

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
18. März 1998

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 37/96 R

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:

.....

g e g e n

Berufungsausschuß für Kassenarztzulassungen Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

beigeladen:

1. AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,
2. Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
3. Innungskrankenkasse Nordrhein,
St.-Josef-Straße 20, 51469 Bergisch Gladbach,
4. Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
Merowingerstraße 103, 40225 Düsseldorf,
5. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf,
6. Bundesknappschaft,
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum,
7. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
8. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg.



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. März 1998 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Engelmann, die Richter Dr. W en n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtliche Richterin Dr. B e r t und den ehrenamtlichen Richter R e b s c h e r für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 21. Februar 1996 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat dem Beklagten seine Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die Klägerin, deren Ehemann als niedergelassener Gynäkologe in Aachen tätig ist, war nach ihrer Approbation (April 1975) als Assistenzärztin in Krankenhäusern angestellt, ehe sie im Jahr 1978 ihr erstes Kind und in der Folgezeit bis 1988 weitere Kinder gebar. Ihren Antrag vom September 1993 auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als praktische Ärztin in Aachen - mit dem Ziel der Praxiseröffnung zum 1. Januar 1994 - lehnte der Zulassungsausschuß ab, ihren Widerspruch wies der beklagte Berufungsausschuß zurück (Beschlüsse vom 13. Dezember 1993 und 14. September 1994). In dessen Bescheid ist ausgeführt, daß ihrer Zulassung die für den dortigen Bereich angeordneten Zulassungsbeschränkungen für die Gebietsarztgruppe der Ärzte/praktischen Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin entgegenstünden und sie keinen Sonderbedarf geltend gemacht habe. Die Ablehnung der Zulassung stelle für sie auch keine unbillige Härte dar; diese könne nicht schon darin gesehen werden, daß ihr bei früherer Antragstellung (bis zum 31. Januar 1993, dem Ablauf der Übergangsfrist des Art 33 § 3 Abs 1 Satz 1 Gesundheitsstrukturgesetz <GSG> vom 21. Dezember 1992, BGBl I S 2266) die Zulassung möglicherweise hätte erteilt werden müssen.

Die von der Klägerin erhobene Klage hat das Sozialgericht (SG) abgewiesen, unter Hinweis darauf, daß sie nur in der Wahl des Ortes ihrer Berufungsausübung betroffen sei; sie könne sich in anderen nahegelegenen Bereichen - im Erftkreis oder in den Städten Krefeld oder Mönchengladbach - niederlassen (Urteil vom 24. Mai 1995). Ihre Berufung hat das Landessozialgericht (LSG) zurückgewiesen (Urteil vom 21. Februar 1996). In dem Berufungsurteil ist ausgeführt, daß die Zulassungsbeschränkungen verfassungsgemäß



seien. Sie seien mit Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG) vereinbar, ebenso mit Art 6 GG, aus dem sich kein Recht auf Zulassung an dem Ort ergebe, an dem der Ehegatte berufstätig ist. Der Verzicht des Normgebers auf eine Ausnahmeregelung zur privilegierten Zulassung von Ehegatten sei nicht zu beanstanden. Dies schütze die Interessen anderer Bewerber auf Zulassung oder Anstellung, denen ebenfalls Art 12 Abs 1 GG zur Seite stehe.

Mit der - vom LSG zugelassenen Revision - rügt die Klägerin die Verletzung ihrer Grundrechte aus Art 12 und Art 6 GG. Die Zulassungsbeschränkungen könnten in Einzelfällen wie auch in ihrer Situation dazu führen, daß der Zugang zum Vertragsarztsystem generell verwehrt sei. Wegen ihrer familiären Situation mit der Betreuung von vier minderjährigen Kindern scheide für sie die Zulassung in einem anderen Planungsbereich aus. Dies hätte längere Pendelzeiten zur Folge, evtl auch die Pflicht, dort einen Wohnsitz zu begründen, sowie mehr Aufwand für die erforderlichen Notdienste. Den gesamten Familienwohnsitz dorthin zu verlegen, sei nicht möglich; ihrem Ehemann sei es nicht zuzumuten, seine seit langem in Aachen eingeführte Frauenarztpraxis aufzugeben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 21. Februar 1996 und das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 24. Mai 1995 sowie den Beschluß des Beklagten vom 14. September 1994 aufzuheben und ihn zu verpflichten, sie als praktische Ärztin in Aachen zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen.

Der Beklagte und die zu 5) beigeladene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) sowie die zu 1), 2) und 7) beigeladenen Krankenkassen bzw Krankenkassen-Verbände beantragen, die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Der Beklagte und die Beigeladenen halten das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die zulässige Revision ist unbegründet.

