

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
20. Januar 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 23/98 R

1.,

2.,

Klägerinnen und Revisionsklägerinnen,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg,
Gregor-Mendel-Straße 10/11, 14469 Potsdam,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln,
2. AOK-Bundesverband,
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn,
3. Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
4. Bundesverband der Innungskrankenkassen,
Friedrich-Ebert-Straße, 51429 Bergisch Gladbach,
5. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
Weissensteinstraße 70-72, 34131 Kassel,
6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,



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



7. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
8. Bundesknappschaft,
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum,
9. Seekasse - Rentenversicherungsanstalt für Seeleute -,
Reimerstwierte 2, 20457 Hamburg.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 20. Januar 1999 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Engelmann, die Richter Kruschinsky und Dr. Clemens sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. Birkner und Dr. Bluttner für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerinnen gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. Januar 1998 wird zurückgewiesen.

Die Klägerinnen haben der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Streitig ist die Befugnis von Kinderärzten zur Abrechnung neurologisch/psychiatrischer Leistungen.

Die Klägerinnen betreiben als Kinderärztinnen in P eine Gemeinschaftspraxis und sind dort zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Partner der Bundesmantelverträge beschlossen im Jahre 1995 in einer "Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes", die Abrechenbarkeit der Leistung Nr 800 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) und der Leistungen des Abschnitts G II EBM-Ä mit Wirkung ab dem 1. Januar 1996 auf bestimmte Arztgruppen zu beschränken, zu denen Kinderärzte nicht zählen. Im Dezember 1995 beantragten die Klägerinnen bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV), ihnen die Abrechnung dieser Leistungen über den 31. Dezember 1995 hinaus zu genehmigen. Die Beklagte lehnte dies ab, weil für neurologische Leistungen Versorgungsdefizite nicht bestünden und die Klägerinnen die für die Erbringung



der psychiatrischen Leistungen erforderlichen Qualifikationen nicht besäßen (Bescheid vom 7. August 1996, Widerspruchsbescheid vom 4. Dezember 1996).

Mit den Berichtigungsbescheiden vom 15. Juni, 17. Dezember 1996 und 2. April 1997 sowie den darauffolgenden Honorarfestsetzungsbescheiden vom 30. August 1996, 14. Februar und 30. April 1997, jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 20. November 1996 und 15. Mai 1997, setzte die Beklagte aus den Quartalsabrechnungen der Klägerinnen für die Quartale I/1996, III/1996 und IV/1996 die Leistungen der Geb-Nr 800 sowie diejenigen des Abschnitts G II EBM-Ä ab.

Ihre dagegen zum Sozialgericht (SG) Potsdam erhobenen Klagen, die zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden worden sind, hat das SG durch Urteil vom 28. Januar 1998 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Nach dem Wortlaut der einschlägigen Bestimmungen des EBM-Ä seien die Leistungen für die Klägerinnen nicht abrechenbar, da sie die dort genannten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllten. Die Vorschriften seien auch wirksam; insbesondere entsprächen sie der gesetzlichen Grundlage in § 87 Abs 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und verstießen nicht gegen höherrangiges Recht. Sie stünden auch mit dem ärztlichen Berufsrecht in Einklang. Die umstrittenen Leistungen seien zwar für den Kinderarzt nicht fachfremd; denn dieser sei kraft Definition des Fachgebietes zur Behandlung aller körperlichen und seelischen Erkrankungen und Reifestörungen des Kindes bis zum Abschluß der somatischen Entwicklung berufen. Im Rahmen der Weiterbildung zum Kinderarzt würden indessen eingehende Kenntnisse und Fähigkeiten auf den Gebieten der Neurologie und der Psychiatrie nicht vermittelt, so daß es dem Bewertungsausschuß ohne Eingriff in den Zulassungsstatus des Arztes aus Gründen der Qualitätssicherung erlaubt sei, diese Leistungen den hierfür mit eingehenden Kenntnissen und Fähigkeiten ausgestatteten Arztgruppen vorzubehalten.

