

Le i t s a t z

zum Beschluss des Ersten Senats vom 20. März 2001

- 1 BvR 491/96 -

Es ist mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) und mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) vereinbar, dass approbierte Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, grundsätzlich nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden.



Im Namen des Volkes

**In dem Verfahren
über
die Verfassungsbeschwerde**

des Herrn Professor Dr. B...

- Bevollmächtigte: Rechtsanwälte Becker, Büttner und Koll.,
Gisonenweg 9, 35037 Marburg/Lahn -

1. unmittelbar gegen

a) den Beschluss des Bundessozialgerichts vom 9. Januar 1996 - 6 BKa 24/94 -,

b) das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25. Mai 1994 - L
11 Ka 17/94 -,

c) das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 20. Oktober 1993 - S 19 Ka 26/93 -,

d) den Beschluss des Berufungsausschusses für Kassenarztzulassungen Nord-
rhein vom 9. Juni 1993 - W.-Nr. 57/93 -,

e) den Beschluss des Zulassungsausschusses für Vertragsärzte Köln bei der Kas-
senärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 30. März 1993 - 271/93 -,

2. mittelbar gegen

a) § 98 Abs. 2 Nr. 12 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fas-
sung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-
Reformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477),

b) § 25 der Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV) in der Fassung des
Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz
- GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477)

hat das Bundesverfassungsgericht - Erster Senat - unter Mitwirkung

des Vizepräsidenten Papier,
der Richterinnen Jaeger,
Haas,
der Richter Hömig,
Steiner,

der Richterin Hohmann-Dennhardt
und des Richters Hoffmann-Riem

am 20. März 2001 beschlossen:

Die Verfassungsbeschwerde wird zurückgewiesen.

Gründe:

A.

Die Verfassungsbeschwerde betrifft die Frage, ob approbierten Ärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres der Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit in aller Regel versperrt werden darf, insbesondere um zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beizutragen.

1

I.

1. Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung ist ein im Umlageverfahren durch Versicherungsbeiträge finanziertes Gesundheitssystem zur medizinischen Vollversorgung von inzwischen nahezu 90 vom Hundert der Bevölkerung. Die Versicherungsleistungen werden dabei weitgehend als Sachleistungen ohne direkte Kostenbeteiligung der Versicherten erbracht. Ein derartiges System tendiert nach Einschätzung von Sachverständigen zur Kostenausweitung. Bedarfsfeststellung und Kostenkontrolle liegen nicht in einer Hand. Fragt ein Versicherter Leistungen nach, definiert der Arzt den medizinischen Bedarf und erfüllt ihn sodann; die Krankenkassen tragen die Kosten, die über Beiträge aufgebracht werden, mit denen im Wesentlichen kleine und mittlere Einkommen aus abhängiger Beschäftigung belastet sind. Einkommensbezieher mit höherem Erwerbseinkommen, Selbständige und Beamte sind in der Regel privat versichert, sofern sie der gesetzlichen Versicherung nicht als freiwillig Versicherte angehören. In der Privatversicherung gibt es etwa 6 Millionen Versicherte mit vollem Krankenversicherungsschutz; in der gesetzlichen Versicherung sind 72 Millionen versichert, davon etwa 15 Millionen als Rentner und 22 Millionen als beitragsfrei versicherte Familienmitglieder. Die kontinuierlich steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung haben zu Steigerungen im Beitragssatz und zu erheblichen Anhebungen der Versicherungspflichtgrenze geführt (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung <Hrsg.>, Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 1996/97, S. 16). Auch für die Zukunft wird mit steigenden Kosten bei den Gesundheitsleistungen gerechnet als Folge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft, der hiermit verbundenen Abnahme der Beitragszahler aus aktiver Erwerbstätigkeit und der Steigerungseffekte aus dem medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt. Die Vermeidung von weiteren Beitragssteigerungen ist seit Jahren ein vorrangiges Ziel der Gesundheitspolitik (vgl. Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit <Hrsg.>, Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, 1990 <im Folgenden: Enquête-Bericht>, Rn. 82 ff.; Sachverständigenrat

2

zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung <im Folgenden: Sachverständigenrat>, Jahresgutachten 1992/93, Nr. 377 ff. m.w.N.; vgl. zur Entwicklung auch BTDrucks 11/2237, S. 1, 132 ff., 156; BTDrucks 13/6087, S. 15).

2. Einspareffekte können durch Kostenbeteiligung der Versicherten, Leistungskürzungen oder durch Freilegung von Leistungsreserven im Gesundheitswesen erwirtschaftet werden. Dem ambulanten Bereich wird hierbei eine Schlüsselstellung zugeschrieben (vgl. BTDrucks 12/3608, S. 94; Hess, in: Kasseler Kommentar, Bd. 1, Stand: Dezember 2000, § 73 SGB V Rn. 12). Der Vertragsarzt konkretisiert die Ansprüche der Versicherten gegenüber den Krankenkassen, definiert das Kranksein der Patienten und den Bedarf an ärztlichen und sonstigen Dienst- und Sachleistungen (§ 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 i.V.m. § 28 Abs. 1 SGB V; vgl. BSG, SozR 3-2500 § 13 Nr. 4). Er verordnet durchschnittlich Kassenleistungen in Höhe des Vierfachen seines Honorars (vgl. BTDrucks 12/3608, S. 98; Enquête-Bericht, S. 119 Rn. 53). Allgemeinärzte veranlassen nach Schätzungen sogar das Siebenfache des eigenen Umsatzes (vgl. Hess, a.a.O., Rn. 12; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen <im Folgenden: Sachverständigenrat Konzertierte Aktion>, Jahresgutachten 1988, Rn. 354). Unter den Kostendämpfungsmaßnahmen kommt deshalb der Vermeidung ungerechtfertigter Mengenausweitung hohe Priorität zu (vgl. Enquête-Bericht, a.a.O., S. 117 ff., Rn. 45 ff.). Die Mengenausweitung kann durch das System der Vergütung und die Zahl der Beteiligten an der vertragsärztlichen Versorgung beeinflusst werden (vgl. Enquête-Bericht, a.a.O., Rn. 109 ff.). Denn durch das grundsätzlich einzelleistungsbezogene Vergütungssystem steigen die Ausgaben auch mit steigender Zahl niedergelassener Ärzte. Seit den Erhebungen zum ersten Kassenarzt-Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 11, 30) hat sich die Zahl niedergelassener Ärzte bis 1996 knapp verdreifacht; die Arztdichte hat seitdem weiter zugenommen. Die Fallzahlen pro Vertragsarzt sind gleichwohl nicht gesunken, sondern gestiegen. Nachdem das an die Ärzte zu verteilende Honorarvolumen durch Budgets beschränkt worden war, sank die Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung. In vielen Bereichen kam es daraufhin zu Mengenausweitungen mit der Folge, dass Ärzte, die auf die Budgetierung nicht mit einer Leistungsausweitung reagiert haben, faktisch Honoraranteile an andere abgeben (vgl. Pfaff/Nagel/Rindsfüßer, Die zukünftige Entwicklung der Arztzahlen im ambulanten Bereich bis zum Jahr 2006, 1993, S. 11 f., 71 f., 125 f.).

