

26. 1. 1985 amtierenden Vorstandsvorsitzenden theoretisch bis zum 30. 1. 2013, also für insgesamt 28 Jahre, eine Übergangentschädigung zu zahlen gewesen wäre. Zutreffend hat das LSG ausgeführt, dass für eine derartige, auf eine lebenslange Versorgung hinauslaufende Übergangentschädigung kein rechtfertigender Grund besteht.

Der Zeitraum, für den die Übergangentschädigung längstens gezahlt werden darf, ist aus ihrer Zielsetzung abzuleiten. Diese besteht darin, dem Vorstandsvorsitzenden den Übergang zur ausschließlich vertragsärztlichen Tätigkeit nach der Beendigung des Amtes wirtschaftlich zu erleichtern. Eine echte Altersversorgung kann und darf sie nicht sein, weil eine solche mit der Entscheidung der Kl. kollidieren würde, die Tätigkeit der Vorstandsvorsitzenden vergleichbar einer hauptberuflichen Tätigkeit zu honorieren, sie aber nicht als Hauptamt auszugestalten. Die Kombination von pauschaler Aufwands- und Praxisausfallentschädigung soll dem Vertragsarzt im Amt des Vorsitzenden die Fortführung der Praxis und die Wiederaufnahme der vollberuflichen vertragsärztlichen Tätigkeit nach dem Ausscheiden aus dem Amt ermöglichen und ihm mittelbar die Praxis auch als Element seiner Alterssicherung erhalten. Daneben besteht für die Gewährung einer pensionsähnlichen Altersversorgung kein Bedürfnis und unter dem Gesichtspunkt sparsamer Haushaltsführung keine Rechtfertigung.

Die dargestellte Funktion der Übergangentschädigung ermöglicht keine zwingende Ableitung einer exakten zeitlichen Grenze für ihren Bezug. Sachgerechterweise hat sich das Ministerium insofern an § 11 Abs. 1 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Landtags Nordrhein-Westfalen (Abgeordnetengesetz NW) orientiert. Danach erhält ein Abgeordneter nach seinem Ausscheiden aus dem Landtag Übergangsgeld, sofern er dem Landtag mindestens ein Jahr angehört hat. Das Übergangsgeld wird in Höhe der Entschädigung nach § 5 (monatliche Entschädigung) für mindestens drei Monate gewährt. Für jedes weitere Jahr der Zugehörigkeit zum Landtag wird das Übergangsgeld für einen weiteren Monat, höchstens für zwei Jahre, gewährt. Die maximale Bezugsdauer für das Übergangsgeld von zwei Jahren wird nach einer 21jährigen Mitgliedschaft im Landtag erreicht. Nach der Entschädigungsordnung der Kl. erhält ein Vorstandsvorsitzender bereits nach einer vierjährigen Amtszeit für die Dauer von zwei Jahren monatlich eine Übergangentschädigung in Höhe der während der Amtszeit zuletzt gewährten Pauschalentschädigung. Im Unterschied zur Regelung in § 11 Abs. 2 des Abgeordnetengesetzes NW wird anderweitiges Einkommen – gleich aus welchem Rechtsgrund – auf die Übergangentschädigung nicht angerechnet. Nach § 18 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Abgeordneten des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz Bund) beträgt die Höchstbezugsdauer für das Übergangsgeld für die Abgeordneten des Deutschen Bundestages 18 Monate, wobei bereits ab dem zweiten Monat alle vom ausgeschiedenen Abgeordneten erzielten Einkünfte angerechnet werden. Zwar bestehen zwischen der Tätigkeit als Abgeordneter und derjenigen als Vorsitzender einer KÄV Unterschiede, doch schließen diese angesichts der übereinstimmenden Funktion der Übergangentschädigung für beide Personengruppen, nämlich der wirtschaftlichen Absicherung der Rückkehr in den ausgeübten Beruf, eine Orientierung an dem in den Abgeordnetengesetzen vorgegebenen Zeitrahmen nicht aus.