Mit der (Sprung-)Revision rügen die Klägerinnen Verstöße gegen § 87 Abs 2 SGB V und Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Funktion des EBM-Ä seien Vergütungsabstaffelungen, Komplexgebühren, Gebührenpauschalen und ähnliche mengenbegrenzende Regelungen zulässig. Darüber hinausgehende Maßnahmen könnten im EBM-Ä nicht vorgenommen werden. Insbesondere komme ihm unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten keine Steuerungsfunktion zu. Qualitätssichernde Maßnahmen seien den in §§ 135 ff SGB V genannten Körperschaften vorbehalten.

Selbst wenn man die gegenteilige Auffassung vertrete, verstoße der EBM-Ä gegen höherrangiges Recht; denn unter Bestandsschutzgesichtspunkten wären Übergangsregelungen erforderlich gewesen. Das ergebe sich schon daraus, daß bei sämtlichen Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs 2 SGB V für Ärzte, die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmen, entsprechende Übergangsregelungen getroffen worden



seien. Diese gewährten entweder die weitergehende Berechtigung, diese Leistungen zu erbringen, oder räumten eine angemessenen Frist für eine entsprechende Nachqualifikation ein.

Die Unzulässigkeit des Vergütungsausschlusses für die hier streitigen Leistungen trotz Fehlens der Fachfremdheit werde durch das Urteil des BSG vom 20. März 1996 (BSGE 78, 91 = SozR 3-5540 § 25 Nr 2) bestätigt. Danach sei das bundesmantelvertragliche Verbot, Leistungen gemäß Abschnitt O I EBM-Ä auf Überweisung erbringen zu lassen, wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht unwirksam. Das Verbot habe ohne ausreichende gesetzliche Grundlage in den vertragsärztlichen Status der nur auf Überweisung tätig werdenden Laborärzte eingegriffen. Dementsprechend hätte es auch im vorliegenden Fall einer ausdrücklichen Ermächtigungsnorm bedurft, damit der Bewertungsausschuß die Kinderärzte von den hier streitigen Leistungen wirksam habe ausschließen können. Eine derartige Ermächtigung bestehe aber nicht.

Ergänzend sei auf die Rechtsprechung des BSG zum Ausschluß fachfremder Leistungen hinzuweisen. Das SG habe auf landesrechtlicher Grundlage für das BSG bindend festgestellt, daß die umstrittenen Leistungen für die Kinderärzte gerade nicht fachfremd seien. Mangels wirksamer Regelungen im EBM-Ä habe die Beklagte Kinderärzte nicht von der Abrechenbarkeit der umstrittenen Leistungen ausnehmen dürfen. Schließlich führe die spezielle Ausrichtung der kinderärztlichen Tätigkeit als eine auf eine bestimmte Altersgruppe von Patienten beschränkte allgemeinmedizinische Tätigkeit ohnehin dazu, daß sie, die Klägerinnen, nicht von den streitigen Leistungen hätten ausgeschlossen werden dürfen. Nach dem Urteil des BSG vom 18. Oktober 1995 (SozR 3-2500 § 95 Nr 7) gehöre die Freistellung von Fachgebietsgrenzen und die Berechtigung, grundsätzlich alle Gesundheitsstörungen der Patienten behandeln zu dürfen, zum Wesen der allgemeinmedizinischen und allgemeinhausärztlichen Tätigkeit. Dementsprechend seien sie, die Klägerinnen, berechtigt, umfassend allgemeinmedizinische Leistungen bezogen auf Kinder und Jugendliche bis zum Abschluß der somatischen Entwicklung zu erbringen.

Die Klägerinnen beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. Januar 1998 abzuändern sowie den Bescheid vom 15. Juni 1996 in der Gestalt des Honorarbescheides (I/96) vom 30. August 1996 und des Widerspruchsbescheides vom 20. November 1996 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die im Bescheid vom 15. Juni 1996 abgesetzten Leistungen nachzuvergüten;

den Bescheid vom 17. Dezember 1996 in Gestalt des Honorarbescheides (III/96) vom 14. Februar 1997 und des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 1997 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, die gestrichenen Gebührensatznummern 840, 846 und 847 EBM-Ä nachzuvergüten;

den Bescheid vom 2. April 1997 in der Gestalt des Honorarbescheides vom 30. April 1997 (IV/96) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai



1997 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, die abgesetzten Leistungen nachzuvergüten.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie schließt sich dem angefochtenen Urteil an.