Zur Vermeidung weiterer Kostensteigerungen gibt es zahlreiche - zum Teil schon gesetzlich verwirklichte - Vorschläge, die bei der Neustrukturierung des ärztlichen Versorgungsangebots als Ganzem einsetzen (vgl. Sachverständigenrat Konzertierte Aktion, Jahresgutachten 1990, Rn. 461 ff. und Jahresgutachten 1992, Rn. 322 ff.), eine Verringerung der Studienplätze in der Medizin befürworten (vgl. Sachverständigenrat Konzertierte Aktion, Sachstandsbericht 1994, Rn. 334) oder auf andere Weise die Zulassung der Vertragsärzte zu begrenzen suchen, beispielsweise durch die Verlängerung der ärztlichen Ausbildung und die Einführung des Facharztvorbehalts für die Vertragsarztzulassung (§ 95 a SGB V) sowie durch die Festlegung der End-

3

4

Altersgrenze für Vertragsärzte (vgl. § 95 Abs. 7 SGB V). Der Gesetzgeber hat zusätzlich Regelungsmechanismen bei Überversorgung (Bedarfsplanung - §§ 99 ff. SGB V) geschaffen sowie die hier angegriffene Altersgrenze für den erstmaligen Entschluss zur Niederlassung als Arzt und zur Zulassung als Vertragsarzt eingeführt. Weitere Reformüberlegungen zielen auf den Abschluss von Einzelverträgen statt kollektiver Verträge sowie auf eine befristete Vergabe von Vertragsarztsitzen (vgl. Sachverständigenrat Konzentrierte Aktion, Sachstandsbericht 1994, Rn. 596 ff.). Beim Vergütungssystem wird mehr Transparenz und verstärkt die Abrechnung nach Fallpauschalen befürwortet.

Die Einsparmaßnahmen im Krankenkassenbereich sind aber nicht auf die niedergelassenen Ärzte beschränkt. So werden den Versicherten Zuzahlungen abverlangt. Mit den Festbeträgen wird auf das Preisgefüge bei Arznei- und Hilfsmitteln Einfluss genommen. Bestimmte Sachleistungen werden überhaupt nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Auch die Vergütungs- und Budgetregelungen im ambulanten und stationären Bereich dienen dem Ziel, Einsparungen zu erzielen.

5

3. Das Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung bedingt, dass sich die Krankenkassen zur Sicherstellung der ihnen zugewiesenen Aufgaben der in Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeschlossenen Vertragsärzte bedienen. Von Beginn an drängten die Ärzte auf erweiterte Beschäftigungsmöglichkeiten, die Krankenkassen auf die Vermeidung hoher Kosten (vgl. Rosewitz/Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, 1990, S. 14 ff.). Den niedergelassenen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten ist die ambulante Versorgung der Versicherten vorbehalten. Ihre Zahl stieg kontinuierlich an. 1913 wurde ein Arzt auf je 1.350 Versicherte, 1932 ein Arzt auf nur noch 600 Versicherte zugelassen. Die auf 500 abgesenkte Zahl war gültig, bis das Bundesverfassungsgericht die Zulassung nach Verhältniszahlen als mit Art. 12 Abs. 1 GG nicht vereinbar aufgehoben hat (BVerfGE 11, 30 <39>). Als daraufhin bis 1986 die Zahl der zugelassenen Vertragsärzte im ambulanten Bereich um 75 vom Hundert anstieg, hat der Gesetzgeber regional wirkende Zulassungsregeln eingeführt, die einer Konzentration der Überversorgung in bestimmten Gebieten entgegenwirken sollten (vgl. § 368 t RVO). Das erschien notwendig, weil die Ausgaben der Krankenkassen je Versichertem umso höher lagen, je höher die Versorgungsdichte mit Ärzten war (vgl. BTDrucks 10/5630, S. 12; 10/6444, S. 5 f.).

6

Zwei Jahre später wurde mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477) die vorliegend angegriffene Altersgrenze eingeführt, um den Anstieg der Kassenarztzahlen weiter abzuschwächen und damit die Kostendämpfung zu verbessern (vgl. BTDrucks 11/2237, S. 132, 137, 156). Zur Begründung wurde ausgeführt, der Zustrom von Ärzten, die das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben, führe zu einer Gefährdung der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es sei zu befürchten, dass solche Ärzte die Tätigkeit nur relativ kurze Zeit ausüben könnten und

7

die Amortisation ihrer Praxisinvestitionen durch gesteigerte und unwirtschaftliche Tätigkeit zu erreichen versuchten. Im Übrigen hätten diese Ärzte ein abgeschlossenes Berufsleben hinter sich, so dass mit Ausnahme von Härtefällen auch kein Bedürfnis für ihre Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung bestehe (vgl. BTDrucks 11/2237, S. 195).

Die maßgebliche Vorschrift des § 98 SGB V hat folgenden Wortlaut:

8

Zulassungsverordnungen

(1) Die Zulassungsverordnungen regeln das Nähere über die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung (§ 99) und die Beschränkung von Zulassungen. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. bis 11. ...

12. den Ausschluss einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das fünf- undfünfzigste Lebensjahr vollendet haben, sowie die Voraussetzungen für Ausnahmen von diesem Grundsatz, soweit die Ermächtigung zur Sicherstellung erforderlich ist, und in Härtefällen,

13. bis 15. ...

§ 25 der Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV) in der Fassung von Art. 18 Nr. 13 GRG bestimmt ergänzend:

9

Die Zulassung eines Arztes, der das fünf- undfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuss kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.

Die Vorschrift ist gemäß Art. 79 Abs. 1 GRG am 1. Januar 1989 in Kraft getreten.

10

Jungen Ärzten wird demgegenüber der Eintritt ins Berufsleben dadurch erleichtert, dass sie ohne eigene Kassenzulassung bei Vertragsärzten beschäftigt werden können (§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV). Vertragsarztsitze werden frei, wenn die Inhaber die mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266) eingeführte Altersgrenze von 68 Jahren erreichen (vgl. BTDrucks 12/3608, S. 93).