Rechtswidrig ist die Aufsichtsordnung hingegen, so weit der Kl. vorgegeben wird, die Übergangentschädigung nach der Praxisausfallentschädigung und nicht nach der pauschalen Zeitaufwandsentschädigung zu berechnen (Ziff. 1c). Diese Anordnung ist zunächst nur auf der Grundlage der vom Ministerium gerade beanstandeten Regelung der Ent-

schädigungsordnung der Kl. verständlich, wonach die Pauschalentschädigung deutlich höher ist als die Praxisausfallentschädigung. Es kann schwerlich angenommen werden, dass das Ministerium der Kl. verbieten will, den monatlichen Zahlbetrag der Übergangentschädigung auf 4500,- DM zu begrenzen, wenn die Kl. der Aufsichtsordnung folgt und die Pauschalentschädigung bei gleichzeitiger Erhöhung der Praxisausfallentschädigung in dieser Höhe festsetzt. Daraus ergibt sich, dass der Anknüpfungspunkt für die Berechnung der Übergangentschädigung von geringerer Bedeutung ist als ihre absolute Höhe. Im Übrigen ist die von der Kl. praktizierte Orientierung der Übergangentschädigung an der pauschalen Aufwandsentschädigung sachgerecht. Dem aus dem Amt ausgeschiedenen Vorsitzenden wird danach für eine zeitlich begrenzte Zeit der Betrag belassen, mit dem seine rein tatsächlich hauptberufähnliche Tätigkeit für die KÄV honoriert worden ist. Eine entsprechende Bezugnahme enthält das vom Bekl. selbst in diesem Zusammenhang herangezogene Abgeordnetengesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, so weit in § 11 auf die gehaltsähnliche Entschädigung nach § 5 Abgeordnetengesetz und nicht auf die Aufwandsentschädigung nach § 6 Abgeordnetengesetz abgestellt wird.

(Eingesandt und bearbeitet von
Rechtsanwalt Dr. iur. Gernot Steinhilper,
Robert-Schirrigk-Straße 4–6, D-44127 Dortmund)

Zu den Voraussetzungen für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit und der Verpflichtung, die erbrachten Leistungen zu dokumentieren und abzurechnen

GSG Art. 33 § 3 Abs. 1 S. 2; SGB V § 95 Abs. 6; Ärzte-ZV § 19 Abs. 3; BMV-A § 17

1. Eine kassenärztliche Tätigkeit wird erst dann ausgeübt, wenn der Vertragsarzt die Gesamtheit der ihm obliegenden Pflichten im Wesentlichen erfüllt; hierzu reichen einzelne Maßnahmen bei der Versorgung der Anspruchsberechtigten nicht aus.

2. Gegen den Grundsatz „peinlich genauer Abrechnung“ verstößt auch, wer tatsächlich erbrachte Leistungen und Leistungsfälle nicht oder nicht vollständig abrechnet.

LSG Nordrh.-Westf., Urt. v. 28. 4. 1999 – L 11 KA 16/99
(SG Düsseldorf)

Problemstellung: Die Entscheidung gibt Anhaltspunkte dafür, unter welchen Voraussetzungen von der Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit gesprochen werden kann. Dies ist im Hinblick auf Altfälle nach Art. 33 § 3 Abs. 1 S. 2 GSG zwar heute kaum noch von Bedeutung; die Entscheidung verdient aber weiterhin im Hinblick auf § 19 Abs. 3 Ärzte-ZV Beachtung, welcher das Ende der Zulassung anordnet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Streitig ist insoweit, ob § 19 Abs. 3 SGB V eine Ermächtigungsgrundlage innerhalb des SGB V gefunden hat (Schallen, Zulassungsverordnung, 3. Aufl. 2000, § 19, Rdnr. 86); darüber hinaus wird für den Beginn der Frist die Bestandskraft des Beschlusses gefordert werden müssen, da der Fristbeginn sonst von unzumutbaren Unwägbarkeiten begleitet wird.

Im Hinblick auf das Abrechnungswesen bringt der Senat zum Ausdruck, dass nicht nur die Abrechnung nicht (vollständig) erbrachter Leistungen die Funktions-

fähigkeit des Systems der kassenärztlichen Versorgung beeinträchtigt, sondern auch das *Unterlassen der Abrechnung von erbrachten Leistungen*, da hierdurch die statistischen Daten verfälscht werden können, die für das kassenärztliche System unverzichtbar sind.

