

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
26. Januar 1994

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az.: 6 RKa 4/92

.....
Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Nordwürttemberg,
Stuttgart, Albstadtweg 11,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigter:

beigeladen:

- 1) Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Köln, Herbert-Lewin-Straße 3,
- 2) AOK-Bundesverband,
Bonn, Kortrijker Straße 1,
- 3) BKK-Bundesverband,
Essen, Kronprinzenstraße 6,
- 4) IKK-Bundesverband,
Bergisch Gladbach, Kölner Straße 1-5,
- 5) Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
Kassel, Weißensteinstraße 72,
- 6) Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
- 7) Bewertungsausschuß,
vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln,
Köln, Herbert-Lewin-Straße 3,
- 8) AOK-Landesverband Baden-Württemberg,
Stuttgart, Heilbronner Straße 184,

- 9) Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
Kornwestheim, Stuttgarter Straße 105,
- 10) IKK-Landesverband Baden-Württemberg,
Ludwigsburg, Schlachthofstraße 3,
- 11) Landwirtschaftliche Krankenkasse Württemberg,
Stuttgart, Vogelrainstraße 25,
- 12) AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
- 13) Bundesknappschaft,
Bochum, Königsallee 175.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 26. Januar 1994 durch die Richter Prof. Dr. B a l t z e r als Vorsitzenden, Dr. E n g e l m a n n und S t e e g e sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. O t t m e r s und Dr. M e r z für Recht erkannt:

gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-
württemberg vom 1. November 1991 wird zurückgewiesen.

des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die von der Beklagten auf der Grundlage des zum 1. Oktober 1987 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM 1987) vorgenommenen Honorarabrechnungen RVO- und Ersatzkassen für die Quartale IV/87 bis II/89 rechtswirksam sind oder dem Kläger eine höhere Vergütung nach den bis 30. September 1987 geltenden Berechnungsgrundlagen zusteht.

Der Kläger ist als praktischer Arzt in S. niedergelassen und zur kassen- und vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Den von ihm gegen die Honorargutschrift für das Quartal IV/87 eingelegten Widerspruch, ihm stehe ein höheres Honorar zu, da die zugrunde gelegte Gebührenordnung verschiedene rechts-



widrige, ihm nachteilige Anordnungen (Minderbewertung oder Nichthonorierung einzelner Leistungen, Bewertung unter Erstellerpreis, Streichung der Besuchszuschläge) enthalte, wies die Beklagte durch Bescheid vom 22. Juli 1988 zurück. Für die Quartale I/88 bis II/89 rechnete die Beklagte ebenfalls auf der Grundlage des EBM 1987 ab.

Klage und Berufung des Klägers sind erfolglos geblieben (Urteile des Sozialgerichts <SG> vom 6. Dezember 1989, des Landessozialgerichts <LSG> vom 27. November 1991). Das Berufungsgericht hat im wesentlichen zur Begründung ausgeführt: Der EBM 1987 verstoße nicht gegen übergeordnetes Recht. Ein Defizit an demokratischer Legitimation des Bewertungsausschusses, durch den die Vertragspartner der Bundesmantelverträge den einheitlichen Bewertungsmaßstab vereinbarten, bestehe nicht. Zwar komme dem Bewertungsausschuß die Funktion eines Normgebers zu. Das bedeute aber nicht, daß seine Mitglieder nur unmittelbar durch Wahl in ihre Funktion berufen werden dürften. Es müsse lediglich sichergestellt sein, daß die durch die Normsetzung ausgeübte öffentliche Gewalt durch Sätze objektiven Rechts auf eine Willensentschließung der vom Volk bestellten Gesetzgebungsorgane zurückgeführt werden könne. Das treffe für den vom Bewertungsausschuß beschlossenen EBM sowohl unter dem Gesichtspunkt der Maßgeblichkeit der Grundsätze des Art 80 Grundgesetz (GG) als auch der sogenannten "Wesentlichkeitstheorie" zu. Die in dem EBM und dem darauf beruhenden "Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen" (BMÄ) enthaltenen Regelungen der Berufsausübung verletzen den Kläger auch nicht in seinem Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG, da sie "aufgrund eines Gesetzes" erfolgt seien. In § 368g Abs 4 Satz 2 Reichsversicherungsordnung (RVO) bzw § 87 Abs 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - habe der Gesetzgeber in ausreichendem Maß die Grundstrukturen des Normengefüges vorgegeben. Zwischen den normativen Vorgaben und dem zu konkretisierenden Rahmeninhalt verbleibe kein derart unbestimmtes Umsetzungsfeld, daß der verfassungsrechtliche Zweck der Rechtssicherheit vereitelt werde. Daß der Bewertungsausschuß seinen gesetzlichen Auftrag überschritten habe, lasse sich nicht feststellen. Der Kläger habe keine unberechtigten Honorareinbußen hinnehmen müssen, weil einzelne Bestimmungen des der Gesamtabrechnung zugrundeliegenden EBM rechtswidrig seien. Die Bewertung der verschiedenen Leistungen durch den EBM beruhe auf einer Gesamtkalkulation und solle dem Arzt ermöglichen, ein angemessenes Honorar zu erzielen. Anhaltspunkte dafür, daß der EBM die praktischen bzw die Ärzte für Allgemeinmedizin gegenüber den Gebietsärzten in verfassungswidriger Weise