11

II.

1. Der 1934 geborene Beschwerdeführer ist Arzt für Innere Medizin. Seit 1969 war er an einer medizinischen Universitätsklinik vornehmlich im Bereich der Hämapherese (Trennung von Blutzellen und Plasma) als Oberarzt und außerplanmäßiger Professor tätig. Das Beschäftigungsverhältnis war nicht frei von Spannungen, die erst 1994 vor dem Arbeitsgericht mit einem Vergleich bei fortbestehendem Beschäfti-

12

gungsverhältnis ihren Abschluss fanden.

2. Noch während dieses Verfahrens beantragte der Beschwerdeführer Anfang 1993 kurz vor Vollendung seines 60. Lebensjahres die Zulassung als Vertragsarzt mit der Begründung, er empfinde die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses als zu belastend und insgesamt nicht mehr zumutbar; erhalte er die Zulassung, werde er seine Tätigkeit als angestellter Arzt aufgeben. Sowohl der Zulassungsantrag als auch die vom Beschwerdeführer gegen die Ablehnung ergriffenen Rechtsbehelfe waren erfolglos. Zur Begründung stützte sich das Landessozialgericht auf § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V in Verbindung mit § 25 Ärzte-ZV, die es in Übereinstimmung mit dem 6. Senat des Bundessozialgerichts (BSGE 73, 223) für verfassungsgemäß hielt. Nach Vollendung des 55. Lebensjahres seien hiernach erstmalige Zulassungen ausgeschlossen; ein Härtefall liege nicht vor, weil der Beschwerdeführer in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis stehe; hieraus resultierende Konflikte müssten durch Verhandlungen oder die Arbeitsgerichtsbarkeit gelöst werden. 13

Das Bundessozialgericht ließ gegen das Urteil des Landessozialgerichts die Revision nicht zu. Eine Divergenz sei nicht schlüssig dargetan. Sie folge nicht allein daraus, dass ein anderer Senat, der für die Vertragszahnärzte zuständig war, die angewandten Vorschriften für verfassungswidrig gehalten und dem Bundesverfassungsgericht zur Prüfung vorgelegt habe. 14

Das Verfahren, das unter dem Aktenzeichen 1 BvL 13/93 anhängig war, hat sich durch Aufhebung des Vorlagebeschlusses im Jahr 1994 erledigt. 15

III.

Mit seiner Verfassungsbeschwerde wendet sich der Beschwerdeführer unmittelbar gegen die Beschlüsse des Zulassungs- und des Berufungsausschusses, gegen die sozialgerichtlichen Entscheidungen sowie mittelbar gegen § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V und § 25 Ärzte-ZV. 16

Er rügt eine Verletzung seines Grundrechts aus Art. 12 Abs. 1 GG. Die Altersgrenze für Vertragsärzte stelle eine objektivierte subjektive Zulassungsbeschränkung dar, die nur zu rechtfertigen sei, wenn die Zulassung älterer Bewerber eine schwere Gefährdung der Finanzkraft der Krankenkassen herbeiführen würde. Das sei jedoch nicht der Fall. Auch der Gesetzgeber sei den Nachweis hierfür schuldig geblieben. Sowohl die ihn treffende Regelung als auch alle übrigen Zulassungsbeschränkungen im vertragsärztlichen Bereich seien zur Eindämmung der angebotsinduzierten Nachfrage nach Vertragsarztleistungen weder geeignet noch erforderlich. Dafür stünden andere und mildere Mittel zur Verfügung, wie eine Änderung der Vergütungsstruktur und eine Kostendämpfung bei Medikamenten, bei Heil- und Hilfsmitteln und im stationären Bereich. Selbst wenn im Jahr 1988 bei Erlass des Gesundheitsreformgesetzes die Ungeeignetheit der Zulassungsbeschränkungen noch nicht festgestanden habe, trete sie nunmehr offen zutage. Nach der umstrittenen Rechtsänderung seien seit Anfang der neunziger Jahre mehr Vertragsärzte zugelas- 17

sen worden als jemals zuvor. Soweit eine Kostendämpfung bewirkt worden sei, lasse sie sich deshalb nicht auf die Zulassungsbeschränkungen zurückführen.

Auch Art. 3 Abs. 1 GG sei verletzt, weil die Ungleichbehandlung zwischen jüngeren und älteren zulassungswilligen Ärzten nicht gerechtfertigt sei. 18

IV.

Zu der Verfassungsbeschwerde haben das Bundesministerium für Gesundheit namens der Bundesregierung, das Bundessozialgericht, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie im Namen der Spitzenverbände der Krankenkassen der AOK-Bundesverband Stellung genommen. In den Stellungnahmen wird ganz überwiegend davon ausgegangen, dass die angegriffenen Regelungen verfassungsgemäß sind; diese Sicht wird lediglich von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nicht geteilt. 19

1. Die Bundesregierung bezieht sich auf die veröffentlichten Erkenntnisse, wonach das unvertretbare Ausgabenwachstum in der gesetzlichen Krankenversicherung auf einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung infolge der steigenden Zahl an Vertragsärzten beruhe. Hieraus ergebe sich eine schwere Gefahr für das überragend wichtige Gemeinschaftsgut der Funktionsfähigkeit des öffentlichrechtlichen Krankenversicherungssystems. Der bedrohlichen Finanzentwicklung entgegenzuwirken, sei Ziel des Gesetzgebers gewesen. Die Zulassungsaltersgrenze sei eingebettet in eine Gesamtkonzeption zur Kostendämpfung. Sie sei nach den statistischen Erhebungen geeignet und auch erforderlich, weil andere, gleich wirksame, die Ärzteschaft aber weniger belastende Maßnahmen nicht zur Verfügung stünden. Budgetierungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen böten keine Alternativen. Die Regelung sei auch verhältnismäßig im engeren Sinne, weil sie nur Ärzte erfasse, die ein im Wesentlichen abgeschlossenes vollständiges Berufsleben zurückgelegt hätten. 20

2. Das Bundessozialgericht hat auf seine Rechtsprechung verwiesen (BSGE 73, 223), die auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Überzeugung vermittelt hat, dass die Zulassungsaltersgrenze verfassungsgemäß sei. 21