Zum Sachverhalt: Der Kl. hatte auf Grund der Übergangsvorschriften nach Art. 33 GSG rechtzeitig einen Zulassungsantrag gestellt, in der Folgezeit aber Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur sporadisch (in den Quartalen IV/1993 bis I/1995 mit 3, 7, 7, 9, 9 und 7 Fällen) abgerechnet. Zeitweise hatte die Zulassung wegen eines Anfang 1994 erlittenen Ski-Unfalls antragsgemäß geruht. Nachdem der beklagte Berufungsausschuss die Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit und weil ein weiteres Ruhen nicht in Betracht käme, entzogen hatte, hat der Kl. hiergegen Klage erhoben. Das SG gab der Klage mit der Begründung statt, die Nichtabrechnung von Leistungen sei auf die unsichere Rechtslage zurückzuführen. Auf die Berufung der Beigel. zu 5) (KÄV) wurde das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Aus den Gründen: Die zulässige Berufung der Beigel. zu 5) ist begründet. Das SG hat zu Unrecht den Bescheid des Bkl. aufgehoben. Die Bescheide der Zulassungsgremien sind im Ergebnis nicht zu beanstanden.

1. Die Zulassung des Kl. endete bereits zu einem früheren Zeitpunkt gemäß Art. 33 § 3 Abs. 1 S. 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes, weil er seine vertragsärztliche Tätigkeit nicht bis zum 1. 10. 1993 aufgenommen hat. Der Senat folgt der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 19. 12. 1984 – 6 Rka 34/83 –, USK 8472), wonach eine kassenärztliche Tätigkeit erst dann ausgeübt wird, wenn der Arzt die *Gesamtheit* seiner Pflichten *im Wesentlichen* erfüllt. Mit *einzelnen* Maßnahmen der Versorgung von Berechtigten ist noch nicht nachgewiesen, dass der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Nach den Feststellungen des Senats hatte der Kl. seit der Zulassungsentscheidung von Mai 1993 nicht den Willen zur kontinuierlichen Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung und hat diese weder spätestens zum 1. 10. 1993 noch in den darauffolgenden sechs Quartalen aufgenommen. Bereits die vom Kl. abgerechneten Fallzahlen sprechen gegen eine nennenswerte vertragsärztliche Tätigkeit. Sie waren mit drei bis neun Fällen im Quartal verschwindend gering. Damit verkennt der Senat durchaus nicht, dass in der Anfangsphase der Aufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit nicht sofort zumindest ein durchschnittlicher Behandlungsumfang erwartet werden kann. Eine Zunahme des Umfangs der Tätigkeit war bis zum Ruhen der Zulassung nicht zu verzeichnen. Der Kl. hat selbst vor dem Disziplinarausschuss angegeben, dass er nur wenige Fälle betreue, wegen des geringen Praxisumfangs habe er auch das Praxisschild, nachdem es entwendet worden sei, nicht mehr erneuert. Frau K. hat in einer schriftlichen Erklärung v. 20. 4. 1995 angegeben, dass sie bei den wenigen Patienten, die der Kl. betreue, als stille Helferin im Hintergrund stehe. Noch im Klageverfahren hat der Kl. die geringe Anzahl der abgerechneten Fälle mit der besonders intensiven Betreuung erklärt.

Selbst wenn er aber, was er mit der Vernehmung seiner Ehefrau unter Beweis stellen will, tatsächlich mehr Patienten behandelt hat, würde dies eine Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht begründen. Auf die entsprechende Beweiserhebung kommt es daher nicht mehr an. Denn zu den Pflichten des Vertragsarztes gehört es, die von ihm erbrachten Leistungen offenzulegen und bei der Kassenärztlichen Vereinigung ordnungsgemäß abzurechnen. Die peinlich genaue Abrechnung gehört zu den Grundpflichten des Kassenarztes (vgl. BSG, Urt. v. 24. 11. 1993 – 6 Rka 70/91 –, SozR 3-2500 § 95 SGB V Nr. 4 m.w.N.). Hiergegen verstößt nicht nur, wer nicht erbrachte Leistungen zu Unrecht abrechnet, sondern auch derjenige, der