Der Beklagte, dessen Entscheidung allein Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens ist (vgl BSG SozR 3-2500 § 96 Nr 1 S 5 f), hat es zu Recht abgelehnt, die Klägerin in der Stadt Aachen als praktische Ärztin zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen. Ihrem Begehren steht gemäß § 19 Abs 1 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) die dort für die Allgemein- und praktischen Ärzte angeordnete Zulassungsbeschränkung entgegen.

Die Regelungen über die Zulassungsbeschränkungen und die ihr zugrundeliegende Bedarfsplanung ergeben sich aus §§ 99 ff des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V)



iVm §§ 12 ff Ärzte-ZV und aus den aufgrund des § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9, § 101 Abs 1 und 2 SGB V zu erlassenden und bereits erlassenen Richtlinien über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte vom 9. März 1993, BAnz Nr 110a vom 18. Juni 1993, mit späteren Änderungen). Für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad legt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien Verhältniszahlen fest (§ 101 Abs 1 Nr 1 SGB V), und zwar für die verschiedenen Arztgruppen getrennt, jeweils nach dem Verhältnis der Zahl der Einwohner zur Zahl der Kassen- und Vertragsärzte nach dem Stand vom 31. Dezember 1990 (Richtlinien aaO Nrn 7 und 8, mit Modifizierungen nach der mehr städtischen oder ländlichen Gebietsart gemäß Nrn 9, 10, 12). Die Abgrenzung der Planungsbereiche erfolgt in Anlehnung an die kommunalen Gliederungen (§ 101 Abs 1 Satz 5 SGB V, § 12 Abs 3 Satz 2 Ärzte-ZV iVm Richtlinien aaO Nrn 5 und 11 iVm Anlage 3). Wenn in einem Planungsbereich der bedarfsgerechte Versorgungsgrad bei einer Arztgruppe um 10 % überschritten wird, liegt eine Überversorgung vor (§ 101 Abs 1 Satz 2 SGB V, § 16b Abs 1 Ärzte-ZV iVm Richtlinien aaO Nrn 13 bis 15, 20, 21, mit Modifizierungen nach Nrn 16 bis 19), und der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ordnet für diesen Bereich und diese Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen an (§ 103 Abs 1 und 2 SGB V, § 16b Abs 2 und 4 Ärzte-ZV).

Zulassungsbeschränkungen sind bisher in keiner Arztgruppe für alle Planungsbereiche angeordnet worden. Somit ist in keinem Fachgebiet dem Arzt die Möglichkeit der Zulassung völlig versperrt. Vielmehr hat es bislang für jede Arztgruppe noch immer eine nennenswerte Zahl zugänglicher Planungsbereiche gegeben (vgl die Meldungen der KÄVen über den Stand Anfang 1998: 25 % offene Planungsbereiche < Anfang 1997: 28 % >, zusammengestellt in DÄ 1998, Beilage zu Heft 22/1998, S 5). Nach den - nicht angegriffenen - Feststellungen im Berufungsurteil sind nur 60 bis 70 % der Planungsbereiche gesperrt. Dies gilt auch für die hier betroffene Arztgruppe der Allgemein- und praktischen Ärzte. Wie sich aus der genannten Zusammenstellung ergibt, waren Anfang 1998 bei den Allgemein- und praktischen Ärzten 42 % der Planungsbereiche offen (Anfang 1997: 37 %). Im SG-Urteil sind Planungsbereiche angeführt, in denen für praktische Ärzte keine Zulassungsbeschränkungen bestehen (nach den Feststellungen des SG zB die umliegenden Bereiche des Erftkreises und der Städte Krefeld und Mönchengladbach). Seit dem 1. Juli 1997 ist auch gesetzlich abgesichert, daß für jede Arztgruppe eine ausreichende Zahl von Planungsbereichen zugänglich bleibt. Gemäß § 101 Abs 2 Nr 3 SGB V (eingefügt durch Art 1 Nr 35b des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997, BGBl I S 1520) muß der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung für eine ausreichende Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Arztgruppen gewährleistet bleiben, weshalb nötigenfalls die bedarfsbezogenen Verhältniszahlen anzupassen oder neu festzulegen sind. Mithin können sich aus den Zulassungsbeschränkungen keine "absoluten" Zugangshindernisse ergeben. Es handelt sich vielmehr nur um örtliche Zulassungssperren.