benachteilige, seien nicht zu erkennen. Die vom Kläger aufgemachten Verlustrechnungen trafen nicht zu; er habe weder bei bestimmten Leistungen, die vom Verbot des "nebeneinander Abrechnens" betroffen seien, aus eigener Tasche dazuzahlen noch eine Leistung überhaupt ohne jede Vergütung erbringen müssen. Bei der Bewertung spielten selbstverständlich auch wirtschaftliche Gesichtspunkte eine Rolle. Selbst mit der niedrigeren Bewertung der Laboratoriumsleistungen aber habe sich der Bewertungsausschuß ersichtlich im Rahmen des gesetzlichen Auftrags gehalten. Einer Verletzung des gemäß Art 14 GG geschützten Eigentums des Klägers durch den EBM 1987 sei daher ebenfalls nicht ersichtlich.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung materiellen Rechts. Unter Berufung auf ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. H. trägt er erneut seine Auffassung vor, der EBM 1987 sei wegen Verstoßes gegen übergeordnete Rechtsnormen unwirksam. Der EBM 1987 sei schon mit § 368g Abs 1 und 4 RVO und § 368i Abs 8 RVO unvereinbar. Er verstoße darüber hinaus gegen das aus Art 20 Abs 3 GG abgeleitete Prinzip des Gesetzesvorbehaltes sowie gegen Art 3, 12 Abs 1 und 14 GG. Die Rechtsunwirksamkeit des EBM 1987 führe zwangsläufig dazu, daß der EBM 1978 weiter gelte und er (der Kläger) für die in Streit stehenden Quartale Anspruch auf Bewertung und Vergütung seiner Leistungen nach diesem EBM habe.

Der Kläger beantragt,

1. die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 27. November 1991 und des Sozialgerichts Stuttgart vom 06. Dezember 1989 sowie den Abrechnungsbescheid der Beklagten für das Quartal IV/1987 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 22. Juli 1988 und die Abrechnungsbescheide der Beklagten für die Quartale I/1988 bis II/1989 aufzuheben,
2. die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Vergütung nach Maßgabe des EBM/BMÄ 1978 zu zahlen,
hilfsweise,
die Beklagte zu verpflichten, nach Maßgabe des EBM/BMÄ 1978 über die Höhe der Vergütung neu zu entscheiden,
weiter hilfsweise,
die Beklagte zu verpflichten, nach Verabschiedung eines neuen



- 5 -

EBM/BMÄ über die Honorarfestsetzung für die Quartale IV/1987
und I/1988 bis II/1989 neu zu entscheiden,

hilfsweise,

die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das
Landessozialgericht Baden-Württemberg zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für im Ergebnis zutreffend. Der Vorwurf der Willkür und des Mißbrauchs der Bewertungskompetenz bei der Erstellung des EBM 1987 sei unbegründet. Für die Bewertung komme es auf eine "Gesamtschau" an. Daß die Auswirkungen der Bewertungen durch den Bewertungsausschuß für den Kläger insgesamt nicht unangemessen seien, belege das Abrechnungsergebnis.

Die Beigeladenen zu 1) bis 6), 8), 10) und 12) beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend und nehmen auf dessen Begründung Bezug.