tatsächlich erbrachte Leistungen und Leistungsfälle nicht oder nicht vollständig abrechnet. Die Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenkassen hängt entscheidend mit davon ab, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen auf die ordnungsgemäße Leistungserbringung und auf die peinlich genaue Abrechnung der zu vergütenden Leistungen vertrauen können (BSG, a.a.O.). Erst mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen wird eine Überprüfbarkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise in den gesetzlich vorgesehenen Verfahren gewährleistet. Nur sie ermöglicht auch eine gerechte Kostenverteilung unter den Krankenkassen entsprechend der von ihren jeweiligen Mitgliedern in Anspruch genommenen Leistungen. Unerlässlich ist die genaue Abrechnung schließlich auch im Verhältnis zu den übrigen Vertragsärzten. Der Vertragsarzt, der seine Kassenpatienten ohne eine Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung behandelt, verschafft sich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den übrigen Vertragsärzten (vgl. BSG, Urt. v. 25. 11. 1998 – B 6 KA 75/97 R –, MedR 1999, 429). Er verfälscht die statistischen Daten, an denen die Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeitsweise und der Umfang und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt gemessen wird. Wenn der Kl. für die ärztliche Behandlung kein Entgelt beanspruchen möchte, steht es ihm frei, über sein Honorar zugunsten Dritter zu verfügen, es entbindet ihn nicht von der Pflicht zur Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zudem fehlt es an einer *umfassenden* vertragsärztlichen Tätigkeit des Kl. von Anfang an. Zwar hat er gegenüber der Beigel. zu 5) eine Reihe besonderer Behandlungsmethoden angegeben. Auch hat er im Klageverfahren die moderne technische Ausstattung seiner Praxis hervorgehoben. Davon hat er jedoch jedenfalls im vertragsärztlichen Bereich nichts angewendet und umgesetzt. Der in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat exemplarisch erörterte Fall der Patientin F. zeigt ebenso wie die Aussagen der vom SG gehörten Zeugen, dass der Kl. sich ausschließlich in einem sehr engen Behandlungsspektrum bewegt hat. Bei der Patientin F. sind seit 1993 fast ausschließlich Beratungsleistungen und i. m. Injektionen dokumentiert. Die Zeugen haben außer von Beratungen von körperlichen Untersuchungen, insbesondere Blutdruckmessungen und dem Abhören von Herztönen berichtet. Verschrieben wurden Mineralstoffe, Vitamine u. ä. Lediglich bei der Zeugin B. bleibt offen, welche Medikamente verschrieben wurden. Die für das Jahr 1998 vorliegenden Frequenztabellen bestätigen das Bild der Anfangs quartale. Der Kl. hat neben wenigen Besuchen ausschließlich Erörterungsleistungen nach Nrn. 10 und 11 EBM, in zwei Quartalen auch Leistungen nach Nr. 19 EBM dokumentiert und abgerechnet. Der beispielhaft erörterte Fall der Patientin F. zeigt eine über die Jahre gleichbleibende Behandlungsweise des Kl. Es wurde entweder von ihm nicht das gesamte ärztliche Leistungsspektrum erbracht, oder es wurden nicht alle erbrachten Leistungen dokumentiert und abgerechnet und damit gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen.

Gegen die Aufnahme einer umfassenden vertragsärztlichen Tätigkeit spricht ferner, das auch nach den Ausführungen des Kl. selbst zumindest zeitweise kein Praxisschild aufgestellt war, auf dem seine Sprechzeiten angegeben waren. Zwar hat er nach seinen Angaben, die von den Zeugen bestätigt wurden, nach Vereinbarung stets zur Verfügung gestanden. Gemäß § 17 BMV-Ä ist der Vertragsarzt aber gehalten, seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben. Erst damit wird öffentlich und für die gesetzlich Versicherten erkennbar dokumentiert, dass der Arzt als Vertragsarzt seine Leistungen anbietet und zur Verfügung steht. Vor dem Disziplinarausschuss hat der Kl. erklärt, er habe das Praxisschild, nachdem es ihm gestohlen

worden sei, nicht mehr erneuert. Vor dem Berufungsausschuss hat der Kl. angegeben, er habe derzeit wegen Umbauarbeiten kein Praxisschild. Die Bereitschaft des Kl., für eine kassenärztliche Versorgung zur Verfügung zu stehen, war damit jedenfalls nicht fortlaufend dokumentiert.