Die Zulassungsbeschränkung steht nach § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV dem Begehren der Klägerin entgegen; denn ihre Zulassung hat sie im September 1993 - mit dem Ziel der Praxiseröffnung zum 1. Januar 1994 - und damit erst nach der Anordnung der Zulassungsbeschränkung beantragt. Diese hatte - wie im Berufungsurteil festgestellt - der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen für den Planungsbereich der Stadt Aachen im Juni 1993 aufgrund der dortigen Überversorgung für Allgemein- und praktische Ärzte getroffen.

Die Klägerin hat keinen Anspruch nach Art 33 § 3 Abs 1 GSG, ungeachtet angeordneter Zulassungsbeschränkungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden. Diese Regelung gilt nur für solche Ärzte, die ihren Zulassungsantrag bis zum 31. Januar 1993 gestellt hatten (siehe hierzu BSGE 79, 152, 153 = SozR 3-2500 § 103 Nr 1 S 2 und Urteil vom 3. Dezember 1997 - 6 RKa 64/96 -, zur Veröffentlichung vorgesehen). Anhaltspunkte dafür, daß ein Sonderbedarf vorliegen und deshalb eine ausnahmsweise Zulassung möglich sein könnte (vgl § 101 Abs 1 Nr 3 SGB V iVm Nr 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte), sind auf der Grundlage der Feststellungen des LSG ebenfalls nicht ersichtlich. Von der Klägerin wird ein Sonderbedarf auch nicht geltend gemacht.

Ein Anspruch der Klägerin, trotz der Zulassungsbeschränkungen zugelassen zu werden, läßt sich nicht aus verfassungsrechtlichen Gewährleistungen herleiten. Die gegen die Zulassungsbeschränkungen und die ihr zugrundeliegende Bedarfsplanung erhobenen verfassungsrechtlichen Bedenken greifen nicht durch. Ein Verstoß gegen Art 12 Abs 1 GG liegt nicht vor. Es ist auch nicht zu beanstanden, daß die Einzelregelungen in Richtlinien enthalten sind. Ebenso wenig ist Art 6 GG verletzt.

Was den grundrechtlichen Schutz der Berufsfreiheit gemäß Art 12 GG betrifft, so begrenzen die Zulassungsbeschränkungen nicht die stärker geschützte Freiheit der Berufswahl, sondern lediglich die Berufsausübung (zur Stufentheorie grundlegend BVerfGE 7, 377, 403 ff). Wird der Zugang nur zur kassen- bzw vertragsärztlichen Tätigkeit und nicht zum Arztberuf insgesamt eingeschränkt, so ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) und des Senats lediglich die Berufsausübung und nicht die Berufswahl betroffen (BVerfGE 11, 30, 41 ff; BSGE 73, 223, 226 = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 4). Innerhalb der Berufsausübungsregelungen bestehen Abstufungen hinsichtlich des erforderlichen Gewichts der den jeweiligen Eingriff rechtfertigenden Gründe. So werden erhöhte Anforderungen gestellt, falls sie Beschränkungen der Berufswahl nahekomen. Dies ist zB dann der Fall, wenn der Zugang zur kassen- bzw vertragsärztlichen Tätigkeit - wie bis zum Jahre 1960 - umfassend gesperrt wird (BVerfGE 11, 30, 42-45; ebenso BVerfGE 12, 144, 147). Als berufswahlnahe Regelung hat der erkennende Senat auch die gesetzliche Zulassungssperre für über 55 Jahre alte Ärzte angesehen (BSGE 73, 223, 226 = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 4; vgl ferner - betr Großgeräte-Standortplanung - BSGE 70, 285, 303 f = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 S 22 f). Ein Eingriff, der einer Beschränkung der Berufswahl nahekommmt, liegt demgegenüber bei den Zulassungsbeschränkungen auf-



grund der §§ 99 ff SGB V, §§ 12 ff Ärzte-ZV nicht vor (ebenso zB Hess, KassKomm, § 103 SGB V, RdNr 3). Denn es handelt sich, wie dargestellt, nicht um absolute Zugangshindernisse, sondern lediglich um örtliche Zulassungsbeschränkungen. Dem Vertragsarzt ist der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung nur in bestimmten Planungsbereichen verwehrt, in anderen dagegen nicht. Es verhält sich hier ebenso wie bei anderen Berufen, bei denen nicht an jedem Ort, sondern nur in bestimmten Bereichen noch freie Arbeitsplätze zu finden sind. In dem Bestehen nur örtlicher Zulassungsbeschränkungen zeigt sich ein maßgeblicher Unterschied gegenüber den Zulassungsbeschränkungen, die Gegenstand des Kassenarzt-Urteils des BVerfG vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30) waren und die die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung im gesamten Bundesgebiet vom Vorliegen eines Bedarfs aufgrund von starren Verhältniszahlen abhängig gemacht hatten.