Der Beigeladene zu 2) vertritt die Auffassung, daß das BSG den Rahmen für die Gestaltung des EBM-Ä keineswegs abschließend vorgegeben habe, so daß dem Leistungsverzeichnis unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten durchaus Steuerungsmöglichkeiten zukämen. Auch die Auffassung der Klägerinnen, die Qualitätssicherung sei abschließend in §§ 135 ff SGB V geregelt, treffe nicht zu. Die Vorschriften bezögen sich lediglich auf bestimmte Bereiche ärztlicher Leistungen, wie etwa auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 135 Abs 1) oder auf ärztliche Maßnahmen, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzten (§ 135 Abs 2). Die Qualitätssicherung in der übrigen ärztlichen Behandlung bleibe unberührt. Mit der Bindung des EBM-Ä gemäß § 87 Abs 2 SGB V an den Stand der medizinischen Erkenntnisse seien alle Bereiche anerkannter ärztlicher Behandlungen erfaßt, nicht nur der Umgang mit neuen Methoden oder ärztlichen Randbereichen. Der Vergütungsausschluß für die streitigen Leistungen lasse sich im übrigen auch mit der gesetzlichen Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die haus- und die fachärztliche Versorgung rechtfertigen. Die Bestimmungen des EBM-Ä verletzen schließlich nicht das ärztliche Berufsrecht. Zwar seien diese Leistungen für Kinderärzte nach ihrer berufsrechtlichen Zuordnung grundsätzlich nicht fachfremd. Allerdings habe der berufsständische Gesetzgeber selbst den Tätigkeitsbereich der Kinderärzte eingeschränkt. In der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer würden Erfahrungen und Fertigkeiten auf dem Gebiet der neurologischen und psychiatrischen Diagnostik nicht gefordert. Auch die entsprechenden Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung verlangten keinen entsprechenden Nachweis. Darin komme die Auffassung des Berufsstandes zum Ausdruck, daß die neurologischen und psychiatrischen Tätigkeiten grundsätzlich nur Randbereiche der Kinderheilkunde seien.

Die Beigeladene zu 1) führt aus, die Leistungen des Abschnittes G II EBM-Ä mit Ausnahme der Nr 840 seien für Kinderärzte fachfremd, die Leistungen Nr 800 und Nr 840 demgegenüber nicht. Die Begrenzung der Abrechenbarkeit dieser Leistungen auf Nervenärzte und Psychiater sei aber durch die Ermächtigungsgrundlage des § 87 Abs 2 SGB V gedeckt; denn aufgrund der Leistungsmengenentwicklung und wegen der qualitativen Erwägungen, die den ergänzenden Vereinbarungen vom 14. September und 11. Dezember 1995 zugrunde gelegen hätten, sei die Begrenzung der Leistungserbringung auf die in G I und II genannten Arztgruppen erforderlich geworden. Schließlich seien Kinder-



ärzte nicht vollständig von der Erbringung neurologischer und psychiatrischer Leistungen ausgeschlossen. Entsprechend ihrer Weiterbildungsqualifikation könnten sie die Basisdiagnostik nach den Nrn 801 und 60 EBM-Ä, die zum 1. Januar 1996 ebenfalls umgestaltet worden seien, abrechnen.

II

Die zulässige Revision der Klägerinnen ist nicht begründet.

Das SG hat ihre Klagen zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Die Klägerinnen durften seit dem 1. Januar 1996 die Leistung Nr 800 EBM-Ä sowie die Leistungen des Abschnitts G II des EBM-Ä nicht mehr abrechnen.