Schließlich zeigt auch der Umstand, dass der Kl. sich bereits im Juni 1994 außerstande sah, am Notdienst teilzunehmen oder einen Vertreter zu bestellen, dass er sich in das kassenärztliche Pflichtensystem nicht eingeordnet hat. Sein Befreiungsantrag wurde bestandskräftig zurückgewiesen, weil der Kl. keine Gründe nachgewiesen hat, die seine Befreiung rechtfertigen würden. Das anschließende Disziplinarverfahren wurde wegen Zweifeln an der Schuldfähigkeit des Kl. eingestellt.

2. Selbst wenn man aber davon ausgeht, dass der Kl. eine vertragsärztliche Tätigkeit zum 1. 10. 1993 aufgenommen hat, so hat er sie seit der Beendigung des Ruhenszeitraums ab dem 1. 1. 1996 bis zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat nicht mehr ausgeübt, so dass die Voraussetzungen für eine Entziehung gemäß § 95 Abs. 6 SGB V vorliegen. Nach den von ihm vorgelegten schriftlichen Erklärungen und Zeugenaussagen vor dem SG hat der Kl. nach Beendigung des Ruhenszeitraums zwar eine Anzahl von Kassenpatienten behandelt. Eine umfassende vertragsärztliche Tätigkeit hat er aber bis zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat weiterhin nicht ausgeübt. Dagegen spricht in erster Linie erneut der durch die Abrechnung dokumentierte Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit. In den acht Quartalen der Jahre 1996 und 1997 hat der Kl. nach den Feststellungen des Senats vertragsärztliche Tätigkeit nicht abgerechnet. Die Zahl der Patienten, die bestätigt haben, von ihm 1996 und 1997 ärztlich, wenn auch nicht unbedingt vertragsärztlich, behandelt worden zu sein, ist gering. Im Jahre 1998 hat sich die Fallzahl nicht wesentlich erhöht. Sie betrug im Quartal I/1998 21, im Quartal II/1998 33, im Quartal III/1998 30 – nicht wie der Kl. dies vor dem SG angegeben hat 50 – und im Quartal IV/1998 29 Fälle. Eine zunehmende Tendenz ist damit nicht festzustellen. Die Zeugen haben, wie bereits aufgezeigt, auch nur einen begrenzten Bereich ärztlicher Maßnahmen bestätigt. Auch die geringfügigen Abrechnungen im Jahr 1998 beruhten im wesentlichen auf Beratungs- und Betreuungsleistungen. Personal hat der Kl. bislang nicht beschäftigt. Auch nach 1996, zumindest zum Zeitpunkt der Verhandlung vor dem Bkl. im August 1997, hatte der Kl. nach seinen eigenen Angaben vorübergehend kein Praxisschild aufgestellt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat hat der Kl. zwar eine Patientenkartei vorlegen können, es fehlt jedoch wiederum an der ordnungsgemäßen Abrechnung der von ihm erbrachten Leistungen. So hat der Kl. für das Quartal IV/1996 keinerlei Leistungen abgerechnet, obwohl er vom Zulassungsausschuss nachdrücklich aufgefordert worden war, seine vertragsärztliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Selbst wenn insoweit noch Unsicherheiten hinsichtlich der Abrechnung bestanden hätten, hätte der Kl. eine verbindliche Erklärung herbeiführen müssen. Die Dokumentation zeigt, wie bereits ausgeführt, entweder ein stark eingeschränktes Behandlungsspektrum, das gegen eine umfassende ärztliche, jedenfalls vertragsärztliche Betreuung spricht, oder weist Lücken auf, was mit der Pflicht zu genauer Dokumentation und Abrechnung der ärztlichen Behandlungsmaßnahmen nicht zu vereinbaren wäre. Von einer von dem Willen zur kontinuierlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung getragenen Tätigkeit kann der Senat sich damit nicht überzeugen.

*(Eingesandt und bearbeitet von Rechtsanwalt und Notar
Dr. iur. Franz-Josef Dahm, Fachanwalt für Verwaltungsrecht,
Haumannplatz 28/30, D-45130 Essen)*

Beschwerde wegen Untätigkeit eines Gerichts

SGG § 172; GG Art. 3 Abs. 1 und 19 Abs. 4

1. Eine Beschwerde wegen Untätigkeit eines Gerichts ist dann statthaft, wenn gerügt wird, dass diese auf einem willkürlichen Verhalten im Sinne des Art. 3 Abs. 1 GG beruht und der Tatbestand einer Rechtsverweigerung, die gegen Art. 19 Abs. 4 GG verstößt, erfüllt ist.