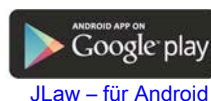
Die Beigeladene zu 13) hat von einer Stellungnahme zur Revisionsbegründung abgesehen und stellt keinen Antrag. Die Beigeladenen zu 7), 9) und 11) haben sich weder zur Sache geäußert noch einen Antrag gestellt.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Das LSG hat zu Recht seine Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG zurückgewiesen. Die dem Kläger von der Beklagten erteilten Honorarabrechnungen für die Quartale IV/87 bis II/89 sind rechtmäßig. Sie beruhen insbesondere auf einer wirksamen Rechtsgrundlage; die ihnen zugrundeliegenden Vertragsgebührenordnungen (BMÄ und Ersatzkassen-Gebührenordnung <E-GO>) und der EBM 1987, auf dem diese wiederum basieren, verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht. Schon deshalb braucht nicht weiter darauf eingegangen zu werden, daß der Kläger das von ihm mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage erstrebte Ziel, die fraglichen



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



Leistungen nach dem EBM 1978 vergütet zu bekommen, ohnehin nicht hätte erreichen können.

Gemäß § 1 Nr 1 Satz 2 ihres Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) verteilt die Beklagte die Gesamtvergütung nach Art und Umfang der von den Ärzten abgerechneten einzelnen Leistungen unter Berücksichtigung der Bestimmungen ihrer Satzung, der jeweils geltenden Gebührenordnungen sowie weiterer Regelungen. Nach § 3 Nr 1 HVM sind für die Abrechnung die gesetzlichen und vertraglichen Gebührenordnungen einschließlich der zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie die autonomen Satzungen der Beklagten maßgebend. Der in Anwendung dieser Regelung heranzuziehende BMÄ wiederum ist - entsprechend der E-GO für den vertragsärztlichen Bereich - die Umsetzung des EBM in eine kassenärztliche Vergütungsordnung. Er enthält zusätzlich zu den im EBM niedergelegten Leistungsbewertungen die zwischen den Vertragspartnern des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) vereinbarten Abrechnungsbestimmungen. Gemäß § 368g Abs 4 Satz 2 RVO bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Er wird als Bestandteil der Bundesmantelverträge von den Vertragspartnern durch die Bewertungsausschüsse vereinbart (§ 368g Abs 4 Satz 1 RVO). Die von der Revision und vereinzelt auch im Schrifttum geäußerten Bedenken gegen die Rechtswirksamkeit des EBM werden vom Senat nicht geteilt.

Das betrifft zum einen den Einwand, der EBM sei nicht ordnungsgemäß zustande gekommen, weil die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zu bestellenden Vertreter im Bewertungsausschuß, da lediglich vom Vorstand, nicht aber von der Vertreterversammlung der KÄBV berufen, nicht demokratisch legitimiert gewesen seien (so insbesondere Ossenbühl, Rechtsgutachten zur Rechtmäßigkeit des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, 1987, S 67 ff). Die Vorschrift des § 368i Abs 8 Satz 2 RVO, wonach der Bewertungsausschuß ua aus sieben von der KÄBV bestellten Vertretern besteht, erfordert eine Wahl der Vertreter durch die Vertreterversammlung nicht. Eine solche Wahl ist auch aufgrund allgemeiner Erwägungen nicht geboten. Wie der Senat bereits in seinem Urteil vom 29. September 1993 (6 RKa 65/91 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4) dargelegt hat, läßt die gegenteilige Auffassung außer acht, daß der Bewertungsausschuß unbeschadet seiner organisationsrechtlichen Verselbständigung nach dem Gesetz die Stellung und Funktion eines Vertragsorgans hat, durch das die KÄBV, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen als Partner der