3. Der AOK-Bundesverband betont, dass dem Vertragsarzt hinsichtlich der Ausgabenentwicklung eine Schlüsselstellung in der gesetzlichen Krankenversicherung zukomme, weil er durchschnittlich Ausgaben in Höhe des Vierfachen der von ihm selbst verdienten Honorare verursache. Der Zusammenhang zwischen steigenden Vertragsarztzahlen und steigenden Leistungen sei statistisch belegt. Der Gesetzgeber habe seit längerem versucht, der Ausgabenentwicklung mit Kostendämpfungsmaßnahmen entgegenzuwirken. Vor diesem Hintergrund seien die gerügten Regelungen verfassungskonform. 22

4. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hält dagegen die angegriffenen Regelungen für verfassungswidrig. Diese wirkten über die Härtefallklausel kontraproduktiv, weil ältere Ärzte ausnahmsweise nur dann zugelassen werden könnten, wenn 23

sie aus wirtschaftlichen Gründen darauf existentiell angewiesen seien, also unter einem besonders hohen Amortisationsdruck stünden. Im Übrigen sei für den Bereich zahnärztlicher Versorgung die These von der angebotsinduzierten Nachfrage nicht belegbar. Beweise für unwirtschaftliches Verhalten gerade der älteren Zahnärzte gebe es nicht. Der Kostenanstieg im zahnärztlichen Bereich liege auch deutlich niedriger als der Anstieg der Zahnarztzahlen. Inwieweit dies auf sonstige Maßnahmen zurückzuführen sei, lasse sich nicht verifizieren.

B.

Die Verfassungsbeschwerde ist im Wesentlichen zulässig. 24

Nur soweit sich die Verfassungsbeschwerde gegen den Beschluss des Bundessozialgerichts über die Nichtzulassung der Revision richtet, ist sie unzulässig. Dieser Beschluss ist rein prozessrechtlicher Natur und befindet nicht über die gesetzlichen Regelungen, durch die sich der Beschwerdeführer in seinen Grundrechten verletzt sieht. 25

Die Verwerfung der Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig steht einer verfassungsgerichtlichen Prüfung im Übrigen jedoch nicht entgegen. Dem Beschwerdeführer sind bei Einlegung und Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde keine prozessualen Versäumnisse vorzuwerfen, die im Hinblick auf § 90 Abs. 2 Satz 1 BVerfGG zu einem Zulässigkeitshindernis führen könnten (vgl. BVerfGE 91, 93 <105 f.>). Solange zwei Senate des Bundessozialgerichts die im vorliegenden Verfahren umstrittenen Fragen für ihren jeweiligen Bereich uneinheitlich beurteilt hatten und deshalb auch ein konkretes Normenkontrollverfahren (1 BvL 13/93) beim Bundesverfassungsgericht anhängig war, durfte der Beschwerdeführer die zur revisionsrechtlichen Überprüfung gestellten Rechtsfragen weiterhin für grundsätzlich klärungsbedürftig halten und sich bei der Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde auf die bekannten unterschiedlichen Argumente beziehen. 26

C.

Die Verfassungsbeschwerde ist nicht begründet. Die Verwaltungs- und Gerichtsentscheidungen sowie die ihnen zugrunde liegenden Vorschriften des § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V und des § 25 Ärzte-ZV sind mit dem Grundgesetz vereinbar. 27

I.

Durch die angegriffenen Regelungen ist das für die Vertragsärzte maßgebliche Berufsrecht umgestaltet und damit der Zugang zu diesem Betätigungsfeld für Ärzte grundsätzlich nur bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres der Bewerber eröffnet worden. Diese Umgestaltung berührt für angehende Vertragsärzte das Grundrecht der Berufsfreiheit. 28

1. Art. 12 Abs. 1 GG gewährt dem Einzelnen das Recht, jede Tätigkeit, für die er sich geeignet glaubt, als Beruf zu ergreifen und zur Grundlage seiner Lebensführung zu machen. Die Vorschrift konkretisiert das Grundrecht auf freie Entfaltung der Per- 29

sönlichkeit im Bereich der individuellen Leistung und Existenzerhaltung und zielt auf eine möglichst unreglementierte berufliche Betätigung ab (vgl. BVerfGE 82, 209 <223> m.w.N.). Das Grundrecht schützt auch den Berufswechsel und den Übergang zwischen unterschiedlichen Ausübungsformen desselben Berufs, insbesondere den Übergang von der unselbständigen zur selbständigen Tätigkeit (vgl. BVerfGE 7, 377 <398 f.>).

Art. 12 Abs. 1 GG formuliert ein einheitliches Grundrecht der Berufsfreiheit, dessen verschiedene Gewährleistungen allerdings insofern Bedeutung haben, als an die Einschränkung der Berufswahl höhere Anforderungen gestellt werden als an die Einschränkung der Berufsausübung. Durch den Eingriff auf der Ebene der Berufswahl wird der Freiheitsanspruch des Einzelnen in besonders empfindlicher Weise beeinträchtigt. Deshalb sind an den Nachweis der Notwendigkeit einer solchen Freiheitsbeschränkung besonders strenge Anforderungen zu stellen. Es muss im Allgemeinen um die Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut gehen (BVerfGE 97, 12 <32>). Dabei gibt es in der beruflichen Realität fließende Übergänge zwischen Berufswahl und Berufsausübung, weil der persönliche Entschluss, sich einer Berufstätigkeit in der einen oder anderen Ausprägung zu widmen, Elemente enthalten kann, die einer Berufswahl zumindest nahekommen (vgl. BVerfGE 33, 125 <161>).

30

Eingriffszweck und Eingriffsintensität müssen stets in einem angemessenen Verhältnis stehen (vgl. BVerfGE 101, 331 <347>). Die Bewertung dieses Verhältnisses richtet sich in Bereichen, in denen ein sehr allgemein gehaltenes Ziel durch eine Vielzahl von Maßnahmen verfolgt wird, die unterschiedliche Rechtspositionen verschiedener Grundrechtsträger berühren, nach dem Maß der jeweiligen individuellen Betroffenheit. Verfolgt der Gesetzgeber ein komplexes Ziel - wie die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - mit vielfältigen Mitteln, ist eine Maßnahme nicht ungeeignet, weil die Betroffenen anderenorts größere Einsparpotentiale sehen. Auch ist eine bestimmte Maßnahme nicht deshalb als nicht erforderlich anzusehen, weil es andere Mittel innerhalb des Systems gibt, die andere Personen weniger belasten würden. Eine einzelne Maßnahme ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Zwecks auch nicht deshalb unverhältnismäßig, weil nicht alle Betroffenen durch die gesetzlichen Vorkehrungen gleichmäßig belastet werden.

31

2. Offen bleiben kann, ob die angegriffene Altersgrenze wegen ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen in die Nähe einer Regelung der Berufszulassung kommt und damit das Recht auf freie Berufswahl berührt (vgl. dazu BVerfGE 11, 30 <42 f.>).

