagten expresse verordnet, Richtlinien über die häusliche Krankenpflege zu beschließen. Wenn der

19

Beklagte diesen gesetzlichen Auftrag erfüllt, kann dies allein die Rechtssphäre der Kläger nicht berühren, auch wenn sie durch Rahmenempfehlungen begünstigt sind. Zwar schließen die Leistungserbringer nach § 132 a Abs. 2 Satz 1 SGB V mit den Krankenkassen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über die Preise und deren Abrechnung. Es liegt aber auf der Hand, dass diese Berechtigung der einzelnen Leistungserbringer den gesetzlichen Auftrag des Beklagten erst recht nicht aufheben kann. Allerdings haben sich die Kläger in den Begründungen ihrer Klage auch nicht gegen jede einzelne Vorschrift des Regelungswerkes gewandt. Wenn sie aber dennoch umfassend beantragen, diese Richtlinien für unwirksam zu erklären, so liegt darin auch ein Angriff auf Vorschriften, von denen sie nicht betroffen sind. Damit aber begehren die Kläger eine im sozialgerichtlichen Verfahren nicht vorgesehene abstrakte Normenkontrolle (vgl. dazu Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz, 2002, § 55 SGG Rdnr. 10a, nach § 54 SGG Rdnr. 11; BSG, Urteil vom 01.07.1992 - 14a/6 RKa 1/90 - in: USK 92 117).

Soweit sich die Kläger gegen einzelne Vorschriften richten, insbesondere spezielle Leistungsbeschreibungen in den Ziffern des Anhangs zu den Richtlinien, hält die Kammer die Klage für zulässig. Zwar richtet sich auch dieser Angriff gegen näher bestimmte Rechtsnormen des Beklagten. § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG ist jedoch in erweiternder Auslegung heranzuziehen, wenn Rechtsschutz gegen untergesetzliche Normsetzungen begehrt wird, die sich unmittelbar auf Rechtspositionen des Betroffenen auswirken, ohne dass die jeweilige Vorschrift durch Verwaltungsakt umgesetzt werden müsste und die Voraussetzungen für eine unmittelbar gegen eine untergesetzliche Rechtsnorm gerichtete Verfassungsbeschwerde vorliegen (BSG, Urteil vom 13.01.1993 - 14a/6 RKa 67/91 - in: USK 93 129). Dies ist vorliegend der Fall. Zunächst sind die Kläger grundrechtsberechtigt. Zwar sind sie in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) verbunden. Eine solche nach § 705 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) gegründete Personengesellschaft hat jedoch keine Rechtspersönlichkeit und damit keine Rechtsfähigkeit (Palandt/Sprau, Bürgerliches Gesetzbuch 2001, § 705 BGB Rdnr. 24). Als schuldrechtlicher Vertrag begründet der Gesellschaftsvertrag gegenseitige Rechte und Pflichten der Gesellschafter untereinander. Träger der Rechte und Pflichten dieser Gemeinschaft zur gesamten Hand sind jedoch die einzelnen Gesellschafter als natürliche Personen. Natürliche Personen aber sind die historischen und natürlichen Grundrechtsberechtigten (Stern, Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland, Band III/1 Seite 1003). Die Kläger machen auch eine Grundrechtsverletzung geltend, nämlich in ihrem durch Artikel 12 Abs. 1 Satz 1 des Grundgesetzes (GG) geschützten Recht auf freie Berufsausübung durch die Vorschriften der Häuslichen KrankenpflegeRi beeinträchtigt zu sein, in ihrem Eigentumsrecht, das durch Artikel 14 Abs. 1 GG geschützt ist, sowie der durch Artikel 9 Abs. 1 und 3 GG geschützten Koalitionsfreiheit. Darüber hinaus werden die Kläger durch die Richtlinien unmittelbar beeinträchtigt, so dass ihre Inzidenter-Kontrolle durch ein auf den Vorschriften beruhendes Verwaltungshandeln der Krankenkassen ausgeschlossen ist.