Nach § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V iVm § 2 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten gelten für die Verteilung der Gesamtvergütung die Vorschriften des EBM-Ä. Nach dessen zum 1. Januar 1996 in Kraft getretener Neufassung (DÄ 1995, C-2013 ff) ist die mit 400 Punkten bewertete Leistung nach Nr 800 (Erhebung des vollständigen neurologischen Status), wie in der Geb-Nr bestimmt, nur für Nervenärzte, Neurologen und Neurochirurgen abrechenbar. Im Abschnitt G II des EBM-Ä (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) ist vorab geregelt, daß die Leistungen dieses Abschnitts nur von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater abgerechnet werden können. Diese Änderungen des EBM-Ä beruhen auf den zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge getroffenen "Ergänzenden Vereinbarungen zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes" vom 14. September 1995 (DÄ 1995, C-1719), die durch eine Vereinbarung vom 11. Dezember 1995 (DÄ 1995, C-2223) um eine Ziffer 4a (Abrechnungsregelungen) erweitert wurde. Unter Ziffer 3 der Vereinbarung vom 14. September 1995 ist festgelegt, daß die vorangehend im einzelnen dargelegten Ziele der EBM-Reform begleitende vergütungsrechtliche Maßnahmen erforderten, die ua unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Leistungserbringung eine Steuerung der Leistungshäufigkeit und des Vergütungsvolumens je Arztpraxis in bestimmten Leistungsbereichen bewirken sollten. Die entsprechenden Maßnahmen würden deswegen als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge vereinbart und in den EBM-Ä als Bestandteil des Bundesmantelvertrages aufgenommen. Unter Ziff 7 der Vereinbarung vom 11. Dezember 1995 ist die Abrechenbarkeit der hier streitigen Leistungen auf die oben genannten Arztgruppen beschränkt worden. Zugleich ist bestimmt worden, daß die KÄVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen im Einzelfall Ärzten eine Genehmigung zur Abrechnung der in diesem Abschnitt genannten Leistungen erteilen können, wenn diese eine gleichwertige fachliche Befähigung nachweisen, die Versorgung dieser Patienten im Rahmen ihres Fachgebietes einen Schwerpunkt ihrer Praxistätigkeit darstellt und die



Erbringung dieser Leistungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist.

Bei den Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge vom 14. September 1995 iVm der Ergänzung vom 11. Dezember 1995 handelt es sich, wovon auch die Partner der Bundesmantelverträge ausgegangen sind, nicht um Änderungen des EBM-Ä. Sie haben insbesondere nicht Regelungen zum Inhalt, die nach § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V dem Bewertungsausschuß vorbehalten sind. Sie betreffen nämlich nicht die Bestimmung des Inhalts der abrechenbaren Leistungen und auch nicht ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Vereinbarungen beschränken vielmehr die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen auf einzelne Arztgruppen. Es handelt sich damit um Abrechnungsbestimmungen, die von den Partnern der Bundesmantelverträge als bundesmantelvertragliche Vereinbarung, typischerweise in den Vertragsgebührenordnungen (Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen <BMÄ> und Ersatzkassengebührenordnung <E-GO>) getroffen werden können.

Rechtsgrundlage der Vereinbarungen sind die Vorschriften der § 72 Abs 2, § 82 Abs 1 Satz 1 SGB V. Nach § 72 Abs 2 SGB V ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Die nähere Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung ist damit der Regelung durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen überantwortet. Dementsprechend legt § 82 Abs 1 Satz 1 SGB V fest, daß die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge in Bundesmantelverträgen regeln. Im Rahmen dieser Ermächtigungsgrundlage bestehen keine Bedenken gegen die grundsätzliche Berechtigung der Partner der Bundesmantelverträge, die Voraussetzungen für die Erbringung bestimmter Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen und damit die Regelungen des EBM-Ä hinsichtlich der Abrechenbarkeit in ihm enthaltener Leistungen zu ergänzen (vgl BSGE 28, 73, 75 = SozR Nr 2 zu BMV-Ärzte Allg für eine bundesmantelvertragliche Regelung; BSGE 58, 18, 21 = SozR 2200 § 368g Nr 13 für eine gesamtvertragliche Regelung; BSGE 70, 240, 243 = SozR 3-5533 Allg Nr 1 für eine bundesmantelvertragliche Regelung). Ergänzend hierzu bestimmt § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V, daß die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen vereinbaren.



Bei den Vereinbarungen zur Ergänzung des EBM-Ä vom 14. September und 11. Dezember 1995 handelt es sich um Verträge mit normativer Wirkung, die mit ihrem normativen Teil auch am Vertragsschluß nicht beteiligte Dritte binden. Als unmittelbar geltendes untergesetzliches Recht bedürfen sie für ihre Rechtsverbindlichkeit keiner Umsetzung mehr im EBM-Ä, so daß es auf die in diesem Zusammenhang von der Revision aufgeworfenen Fragen nicht ankommt.