32

a) Eine Bewertung als Berufswahlregelung erscheint eher fern liegend, wenn die angegriffene Altersgrenze dahin verstanden wird, dass den approbierten Ärzten typischerweise hierdurch nur eine Zeitspanne vorgegeben wird, innerhalb der sie sich für eine Niederlassung als Vertragsarzt, nicht etwa als Arzt schlechthin, entscheiden müssen. Diese Entscheidung muss in einem Zeitpunkt gefallen sein, in dem üblicherweise schon zwei Drittel des aktiven Berufslebens verstrichen sind. Ist die Grenze

33

von 55 Jahren allerdings überschritten, nähern sich die Wirkungen der angegriffenen Normen einer Regelung der Berufswahl. Für die meisten Ärzte ist die Zulassung als Vertragsarzt noch immer von entscheidender wirtschaftlicher Bedeutung.

b) Die rechtliche Einordnung der Maßnahme bedarf jedoch keiner abschließenden Entscheidung, weil dem Gesetzgeber legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zur Seite stehen, die auch eine Berufswahlregelung rechtfertigen. Die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Gemeinwohlbelang von hinreichendem Gewicht. Auch im Übrigen sind die Anforderungen an Zulassungsbeschränkungen erfüllt.

34

3. Neben der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut bezeichnet hat (vgl. BVerfGE 78, 179 <192>), hat gerade im Gesundheitswesen der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht. Die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist für das Gemeinwohl anerkanntermaßen von hoher Bedeutung (vgl. BVerfGE 70, 1 <30>; 82, 209 <230>). Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, von dem sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Systems und bei der damit verbundenen Steuerung des Verhaltens der Leistungserbringer leiten lassen darf.

35

a) Der Gesetzgeber hat den ihm bei der Festlegung und Ausgestaltung sozialpolitischer Ziele eingeräumten Gestaltungsspielraum (vgl. BVerfGE 77, 308 <332>) vorliegend nicht überschritten. Soweit er die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch die gesetzliche Krankenversicherung zu gewährleisten sucht, muss er hierbei unterschiedliche Gemeinwohlbelange und - zum Teil gegenläufige - Grundrechtspeditionen vieler Personengruppen miteinander zum Ausgleich bringen.

36

aa) In der sozialen Krankenversicherung sind abhängig Beschäftigte mit mittleren und niedrigen Einkommen sowie Rentner pflichtversichert. Die Beiträge werden von den Versicherten, ihren Arbeitgebern, den Rentnern und den Rentenversicherungsträgern aufgebracht. Die Beitragshöhe richtet sich nach dem im erzielten Bruttoeinkommen verkörperten Leistungsvermögen, nicht nach dem individuellen Risiko. Mit dieser Versicherungsform wird auch einkommensschwachen Bevölkerungsteilen ein voller Krankenversicherungsschutz zu moderaten Beiträgen ermöglicht. In der privaten Krankenversicherung betragen die Prämien für Familien, chronisch Kranke und für ältere Versicherte, insbesondere solche, die mit einem nicht erwerbstätigen Partner verheiratet sind, ein Vielfaches der Beiträge zur Sozialversicherung.

37

bb) Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist so ausgestaltet, dass es in weiten Bereichen nicht durch Marktkräfte gesteuert wird. Die Preise für Güter und Leistungen sind nicht Gegenstand freien Aushandelns im Rahmen eines freien Wett-

38

bewerbs. Deshalb unterliegen die Leistungserbringer in erhöhtem Maße den Einwirkungen sozialstaatlicher Gesetzgebung (vgl. BVerfGE 68, 193 <220 f.>). Staatliche Regulierungen des Berufsrechts eröffnen insoweit die Beteiligung an dem umfassenden sozialen Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, das aus Beiträgen der Versicherten finanziert wird, von dem auch die Leistungserbringer profitieren und für dessen Funktionsfähigkeit der Staat die Verantwortung trägt (vgl. BVerfGE 70, 1 <31>).

cc) Der Gesetzgeber hat unter Berücksichtigung dieser Faktoren sowie der allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen darüber zu befinden, welche Beitragsbelastung den Versicherten, ihren Arbeitgebern und den Rentenversicherungsträgern zumutbar ist und welche Gesundheitsdienstleistungen aus diesem Finanzvolumen bezahlt werden können. Dabei hat er zugleich die Bedingungen auch für die Leistungserbringer so festzulegen, dass die Krankenkassen ihrem Sicherstellungsauftrag genügen können. Das setzt leistungsbereite Anbieter im Gesundheitswesen, insbesondere den Erhalt einer leistungsfähigen Ärzteschaft voraus (vgl. zur Berufsgruppe der Rechtsanwälte BVerfGE 97, 12 <31>).

39

Die Kostenbegrenzung ist damit nur eines der Ziele, die der Gesetzgeber verfolgt, um das System insgesamt funktionsfähig zu erhalten. Zugleich strebt er an, dass die volkswirtschaftlich für vertretbar gehaltene Beitragsbelastung, die der Krankenversicherung ihr Finanzierungsvolumen vorgibt, nicht überschritten und die Verteilung der Finanzmittel den Zielen der Versorgung der Versicherten mit einem ausreichenden und zweckmäßigen Schutz im Krankheitsfall gerecht wird. Mehrausgaben in einem Sektor bedingen dabei notwendigerweise Kürzungen an anderer Stelle, wenn Beitragserhöhungen vermieden werden sollen.

40

b) Der Gesetzgeber hat bei der Verfolgung seines Gesamtziels in den letzten Jahrzehnten alle am System Beteiligten in die Verantwortung für die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden. Auch dieses Streben nach einer ausgewogenen Lastenverteilung gehört zu den vom Gesetzgeber legitimerweise definierten Zielen einer strukturellen Ausgewogenheit.

41

aa) Die Einnahmen wurden erhöht, indem der versicherte Personenkreis ausgeweitet und die Beitragssätze angehoben wurden (Kassenärztliche Bundesvereinigung <Hrsg.>, Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1999, G 11). Der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung stieg in den letzten 20 Jahren um mehr als 100 vom Hundert (vgl. die Zahlen in: Verband der Privaten Krankenversicherung <Hrsg.>, Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 1996/97, S. 16, 21, 22; Nachweise zum Anteil der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung in: Der Bundesminister für Gesundheit <Hrsg.>, Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1997, S. 293; zur Entwicklung des versicherten Personenkreises vgl. Bloch, in: Schulin <Hrsg.>, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 15 Rn. 4 ff.; von Stillfried, Gesundheitssysteme im Wandel, 1996, S. 85).