2. Die Beschwerde ist begründet, wenn die gerügten Grundrechtsverletzungen auch tatsächlich vorliegen. (Leitsätze des Bearbeiters)

BayLSG, Beschl. v. 8. 2. 2000 – L 12 B 447/99 KA

Problemstellung: In Zeiten zunehmender Belastung der Sozialgerichte wenden sich die Beteiligten gegen die lange Dauer von Verfahren. Das BayLSG musste sich auf Beschwerde hin mit einem Fall befassen, in dem die Untätigkeit eines Sozialgerichts gerügt wurde. Inwieweit dieses Rechtsmittel statthaft und unter welchen Voraussetzungen begründet ist, ist höchst umstritten. Das BayLSG hat in Hinblick auf den Grundsatz der Subsidiarität verfassungsgerichtlicher Rechtsbehelfe eine Beschwerde wegen einer Untätigkeit eines Gerichts dann für statthaft angesehen, wenn gerügt wird, dass diese auf einem willkürlichen Verhalten im Sinne des Art. 3 Abs. 1 GG beruht und der Tatbestand einer Rechtsverweigerung, die gegen Art. 19 Abs. 4 GG verstößt, erfüllt ist. Ob die geltend gemachten Grundrechtsverletzungen auch tatsächlich vorgelegen haben, hat es im Rahmen der Begründetheit der Beschwerde geprüft. Im entschiedenen Fall ergaben sich dafür weder aus dem Vorbringen noch aus den Akten Anhaltspunkte.

Zum Sachverhalt: Der Beschwerdeführer (Bf.), ein Internist mit der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“, wandte sich mit seinen Klagen v. 27. 2. 1997 gegen die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung und begehrte die Vergütung mit dem Punktwert der Lungenärzte. Nachdem das SG am 22. 2. 1999 die mündliche Verhandlung vertagt hatte und auf Antrag v. 25. 10. 1999, nach Aktenlage zu entscheiden, mitteilte, es beabsichtige, im Jahre 2000 alle Klagen in einem Termin zu verhandeln, legte der Bf. am 22. 11. 1999 Beschwerde wegen Untätigkeit des Gerichts ein.

Aus den Gründen: Die statthafte Beschwerde des Beschwerdeführers (Bf.) wegen Untätigkeit des Gerichts ist unbegründet.

Nach § 172 SGG findet eine Beschwerde an das Sozialgericht nur gegen Entscheidungen der Sozialgerichte mit Ausnahme der Urteile und gegen Entscheidungen der Vorsitzenden der Gerichte statt, so weit im SGG nichts anderes bestimmt ist. Ob und unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus ausnahmsweise eine Beschwerde zum übergeordneten Landessozialgericht gegen ein vermeintliches oder tatsächliches Untätigbleiben des Sozialgerichts statthaft ist, ist in Rechtsprechung und Literatur umstritten (vgl. Meyer=Ladewig, SGG, 6. Aufl., vor § 143, Rdnr. 3d, § 172, Rdnr. 2c m.w.N.; LSG Schlesw.-Holst., Breithaupt 1996, 610; LSG Nordrh.-Westf., Breithaupt 1996, 787; LSG Hamburg, E-LSG B 110; LSG Rheinl.-Pfalz, E-LSG B 126 = NZS 1998, 543; BGH, NJW-RR 1995, 887). Der Senat hält in Anschluss an die Rechtsprechung des LSG Hamburg (a.a.O.), des LSG Rheinl.-Pfalz (a.a.O.) sowie des BGH (a.a.O.) zu § 567 Abs. 4 ZPO im Hinblick auf den Grundsatz der Subsidiarität außerordentlicher verfassungsgerichtlicher Rechtsbehelfe (dazu: VerfGH Brandenburg, NVwZ 1997, 785; BayVerfGH, BayVBl. 1993, 655) eine ergänzende verfassungskonforme Auslegung dann für geboten, wenn das Untätigbleiben des Gerichts auf einem willkür-