Verträge über die kassen- und vertragsärztliche Versorgung einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen "vereinbaren" (§ 368g Abs 4 Satz 1 RVO). Die Zuständigkeitsverlagerung von den Vertragspartnern auf einen zentralen Bewertungsausschuß dient der Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungsgrundlagen für sämtliche Kassenarten, ändert aber nichts an der Rechtsnatur des Bewertungsmaßstabes als einer den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung zuzurechnenden vertraglichen Vereinbarung. Dementsprechend handeln und entscheiden die Mitglieder des Bewertungsausschusses als Vertreter der sie entsendenden Körperschaften, was darin zum Ausdruck kommt, daß sie jederzeit abberufen werden können und - im Gegensatz etwa zu den Mitgliedern der Schiedsämter (§ 368i Abs 2 Satz 7 und Abs 3 Satz 3 RVO), der Bundes- und Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (§ 368o Abs 4 Satz 1 RVO) oder der Zulassungs- und Berufungsausschüsse (§ 368b Abs 2 Satz 4 und Abs 6 Satz 5 RVO) - keine Weisungsfreiheit genießen. Im Hinblick auf diese besondere Rechtsstellung des Ausschusses und seiner Mitglieder ist es sachgerecht und verfassungsrechtlich unbedenklich, daß die Vertreter der Ärzte im Bewertungsausschuß nicht von der Vertreterversammlung der KÄBV, sondern von dem nach der Satzung für Vertragsabschlüsse zuständigen Vorstand bestellt werden, zumal dieses Organ wiederum durch die Vertreterversammlung gewählt wird (§ 368l Abs 5 RVO) und damit ebenfalls demokratisch legitimiert ist.

Keinen Erfolg kann die Revision zum zweiten auch mit ihrem Einwand haben, der EBM 1987 verstoße gegen den Gesetzesvorbehalt des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG. Dieser verpflichtet den Gesetzgeber bei Eingriffen in die Berufsfreiheit, wie sie im vorliegenden Rechtsstreit zu prüfen sind, die für die Grundrechtsausübung wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen und die Schrankenbestimmung nicht anderen Stellen zu überlassen. Dazu gehört, daß die gesetzliche Regelung so gefaßt ist, daß sie Umfang und Grenzen des Eingriffs deutlich erkennen läßt (vgl ua BVerfGE 49, 89, 126; 73, 280, 295; 82, 209, 224; BSGE 70, 285, 292 = SozR 3-2500 § 122 Nr 3). Die Vorschrift des § 368g Abs 4 Satz 2 und 3 RVO genügt den genannten Anforderungen; denn die für die erstmalige Einführung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien sind im Gesetz selbst festgelegt worden. Das Instrument des EBM ist durch § 368g RVO idF des Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz <KVKG>) vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) eingeführt worden. Danach ist der EBM ein für alle Kassenarten verbindliches Leistungsverzeichnis



kassenärztlicher Leistungen (vgl Begründung des Regierungsentwurfs zu § 368g RVO in BT-Drucks 8/166, zu § 1 Nr 31 S 29). Die Ermächtigungsnorm des § 368g Abs 4 Satz 2 RVO idF des KVKG ist im Zusammenhang mit Art 2 § 9 KVKG zu sehen. In dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuß aufgegeben, bei der erstmaligen, bis zum 1. Juli 1978 zu erfolgenden Vereinbarung von Bewertungsmaßstäben von der für die Ersatzkassenpraxis vereinbarten Gebührenordnung (E-Adgo) auszugehen (vgl hierzu Matzke/Schirmer, BKK 1978, 273, 276 f). Damit hat der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuß vorgegeschrieben, die E-Adgo in Struktur und Grundkonzeption zu beachten und zu übernehmen. Das Gesetz selbst enthält somit unter Bezugnahme auf die E-Adgo die maßgebenden Strukturprinzipien des zum 1. Juli 1978 zu vereinbarenden Bewertungsmaßstabes (vgl Ossenbühl, aaO, S 29 f). Es kann nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein, darüber hinausgehend die einzelnen Leistungspositionen eines Leistungsverzeichnisses, das zudem ständig sich ändernden Verhältnissen anzupassen ist, selbst festzulegen.

Auch für die Fortentwicklung des EBM legt das Gesetz selbst die maßgeblichen Strukturprinzipien fest. § 368g Abs 4 Satz 3 RVO konkretisiert nämlich insoweit die Aufgaben des Bewertungsausschusses für die Fortentwicklung des EBM. Danach hat der Bewertungsausschuß den EBM in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinisch-technischen Entwicklung sowie den Erfordernissen der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen. Bei Änderungsbedarf ist der EBM dementsprechend anzupassen.