42

bb) Den Versicherten wurden Leistungseinschränkungen zugemutet, indem bestimmte - durchaus notwendige - Arznei- oder Hilfsmittel (beispielsweise Schnupfentherapeutika, Verbandmittel, Brillengestelle) nicht mehr als Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden (§ 34 SGB V). Die Versicherten müssen sie selbst bezahlen. Durch die Rezeptgebühren beteiligen sich die Versicherten an den Ausgaben für Arzneimittel (§ 31 Abs. 3 SGB V) und durch Zuzahlungen auch an den Kosten, die durch Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) und Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und § 41 Abs. 3 SGB V) entstehen. Im Zahnarztbereich ist die Selbstbeteiligung bei den Zahnersatzleistungen besonders ausgeprägt (§ 30 Abs. 2 SGB V). 43

cc) Für die Leistungserbringer hat sich das Spektrum an Dienst- und Sachleistungen, das mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann, verengt (§ 135 SGB V). Ihnen sind Kürzungen bei den Honoraren (Punktwertdegression und Budgetierung - §§ 84, 85 SGB V), versuchsweise Einschränkungen beim Einsatz teurer Geräte (vgl. die inzwischen aufgehobene GroßgeräteRichtlinien Ärzte vom 16. Oktober 1990, abgedr. bei Schulin <Hrsg.>, Gesetzliche Krankenversicherung, Soziale Pflegeversicherung, Textsammlung, 1997, Nr. 270) und die Verantwortung für den Arzneimittelverbrauch (der bisher nicht vollzogene, aber immer wieder angedrohte Arzneimittelbudgetregress - § 84 Abs. 1 Satz 4 bis 7 SGB V) auferlegt worden. Die Vergütung der Leistungserbringer wurde verschiedentlich abgesenkt oder eine Zeit lang konstant gehalten (vgl. BVerfGE 62, 354; 70, 1); ihre Verteilung wurde eingehend geregelt und der Zuwachs an die beitragspflichtigen Einnahmen gekoppelt (§ 85 SGB V). Die Vertragsärzte müssen sich einer Wirtschaftlichkeitsprüfung stellen (§ 106 SGB V), soweit sie die Verantwortung für die Notwendigkeit der von ihnen verordneten und angeordneten Dienst- und Sachleistungen (§ 27 i.V.m. § 72 Abs. 2 SGB V) sowie für die ausreichende und zweckmäßige ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 i.V.m. § 72 Abs. 2 SGB V) tragen. Die Krankenhausbedarfsplanung hat dazu geführt, dass stationäre Einrichtungen geschlossen werden mussten. Mit der Festbetragsregelung (§ 35 SGB V) soll auf die Preisgestaltung der Pharmaindustrie eingewirkt werden (vgl. BTDrucks 11/3480, S. 24 und 12/3608, S. 73, 81); das Preismoratorium hatte zuvor unmittelbar die Preise für Arzneimittel eingefroren (§ 35 SGB V - vgl. dazu BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats, SozR 3-5407 Art. 30 Nr. 1 = NJW 2000, S. 1781). 44

dd) Auch der Zustrom der Leistungserbringer in die vertragsärztliche Versorgung unterlag vielfachen gesetzlichen Änderungen. Einerseits musste der Gesetzgeber berücksichtigen, dass neuere Erkenntnisse über die notwendige Versorgung der Versicherten die Zulassung neuer Berufe erforderlich machten; so wurden beispielsweise die Psychologischen Psychotherapeuten in den Kreis der abrechnungsberechtigten Leistungserbringer aufgenommen (vgl. hierzu BVerfGE 78, 165 <178>; § 95 Abs. 10 SGB V, angefügt mit Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 16. Juni 1998 <BGBl I S. 1311>). Andererseits suchte man die Zulassungszahlen zu vermindern, nachdem der Gesetzgeber die Annahme des Bundesverfassungsgerichts (vgl. 45

BVerfGE 11, 30 <44 ff.>) für empirisch widerlegt erachtet hatte, dass eine steigende Zahl von Ärzten keinen Einfluss auf die Ausgabenhöhe der gesetzlichen Krankenversicherung haben werde (vgl. die Längs- und Querschnittsvergleiche bei Breyer/Zweifel, Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., 1997, S. 241 ff., 257 f.; Adam, Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte, 1983, S. 106 f., 158 f., 179 ff.; Sachverständigenrat Konzertierte Aktion, Sachstandsbericht 1994, Rn. 76 f. und BTDrucks 12/3608, S. 98). Die Verlängerung der Ausbildung bis zur Approbation (§ 1 der Approbationsordnung für Ärzte i.d.F. der Bekanntmachung vom 14. Juli 1987 <BGBl I S. 1593>) und die Einführung des Facharztvorbehalts für die Vertragsarztniederlassung (§ 95 a SGB V) haben den Anstieg der an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten abgeschwächt (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung <Hrsg.>, Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1999, A 18). Dies wurde durch die Regelungen über die Bedarfsplanung (§ 368 Abs. 3 RVO i.d.F. des Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19. Dezember 1986 <BGBl I S. 2593>; §§ 99 ff. SGB V; vgl. BTDrucks 10/5630, S. 12; 10/6444, S. 5 f.) unterstützt. Infolge des mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingefügten § 95 Abs. 7 SGB V müssen inzwischen die über 68-Jährigen ihre Vertragsarztsitze aufgeben.

c) Die genannten Mittel waren und sind allesamt grundsätzlich geeignet, zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen, wenngleich keine Maßnahme nachhaltig gewirkt hat. Sie treffen unterschiedliche Personenkreise und haben unterschiedliche Folgen für die Volkswirtschaft. Die Auswahl solcher Maßnahmen obliegt dem Gesetzgeber, der bei der Erfüllung dieser komplexen Aufgabe einen besonders weiten Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum hat. Dabei kann er sich zur Beurteilung der Lage eines Sachverständigengremiums bedienen. Auch hat er die Erfolge der getroffenen Maßnahmen zu beobachten und abzuschätzen sowie gegebenenfalls neuen Handlungsbedarf festzustellen (Einsetzung der Enquête-Kommission mit Beschlussantrag vom 3. Juni 1987, vgl. BTDrucks 11/414; Erlass des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 12. Dezember 1985 zur Einsetzung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - vgl. jetzt § 141 SGB V). Die politischen Optionen sind durch die Verfassung nicht vorgegeben. Insbesondere ist es keine Frage des Verfassungsrechts, ob sich das Gesamtziel auch auf andere Weise und besser hätte erreichen lassen.

