

S 12 KA 363/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 363/07

Datum
07.05.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Augenärzte haben keinen Anspruch auf eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach Ziffern 30790 und 30791 EBM. Der Beschluss des Bewertungsausschusses (vgl. 126. Sitzung DÄBl. Nr. 13/2007, A-896/B-796/C-764), der die Leistungserbringung auf einzelne Fachgruppen beschränkt hat, ist rechtmäßig.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 für die Quartale ab II/07.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Augenheilkunde mit Praxisstz in A-Stadt seit 02.01.1989 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Landesärztekammer Hessen verlieh ihr am 11.01.2006 die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Akupunktur.

Die Klägerin beantragte am 25.09.2006 unter Einreichung entsprechender Nachweise die Genehmigung zur Abrechnung der strittigen Akupunkturleistungen.

Die Beklagte teilte der Klägerin unter Datum vom 05.02.2007 mit, aufgrund vorliegender Nachweise werde aus organisatorischen Gründen im Rahmen der Übergangsregelung zunächst eine befristete Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur bis 31.03.2007 erteilt. Vor Erstellung eines weitergehenden Bescheides bitte sie um Rücksendung des Antragsformulars. Es seien noch weitere Nachweise erforderlich.

Die Klägerin reichte weitere Unterlagen ein.

Mit Bescheid vom 04.04.2007 wies die Beklagte den Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach den Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 für die Quartale ab II/07 ff ab. Zur Begründung führte sie an, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe in seinen Sitzungen vom 18.04. und 19.09.2006 beschlossen, die Körperakupunktur für die Indikation "chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule" und "chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose" zum 01.01.2007 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Die Voraussetzungen seien sowohl im Beschluss des GBA als auch in der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) festgelegt. Zum Nachweis der fachlichen Befähigung seien Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, der Psychosomatik und der Schmerztherapie erforderlich. Eine Eingrenzung auf bestimmte Fachgebiete werde hier jedoch nicht explizit vorgenommen. Nachdem der Beschluss des GBA und die Qualitätssicherungsvereinbarung in Kraft getreten seien, habe eine Abstimmung zwischen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu dem Ergebnis geführt, dass mit dem Erwerb der Zusatzweiterbildung "Akupunktur" keine Erweiterung der jeweiligen Fachbegrenzen einhergehen könne. Damit seien auch bei der Erbringung von Akupunkturleistungen die jeweiligen Fachbegrenzen laut Weiterbildungsordnung zu beachten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder seien dementsprechend aufgefordert worden, bei der Erteilung von Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung der nach GBA-Beschluss festgelegten, indikationsgebundenen Akupunkturleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die Fachbegrenzen zu berücksichtigen. In Abstimmung mit der Landesärztekammer Hessen habe ihr Vorstand in seinen Sitzungen am 05.02. und 05.03.2007

beschlossen, dass die indikationsgebundenen Akupunkturleistungen nach den Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Augenheilkunde, Fachärzte für Urologie und Fachärzte für Dermatologie fachfremd seien. Demnach könne für die genannten Fachgruppen keine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Akupunkturleistungen ausgesprochen werden.

Hiergegen legte die Klägerin am 02.05.2007 Widerspruch ein. Sie führte aus, bei der Akupunktur handele es sich um eine ganzheitliche Therapie. Aus medizinischer Sicht sehe sie ihr Fachgebiet insofern übergangen, als bestehende LWS-Beschwerden und Gonarthrose über die sog. aufsteigende Kette zu Verspannungen und Blockierungen im HWS-Bereich führen könnten. Die Beschwerden der HWS könnten zu Sehstörungen und zu Schmerzen im Orbitabereich führen. Sie habe bisher an dem Modellversuchen der Kassen mitgearbeitet unter Zulassung aller Indikationen bei der Techniker Krankenkasse. Bei der Barmer Ersatzkasse habe sie nur eine Genehmigung für die Indikation Kopfschmerzen gehabt. HWS- und LWS- Syndrom habe sie mitbehandelt und bei der Basisdokumentation habe sie diese Mitbehandlung auch angegeben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.07.2007, der Klägerin am 17.07. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. In der Begründung führte sie ergänzend zum Ausgangsbescheid aus, der Bewertungsausschuss habe nunmehr in seiner 126. Sitzung mit Wirkung zum 01.07.2007 in Nr. 4 der Präambel zu 30.7 EBM 2005 festgelegt, für welche Fachgruppen die Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 abrechnungsfähig seien. Für Augenärzte seien sie fachfremd. Hiervon könne nach einem Vorstandsbeschluss nur aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden. Die strittigen Leistungen würden aber in A-Stadt und der näheren Umgebung von mehreren Ärzten erbracht werden. Die Rechtslage habe sich bereits zum 01.04.2007 geändert.