Die strengeren Rechtmäßigkeitsanforderungen, die bei berufswahlnahen Ausübungsregelungen für Beschränkungen gemäß Art 12 Abs 1 Satz 2 GG erfüllt sein müssen, gelten mithin für die hier maßgeblichen Zulassungsbeschränkungen der §§ 99 ff SGB V, §§ 12 ff Ärzte-ZV nicht. Zur Rechtfertigung dieser nur örtlichen Zugangssperren reicht es vielmehr aus, wenn den allgemein für Berufsausübungsregelungen geltenden Anforderungen entsprochen ist. Sie müssen durch ausreichende Erwägungen des Gemeinwohls gerechtfertigt sein und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen; das gewählte Mittel muß also zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet sowie erforderlich sein. Ferner muß bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit gewahrt sein (vgl zB BVerfGE 94, 372, 390; 70, 1, 28; 68, 193, 218; ebenso BSGE 80, 256, 261 = SozR 3-2500 § 73 Nr 1 S 6 f).

Eine Überprüfung anhand dieser Maßstäbe ist den Gerichten allerdings nur begrenzt möglich. Es ist vorrangig die 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 80, 9, 14 = SozR 3-2500 § 98 Nr 4 S 13). 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 91, 1, 29; 77, 84, 106; BSGE 73, 223, 227 = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 4).

Nach den vorgenannten Grundsätzen stellen die mit dem GSG eingeführten Zulassungsbeschränkungen (§§ 99 ff SGB V, §§ 12 ff Ärzte-ZV) rechtmäßige Berufsausübungsregelungen iSd Art 12 Abs 1 Satz 2 GG dar. Ihnen liegen ausreichende Erwägungen des Gemeinwohls zugrunde, und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist nicht verletzt.



Der Gesetzgeber des GSG hat sich veranlaßt gesehen, der dramatischen finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung entgegenzuwirken (Begründung Entwurf zum GSG, BT-Drucks 12/3608 S 66, 72, 97). Er ist - gestützt auf gutachterliche Stellungnahmen der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" und des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - zu der Auffassung gelangt, daß ein wesentlicher Grund für die dramatische Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in dem Überangebot von Vertragsärzten liege. Die Ausgaben stiegen nämlich mit wachsender Arztzahl, weil der Arzt das Angebot und zugleich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen mitbestimme (sog angebotsinduzierte Nachfrage, aaO S 72, 97 f). Daraus hat der Gesetzgeber gefolgert, daß der Ausgabenentwicklung durch eine Beschränkung der Zahl der Ärzte begegnet werden müsse, weil gleich wirksame andere Maßnahmen - wie Vergütungsregelungen - nicht vorhanden seien (aaO S 98 f). Deshalb hat er - neben anderen Maßnahmen, die direkt der Ausgabenbegrenzung dienen (aaO S 159 f) - den weiteren Zugang von Kassen- bzw Vertragsärzten in überversorgten Gebieten begrenzt, um eine dauerhafte finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen und zur Beitragssatzstabilität beizutragen (aaO S 160 f iVm S 96 ff).

Die Einschätzung und Prognose des Gesetzgebers, daß eine Begrenzung des Zugangs von Ärzten zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen werde, hat der Senat schon früher seinen Entscheidungen zugrunde gelegt und nicht beanstandet. Hieran wird festgehalten. Im Urteil vom 24. November 1993 (BSGE 73, 223, 227 ff = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 5 ff) wird auf den in zahlreichen Untersuchungen herausgearbeiteten Mechanismus der "anbieterinduzierten Nachfrage" hingewiesen, wonach Ärzte in überversorgten Gebieten sich veranlaßt sehen könnten, die infolge geringerer Patientenzahlen je Arzt drohenden Einkommenseinbußen durch eine Ausweitung ihres Leistungsvolumens je Patient auszugleichen. Daher kann eine Begrenzung der Zahl der Vertragsärzte entscheidend dazu beitragen, den als untragbar angesehenen Ausgabenzuwachs in der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen. Der Einwand, daß es - zB im Wege von Veränderungen im Vergütungssystem - andere gleich wirksame, aber weniger fühlbare Eingriffe gegeben hätte, greift nicht durch (BSGE 73, 223, 229 f = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 7 f). Auf diese Bewertungen hat der Senat in seinem Urteil vom 18. Dezember 1996 Bezug genommen. Wie dort ausgeführt worden ist, sind die Einschätzungen zwar nicht unwidersprochen geblieben, aber auch nicht widerlegt worden (vgl BSGE 80, 9, 13 f = SozR 3-2500 § 98 Nr 4 S 12 für den zahnärztlichen Bereich). Sie sind ausreichend plausibel und hinsichtlich ihrer prognostischen Aussagen vertretbar (BSGE 73, 223, 229 = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 7). Hieran hat sich bis heute nichts geändert (ebenso zB Breyer/Zweifel, Gesundheitsökonomie, 2. Aufl 1997, S 143, 145, 242 ff, 258). Mithin ist die Annahme des Gesetzgebers, daß sich durch eine Beschränkung der Zahl der Ärzte eine - durch die Morbiditätsentwicklung der Versicherten und den medizinischen Fortschritt nicht gerechtfertigte - Ausweitung der Leistungen und damit auch der Anstieg