46

4. Der Gesetzgeber durfte zum Erhalt der Funktionsfähigkeit der kassenärztlichen Versorgung auch den Zugang von Ärzten, die allenfalls noch für eine relativ kurze Zeitspanne an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können, begrenzen.

47

a) Die angegriffenen Regelungen sind geeignet, zur Verwirklichung des gesetzgeberischen Konzepts beizutragen.

48

aa) Betroffen von § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V und § 25 Ärzte-ZV ist mit dem Beschwerdeführer die Gruppe der angehenden Vertragsärzte und unter diesen wiederum nur die Gruppe der bereits 55 Jahre alten approbierten Ärzte. Sie waren bisher

49

weitgehend von Zulassungshürden ausgenommen. Zugangerschwernisse für die jüngeren Ärzte hatte der Gesetzgeber bereits eingeführt. Sie wurden zeitgleich mit dem Erlass der hier angegriffenen Vorschrift in § 103 Abs. 2 SGB V (i.d.F. des GRG) verschärft, indem die Kassenzulassung von der Ableistung einer Vorbereitungszeit von einem Jahr abhängig gemacht wurde (vgl. BTDrucks 11/2237, S. 195). Mit der Altersgrenze von 68 Jahren hat der Gesetzgeber später auch dafür gesorgt, dass die Altersstruktur der vertragsärztlich zugelassenen Ärzte ausgewogen bleibt und die nachrückenden jüngeren Ärzte trotz der Zulassungssperren (§§ 101, 103 SGB V) ihre Zugangschance erhalten.

Die im vorliegenden Verfahren angegriffene Altersgrenze ist ein erster Schritt in diese Richtung gewesen. Mit ihr verringert sich die Zahl von Ärzten, die nach Einschätzung des Gesetzgebers in spezifischer Weise zu einer Gefährdung der Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen (BTDrucks a.a.O., S. 151, 195). 50

bb) Der Gesetzgeber durfte sich besondere wirtschaftliche Einsparungen davon verprechen, dass Personen, die die vertragsärztliche Tätigkeit nur noch während einer relativ kurzen Zeit ausüben können, nicht mehr zugelassen werden. Er konnte sich dabei auf plausible Annahmen stützen. 51

In den ersten Jahren nach der Praxisgründung bleibt einem Arzt ein geringerer Anteil seines Umsatzes als Gewinn. Schon ein zu Anfang gewährter Betriebsmittelkredit, der der Vorfinanzierung der Anlaufkosten und dem Geldbedarf für Praxis und Lebenshaltungskosten dient, ist nach den Untersuchungen der Deutschen Apotheker- und Ärztebank häufig erst nach einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren abgetragen. Durchschnittlich 12 Jahre dauert es, bis die für einen Praxiserwerb oder für eine Praxisgründung notwendigen Kredite insgesamt zurückgezahlt sind (vgl. Deutsche Apotheker- und Ärztebank <Hrsg.>, Praxisgründung, 3. Aufl., 1996, S. 89; vgl. auch das Zahlenmaterial für 1989/90 in Arzt und Wirtschaft, Sonderdruck aus Heft 18 vom 17. September 1991). Wenn Ärzten nur wenige Jahre der Gewinnerzielung aus selbständiger Tätigkeit zur Verfügung stehen, sie aber dennoch durchschnittliche Gewinne erwirtschaften wollen, müssen sie einen erhöhten Umsatz anstreben, was - aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung unerwünschte - Mengenausweitungen zur Folge haben kann. Der Gesetzgeber durfte es daher für angezeigt halten, mit den Zugangsbeschränkungen gerade solche Ärzte fernzuhalten, die angesichts des sie selbst treffenden wirtschaftlichen Drucks weniger geeignet erscheinen, kostenbewusst im Gesamtsystem tätig zu werden. 52

cc) Dieser Gesichtspunkt ist von besonderer Bedeutung, weil der Vertragsarzt zugleich Sachwalter der Kassenfinanzen insgesamt ist. Befugnis und Verpflichtung zu wirtschaftlicher Verwaltung der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung sind den Vertragsärzten überantwortet. Sie entscheiden über die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung. 53

Vertragsärzte müssen zur Erfüllung dieser Aufgabe über spezifische Kenntnisse im 54

Vertragsarztrecht und auch über die Bereitschaft verfügen, wirtschaftlich vertretbare Behandlungen in einer betriebswirtschaftlich sinnvollen Weise zu organisieren. Dazu gehören auch der Erwerb von Erfahrungen mit den rechtlichen und wirtschaftlichen Besonderheiten einer Vertragsarztpraxis, die Ärzte, die bis dahin im Krankenhaus, im Labor oder in der Forschung tätig waren, regelmäßig nicht haben erwerben können. Sie unterscheiden sich insoweit signifikant von der Gruppe der gleich alten Ärzte, die schon seit Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

b) Der Gesetzgeber konnte die Gesamtheit der von ihm verfolgten Ziele nicht mit einem die Belange des Beschwerdeführers weniger beeinträchtigenden Mittel erreichen. Mildere, aber für die Personengruppe der bereits 55 Jahre alten Ärzte gleich wirksame Berufsregelungen sind nicht ersichtlich. 55

Änderungen in der Vergütungsstruktur und der Höhe der Vergütung oder schärfere Kontrollen des Ordnungs- und Abrechnungsverhaltens wären insoweit keine tauglichen milderen Mittel gewesen. Sie hätten sich im Wesentlichen gegen die bereits zugelassenen Vertragsärzte gerichtet. Neu zuzulassende Ärzte können die Auswirkungen solcher Änderungen nicht aus eigener Erfahrung abschätzen. Die Zahl der zugangswilligen Ärzte hätte hierdurch allenfalls dann vermindert werden können, wenn die Vergütungseinbußen so erheblich gewesen wären, dass angehende Vertragsärzte andere Berufsperspektiven für wirtschaftlich interessanter gehalten hätten. Das ist schwer vorstellbar, weil Ärzte unter den Freiberuflern im Durchschnitt zu den gut verdienenden Personen zählen (vgl. Statistisches Bundesamt, Unternehmen und Arbeitsstätten, Ausgabe 1991, Fachserie 2, Reihe 1.6.1., S. 13 und Reihe 1.6.2., S. 14 und Ausgabe 1995 Reihe 1.6.1., S. 14 und Reihe 1.6.2., S. 14; vgl. auch Bedau, Zur Einkommenslage in den freien Berufen, DIW-Wochenbericht 1999, S. 2 ff.). 56

c) Die Altersgrenze wahrt auch den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne. 57

aa) Die Altersgrenze ist für eine Erstzulassungsgrenze sehr hoch angesetzt und liegt in einem Bereich, in dem Arbeitnehmern vielfach schon die Möglichkeiten von Altersteilzeit oder Frühverrentung offen stehen. Zugangshürden, die erst so spät eingreifen, wirken in der Regel nicht sehr belastend, weil die Betroffenen bereits beruflich etabliert sind. Ihnen wird mit der Vorenthaltung der Kassenarztzulassung keine Betätigung verwehrt, für die sie in ihrem langen Berufsleben besondere Erfahrungen gesammelt haben. 58