II. 21

Die Klagen sind jedoch nicht begründet. Die angegriffenen Richtlinien sind nicht zu beanstanden, weil sie rechtmäßig sind. Sie verletzen die Rechte der Kläger nicht. Zunächst sind die Kläger in ihrem Freiheitsrecht aus Artikel 12 GG nicht rechtswidrig eingeschränkt. Das folgt zwar nicht schon daraus, dass sich die Richtlinien nicht an sie als Adressaten richten, sondern vielmehr die Rechtsbeziehungen der Vertragsärzte, der gesetzlich Krankenversicherten und der gesetzlichen Krankenkassen untereinander regeln. Staatliche Maßnahmen können auch dann in den Schutzbereich dieses Grundrechts eingreifen, wenn sie sich (lediglich) tatsächlich auf den Grundrechtsträger auswirken, "vorausgesetzt, dass sie in engem Zusammenhang mit der Berufsausübung stehen und eine deutlich erkennbare 22

objektiv berufsregelnde Tendenz aufweisen" (BVerwG, Urteil vom 18.04.1985 - 3 C 34.84 - in: BVerwGE 71, 183, 191). Nach Auffassung der Kammer haben Abschnitt IV der Richtlinien (Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege), Abschnitt V (Genehmigung von häuslicher Krankenpflege) sowie die Anlage der Richtlinien einen derartigen Bezug zu der beruflichen Tätigkeit von Pflegediensten. Das Grundrecht selbst hat den Schutz der wirtschaftlich sinnvollen Arbeit zum Inhalt, den Beitrag des Einzelnen zur gesellschaftlichen Gesamtleistung (Stern, a.a.O. Band III/2 Seite 821 m.w.N.). Die angegriffenen Richtlinien haben zum Ziel, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit häuslicher Krankenpflege sicher zu stellen. Die damit verbundenen Auflagen insbesondere für Vertragsärzte schränken zwangsläufig die Berufsausübung der Pflegedienste ein. Dies allein aber schließt die Regelungsbefugnis des Beklagten nicht aus. Zum einen erlaubt Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG eine Grundrechtseinschränkung auf Grund eines Gesetzes. Wenn § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V den Beklagten zum Erlass von Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege beauftragt, ist damit bereits eine Berufsausübungsbeschränkung intendiert. Freilich bedarf auch diese Einschränkung verfassungsrechtlicher Rechtfertigung, die sich am Maßstab der Verhältnismäßigkeit orientiert. Dabei wiederum ist die Eingriffsbefugnis inhaltlich um so freier, je mehr allein die reine Berufsausübung geregelt wird (BVerfG, Urteil vom 01.06.1958 - 1 BvR 596/56 - in: BVerfGE 7, 377). Für die Stufe der Berufsausübung genügt als Gesetzeszweck der Schutz eines Gemeinschaftsgutes, wobei dem Gesetzgeber ein weites Ermessen eingeräumt ist; die gerichtliche Kontrolle ist auf offensichtliche Fehler begrenzt. Es liegt auf der Hand, dass die Richtlinienkompetenz für die Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten nicht fehlerhaft ist.

Anderes gilt auch nicht deshalb, weil der Beklagte die ihm grundsätzlich rechtmäßig eingeräumten Befugnisse aus § 92 SGB V überschritten hätte. Bezüglich der einzelnen Abschnitte der Richtlinien ist zunächst deren Rechtsnatur zu berücksichtigen. Im Hinblick auf ihre normative Wirkung binden sie sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die Vertragsärzte, die Krankenkassen und die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (BSG, Urteil vom 20.03.1996 - 6 RKA 62/94 - in: USK 96 166). Nach § 92 Abs. 8 SGB V sind die Richtlinien Bestandteil der Bundesmantelverträge, deren normativer Charakter unbestritten ist. Auch sind die Vertragsärzte an die Richtlinien des Beklagten über die Satzung ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gebunden (§ 81 Abs. 3 Nr. 2 SGB V), deren Rechtsnormqualität ebenfalls unbestritten ist. Darüber hinaus sichern die nach § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V erlassenen Normen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, womit sie zugleich den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber den Versicherten konkretisieren (BSG, Urteile vom 16.09.1997, u.a. 1 RK 17/95, in: USK 97 114). Nach Auffassung der Kammer kann der Umfang der zu gewährenden Krankenversorgung im Verhältnis der Versicherten zu ihren Krankenkassen kein anderer sein als im Verhältnis der Vertragsärzte zu ihnen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Deshalb bedürfen die an die ärztlichen Leistungserbringer gerichteten Richtlinien keiner Verbindlichkeitserklärung im Verhältnis zu den Versicherten (BSG, Urteil vom 23.03.1996 - 6 RKA 62/94 - in: USK 96 166). Durch die Richtlinien des Bundesausschusses sollen gerade Leistungs- und Leistungserbringungsrecht mit verbindlicher Wirkung sowohl für Versicherte und Krankenkassen als auch für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen in Übereinstimmung gebracht werden (BT-Drucksache 13/7264, Seite 64 zu Artikel 1 Nr. 27a). Sowohl von ihrem Inhalt als auch von der Intention des Beklagten erfüllen dessen Richtlinien die Definition der Rechtsnorm als hoheitliche Anordnung, die allgemein verbindliche Regelungen für eine unbestimmte Vielzahl von Personen enthält, hier innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere seitdem der Gesetzgeber mit dem