der Kosten begrenzen lasse, von seinem Einschätzungs- und Prognosespielraum gedeckt und kann nicht beanstandet werden.

Da die Regelungen über örtliche Zulassungsbeschränkungen zur finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung beitragen sollen, dienen sie einem Gemeinwohlbelang von hoher Bedeutung (BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 30; 82, 209, 230; ferner BVerfGE 77, 84, 107), der sogar Eingriffe, die Beschränkungen der Berufswahl nahekommen, rechtfertigen würde (vgl BVerfGE 77, 84, 106 ff und BVerfGE 82, 209, 229 ff). Mithin ist er auf jeden Fall eine tragfähige Grundlage zur Rechtfertigung von örtlichen Zulassungsbeschränkungen, die sich nur als Berufsausübungsregelung erweisen. Demgemäß hat der Senat bereits in zwei früheren Urteilen ausgeführt, daß die Vereinbarkeit von Zulassungsbeschränkungen mit dem Grundrecht der zulassungswilligen Ärzte aus Art 12 GG sich erst dann als problematisch darstellen würde, wenn ein Arzt seinen Zulassungswunsch weder an dem von ihm gewünschten Ort noch in einem anderen Planungsbereich verwirklichen könnte (BSGE 79, 152, 157 f = SozR 3-2500 § 103 Nr 1 S 7 f und Urteil vom 3. Dezember 1997 - 6 RKa 64/96 -, zur Veröffentlichung vorgeesehen).

Die Vereinbarkeit der örtlichen Zulassungsbeschränkungen mit Art 12 Abs 1 GG kann auch nicht mit Blick auf das in Satz 1 der Vorschrift besonders genannte Recht auf freie Wahl des Arbeitsplatzes in Frage gestellt werden. Dieses gewährt keinen grundsätzlich erhöhten Schutz, zumal keinen Anspruch auf Bereitstellung eines Arbeitsplatzes eigener Wahl (vgl BVerfGE 84, 133, 146 f; siehe auch BVerfGE 85, 360, 372 f; 92, 140, 150 f). Es kann jedenfalls in Fällen der hier vorliegenden Art nicht verletzt sein, in denen - wie ausgeführt - die Beschränkungen durch den wichtigen Gemeinwohlbelang der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt sind.

Die Zulassungsbeschränkungen unterliegen auch nicht deshalb rechtlichen Bedenken, weil - wie oben dargestellt - gemäß § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9, §§ 99, 101 SGB V, § 12 Abs 3 Ärzte-ZV zahlreiche Regelungen in Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen enthalten sind.

Der erkennende Senat geht im Ergebnis ebenso wie der 1. Senat des Bundessozialgerichts - BSG - (BSGE 81, 54, 64 = SozR 3-2500 § 135 Nr 4 S 20; BSGE 81, 73, 84 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 60) davon aus, daß sich dem GG nicht das Verbot entnehmen läßt, für einen begrenzten Sachbereich Satzungsautonomie auch auf eine Einrichtung zu übertragen, die von zwei Körperschaften gebildet und durch diese demokratisch legitimiert ist. Einer solchen Einrichtung kann die Befugnis zur Satzungsgebung eingeräumt werden, wenn von den Mitgliedern beider Körperschaften her eine (verbands-)demokratische Legitimation besteht. Dann kann die Einrichtung verbindliche Regelungen