Bestehen mithin keine Bedenken gegen die Ermächtigungsgrundlage des § 368g Abs 4 Satz 2 und 3 RVO unter dem Gesichtspunkt des Vorbehalts des Gesetzes (Art 12 Abs 1 Satz 2 GG), kann dem Kläger auch nicht gefolgt werden, soweit er in dem Erlaß des EBM 1987 ein Überschreiten der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage sieht. Dieser Einwand knüpft an die von den Vertragspartnern formulierte Zielsetzung an, im Zuge der Neuordnung des Leistungsverzeichnisses die Bewertungsrelation zwischen medizinisch-technischen und zuwendungsintensiven ärztlichen Leistungen zugunsten der letzteren zu verändern (vgl dazu die Empfehlungsvereinbarungen zwischen der KÄBV und den Bundesverbänden der Krankenkassen bzw den Verbänden der Ersatzkassen vom 12. März 1986 - DOK 1986, 332; ErsK 1986, 208). Der Senat hat hierzu bereits in seinem Urteil vom 29. September 1993 (6 RKa 65/91 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4) ausgeführt, daß



mit einer derartigen Korrektur des Bewertungsgefüges der vom Gesetz eingeräumte Handlungsspielraum nicht überschritten wird. Nachdem sich bei zahlreichen medizinisch-technischen Leistungen durch Veränderungen der Kostenstrukturen im Laufe der Jahre erhebliche Überbewertungen ergeben hatten, während andererseits die Vergütung der ärztlichen Grundleistungen als unzureichend empfunden wurde, war der Bewertungsausschuß aufgerufen, die bestehenden Ungleichgewichte zu beseitigen. Daß darüber hinausgehend mit der EBM-Reform Strukturveränderungen in der ärztlichen Versorgung beabsichtigt oder bewirkt worden wären und die EBM-Reform vorrangig aus gesundheits- oder berufspolitisch geprägten Erwägungen erfolgte, ist nicht ersichtlich.

Der EBM 1987 hält sich auch im übrigen in den verfassungsrechtlich vorgegebenen Grenzen. Prüfungsmaßstab ist insoweit Art 12 Abs 1 GG iVm Art 3 Abs 1 GG (s zB BVerfGE 33, 171, 183 für einen Honorarverteilungsmaßstab). Der EBM ist zwar selbst keine Vergütungsordnung, sondern bildet - wie bereits ausgeführt - die Grundlage für die jeweiligen Gebührenordnungen. Als verbindlicher Bestandteil des BMÄ wirkt er sich aber auf die Berufsausübung der Kassenärzte nicht nur dadurch aus, daß er den Inhalt und den Umfang der kassenärztlichen Leistungen festlegt. Er bestimmt insbesondere das Wertverhältnis zwischen den Leistungen durch die Festlegung der Punktzahlen für die einzelnen Leistungen, enthält also eine relative Bewertung der kassenärztlichen Leistungen (vgl im einzelnen Brenner, Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1985 bis 1988, 1990, S 19 ff). Der konkrete Vergütungsanspruch des Arztes für eine von ihm erbrachte kassenärztliche Leistung wird in Anwendung des jeweils maßgeblichen HVM bei einer Vergütung nach Einzelleistungen unter Berücksichtigung des zwischen den Parteien des Gesamtvertrages auszuhandelnden Punktwerts und der jeweiligen - sich aus dem EBM ergebenden - Punktzahl bestimmt. Insoweit beeinflußt der EBM im Zusammenwirken mit anderen Steuerungsinstrumenten den Vergütungsanspruch des Kassenarztes.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) sind normative Eingriffe in die berufliche Betätigungsfreiheit am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu messen (ständige Rechtsprechung seit BVerfGE 7, 377, 403 ff; s zB BVerfGE 78, 155, 162 = SozR 2200 § 368 Nr 11). Berufsausübungsregelungen stehen danach im Einklang mit Art 12 Abs 1 GG, soweit vernünftige Erwägungen



des Gemeinwohls sie zweckmäßig erscheinen lassen. Derartige Gemeinwohlbelange, die die über die Anpassung des EBM erfolgten Eingriffe in die Berufsausübung rechtfertigen, liegen hier vor.