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG) vermehrt Regelbefugnisse zur Konkretisierung gesetzlicher Vorgaben auf Institutionen der Selbstverwaltung übertragen hat (vgl. dazu Engelmann, Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien, Teil 1 in: NZS 00, Seite 1) ist umfangreiches Schrifttum veröffentlicht worden (z.B. Clemens, Verfassungs- rechtliche Anforderungen an untergesetzliche Rechtsnormen, in: MedR 96, 432 ff; Ossenbühl, Richtlinien im Kassenarztrecht, in: NZS 97, 497 ff; Schwerdtfeger, Die Leistungsansprüche der Versicherten im Rechtskonkretisierungskonzept des SGB V, in: NZS 98, 49 ff, 97 ff; Schnapp, Aktuelle Rechtsprobleme in SGB 99, 62 ff; Wimmer, Grenzen der Regelungsbefugnis in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, in: NZS 99, 113 ff). Angesichts der gesetzlichen Anordnung, dass die Richtlinien Teil des jeweils gültigen Bundesmantelvertrages sind, vermag die Kammer jener Auffassung nicht zu folgen, die Richtlinien seien nicht einmal Verwaltungsvorschriften (Wimmer, a.a.O., 118). Sie sind auch nicht (nur) fachkundige Äußerungen (Schimmelpfeng-Schütte, Richtlinienggebung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und demokratische Legitimation, in: NZS 99, Seite 530, 535), etwa weil sie als Rechtsnorm an verfassungsrechtlichen Anforderungen scheitern müssten. Da sie als untergesetzliche Norm gewollt und vom Gesetzgeber eingeordnet sind, kann nur die Frage bleiben, ob sie rechtmäßig sind - und dann so bestehen bleiben wie sie erlassen sind - oder nichtig, so dass sie weder die Rechte der Kläger beeinflussen noch Vertragsärzte, Versicherte und Krankenkassen binden. Nach Auffassung der Kammer sind die Richtlinien jedoch wirksam, der Beklagte ist demokratisch legitimiert, auch über die Leistungsrechte der Versicherten zu entscheiden (a.A. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 92 SGB V Rdnr. 14.2). Dabei ist zum einen wesentlich, dass für die verbandsdemokratische Legitimation zwar eine ununterbrochene Legitimationskette nötig ist, wobei aber eine über mehrere Stufen laufende Kette ausreicht (Clemens, a.a.O., Seite 434, 435 m.w.N.). Allerdings darf die Legitimationskette nicht soweit verdünnt sein, dass letztlich eine demokratische Mitwirkung nicht mehr möglich ist. Ausgeschlossen sind die Versicherten von den Entscheidungen des Beklagten jedoch nicht. Mag man auch ihre Beteiligung im Hinblick auf die Richtlinien des Beklagten dadurch als zu gering ansehen, dass nur die Verwaltungsräte der Bundesverbände der Krankenkassen zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten, bei Ersatzkassen ausschließlich aus Versichertenvertretern bestehen (vgl. dazu Schwerdtfeger, a.a.O. Seite 51), wird dieser Nachteil doch durch das Beanstandungsrecht der Bundesministerin für Gesundheit ausgeglichen. § 94 SGB V überträgt ihr nicht nur eine Rechtsaufsicht, sondern bürdet ihr auch eine demokratische Mitverantwortung für das in den Richtlinien liegende politische Handeln des Beklagten auf. Die Bundesministerin für Gesundheit kann die Richtlinien auch deshalb beanstanden, weil sie die Verengung der Versichertenrechte politisch nicht billigt. Insofern ist sie für den Inhalt der Richtlinien politisch dem Bundestag verantwortlich (vgl. Schwerdtfeger, a.a.O., Seite 52).