gegenüber den Mitgliedern beider Körperschaften treffen, und die Bindungswirkung kann auch auf die Mitglieder jeweils nachgeordneter weiterer Körperschaften erstreckt werden. Eine derartige Struktur weist der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen auf, dem die Befugnis eingeräumt ist, Regelungen mit normativer Wirkung für die ihn tragenden Körperschaften und für deren Mitglieder sowie für die Angehörigen der weiteren nachgeordneten Körperschaften zu erlassen. Der Bundesausschuß kann Richtlinien erlassen mit bindender Wirkung sowohl für die KÄVen und ihre Mitglieder - die Ärzte - als auch für die Krankenkassen und ihre Mitglieder - die Versicherten -. Von beiden Gruppen her, sowohl von den Ärzten als auch von den Versicherten, besteht eine ausreichende (verbands-)demokratische Legitimation. Hierfür ist - in Anlehnung an die Rechtsprechung des BVerfG zum allgemeinen Demokratieprinzip - eine kontinuierliche (ununterbrochene) Legitimationskette erforderlich, wobei ein nur mittelbarer Legitimationszusammenhang - eventuell vermittelt über mehrere Stufen - grundsätzlich ausreicht (vgl BVerfGE 47, 253, 275; 52, 95, 130; 77, 1, 40; 83, 60, 72 f). Eine solche Kette ergibt sich bei den betroffenen Ärzten dadurch, daß diese ihre Vertreter in die Vertreterversammlung der KÄV wählen (§ 80 Abs 1 Satz 1 SGB V), diese ihrerseits Vertreter in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) - wählt (§ 80 Abs 1 Satz 3 SGB V) und diese wiederum ihre Vertreter in den Bundesausschuß wählt (§ 5 Abs 2 der Satzung der KBV). Eine demokratische Legitimation besteht im übrigen aber auch (entgegen Ossenbühl NZS 1997, 497, 502) bei den Versicherten. Diese wählen im Rahmen der Sozialversicherungswahlen (§ 45 Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung <SGB IV>) ihre Vertreter in den Verwaltungsrat der Krankenkasse (§ 46 iVm § 31 Abs 3a SGB IV), dieser wählt dann - sofern die Krankenkasse nicht ohnehin die Rechte und Pflichten des Landesverbandes wahrnimmt - seine Vertreter in den Verwaltungsrat des Landesverbandes (§ 209 Abs 2 Satz 2 iVm Abs 3 SGB V), dieser wiederum wählt seine Vertreter in den Verwaltungsrat des Bundesverbandes der Krankenkassen (§ 215 Abs 1 Satz 1 SGB V), und dieser bestimmt seine Vertreter für die Bundesausschüsse (vgl zB § 12 Abs 7 Nr 4 der Satzung des AOK-Bundesverbandes). Die Schlußfolgerung, daß der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen aufgrund seiner Struktur als gemeinsames Gebilde der ihn tragenden Körperschaften - der KBV und der Bundesverbände der Krankenkassen - verbandsdemokratisch legitimiert ist und dadurch die Verleihung autonomer Rechtsetzungsbefugnisse keinen verfassungsrechtlichen Bedenken unterliegt, läßt sich zusätzlich stützen durch den folgenden Vergleich. Die gleichen Ergebnisse und normativen Wirkungen hätte der Gesetzgeber erreichen können, indem er die Körperschaften ermächtigt, durch Verträge miteinander bindende Normen für ihre jeweiligen Mitglieder und diejenigen der weiteren nachgeordneten Körperschaften zu schaffen (sog Normsetzungsverträge, vgl zu deren Zulässigkeit zusammenfassend BSGE 81, 73, 83 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 59). In der Weise zu differenzieren, daß zwar diese Struktur zulässig, die Bildung eines körperschaftsübergreifenden Ausschusses und der Erlaß



untergesetzlicher Normen durch ihn aber unzulässig sein könnte, wäre verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt.

Vor dem Hintergrund dieser Legitimationsbasis hat der Senat schon bisher die Befugnis des Bundesausschusses zur Normkonkretisierung anerkannt, auch gerade im Bereich der Bedarfsplanung (vgl. Senatsurteile vom 19. März 1997, BSG SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 3, und vom 3. Dezember 1997 - 6 RKa 64/96 -, zur Veröffentlichung vorgesehen). Er hat damit an seine Entscheidung zu den Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-RL) angeknüpft (vgl. das sog Methadon-Urteil vom 20. März 1996, BSGE 78, 70, 74 ff = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 29 ff). Ebenso haben auch andere Senate des BSG die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als Maßstab richterlicher Kontrolle angesehen, ihre Bindungswirkung also grundsätzlich bejaht (betr NUB-RL Urteile des 1. Senats vom 16. September 1997, BSGE 81, 54, 63 ff = SozR 3-2500 § 135 Nr 4 S 18 ff; BSGE 81, 73, 80 ff = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 55 ff; ebenfalls betr NUB-RL Beschluß des 10. Senats vom 9. Dezember 1997 - 10/4 BK 1/96 -; siehe weiterhin schon früher im Grundsatz ebenso, wenn auch mit anderer Begründung, das Urteil des 4. Senats vom 16. Dezember 1993, BSGE 73, 271, 287 ff = SozR 3-2500 § 13 Nr 4 S 27 ff betr Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses; vgl. ferner das Urteil des 3. Senats vom 19. November 1997 - 3 RK 6/96 -, zur Veröffentlichung vorgesehen, betr NUB-RL mit Bezugnahme auf die Urteile des 1. und 6. Senats).

