

Bundessozialgericht

6 RKa 25/86

Im Namen des Volkes

Verkündet
am 3. Juni 1987

Urteil

in dem Rechtsstreit

1.,
2.,
3.,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

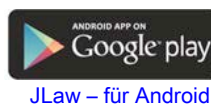
Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 3. Juni 1987
für Recht erkannt:

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozial-
gerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 19. Februar
1986 - L 11 Ka 62/85 - wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.



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



-2-

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Kürzungen der Kassenarzthonorare der Kläger wegen übermäßiger Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit in den Quartalen I und II/1983.

Die Kläger sind zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen und Mitglieder der Beklagten. In den beiden streitbefangenen Quartalen bildeten sie als Ärzte für Allgemeinmedizin eine Gemeinschaftspraxis. Seit dem Quartal III/1984 führen sie eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis mit dem Kläger Ziffer 1) als Arzt für Allgemeinmedizin, dem Kläger Ziffer 2) als Arzt für innere Krankheiten, dem Kläger Ziffer 3) als Arzt für Nuklearmedizin und innere Krankheiten sowie einer weiteren Ärztin für Allgemeinmedizin, die seit dem Quartal III/1984 der gemeinsamen Praxis angehört.

Nach § 7 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten in der von der Vertreterversammlung der Beklagten am 3. Dezember 1982 beschlossenen, ab 1. Januar 1983 geltenden Fassung wird die (nach Prüfung anerkannte) Gesamtpunktzahl (RVO) einer Kürzung unterworfen, wenn die nachstehenden Punktzahlengrenzwerte für die jeweiligen (Gebiets-)Arztgruppen überschritten werden. Diese werden vor Durchführung der Kürzung für jeweilige (Gebiets-)Arztgruppen um bestimmte Prozentsätze ermäßigt (§ 7 Ziffer 3

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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



-3-

HVM). Die verbleibende Überschreitungspunktzahl wird um 50 % gekürzt, die Kürzung ermäßigt sich jedoch je nach Anzahl der abgerechneten Ersatzkassenfälle bis zu 30 % (§ 7 Ziffer 4a HVM) und nochmals um 10 % Punkte dann, wenn der Arzt 50 oder mehr Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst und Urlaubs- bzw Krankheitsvertretung abgerechnet hat (§ 7 Ziffer 4b HVM).

Mit den Bescheiden vom 1. August 1983 und vom 23. November 1983 hat die Beklagte die Honoraranforderungen der Kläger für die Quartale I und II/1983 um insgesamt 74.097,07 DM nach § 7 des HVM der Beklagten wegen Überschreitung der in § 7 HVM genannten Punktzahlengrenzwerte für Allgemeinärzte gekürzt.

Die Widersprüche, mit denen sie insbesondere ihre fachliche Ausbildung und ihre apparative auch nuklearmedizinische Ausstattung geltend machten, hatten keinen Erfolg (Widerspruchsbescheide vom 16. April 1984). Auch die Klage und die Berufung blieben erfolglos. Das Landessozialgericht (LSG) hat zur Begründung seines Urteils ausgeführt: Gegen die Ordnungsgemäßheit des formellen Zustandekommens und der Veröffentlichung der ab 1. Januar 1983 geltenden Fassung des § 7 HVM der Beklagten bestünden keine Bedenken; konkrete verfahrensrechtliche Mängel seien nicht vorgebracht und aus den von der Beklagten angeforderten Unterlagen auch nicht ersichtlich. Die Ermächtigung in § 368f Abs 1 Satz 5 der Reichsversicherungsordnung (RVO) verstoße nicht gegen die Verfassung, und die streitige Regelung der Beklagten sei auch sonst nicht rechtswidrig. Die Beklagte habe den vom Bundessozialgericht (BSG) aufgezeigten Bedenken gegenüber der Nichtbe-