Zunächst sind die Kläger durch die Regelungen in Abschnitt IV der Richtlinien zur Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege nur in inneren Bereichen ihrer Tätigkeit betroffen. Dabei ist aber auf § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V hinzuweisen, wonach Hilfeleistungen von nichtärztlichen Heilpersonen nur erbracht werden dürfen, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Daraus folgt, dass die Hilfskräfte den Ärzten während der Behandlung untergeordnet sind; die Heilhilfspersonen haben sich je nach Art und Schwierigkeit der Hilfsleistungen bei ihrer Tätigkeit den Anleitungen durch den behandelnden Arzt zu unterwerfen (Krauskopf, a.a.O., § 15 SGB V Rdnr. 3). Zwar sind von den Hilfeleistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung die selbständig und eigenverantwortlich erbrachten Leistungen der Erbringer aus anderen Heilberufen zu unterscheiden. Durch den Verordnungsvorbehalt ihrer selbständigen Leistungen aber wird

gesichert, dass diese Heilpersonen ausschließlich jene Leistungen erbringen, die nach ärztlicher Beurteilung für den Heilerfolg notwendig sind. Wenn auch der Vertragsarzt selbst nicht für das Erbringen jener Heilmittel ausgebildet ist, die von den Heilberufen erbracht werden, so obliegt ihm aber zu bestimmen, welche Heilmittel für den Heilerfolg erforderlich sind. Insoweit ist es die Grundpflicht des Vertragsarztes, sich über den Erfolg der verordneten Maßnahme zu vergewissern, wie Ziffer 15 Satz 1 der Richtlinien vorschreibt. Auch liegt es nach Auffassung der Kammer nicht neben der Sache, dem Vertragsarzt zur Sicherstellung aufzugeben, dass die Erstverordnung einen Zeitraum bis zu 14 Tagen nicht überschreiten soll. Durch das Ausgestalten der Verordnungsbegrenzung durch eine Soll-Vorschrift hat der Beklagte dem Umstand Rechnung getragen, dass es Ausnahmen auch bei der Erstverordnung gibt, und nicht nur - wie in Ziffer 16 geregelt - die Folgeverordnung für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden kann. Gleiches gilt für die Begrenzung des Anspruchs auf Krankenhausvermeidungspflege bis zu 4 Wochen. Es mag für die Kläger lästig sein, bei Erstversorgungen regelmäßig auf die 2-wöchige Verordnungsdauer beschränkt zu sein; unzweifelhaft jedoch ist diese Verordnungseinschränkung zur Überprüfung geeignet, ob die Heilung in dem erwarteten Maße vorangeschritten ist. Dies wiederum lässt auf die Zweckmäßigkeit der Maßnahme schließen und dient damit der Qualitätssicherung. Gleichzeitig wird dem (weiter unten erörterten) Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen. Dem dient auch die Genehmigungspflicht in Ziffer 17 bei der Verordnung einer längeren Dauer der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung.