Der Senat hat es auch gebilligt, daß die Regelungen in den Richtlinien des Bundesausschusses nicht nur für diejenigen verbindlich sind, die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und dadurch in den Selbstverwaltungsgremien und auch in dem Bundesausschuß repräsentiert sind, sondern normative Wirkung gegenüber weiteren Betroffenen entfalten. Eine derartige Geltung - auch als Außenseitererweiterung bezeichnet - ist jedenfalls dann zulässig, wenn den Richtlinien-Bestimmungen gesetzliche Vorschriften zugrunde liegen, die deren Inhalt, Zweck und Ausmaß vorgeben und in denen die wesentlichen Fragen geregelt sind. Dieses Erfordernis hat der Senat in seinen Urteilen vom 19. März 1997 und vom 3. Dezember 1997 bei den für jene Fälle maßgeblichen Bestimmungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien als erfüllt angesehen und sie dementsprechend seinen Entscheidungen über Klagen auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugrunde gelegt (BSG SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 3 und Urteil vom 3. Dezember 1997 - 6 RKa 64/96 -, zur Veröffentlichung vorgesehen; - jeweils anknüpfend an BSGE 78, 70, 80, 83 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 35, 38 f).

Entsprechende engmaschige Gesetzesvorgaben, die die Geltung gegenüber Außenstehenden rechtfertigen, bestehen auch für diejenigen Vorschriften der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte, die Maßstab für das von der Klägerin - als noch Außenstehender - geltend gemachte Zulassungsbegehren sind (vgl. deren 2., 3. und 4. Abschnitt). Die gesetzli-



chen Regelungen ergeben sich aus dem SGB V und der Ärzte-ZV (die insoweit als Gesetz erlassen ist, vgl Art 9 GSG, Art 102 des EWR-Ausführungsgesetzes vom 27. April 1993, BGBl I S 512, 2436, Art 14 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997, BGBl I S 1520). In § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9 SGB V ist allgemein bestimmt, daß der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen - und ebenso der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen - Richtlinien über die Bedarfsplanung beschließt. Die Vorschriften der §§ 99, 101 Abs 1 und 2 SGB V, § 12 Ärzte-ZV enthalten nähere Vorgaben für den Inhalt der Bedarfspläne und für die Abgrenzung der Planungsbereiche (vgl zu letzterem BSG, Urteil vom 3. Dezember 1997 - 6 RKa 64/96 -, zur Veröffentlichung vorgesehen) sowie für die Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades und der Überversorgung. Darin ist zB angeordnet, daß Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad festzulegen und bei Änderung maßgeblicher Umstände - oder auch zur Gewährleistung des Zugangs einer ausreichenden Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung - anzupassen bzw neu festzulegen sind (§ 101 Abs 1 Nr 1 SGB V und dessen Ergänzung durch den am 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Abs 2). Gesetzlich geregelt ist auch, daß eine Überversorgung anzunehmen ist, wenn der allgemeine Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist (§ 101 Abs 1 Satz 2 SGB V, § 16b Abs 1 Ärzte-ZV), und daß bei Überversorgung Zulassungsbeschränkungen - räumlich begrenzt und fachgruppenbezogen - anzuordnen sind (§ 103 Abs 1 und 2 SGB V, § 16b Abs 2 und 4 Ärzte-ZV).

Bei einem so dichten Gesetzesprogramm (vgl BSGE 78, 70, 83 = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 38 f) ist es unbedenklich, daß die Richtlinien-Bestimmungen im Sinne einer sog Außen-seitererweiterung auch Wirkung für Dritte entfalten, nämlich auch für diejenigen Ärzte, die bisher noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und dadurch nicht in den Selbstverwaltungsgremien und dem Bundesausschuß repräsentiert sind, sondern ihre Zulassung erst erreichen wollen.