Die getroffenen bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen halten sich innerhalb der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Die hier streitigen Maßnahmen dienen, wie der Ergänzenden Vereinbarung vom 14. September 1995 zu entnehmen ist, der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, indem sie die Berechtigung, bestimmte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen, auf spezialisierte Arztgruppen beschränken. Allgemeine Maßnahmen der Qualitätssicherung fallen in die Zuständigkeit der Partner der Bundesmantelverträge. Sie sind auf der Rechtsgrundlage des § 72 Abs 2 iVm § 82 Abs 1 Satz 1 SGB V gehalten, die vertragsärztliche Versorgung insgesamt durch Verträge zu regeln. Ihnen obliegt dabei das Ziel der Qualitätssicherung, wie sich schon daraus ergibt, daß die Versorgung der Versicherten gemäß § 72 Abs 2 SGB V "unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse" zu gewährleisten ist und daß die Bewertungsmaßstäbe als Bestandteil der Bundesmantelverträge in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen sind, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertung noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen (§ 87 Abs 2 Satz 2 SGB V). Der Annahme eines allgemeinen Auftrags zur Qualitätssicherung steht nicht entgegen, daß den Partnern der Bundesmantelverträge bzw dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in verschiedenen Vorschriften des SGB V die Befugnis eingeräumt wird, in speziellen Fällen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu ergreifen. Dazu zählen die bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen auf der Grundlage des § 135 Abs 2 SGB V (idF durch Art 1 Nr 83 Buchst c des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 - BGBl I 2266), wonach für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, die Vertragspartner der Bundesmantelverträge einheitliche Qualifikationserfordernisse für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte vereinbaren. Auf der Grundlage dieser Vorschrift durften die Partner der Bundesmantelverträge für die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen den Nachweis einer besonderen Fachkundeprüfung verlangen (vgl zur Zytologie-Vereinbarung Urteile des Senats vom 18. März 1998 - BSGE 82, 55 = SozR 3-2500 § 135 Nr 9 sowie B 6 KA 18/97 R und B 6 KA 19/97 R). Auch die Regelung des § 135 Abs 1 SGB V, nach der der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung zu entscheiden und ggf die notwendige Qualifikation der Ärzte festzulegen hat, betrifft spezielle Qualitätssicherungsmaßnahmen. Neben diesen für besondere Konstellationen geregelten Kompetenzen besteht allgemein die Verpflichtung der Partner der Bundesmantel-



verträge, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung qualitätssichernde Maßnahmen zu treffen.

Die sich innerhalb der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage haltenden Vereinbarungen vom 14. September und 11. Dezember 1995 stellen sich auch als zulässige Berufsausübungsregelungen iS des Art 12 Abs 1 GG dar. Sie greifen nicht in den Zulassungsstatus der Kinderärzte als Vertragsärzte ein. Ein Eingriff in den Status ist nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats nur dann gegeben, wenn Regelungen den Vertragsarzt von der Erbringung bzw Abrechenbarkeit solcher Leistungen ausschließen, die für sein Fachgebiet wesentlich sind (vgl zuletzt Urteil vom 18. März 1998 - BSGE 82, 55, 59 = SozR 3-2500 § 135 Nr 9 und - zusammenfassend - Urteile vom 1. Juli 1998 - B 6 KA 25/97 R <Teilabdruck in ArztR 1999, 107> und B 6 KA 27/97 R). Bei den genannten Leistungen handelt es sich nicht um für das Fachgebiet der Kinderärzte wesentliche oder es prägende Leistungen. Das ergibt sich aus dem Inhalt der Weiterbildung zum Arzt für Kinderheilkunde und der daraus folgenden typischen Tätigkeit in der ambulanten Praxis. Auf der Grundlage der vom SG festgestellten Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg vom 11. November 1995 werden im Rahmen der Weiterbildung zum Kinderarzt eingehende Kenntnisse auf den Gebieten der Neurologie und Psychiatrie weder nach den Gebietsbeschreibungen für das Gebiet der Kinderheilkunde noch nach den Definitionen von Inhalt und Ziel der Weiterbildung vermittelt. Die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg deckt sich insoweit inhaltlich mit der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992. Den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung nach dem Beschluß des Vorstandes der Landesärztekammer Brandenburg vom 16. Februar 1996, die im wesentlichen den Musterrichtlinien über den Inhalt der Weiterbildung nach dem Beschluß des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 7. April 1994 entsprechen, läßt sich ebenfalls nicht entnehmen, daß Kinderärzten auf den Gebieten der Neurologie und Psychiatrie eingehende Kenntnisse zu vermitteln sind. Als Voraussetzung der Weiterbildung in der Kinderheilkunde ist nämlich im hier interessierenden Bereich lediglich die orientierende Beurteilung psychopathologischer Krankheitszustände auch unter Einschaltung einer Bezugsperson bei 100 Patienten sowie die selbständige Durchführung und Dokumentation von fünf Fällen der Diagnostik und Differenzialdiagnostik psychosomatischer Krankheitsbilder aus der Kinderheilkunde genannt. Vergleichbare Anforderungen für den neurologischen Bereich fehlen ganz. Dies belegt, daß nur die Erkennung bzw orientierende Beurteilung psychischer Störungen Gegenstand der Weiterbildung in der Kinderheilkunde sind, nicht aber der Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Kindes.