Die multifunktionale Verbindlichkeit der Richtlinien des Beklagten berechtigt ihn nach Auffassung der Kammer (wie in Ziffer 17 Satz 2) zu den Regelungen des Abschnitts V. Dort ist zunächst geregelt, dass die vom Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen. Diese Regelung sieht die Kammer als geeignet und angemessen an, das Wirtschaftlichkeitsgebot im Leistungsgeschehen der häuslichen Krankenpflege zu fördern. Dass der Gesetzgeber der Wirtschaftlichkeit allen Leistungsgeschehens einen hohen Stellenwert eingeräumt hat, ergibt sich bereits daraus, dass er die Pflicht zum wirtschaftlichen Handeln mehrfach im Gesetz erwähnt (§§ 2, 12, 40 Abs. 1, 63 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2, 72 Abs. 2 SGB V, und eben auch in § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Darüber hinaus zeigen die gesetzlichen Regelungen, dass dem Gesetzgeber die Verpflichtung von Krankenkassen, Vertragsärzten und Versicherten zu wirtschaftlichen Leistungen nicht ausreichend erscheint, sondern nur durch Kontrollen durchgesetzt werden kann (§§ 106, 113 SSGb V). Ferner weist § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V darauf hin, dass der Gesetzgeber von der Wirksamkeit derartiger Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgeht. Zwar kann der Genehmigungsvorbehalt selbst zu einer Leistungsverzögerung führen; durch Ziffer 23 der Richtlinie ist aber gewährleistet, dass die Pflegedienste unmittelbar nach der Verordnung des Vertragsarztes die verordneten Pflegeleistungen den Versicherten erbringen können, ohne das Risiko einzugehen, zu guter Letzt ohne Vergütung dazustehen. Voraussetzung ist freilich, dass die Verordnung spätestens am zweiten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Auch dies ist für die Kläger insoweit belastend, als sie auf das rechtzeitige Einreichen der Verordnung achten müssen, um ihren Vergütungsanspruch sicherzustellen. Dieser Nachteil jedoch wiegt gering gegenüber dem Vorzug, dass die Leistungen nur nach gesicherter ärztlicher Notwendigkeitsbeurteilung erbracht werden. Durch die paritätische Besetzung des Bundesausschusses mit Vertragsärzten und Kassenvertretern neben den unparteiischen Mitgliedern ist gewährleistet, dass die Interessen derjenigen, die Leistungen erbringen, und jener, die sie zu bezahlen haben, ausgewogen in die Entscheidungen des Beklagten einfließen. Es ist aber gerade das ureigenste Interesse der Krankenkassen und damit auch der Versicherten selbst, die letztlich die Mittel für das gesamte Leistungsgeschehen mit aufzubringen haben, dass nur im Rahmen der Notwendigkeit und

damit auch Wirtschaftlichkeit Leistungen der häuslichen Krankenpflege abgegeben werden. Im übrigen sieht die Kammer den Bewilligungsvorbehalt in Abschnitt V der Richtlinien durch § 19 Satz 1 SGB IV gedeckt. Auch wenn weder der Bewilligungsvorbehalt noch die Folgeregelung eine Angelegenheit der Vertragsärzte ist, so sind sie aber doch eine solche der Krankenkassen. Schließlich stellt die Ziffer 23 sicher, dass eine notwendig zügige Versorgung nicht durch Finanzierungsunsicherheiten verzögert wird. Soweit Verträge nach § 132 a SGB V durch die Regelung ausgehebelt werden, ist dieses wegen des Regelungsvorranges durch den Beklagten unerheblich.

Desweiteren sind die Kläger auch nicht durch das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege rechtswidrig beeinträchtigt, die als Anlage der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V aufgeführt sind. Mit dem Leistungskatalog ist scharf umgrenzt, was die Ärzte verordnen können und welchen Inhalt die einzelne Leistung hat. Es ist aber gerade ureigenste Angelegenheit der Vertragsärzte, den Inhalt jener Leistungen zu bestimmen, die sie mit ihrer Verordnung erbracht sehen wollen. Zwar schränkt dies den Verhandlungs- und Vereinbarungsraum der Kläger ein. Dies jedoch ist die Kehrseite des vom Gesetzgeber eingeführten Grundsatzes der ärztlichen Dominanz (auch) in der Behandlungspflege. Dieser Vorrang der ärztlichen Behandlung und Leistungserbringung ist in dem bereits oben erwähnten § 15 Abs. 1 SGB V festgeschrieben. Folgerichtig beschreibt § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V an erster Stelle, dass die Krankenbehandlung die ärztliche Behandlung umfasst. Insoweit hat nach Auffassung der Kammer der Beklagte in Ziffer 24 zu Recht dem Vertragsarzt aufgegeben, unter anderem mit dem Pflegedienst eng zusammen zu arbeiten. Ebenso rechtmäßig jedoch ist auch die Beschreibung, dass die Koordination der Zusammenarbeit beim behandelnden Vertragsarzt liegt. Ist aber der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, die Art der häuslichen Krankenpflegeleistung zu bestimmen und die Durchführung zu koordinieren - im übrigen auch mit den Krankenkassen -, ist es zumindest sachgerecht, wenn der Beklagte durch die Beschreibung der einzelnen Leistungen einen Leistungskatalog erstellt. Ist er aber berechtigt, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege mit einer Verordnung möglichen Leistungen zu beschreiben, ist der Beklagte auch berechtigt, Leistungskomplexe zu bilden. Deshalb sieht die Kammer auch keinen Anlass, die Präambel vor den Leistungsbeschreibungen zu Ziffer 1 und 6 zu beanstanden. Damit wird von den Leistungserbringern keine unentgeltliche Prophylaxe gefordert; richtig ist vielmehr die Auffassung des Beklagten, dass über die Vergütung Vereinbarungen im Rahmen des § 132 SGB V getroffen werden müssen. Im übrigen hält es die Kammer für sachgerecht, pflegerische Prophylaxen jenen verordneten Leistungen zuzuordnen, zu deren Wirksamkeit sie notwendig sind. Dass die in § 132 a Abs. 1 SGB V genannten Spitzenorganisationen für einen Leistungskatalog vorrangige Vereinbarungsbefugnisse hätten, ist unrichtig, das Gegenteil ist der Fall:

Die Richtlinien gehen den Rahmenempfehlungen vor (vgl. dazu Urteil der Kammer vom 27.03.2002 - S 19 KA 23/01 - Seite 18 f.).

Aber auch die einzelnen Leistungsziffern im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht. Dabei wiederum ist zu berücksichtigen, dass dem Beklagten als sachverständig besetztem Gremium ein Beurteilungsraum zukommt. So ist - für die Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - in § 135 Abs. 2 SGB V in der Fassung des 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV - Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG) gegenüber der durch das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG -) geltenden älteren Fassung die Befugnis des Bundesausschusses dahin erweitert, dass seine

Beurteilung sich auch an den Kriterien der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Methode - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachter Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftliche Erkenntnisse in der jeweilige Therapierichtung auszurichten hat. Damit ist nach Auffassung der Kammer nicht allein die Beurteilung für den Bereich der Behandlungsmethoden umrissen, sondern das Gesetz beschreibt die grundsätzlichen Aufgaben des Bundesausschusses, nämlich Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Leistungswesen zu beurteilen, soweit die gesetzlich zugewiesene Kompetenz reicht. Auch bei den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ist dem Beklagten eine Beurteilungsermächtigung eingeräumt. Inwieweit die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit häuslicher Krankenpflege zweckmäßig notwendig und wirtschaftlich ist, ergibt sich nicht nur aus zweifelsfreien wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auch wissenschaftlichen Anschauungen. Bei der Bewertung wissenschaftlicher Anschauungen aber kann die gerichtliche Überprüfung nur dahin gehen, ob die der Entscheidung des Beklagten zu Grunde liegende medizinischen Auffassungen wissenschaftlich vertretbar ist oder sachfremde Erwägungen entscheidungserheblich geworden sind. Soweit die Kläger die Leistungsziffern 9 bis 11 angreifen (Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung) ist nicht einmal vorgetragen, dass der Beklagte durch die konkretisierenden Bemerkungen medizinisch-wissenschaftliche Standards verletzt hätte. Gleiches gilt für die Ziffer 14 "Einlauf/Klistier/Klysma/digitale Enddarmausräumung". Bezüglich dem Überprüfen von Drainagen und Versorgung mit ihnen enthält die Ziffer 13 keine einschränkenden Bemerkungen. Soweit hinsichtlich Dauer und Häufigkeit der jeweiligen Maßnahme Verordnungseinschränkungen aufgeführt sind, kann nach Auffassung dem nur entgegengehalten werden, dass innerhalb des verordnungsfähigen Rahmens eine sinnvolle medizinisch-pflegerische Versorgung nicht möglich ist, und dies auch im Hinblick auf die Relation zwischen den eingesparten Kosten und der Pflegeminderung besteht. Auch dazu ist von den Klägern Substantiiertes nicht vorgetragen. Schließlich können sich die Kläger nicht gegen die Leistungsbeschreibungen der Ziffern 16 und 18 des Leistungsverzeichnisses wenden. Unzweifelhaft sind Injektionen, Infusionen, Blutentnahmen und Bluttransfusionen Aufgaben des Arztes (Vorstandsbeschluss der Bundesärztekammer vom 18.04.1980, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt vom 03. Juli 1980; Bekanntgabe der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung "Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung" in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 38 vom 22.09.1988; Böhme, Das Recht des Krankenpflegepersonals Teil 2, 1991 Seite 222; Peters, Die Delegation ärztlicher Leistungen in Theorie und Praxis, in: Der Arzt und sein Recht 1999 Seite 9; LG Berlin, Urteil vom 08.06.1993 - 6 O 330/92 - in: NJW RR 94, 801-802; OLG Köln, Urteil vom 22.01.1987 - 7 U 193/86 - in: MedR 1987, 192). Dem folgend ist die Delegation intravenöser Injektionen an Krankenpflegepersonal im Hinblick auf deren Ausbildungsstand nur eingeschränkt möglich (vgl. Tegtmeyer-Metzdorf/Grundmann, Krankenhausarzt und Recht, 1990, Seite 43). Wie auch immer sich die Pflegepraxis entwickelt hat: Das Legen intravenöser Infusionen und intravenöser Injektionen unterfällt ausschließlich der ärztlichen Kompetenz. Nur unter bestimmten - für den vorliegenden Rechtsstreit unerheblichen - Voraussetzungen kann der Arzt diese Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte delegieren. Dadurch kann ein Versorgungspass - wie von den Klägern befürchtet - ausgeschlossen werden. Im übrigen mag es für die Vertragsärzte mühevoll, für die Krankenkassen teuer sein, wenn die Injektionen und Infusionen mangels ausreichend ausgebildeter Pflegekräfte von den Ärzten zu guter Letzt doch selbst erbracht werden müssen. Im Hinblick auf eine möglichst sichere Leistung aber ist das von allen Beteiligten hinzunehmen. Dies gilt auch, soweit die Kläger selbst eine Aus- oder Fortbildung für Intensivpflegekräfte durchlaufen haben oder sie Intensivpflegekräfte beschäftigen. Auch wenn sie für diese Leistungen qualifiziert sind, ändert dies nichts daran, dass Infusionen und intravenöse Injektionen ärztliche Leistungen sind. Eine