Aus Art 6 GG ergibt sich ebenfalls kein Verfassungsverstoß. Zulassungsbewerber können auch dann, wenn bei ihnen familiäre Beziehungen berührt werden, darauf verwiesen werden, in anderen nicht gesperrten Planungsbereichen ihre Zulassung zu beantragen. Zwar stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung (Abs 1), und jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft (Abs 4). Indessen ist der Gesetzgeber nicht gehalten, alle mit der Mutterschaft und/oder Kindererziehung zusammenhängenden wirtschaftlichen und beruflichen Belastungen auszugleichen (vgl zB BVerfGE 60, 68, 74, und BVerfG <Kammer>, Beschluß vom 2. April 1996, NVwZ 1997, 54, 55). Vielmehr steht ihm bei seiner Entscheidung, in welchem Umfang und mit welchen Mitteln er dem Schutzauftrag des Art 6 GG nachkommt, eine weite Gestaltungsfreiheit zu. Er kann und muß auch andere öffentliche Belange mitberücksichtigen, wobei eine Güterabwägung vorzunehmen ist (BVerfG <Kammer> aaO mit weiteren



BVerfG-Angaben). So ist auf den Gemeinwohlbelang der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, dem das BVerfG hohe Bedeutung beimißt (BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 30; 82, 209, 229 ff; ferner BVerfGE 77, 84, 107), Rücksicht zu nehmen und in Rechnung zu stellen, daß es dem Gemeinwohlbelang dient, die Bedarfsplanung praktikabel sowie in ihren Auswirkungen überschaubar und die Ausnahmetatbestände in engen Grenzen zu halten. Deshalb kann es nicht beanstandet werden, wenn der Gesetzgeber auf Ausnahmeregelungen zugunsten familiär betroffener Zulassungsbewerber verzichtet hat. Von solchen Ausnahmebestimmungen hat der Gesetzgeber zumal deshalb absehen dürfen, weil die nachteiligen Rechtsfolgen von Zulassungsbeschränkungen nur reflexartig und mittelbar auf die familiären Beziehungen einwirken, mithin nicht die abwehrrechtliche Komponente des Art 6 GG, sondern lediglich dessen weniger strikten Gehalt als wertentscheidende Grundsatznorm betreffen (vgl hierzu BVerfGE 80, 81, 92 f; siehe auch BVerfGE 87, 1, 35).

Im Rahmen der Güterabwägung ist gegenüber Ausnahmeregelungen für familiär betroffene Zulassungsbewerber auch zu beachten, daß deren bevorzugte Zulassung andere Bewerber zurücksetzen würde, so daß diese um so intensiver in ihrem Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG betroffen wären. Aufeinandertreffende Grundrechtspositionen gegeneinander abzuwägen und abzugrenzen, ist eine dem Gesetzgeber obliegende Aufgabe (BVerfGE 83, 130, 142). Eine Beanstandung wäre nur möglich, wenn die zugrundeliegende Gewichtung und Güterabwägung ersichtlich fehlsam wäre (BVerfGE 80, 137, 159 f). Ein solcher Fehlgriff kann indessen bei der gesetzgeberischen Entscheidung gegen eine Sonderregelung für familiär betroffene Zulassungsbewerber nicht festgestellt werden.

Bei alledem ist zu berücksichtigen, daß der Fall, in dem eine Ärztin, bedingt durch Schwangerschaft und/oder Kindererziehung, nicht bis zum 31. Januar 1993 alle Qualifikationsvoraussetzungen erlangen konnte, anders liegt als der Fall, daß eine Ärztin - wie die Klägerin - am 31. Januar 1993 schon alle Qualifikationsvoraussetzungen erlangt und nur den Antrag noch nicht gestellt hatte. Ob beide Fallgestaltungen gleich liegen oder ob für die erstgenannten Fälle eine andere Beurteilung in Betracht kommen und möglicherweise eine Sonderregelung erforderlich sein könnte, bedarf hier aber keiner Entscheidung (für derartige Fälle sind im Zusammenhang mit der Einbeziehung der Psychotherapeuten in das SGB V Ausnahmenvorschriften vorgesehen: § 95 Abs 11a und 11b SGB V des Gesetzentwurfs BT-Drucks 13/9212 S 21 f; vgl auch § 125b Abs 1 Beamtenrechtsrahmengesetz und hierzu BVerfG <Kammer> NVwZ 1997, 54). Im übrigen hätte die Klägerin, da sie schon länger alle Voraussetzungen erfüllte, bis zum 31. Januar 1993 ihre Zulassung beantragen und dann mit der Praxiseröffnung bis zum 1. Oktober 1993 warten können (vgl Art 33 § 3 Abs 1 GSG). Dies hätte sie nicht wesentlich früher zur Aufnahme der Praxistätigkeit gezwungen, als sie dies mit ihrem Zulassungsantrag vom September 1993 - zum 1. Januar 1994 - ohnehin plante.



Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und Abs 4 Sozialgerichtsgesetz.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)