Während bei statusrelevanten Berufsausübungsregelungen der Gesetzgeber verpflichtet ist, die für die Grundrechtsbeschränkung wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen



und die Schrankenbestimmung nicht anderen Stellen zu übertragen, kann er bei den hier vorliegenden, nicht statusrelevanten Regelungen die maßgeblichen Entscheidungen der untergesetzlichen Normgebung im weiteren Umfang überlassen (vgl zuletzt die genannten Urteile des Senats vom 18. März 1998 und 1. Juli 1998). Die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage des § 72 Abs 2 iVm § 82 Abs 1 SGB V enthält den die Qualitätssicherung einschließenden Begriff des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse. Das ist nicht zu bestanden; denn nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) reicht es aus, wenn das grundrechtseinschränkende Gesetz durch Auslegung konkretisierbare Rechtsbegriffe verwendet (BVerfGE 4, 352, 357 f; 21, 73, 79; 50, 290, 378; 78, 205, 212; 80, 103, 108; 87, 234, 263 f), sofern das Gesetz die äußeren Grenzen absteckt und damit die Möglichkeit richterlicher Überprüfung der Einhaltung dieser Grenzen gibt. In diesem vorgegebenen Rahmen braucht das Gesetz nicht selbst festzulegen, für welche ärztlichen Leistungen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen und ggf welche Maßnahmen zu ergreifen sind. Es obliegt dem untergesetzlichen Normgeber, dem die Befugnis zur Beurteilung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Kenntnisse eingeräumt ist, zu entscheiden, für welche ärztlichen Leistungen und in welcher Art und Weise er qualitätssichernde Maßnahmen einführen will. Diese müssen sich allerdings wiederum an den Anforderungen des Art 12 Abs 1 GG messen lassen.

Die Ermächtigungsgrundlage des § 72 Abs 2 iVm § 82 Abs 1 SGB V genügt auch im übrigen den Voraussetzungen, die nach der Rechtsprechung des BVerfG bei Eingriffen in die berufliche Betätigungsfreiheit erfüllt sein müssen. Diese sind am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu messen, wobei die Gemeinwohlbelange, die den Eingriff rechtfertigen sollen, um so gewichtiger sein müssen, je nachhaltiger die Freiheitsbeschränkung wirkt und je stärker die Berufsausübung oder gar der Zugang zum Beruf reglementiert wird (BSGE 70, 285, 302 = SozR 3-2500 § 122 Nr 3; BSGE 76, 59, 63 = SozR 3-5520 § 20 Nr 1, jeweils mwN). Eine Überprüfung anhand dieser Maßstäbe ist den Gerichten allerdings nur begrenzt möglich. Es ist vorrangig Aufgabe des Gesetzgebers, zu entscheiden, ob und welche Maßnahmen er im Interesse des Gemeinwohls ergreifen will. Ihm steht dabei eine weitgehende Gestaltungsfreiheit sowie ein weiter Einschätzungs- und Prognosespielraum zu (vgl BVerfGE 77, 84, 106; BSGE 73, 223, 226 f, 229 = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 4 f, 7; BSGE 82, 55, 60 = SozR 3-2500 § 135 Nr 9). Nur wenn die Erwägungen des Gesetzgebers so offensichtlich fehlsam sind, daß sie vernünftigerweise keine Grundlage für gesetzgeberische Maßnahmen abgeben können, wenn also die Einschätzung des Gesetzgebers unvertretbar ist, können die Gerichte diese beanstanden (BVerfGE 77, 84, 106; 91, 1, 29; BSGE 82, 55, 60 f = SozR 3-2500 § 135 Nr 9). Der Ermächtigungsgrundlage des § 72 Abs 2 iVm § 82 Abs 1 SGB V, aufgrund derer den Partnern der Bundesmantelverträge die Vereinbarung von qualitätssichernden Maßnahmen gestattet ist, liegen die für Berufsausübungsregelungen erforderlichen vernünftigen Gründe des Gemeinwohls zugrunde. Die Qualitätssicherung für ärztliche Leistungen dient der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der versicherten Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, dem an-