Hiergegen hat die Klägerin am 14.08.2007 die Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, die Einstufung der indikationsgebundenen Akupunkturleistungen als "fachfremd" für Fachärzte für Augenheilkunde sei willkürlich und medizinisch nicht zur rechtfertigen. Betrachte man die Grundsätze der chinesischen Körperakupunktur, ergäben sich keinerlei Anhaltspunkte, einen Facharzt für Augenheilkunde als "fachfremd" zu bezeichnen, wenn dies für einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin nicht der Falle sein solle. Bei der überwiegenden Zahl der Patienten mit Rückenschmerzen finde der behandelnde Arzt keinen eindeutig identifizierbaren Grund des Leidens. Die Behandlung mit chinesischer Akupunktur sei dann eine Behandlungsmöglichkeit. Die chinesische Medizin richte ihre Aufmerksamkeit auf das gesamte physiologische und psychologische Individuum. Alle relevanten Informationen des und über den Patienten würden gesammelt werden, bis das, was die chinesische Medizin ein "Muster der Disharmonie" nenne, erkennbar werde. Jeder Arzt, egal welcher Fachrichtung – müsse diese andere Denkweise und andere Art der Diagnostik und Therapie neu erlernen. Dementsprechend seien die Qualifizierungsanforderungen für alle Ärzte gleich und Ärzte jeglicher Fachrichtung könnten die entsprechenden Leistungen der Akupunktur nach entsprechender Qualifizierung erbringen. Hilfsweise sei auch eine Entscheidung nach dem Modell der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein möglich. Danach sei die Durchführung und Abrechnung von Akupunkturleistungen allen Inhabern der Zusatzweiterbildung Akupunktur erlaubt. Bei denjenigen Fachgruppen, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses von diesen Leistungen ab dem 01.07.2007 aufgrund "Fachfremdheit" ausgeschlossen wären, werde als Abrechnungsbedingung das Vorliegen einer Überweisung von einem Arzt derjenigen Fachgruppe vorausgesetzt, die entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Durchführung und Abrechnung von Akupunkturleistungen berechtigt sei. Es bliebe auch bei der Behandlung der Augenschmerzen, wenn durch den behandelnden Arzt versucht würde, per Akupunktur die Rückenschmerzen zu lindern, um damit als Augenarzt feststellen zu können, ob die Augenschmerzen auf der Belastung des Rückens bzw. der Wirbelsäule basierten. Nicht verständlich sei ihr, weshalb auch Fachärzten für Psychiatrie eine Genehmigung erteilt werden könne.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 04.04.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 die Beklagte zu verurteilen, ihr die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach den Ziffern 30890 und 30791 EBM 2005 für die Quartale ab II/07 zu erteilen, hilfsweise,

unter Aufhebung des Bescheides vom 04.04.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 die Beklagte zu verurteilen, ihr die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach den Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 für die Quartale ab II/07 zu erteilen, soweit jeweils eine Überweisung von einem Arzt derjenigen Fachgruppe vorliegt, die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses (126. Sitzung mit Wirkung zum 01.07.2007) zur Durchführung und Abrechnung von Akupunkturleistungen berechtigt ist.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Ihrer Ansicht nach berücksichtige die Klägerin nicht, dass nach den Beschlüssen des gemeinsamen Bundesausschusses die Körperakupunktur nur für bestimmte Indikationen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden sei. Die damit begrenzt zugelassene indikationsgebundene Akupunkturleistung spreche bereits dagegen, dass sie von jedem Arzt – egal welcher Fachrichtung – erbracht werden könne. Damit würde man zugleich die bestehenden Fachgebietsgrenzen unzulässigerweise erweitern. Die betroffenen Fachärzte könnten nach den ihnen durch die Weiterbildungsordnung gesetzten Grenzen regelmäßig mit den Indikationen "chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule" und "chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose" zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht befasst sein. Das Gebiet der Augenheilkunde umfasse nach der Weiterbildungsordnung nur die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Sehorgans und seiner Adnexe einschließlich der Optometrie und der plastisch-rekonstruktiven Operationen in der Periorbitalregion. Im Übrigen sei sie an die Normsetzung durch den Bewertungsausschuss gebunden. Der Hilfsantrag der Klägerin sei überhaupt nicht Gegenstand streitgegenständlichen Ausgangsbescheides. Er stehe im eindeutigen Widerspruch zu der bestehenden Normsetzung des EBM 2005 und der jeweiligen Fachgebietsgrenzen laut Weiterbildungsordnung. Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses würden Akupunkturleistungen u.a. nur für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie möglich sein. Dies sei dahin begründet, dass u.a. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie auch im Rahmen der ihnen von der Weiterbildungsordnung vorgegebenen Grenzen mit den beiden im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen befasst sein könnten. Das Gebiet der Neurologie umfasse die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur. Das Gebiet der Psychiatrie umfasse die Vorbeugung,

Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozial-psychiatrische Behandlung und Rehabilitation primär psychischer Erkrankungen und Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und toxischen Schädigungen einschließlich ihrer sozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte. Nach den Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses solle die Anwendung der Akupunktur nur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzeptes erfolgen. Ihre Einführung erfolge deshalb auch nur eingebettet in ein umfassendes Qualitätssicherungskonzept der Therapie chronischer Schmerzen. Es würden deshalb neben einer fundierten Ausbildung in Akupunktur zugleich vertiefte Kenntnisse der psychosomatischen Grundversorgung vorausgesetzt werden. Dies werde damit begründet, dass psychosomatische Zusammenhänge gerade bei chronischen Schmerzpatienten häufig vorhanden sein. Dies zeige, dass die Akupunkturleistung auch nach diesen Vorgaben für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, im Gegensatz zu Fachärzten für Augenheilkunde, nicht fachfremd sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) -).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 04.04.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen der Akupunktur nach den Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 für die Quartale ab II/07, auch nicht, soweit jeweils eine Überweisung von einem Arzt derjenigen Fachgruppe vorliegt, die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses (126. Sitzung mit Wirkung zum 01.07.2007) zur Durchführung und Abrechnung von Akupunkturleistungen berechtigt ist. Die Klage war daher im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 04.04.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 ist rechtmäßig.

Die Klägerin hat als Fachärztin für Augenheilkunde keinen Anspruch auf eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen der Akupunktur nach den Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 für die Quartale ab II/07, weil diese Leistungen von Augenärzten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbracht werden dürfen.

Die strittigen Akupunkturleistungen gehören nicht zu Leistungen, die von allen Facharztgruppen, soweit die speziellen Qualifikationsanforderungen vorliegen, erbracht werden dürfen.

Akupunkturleistungen, und dies sehr eingeschränkt, gehören erst seit kurzer Zeit zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 16. Oktober 2000 beschlossen (hier zitiert nach www.g-ba.de/informationen/richtlinien), die Anlage B (nicht anerkannte Methoden) der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#) (BUB-Richtlinien) durch Nr. 31., Akupunktur mit Ausnahme der Indikationen chronische Kopfschmerzen, chronische LWS-Schmerzen und chronische osteoarthritische Schmerzen, soweit die Behandlung in Modellversuchen nach [§§ 63 ff. SGB V](#) erfolgt, für die im Folgenden entsprechend 6.5 der BUB-Richtlinien Vorgaben beschlossen werden, zu ergänzen. In Anlage B sind die Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Akupunktur konnte damit im Rahmen von Modellversuchen für die Anwendung der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronischen Kopfschmerzen, chronischen LWS-Schmerzen und chronischen Schmerzen bei Osteoarthritis, die länger als sechs Monate bestehen, für drei Jahre erbracht werden. Mit Beschluss vom 16. März 2004 verlängerte der Gemeinsame Bundesausschuss die Erprobungsphase um weitere 21 Monate bis Ende Juli 2005. Mit Beschluss vom 17. Januar 2006 ersetzte er die Richtlinie durch die "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)". Die Anlage B der BUB-Richtlinie wurde zur Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, ohne dass sich bzgl. der Akupunktur Änderungen ergeben hätten. Der Gemeinsame Bundesausschuss nahm dann in seiner Sitzung am 18.04.2006 und 19. September 2006 (BANz. Nr. 214 vom 14.11.2006, S. 6952, zitiert nach www.g-ba.de) in die Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" die Nr. 12 "Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronisch schmerzkranken Patienten" für folgende Indikationen auf:

1. chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens 6 Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz),
 - mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14-20 Nadeln;
2. chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens 6 Monaten bestehen,
 - mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal 12 Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7-15 Nadeln je behandeltem Knie. Eine erneute Behandlung kann frühestens 12 Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung erfolgen.