Ausbildung nichtärztlichen Pflegepersonals in diesem Bereich kann deshalb dem verordneten Arzt die Delegation zum Erbringen dieser Leistung erleichtern; die besondere Ausbildung von Pflegekräften mag ihm auch im Rahmen seiner Delegation die Leistungskontrolle erleichtern. Gleichwohl bleiben die in Ziffern 16 und 18 beschriebenen Leistungen grundsätzlich dem Arzt vorbehalten und könne auf Pflegepersonal nur delegiert werden.

Richtig ist der Hinweis der Kläger, dass sie durch die angegriffenen Richtlinien des Beklagten in zweifacher Weise betroffen sind: Insoweit wird durch die Richtlinien ebenfalls in die Rechte der Kläger aus Artikel 12 Abs. 1 Satz 1 GG eingegriffen, weniger aus Art. 14 GG, durch ihn wird das durch die Berufstätigkeit Erworbene geschützt. Die Richtlinien des Beklagten können allenfalls in Randbereiche des eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetriebes eingreifen. Trotz der im Hinblick auf Artikel 12 nicht unbeträchtlichen Eingriffsdichte aber gilt für die Kläger, dass Pflegedienste die Einschränkungen als verhältnismäßig hinnehmen müssen, damit der Schutz des Versicherten nicht ins Leere läuft und sich der Arzt sicher sein kann, dass die Leistung so erbracht wird, wie sie von ihm verordnet wurde. 29

Schließlich sieht die Kammer in dem Leistungskatalog keinen rechtswidrigen Eingriff in den Schutzbereich des Artikel 9 Abs. 1 GG, soweit sich die Kläger bisher nach § 125 Abs. 2 SGB V oder § 132 a Abs. 2 SGB V bei ihren Verträgen mit den Krankenkassen gebunden haben. Qualität und Wirtschaftlichkeit zu sichern ist ein bedeutsames Gemeinschaftsgut. Während die Richtlinien nur gering in die Vereinbarungsfreiheit der Kläger eingreifen, steht dem ein hohes Maß an Leistungssicherheit gegenüber. Darüber hinaus ist die Koalitionsfreiheit der Kläger a priori durch Ausrichtung des Geschäftsbetriebes auf das Versorgen der gesetzlichen Krankenversicherten damit belastet, dass die von Vertragsärzten verordneten Leistungen unter dem Vorbehalt gesetzlicher Regelung stehen. 30

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. 31