erkannten medizinischen Standard entsprechenden Leistungen, somit der Gesundheit und dem Leben von Menschen und damit dem Gemeinwohl. Mit dem BVerfG (BVerfGE 7, 377, 414; BVerfG - Kammer - Beschluß vom 31. März 1998 - SozR 3-2500 § 95 Nr 17) ist der betroffene Gesundheitsschutz als ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut anzusehen (BSGE 82, 55, 61 = SozR 3-2500 § 135 Nr 9).

Entsprechend diesen Vorgaben ist die in den Ergänzenden Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge vom 14. September und 11. Dezember 1995 festgelegte Beschränkung der Abrechenbarkeit bestimmter neurologischer bzw psychiatrischer Leistungen auf hierfür spezialisierte Arztgruppen verhältnismäßig, also geeignet, erforderlich und verhältnismäßig im engeren Sinne. Die Maßnahmen waren dazu bestimmt, die Qualität ärztlicher Leistungen dadurch zu sichern, daß nur Angehörige spezialisierter Arztgruppen diese Leistungen abrechnen dürfen. Darauf ist, wie bereits erwähnt, in der Ergänzenden Vereinbarung vom 14. September 1995 (Ziff 3 aaO) hingewiesen worden. Die Partner der Bundesmantelverträge als untergesetzliche Normgeber konnten in typisierender und generalisierender Betrachtungsweise davon ausgehen, daß die Erbringung und Abrechnung spezialisierter Leistungen durch die Ärzte, die durch die Weiterbildung hierfür qualifiziert sind, auch die Qualität der Leistungserbringung verbessert, also eine zur Qualitätssicherung bzw -steigerung geeignete und erforderliche Maßnahme war. Sie konnten dabei auch den Ausschluß anderer Arztgruppen wie der der Kinderärzte von der Abrechenbarkeit als erforderlich ansehen, zumal da, worauf die Beigeladene zu 1) hingewiesen hat, in der Vergangenheit bei den fraglichen Leistungen eine Mengensteigerung zu beobachten war, die durch die Krankheitsentwicklung der Versicherten nicht zu erklären war.

Andere weniger eingriffsintensive, aber gleich wirksame Maßnahmen der Qualitätssicherung waren nicht gegeben. Im Gegensatz etwa zu den zytologischen Leistungen, bei denen die Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung dadurch vorgenommen worden war, daß die Leistungserbringer eine präparatebezogene Prüfung ablegen mußten (vgl dazu Urteil des Senats vom 18. März 1998 - BSGE 82, 55 = SozR 3-2500 § 135 Nr 9), bestehen solche Möglichkeiten im Bereich der neurologischen und psychiatrischen Leistungen nicht. Diese Leistungen sind nicht an das objektiv überprüfbare Beherrschen bestimmter ärztlicher Techniken oder gar an eine bestimmte apparative Ausstattung der Praxis geknüpft.