Für die noch vom Modellversuch eingeschlossene Indikation chronische Kopfschmerzen sah der Gemeinsame Bundesausschuss einen ausreichenden Wirksamkeitsnachweis als nicht gegeben an.

Zur Qualitätssicherung stellte der Gemeinsame Bundesausschuss folgende Voraussetzungen auf:

(1) Die Leistungen nach § 1 können nur von Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:

1. Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung

"Akupunktur" gemäß den Vorgaben im Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005 und

2. Kenntnisse in der Psychosomatischen Grundversorgung, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden-Curriculum "Kern- (Basis) Veranstaltung") und

3. Nachweis der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.

(2) Weitere Qualitätsanforderungen sind:

1. Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts und

2. Durchführung einer fallbezogenen Eingangserhebung zur Schmerzevaluation mit den Parametern Lokalisation des Hauptschmerzes, Schmerzdauer, Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz und Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung mit den Dimensionen Lokalisation des Hauptschmerzes, Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, Stärke des Hauptschmerzes, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz und

3. Vorlage der Eingangs- und Verlaufsdocumentation und des Therapieplans zur stichprobenartigen Überprüfung auf Anforderung einer KV-Kommission und

4. Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln und

5. Durchführung der Akupunktur in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liege und

6. Verwendung steriler Einmalnadeln.

Als Übergangsregelung durften Ärzte, die die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 nicht erfüllen, unbeschadet der weiteren Bestimmungen dieser Nummer 12 der Anlage I Akupunktur zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 31. Dezember 2007 erbringen, wenn sie eine in Struktur und zeitlichem Umfang der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gleichwertige Qualifikation nachweisen konnten. Bis zum 31. Dezember 2007 durften Ärzte, die die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 nicht erfüllten, unbeschadet der weiteren Bestimmungen dieser Nummer 12 der Anlage I Akupunktur zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Mit Beschluss vom 20. Dezember 2007 verlängerte der Gemeinsame Bundesausschuss die Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2008 (BAz. Nr. 43 vom 18.03.2008, S. 988), um den Ärzten den Nachweis der Qualifikation zu ermöglichen.

Zur Qualitätssicherung gab der Gemeinsame Bundesausschuss folgende Empfehlungen ab:

Die Anwendung der Akupunktur ist nicht als isolierte Maßnahme, sondern nur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzeptes sinnvoll. Die Einführung der Akupunktur erfolgt deshalb nicht als isolierte Aufnahme einer neuen therapeutischen Option sondern eingebettet in ein umfassendes Qualitätssicherungskonzept der Therapie chronischer Schmerzen. Aufgrund der psychosozialen Dimension und Bedeutung des Schmerzes und der bei chronischen Schmerzpatienten häufig vorhandenen psychosomatischen Zusammenhänge sind neben einer fundierten Ausbildung in Akupunktur auch vertiefte Kenntnisse der psychosomatischen Grundversorgung notwendig. Die Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen entsprechend dem wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse erfordert zusätzlich auch eingehende Kenntnisse in den Prinzipien der Schmerztherapie, insbesondere um die Akupunktur in den Kontext einer umfassenden Schmerztherapie sinnvoll einzubeziehen. Eine Zusatzqualifikation in Akupunktur, psychosomatische Grundversorgung und Schmerztherapie wird daher als sich gegenseitig ergänzend und bedingend angesehen. Die Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts entspricht der bei chronischen Schmerzpatienten notwendigen multimodalen Vorgehensweise. Die Akupunktur kann daher nur eine Komponente im Rahmen eines Therapieplans sein. Verlauf und Erfolg der Akupunkturtherapie sind zu dokumentieren, um weitere Maßnahmen oder eine Modifikation der Therapie rechtzeitig einzuleiten oder um Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen. Hierfür ist eine Eingangs- und Verlaufsdocumentation vorzusehen. Die Dokumentation sollte auch einer Überprüfung durch eine KV-Kommission zugänglich sein, um die Indikationsqualität langfristig zu sichern. Diesem Ziel dient auch die Anforderung der regelmäßigen Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln. Der Erfolg der Akupunktur hängt auch von einer Reihe von Umgebungsbedingungen ab. Hierzu gehören die in den Modellversuchen vorgegebenen Bedingungen wie eine Sitzungsdauer von mindestens 30 Minuten, Mindestanzahlen von Sitzungen und Nadeln sowie Durchführung der Akupunktur in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liege und die Verwendung steriler Einmalnadeln.