Seit der mit der erstmaligen Einführung des EBM verbundenen Schaffung einer einheitlichen Struktur und Bewertung ärztlicher Leistungen im Jahre 1978 hatten sich - trotz ständiger Änderungen - aufgrund der technischen Entwicklung insbesondere im apparativ-technischen Bereich bei verschiedenen Arztgruppen Rationalisierungsmöglichkeiten und -gewinne ergeben, während andere Leistungen wie die zuwendungsintensiven ärztlichen Leistungen, bei denen diese Möglichkeiten nicht bestanden, im Verhältnis dazu zu niedrig vergütet wurden. Aufgrund dieser Entwicklung und der ständig steigenden Kosten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich die Partner des Bundesmantelvertrages und der Vereinbarung im Ersatzkassenbereich zu einer Überarbeitung des EBM 1978 entschlossen, als deren Ziel auch die Beseitigung von Ungleichgewichten in den Punktzahlen von Leistungspositionen zueinander und eine Steuerung der Mengenentwicklung vorgesehen war (vgl die genannten Empfehlungsvereinbarungen vom 12. März 1986). Die Maßnahmen sollten einerseits eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung der Versicherten weiterhin sichern, andererseits die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im gesamtwirtschaftlichen Rahmen halten (vgl dazu im einzelnen Brenner, aaO, S 48 ff). Die Notwendigkeit dieser Reform ist auch von ärztlicher Seite nicht ernstlich bestritten worden (vgl zB Dt. Ärzteblatt 1987, B 589; Moewes/Effer/Hess, Kölner Kommentar zum EBM, S 11 ff). Die Anpassung des EBM, verbunden mit der notwendig gewordenen Neustrukturierung bestimmter Leistungsbereiche, diente somit der Erhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Versicherten und damit einem Gemeinwohlgut von besonders hohem Rang (BVerfGE 78, 179, 192; 82, 209, 230 mwN).

Die im EBM 1987 getroffenen Maßnahmen entsprachen auch dem Gebot der Verhältnismäßigkeit, dh sie waren geeignet, erforderlich und für die Betroffenen zumutbar. Denn zum einen mußte es dem Normgeber erlaubt sein, bei einer derartig komplexen und schwierigen Materie wie der teilweisen Neustrukturierung des ärztlichen Leistungsverzeichnisses im EBM im Weg der Anfangs- bzw Erprobungsregelung (vgl hierzu BSG SozR 2200 § 368f Nr 14 S 50 mwN) die umstrittenen Maßnahmen zu treffen. Zum anderen war für die Arztgruppe der Allgemeinärzte, der



der Kläger angehört, zu berücksichtigen, daß der EBM 1978 keine hohen Bewertungen für Gesprächsleistungen und ärztliche Besuche kannte. Entsprechend seiner Tendenz, die zuwendungsintensiven Leistungen gezielt zu fördern und dadurch die Stellung gerade der Allgemeinärzte zu stärken, brachte der EBM 1987 demgegenüber Gebührenpositionen, die diese Tätigkeiten der Hausärzte besser honorierten. Bezeichnenderweise hat der Kläger denn auch Honorareinbußen nur für das Quartal IV/87 reklamiert, für die nachfolgenden Quartale aber keine gleichartigen Einwände erhoben. Für die Regelungen schließlich, nach denen eine Leistung neben einer bestimmten anderen im Quartal nur einmal abgerechnet werden durfte, ist nicht nur - worauf schon die Vorinstanzen hingewiesen haben - zu beachten, daß davon Allgemein- und Gebietsärzte gleichermaßen betroffen waren und ein Verstoß gegen das Gleichheitsgebot insoweit nicht vorlag. Zu berücksichtigen ist vor allem auch, daß die Einzelbewertung der verschiedenen ärztlichen Leistungen durch den EBM auf einer Mischkalkulation beruhte, die dem Arzt die Möglichkeit gab, ein dem fachlichen Spektrum seiner ärztlichen Tätigkeit entsprechendes, angemessenes Gesamthonorar zu erzielen. Aus diesem Grund kann der Kläger auch nicht mit dem Argument durchdringen, die Vorschrift des § 368g Abs 1 RVO, wonach die kassenärztliche Versorgung so zu regeln war, daß die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden, sei durch den EBM 1987 verletzt. Ob überhaupt und ggf unter welchen Voraussetzungen der einzelne Arzt aus dieser Vorschrift, die sich an die Partner der Gesamtverträge wendet, ein subjektiv-öffentliches Recht auf eine bestimmte - höhere - Vergütung seiner ärztlichen Leistungen verlangen kann (zum früheren Recht vgl BSGE 20, 73, 77 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO), kann daher dahingestellt bleiben.

Die fraglichen Regelungen verletzten auch nicht, wie das LSG zutreffend dargelegt hat, die Eigentumsgarantie des Art 14 Abs 1 GG.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz.