Schließlich liegt auch die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne vor. Diese ist an den Auswirkungen der Maßnahme im Verhältnis zum angestrebten Ziel der Regelung zu messen. Ausgehend von dem Schutz und der Sicherung von Leben und Gesundheit der Patienten als besonders wichtigem Gemeinschaftsgut ist die Maßnahme ohne weiteres verhältnismäßig. Hinzu kommt, daß Kinderärzte durch die hier angegriffenen Maßnahmen der Ergänzenden Vereinbarungen zum EBM-Ä nicht vollständig von der Abrechnung neurologischer und psychiatrischer Basisdiagnostik ausgeschlossen werden, sie diese viel-



mehr nach Maßgabe der Geb-Nrn 801 und 60 EBM-Ä abrechnen können. Zum 1. Januar 1996 wurde neben anderen Leistungen des Abschnitts G auch die Leistungslegende der mit 150 Punkten bewerteten Leistung Nr 801 EBM-Ä neu formuliert. Diese setzt eine klinisch-neurologische Basisdiagnostik mit Untersuchung von mindestens drei der in Nr 800 aufgeführten Elemente des vollständigen neurologischen Status oder gezielte neurologische Überprüfung des Verlaufs einer Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems oder einer systemischen Muskelerkrankung, einmal im Behandlungsfall, voraus. Ebenfalls zum 1. Januar 1996 wurde die Leistungslegende der mit 320 Punkten bewerteten Leistung Nr 60 EBM-Ä geändert. Sie erfordert die Erhebung des Ganzkörperstatus, einschließlich orientierender Untersuchung des Zentralnervensystems und der Sinnesorgane, einschließlich Befragung, Beratung und Dokumentation. Die Leistung ist für die Ärzte der Gebiete Allgemeinmedizin (Praktische Medizin), Innere Medizin und Kinderheilkunde, einmal im Behandlungsfall, abrechenbar. Dies bedeutet, daß die Kinderärzte jedenfalls die Grunduntersuchungen hinsichtlich neurologischer und psychiatrischer Auffälligkeiten erbringen und abrechnen können.

Auch die Rechtsprechung des BVerfG, wonach aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und dem rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes eine Verpflichtung des grundrechtseinschränkenden Normgebers zur Schaffung von angemessenen Übergangsregelungen für diejenigen herzuleiten ist, die eine künftig unzulässige Tätigkeit in der Vergangenheit in erlaubter Weise ausgeübt haben (BVerfGE 21, 173, 183; 32, 1, 22; 50, 265, 274; 55, 185, 201; 64, 72, 83; 68, 272, 284), kann der Revision nicht zum Erfolg verhelfen. Selbst wenn man diese Grundsätze auch auf solche Ärzte anwendet, die ohne das Vorliegen einer ausdrücklichen Genehmigung bestimmte Leistungen bisher unbeanstandet abgerechnet haben, und selbst wenn man die genannten verfassungsrechtlichen Grundsätze auch dann heranzieht, wenn - wie hier - allein ein Randbereich der eigentlichen beruflichen Tätigkeit betroffen ist, ist ihnen Genüge getan. Denn in der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM-Ä idF der Ergänzung vom 11. Dezember 1995 ist die Erteilung von Ausnahmegenehmigungen für fachlich gleich befähigte Ärzte mit entsprechendem Praxisschwerpunkt vorgesehen. Daß die Ausnahmegenehmigung an einen entsprechenden Bedarf ("zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung") geknüpft ist, ändert daran nichts. Angesichts des Ziels der Regelung, aus Gründen der Qualitätssicherung neurologisch-diagnostische und psychiatrische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nur hierfür besonders qualifizierten Ärzten vorzubehalten, trifft der Ausschluß diejenigen Kinderärzte nicht unverhältnismäßig, die diese Leistungen zwar uU gleich qualifiziert erbringen können, aber schon aufgrund ihrer - von den Klägerinnen stets betonten - allgemeinärztlichen Ausrichtung ihrer Tätigkeit in der Regel mit ganz anderen Krankheitsbildern als neurologischen oder psychiatrischen Störungen konfrontiert sind. Auch im Interesse der Patienten ist es diesen Ärzten zumutbar, nach entsprechender Basisdiagnostik und bei entsprechendem Krankheitsverdacht den Patienten an für die weitere Diagnose und Therapie besonders qualifizierte Ärzte zu überweisen.



Schließlich sind die Klägerinnen auch nicht aus einem anderen Rechtsgrund berechtigt, Leistungen der Nr 800 sowie des Abschnitts G II EBM-Ä auch nach dem 31. Dezember 1995 abzurechnen. Eine Ausnahmegenehmigung der Beklagten, die ihnen dies ermöglicht hätte, besitzen sie nicht. Den ablehnenden Bescheid vom 7. August 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Dezember 1996 haben sie nicht angefochten, so daß er gemäß § 77 SGG bindend ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