Entsprechend passte der Bewertungsausschuss den EBM an und fügte zum 01.01.2007 (vgl. 119. Sitzung, DÄBl Nr. 46/2006, A-3135/B-2731/C-2615 u. - Erratum - Nr. 50/2006, A-3430/B-2986/C-2868) für die Vergütung von Akupunkturleistungen Ziffern 30790 u. 30791 ein.

Ziffer 30790 lautet:

Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) bei folgenden Indikationen:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, oder
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose Obligater Leistungsinhalt
- Schmerzanalyse zu Lokalisation, Dauer, Stärke und Häufigkeit,
- Bestimmung der Beeinträchtigung in den Alltagstätigkeiten durch den Schmerz,
- Beurteilung des Schmerzeinflusses auf die Stimmung,
- Integration der Akupunkturbehandlung in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept,
- Schmerzanalyse und Diagnostik nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (z.B. anhand von Leitbahnen, Störungsmustern, konstitutionellen Merkmalen oder mittels Syndromdiagnostik),
- Erstellung des Therapieplans zur Körperakupunktur mit Auswahl der Leitbahnen, Spezifizierung der Akupunkturlokalisationen, Berücksichtigung der optimalen Punktekombinationen, Verteilung der Akupunkturlokalisationen,
- eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
- Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung,
- Dokumentation,
- Dauer mindestens 40 Minuten,

- Bericht an den Hausarzt, Fakultativer Leistungsinhalt
- Erläuterung zusätzlicher, flankierender Therapiemaßnahmen, einmal im Krankheitsfall

Ziffer 30791 lautet:

Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) zur Behandlung bei folgenden Indikationen:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, oder
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose Obligater Leistungsinhalt
- Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan,
- Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation,
- Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln,
- Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten, Fakultativer Leistungsinhalt
- Beruhigende oder anregende Nadelstimulation,
- Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl),
- Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe,
- Adaption des Therapieplanes und Dokumentation,
- Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe, je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in dieser Leistung enthalten.

Die Bundesmantelvertragsparteien vereinbarten zum 01.01.2007 eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur, im Folgenden: Vb) (DÄBl Nr. 51-52/2006, A-3515/B-3063/C-2939, zitiert nach www.kbv.de/rechtsquellen). Danach ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur in der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden Voraussetzungen nach Abschnitt B im Einzelnen erfüllt. Die Erfüllung der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen (§ 2 Abs. 1 und 2 Satz 1 Vb). Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach § 1 gilt nach § 3 Vb als nachgewiesen, wenn folgende Anforderungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 7 nachgewiesen werden:

1. Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung "Akupunktur" gemäß den Vorgaben im Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005 beziehungsweise Nachweis einer in Struktur und zeitlichem Umfang der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gleichwertigen Qualifikation in den Bundesländern, in denen dieser Teil der (Muster-) Weiterbildungsordnung nicht umgesetzt ist, und
2. Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden-Curriculum "Kern (Basis) Veranstaltung") und
3. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.

Ärzte, die bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung an Modellvorhaben auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.10.2000 teilgenommen haben, erhalten eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur mit der Auflage, dass sie, unbeschadet der weiteren Bestimmungen dieser Vereinbarung, die Erfüllung der Voraussetzungen nach Abschnitt B innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung nachweisen. Bis zum 31.12.2007 dürfen Ärzte, die die Voraussetzungen nach § 3 Nr. 1 nicht erfüllen, unbeschadet der weiteren Bestimmungen dieser Vereinbarung, Akupunkturleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung ausführen und abrechnen, wenn sie eine in Struktur und zeitlichem Umfang der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gleichwertige Qualifikation nachweisen können. Bis zum 31.12.2007 dürfen Ärzte, die die Voraussetzungen nach § 3 Nr. 2 und Nr. 3 nicht erfüllen, unbeschadet der weiteren Bestimmungen dieser Vereinbarung, Akupunkturleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung ausführen und abrechnen (§ 10 Abs. 2 - 4 Vb).