Die Altersgrenze trifft diesen Personenkreis auch nicht empfindlich. Bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres können die Ärzte noch frei über einen Wechsel zur vertragsärztlichen Versorgung entscheiden, soweit die Bedarfsplanung es zulässt. Den Betroffenen wird weder die Fortführung ihres Arztberufes noch der Berufswechsel überhaupt verwehrt; sie haben für ihre Entscheidung nur eine äußerste Frist einzuhalten. 59

bb) Demgegenüber wiegen die öffentlichen Interessen, denen die Altersgrenze zu 60

dienen bestimmt ist, schwer. Die Sicherung der Leistungsfähigkeit und die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sind Gemeinwohl- aufgaben von hohem Rang. Jeder einzelne Schritt, mit dem der Gesetzgeber diese Ziele zu erreichen sucht, ist von erheblicher Bedeutung, auch wenn eine einzelne Maßnahme immer nur einen Teilbeitrag zur Verwirklichung des Gesamtziels leisten kann. Die öffentlichen Belange verlieren nicht an Gewicht, wenn sie sich nur durch eine Vielzahl kleiner Schritte verwirklichen lassen.

cc) Damit löst die getroffene Regelung den Konflikt in angemessener Weise. Sie ist insbesondere deshalb verhältnismäßig, weil sie den Zulassungsgremien abweichende Entscheidungen ermöglicht, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. Der Gesetzgeber berücksichtigt damit, dass es im Einzelfall Besonderheiten geben mag. Vom Grundsatz der starren Altersgrenze kann abgewichen werden, weil sich individuelle Lebenswege gelegentlich der gesetzlichen Typik entziehen. Nicht immer beruht beispielsweise der Wunsch nach Veränderung auf einer freien Entschließung des Arztes. Die Zulassungsgremien und Fachgerichte sind aufgerufen, bei der Prüfung des Einzelfalles der wertsetzenden Bedeutung von Art. 12 Abs. 1 GG im Rahmen ihrer Härtefallentscheidung Rechnung zu tragen.

61

II.

§ 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V und § 25 Ärzte-ZV sind auch mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar.

62

1. Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen. Dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers sind umso engere Grenzen gesetzt, je stärker sich die Ungleichbehandlung von Personen auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten nachteilig auswirken kann (vgl. BVerfGE 95, 267 <316 f.>; stRpr).

63

2. Auch einem strengen Prüfungsmaßstab hält die Norm stand. Wie oben ausgeführt, hatte der Gesetzgeber gute Gründe für seine Einschätzung, dass die approbierten Ärzte, die sich erst im letzten Drittel ihres Berufslebens für eine Vertragsarzt- niederlassung entscheiden, für das Gesamtsystem höhere Kosten verursachen als jüngere Ärzte. Soweit der Gesetzgeber gerade an die Vollendung des 55. Lebensjahres angeknüpft hat, hat er von seiner Befugnis zur Typisierung Gebrauch gemacht und auch nicht einen atypischen Fall als Leitbild gewählt (vgl. BVerfGE 27, 142 <150>). Er hat eine Grenze gewählt, bei der für Arbeitnehmer der Vorruhestand oder die Altersteilzeit beginnen kann. Damit ist die Grenze im Verlauf eines regelmäßigen Arbeitslebens so weit hinausgeschoben, dass eine wesentliche Beeinträchtigung der Entschließungsfreiheit in der aktiven Zeit nicht zu besorgen ist.

64

Die ungleiche Situation der jüngeren und älteren Bewerber um einen Vertragsarzt- sitz, ihre - durch Erfahrungswerte belegbare - unterschiedliche Einflussnahme auf die

65

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, rechtfertigt die den Zugang regelnde Altersgrenze von 55 Jahren. Sie hält einer Prüfung am Maßstab des Art. 3 Abs. 1 GG umso eher stand, als die Betroffenen die Wirkung der Norm und damit die unterschiedliche Behandlung weitgehend selbst vermeiden können (vgl. BVerfGE 95, 267 <316>), indem sie sich rechtzeitig um einen Vertragsarztsitz bewerben.

III.

Auch die angegriffenen Entscheidungen verletzen den Beschwerdeführer nicht in seinen Grundrechten aus Art. 12 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 GG. 66

Auslegung und Anwendung der mittelbar angegriffenen Rechtsnormen sind Aufgabe der Fachgerichte. Das Bundesverfassungsgericht überprüft sie - abgesehen von Verstößen gegen das Willkürverbot - nur darauf, ob sie Auslegungsfehler enthalten, die auf einer grundsätzlich unrichtigen Anschauung von der Bedeutung der betroffenen Grundrechte, insbesondere vom Umfang ihres Schutzbereichs, beruhen (vgl. BVerfGE 85, 248 <257 f.>; stRspr). 67

Dies ist hier nicht festzustellen. Verfassungsrechtlich ist auch nicht bedenklich, dass dem Beschwerdeführer die oben genannte Härtefallregelung nicht zugute gekommen ist. Die fachgerichtliche Rechtsprechung hat inzwischen näher konkretisiert, wann unbillige Härten vorliegen (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 98 Nr. 3 und 4; SozR 3-5520 § 25 Nr. 3). Vorliegend lassen sich dem Beschwerdevorbringen keine Gründe entnehmen, die auf einen Härtefall hindeuten. Das gilt insbesondere, nachdem das Zerwürfnis zwischen dem Beschwerdeführer und seinem Arbeitgeber im arbeitsgerichtlichen Verfahren durch Vergleich beigelegt worden ist. 68

Papier

Jaeger

Haas

Hömig

Steiner

Hohmann-
Dennhardt

Hoffmann-Riem

**Bundesverfassungsgericht, Beschluss des Ersten Senats vom 20. März 2001 -
1 BvR 491/96**

Zitiervorschlag BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 20. März 2001 - 1 BvR 491/
96 - Rn. (1 - 68), http://www.bverfg.de/e/rs20010320_1bvr049196.html

ECLI ECLI:DE:BVerfG:2001:rs20010320.1bvr049196