Der Bewertungsausschuss nahm ferner mit Wirkung zum 01.07.2007 folgende Nr. 4 in die Präambel zu 30.7 Schmerztherapie auf (vgl. 126. Sitzung (Teil C) DÄBl. Nr. 13/2007, A-896/B-796/C-764):

4. Die Leistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 sind nur von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Kinderchirurgie,
 - Fachärzten für Innere Medizin,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Neurochirurgie,
 - Fachärzten für Anästhesiologie,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) berechnungsfähig.

Mit diesem Beschluss des Bewertungsausschusses wurde erstmals klargestellt, dass die hier strittigen Akupunkturleistungen nicht von allen Facharztgruppen erbracht werden können, sondern nur von denen, die in Nr. 4 der Präambel zu Kap. 30.7 EBM 2005 bzw. Nr. 7 EBM 2008 Schmerztherapie aufgeführt werden. Damit kann dahinstehen, inwieweit noch zuvor eine Konzeption vorgeherrscht haben mag, bei Akupunkturleistungen handele es sich aufgrund ihres ganzheitlichen Ansatzes um fachübergreifende Leistungen, die unabhängig vom Fachgebiet nur beim Vorliegen der entsprechenden Zusatzqualifikation erbracht werden dürfte. Der EBM geht zwar weiterhin von arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen aus, beschränkt aber aufgrund der engen körperbezogenen Indikationsstellung die Erbringung der Akupunkturleistungen auf einige Arztgruppen, zu denen die Arztgruppe d. Kl. nicht gehört.

Dies ist nicht zu beanstanden, weil es sich bei diesen Leistungen nicht um des Fachgebiets d. Kl. gehört. Die Behandlung von chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und chronischen Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose gehört nicht zum Fachgebiet d. Kl. Insofern gilt aufgrund der fachgebietsbezogenen Weiterbildung kein ganzheitlicher Ansatz.

Soweit d. Kl. zur Führung der Zusatzbezeichnung Akupunktur berechtigt, folgt hieraus keine Berechtigung, die strittigen Akupunkturleistungen erbringen zu dürfen.

Auf dem Deutschen Ärztetag 2003 wurde die Zusatzbezeichnung Akupunktur neu in die Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) eingeführt. Ziel der Zusatzweiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz und der praktischen Fähigkeiten in Akupunktur nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie der Weiterbildungskurse. Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung "Akupunktur" ist die Facharztanerkennung. Die Akupunktur erfordert theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten, die in strukturierten Kursen von hierfür qualifizierten Weiterbildern vermittelt werden. Im Januar 2006 beschloss der Vorstand der Bundesärztekammer ein (Muster-)Kursbuch "Akupunktur".

Eine Zusatz-Weiterbildung beinhaltet die Spezialisierung in Weiterbildungsinhalten, die zusätzlich zu den Facharzt- und Schwerpunktweiterbildungsinhalten abzuleisten sind, sofern nichts anderes in Abschnitt C geregelt ist. Wer in der Zusatz-Weiterbildung die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten abgeleistet und in einer Prüfung die dafür erforderliche fachliche Kompetenz nachgewiesen hat, erhält eine Zusatzbezeichnung. Sind Weiterbildungszeiten gefordert, müssen diese zusätzlich zu den festgelegten Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung abgeleistet werden, sofern nichts anderes in Abschnitt C geregelt ist. Die Gebietsgrenzen fachärztlicher Tätigkeiten werden durch Zusatz-Weiterbildungen nicht erweitert (§ 2 Abs. 4 MWBO). Weitgehend wortgleich sind diese Bestimmungen in die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen übernommen worden (vom 15. August 2005, Hessisches Ärzteblatt Sonderheft 10/2005, S. 1-73, zuletzt geändert am 5. Dezember 2007, Hessisches Ärzteblatt 1/2008, S. 49; im Folgenden HessWBO). Nach § 2 Abs. 4 Satz 4 HessWBO gilt ebf., dass die Gebietsgrenzen fachärztlicher Tätigkeiten durch Zusatz-Weiterbildungen nicht erweitert werden.

Aber auch wenn man davon ausgehen wollte, die strittigen Akupunkturleistungen wären für die Klägerin nicht fachfremd, so würde dennoch der Ausschluss durch den Beschluss des Bewertungsausschusses gelten, da Gründe für eine Rechtswidrigkeit nicht ersichtlich sind.

Aufgrund ihres Zulassungsstatus als Augenärztin ist d. Kl. auf die Erbringung der im Kapitel 6 EBM genannten Leistungen beschränkt. Korrelierend zu den bereits genannten Regelungen werden die strittigen Leistungen nicht genannt. Die Aufzählungen in den einzelnen Kapiteln, die für jedes Fachgebiet differieren und umfassend sind, sind dabei abschließend.

Nach den Bestimmungen des EBM 2005 kann eine Genehmigung für die von d. Kl. begehrten Leistungen nicht erteilt werden. Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 78). Die Beklagte ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV abgeschlossene Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) davon ausgeht, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 72 SGB V](#) aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigen, so handelt es sich lediglich um eine Rechtsansicht. Eine eigenständige Ermächtigungsgrundlage zum Abweichen vom EBM 2005, der detailliert und im Einzelnen regelt, inwiefern Leistungen anderer Kapitel abgerechnet werden können, wurde damit nicht geschaffen. [§ 72 SGB V](#), der lediglich allgemeine Vorgaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthält, ist ebf. keine Rechtsgrundlage für ein Abweichen von den Vorgaben des EBM 2005 (vgl. SG Marburg, Urteil vom 19.07.2006, Az.: [S 12 KA 23/06](#); Urteil vom 31.10.2007, Az.: [S 12 KA 975/06](#), beide nicht rechtskräftig;). Auf die Versorgungslage im Planungsbereich d. Kl. kommt es insofern nicht an.

Die genannten Bestimmungen des EBM sind auch rechtmäßig.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Leistungen sind entsprechend der in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 5 SGB V](#)). Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen ([§ 87 Abs. 2a Satz 6 SGB V](#)). Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen ([§ 87 Abs. 2a Satz 10 SGB V](#)).

Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Trotz der Grundrechtsrelevanz ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)) ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der EBM dient bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs. 1 Satz](#)

[2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl. BSG, Urteil vom 09. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. Er hat im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen zu treffen. Er darf zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse ist [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen sind, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese ist bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2004, Az: [B 6 KA 82/03 R](#), SozR 4-5533 Nr. 653 Nr. 1, juris Rdnr. 20 f.).

Die von der Klägerin begehrten Leistungen sind für das Fachgebiet d. Kl. weder wesentlich noch prägend. Für die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen kommt es aber maßgeblich auf den Zulassungsstatus an. Für die Frage, ob ein Vertragsarzt Leistungen, die einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, erbringen und abrechnen darf, ist grundsätzlich entscheidend, dass er für dieses Fachgebiet vertragsärztlich zugelassen ist. Leistungen außerhalb des Gebietes seines Zulassungsstatus darf er danach nicht systematisch in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, auch wenn er auf Grund seiner Weiter- und Fortbildung die berufliche Qualifikation für die Erbringung der Leistungen besitzt (vgl. BSG, Urt. v. 26.06.2002 - [B 6 KA 6/01 R](#) -, juris Rdnr. 15 unter Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 7](#) S 29 betr. Arzt mit mehreren Gebietsbezeichnungen; BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr. 4](#) S 24 betr. Allgemeinarzt, der auch Chirurg ist; BSG, Urt. v. 31. Januar 2001 - [B 6 KA 11/99 R](#) - Die Leistungen - Rechtsprechung -, Beilage, 2002, S 203, 206 betr. Allgemeinarzt, der auch Kinderarzt ist).

Von daher ist der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 04.04.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 rechtmäßig und war die Klage im Hauptantrag abzuweisen.

Die Klage war aber auch im Hilfsantrag abzuweisen. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen der Akupunktur nach den Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005 für die Quartale ab II/07, soweit jeweils eine Überweisung von einem Arzt derjenigen Fachgruppe vorliegt, die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses (126. Sitzung mit Wirkung zum 01.07.2007) zur Durchführung und Abrechnung von Akupunkturleistungen berechtigt ist.

Ist die Klägerin zur Erbringung der strittigen Akupunkturleistungen nicht berechtigt, so kann sie diese Leistungen auch nicht auf Überweisung erbringen und somit auch keine entsprechend eingeschränkte Genehmigung erhalten. Es kann dahinstehen, ob die von der Klägerin angeführte Verwaltungspraxis der KV Nordrhein tatsächlich so besteht und ob sie dann rechtswidrig ist. Jedenfalls ist die Beklagte hieran nicht gebunden.

Nach allem war die Klage daher insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved
2008-10-09