rücksichtigung der Ersatzkassenpraxis Rechnung getragen und die Kürzung nunmehr nach dem Umfang der abgerechneten Ersatzkassen-scheine gestaffelt: Diese stetige Weiterentwicklung und Differenzierung zeige, daß die Beklagte bemüht sei, die Regelung den tatsächlichen Entwicklungen des Berufs des niedergelassenen Arztes mit seiner zunehmenden Spezialisierung anzupassen, einen undifferenzierten, nivellierenden Schematismus zu vermeiden und damit den Anforderungen gerecht zu werden, die das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem Beschluß vom 10. Mai 1972 gestellt habe. Insbesondere die Differenzierung der Punktzahlengrenzwerte nach einzelnen Arztgruppen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Kosten für die ärztlichen Sachleistungen zeige ein hohes Maß an Verfeinerung. Die Kläger seien in den streitigen Quartalen als Allgemeinärzte zugelassen gewesen und damit zutreffend in diese Fachgruppe eingeordnet worden. Sie hätten keinen Anspruch darauf, bei der Honorarverteilung zB wie Internisten behandelt zu werden, da sie nicht als Internisten zugelassen gewesen seien. Damit würden sie auch im Hinblick auf ihre umfangreiche röntgenologische und nuklearmedizinische Tätigkeit nicht unzumutbar belastet, da sie nur im Rahmen ihrer Zulassung als Allgemeinärzte an der kassenärztlichen Versorgung teilgenommen hätten. Bei einer notgedrungen pauschalen und im Interesse der Rechtssicherheit klaren und vorhersehbaren Regelung müsse dies hingenommen werden, zumal die Punktzahlengrenzwerte so hoch angesetzt seien, daß erst bei Überschreitung der durchschnittlichen Punktzahl der Fachgruppe um mehr als das Doppelte eine Honorarkürzung eingreife. Auch die Honorarbegrenzung allein nach Punktzahlengrenzwerten - ohne Berücksichtigung auch der

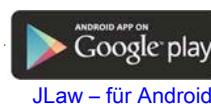


Fallzahlen - sei nicht zu beanstanden. Diese Methode entspreche in besonderem Maße der Ermächtigungsgrundlage, da die kassenärztliche Tätigkeit in erster Linie durch den Umfang der (punktmäßig bewerteten) ärztlichen Leistungen definiert werde, allenfalls nachrangig durch absolute Fallzahlen. Eine Kombination von Punktzahlen- und Fallzahlengrenzwerten sei bei zu wenigen Ärzten wirksam, wie sich aus der von der Beklagten zu den Akten gegebenen Übersicht ergebe. Dadurch, daß die zum ersten Quartal 1983 in Kraft getretene Neufassung des HVM erst am 25. Dezember 1982 verkündet worden sei, sei für die Kläger die Grenze der Zumutbarkeit nicht überschritten worden. Von den Klägern sei nicht vorgetragen worden, daß sie zur Vermeidung der Honorarbegrenzung ihre Praxis hätten umstellen müssen und sie hätten auch in den nachfolgenden Quartalen keine entsprechende Änderung vorgenommen. Entscheidend dafür, daß ab dem Quartal II/1984 eine Honorarkürzung nur noch in ganz geringem Umfang habe ausgesprochen werden müssen, sei vielmehr allein die Tatsache gewesen, daß eine weitere Ärztin in die Praxis eingetreten sei, ohne daß sich die Gesamtfallzahl entscheidend verändert habe.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision der Kläger. Sie rügen die Verletzung materiellen und formellen Rechts. Sie hätten nicht die Möglichkeit erhalten, zu gerichtlich beigezogenen Unterlagen Stellung zu nehmen. Das LSG habe nicht die Ordnungsgemäßheit des formellen Zustandekommens und der Veröffentlichung der streitigen Regelung überprüft. Es habe auch nicht die etwaigen Änderungen ermittelt, die sich aufgrund abgeschlossener Kürzungsverfahren für die Vergleichszahlen ergeben konnten. Das



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



Berufungsgericht habe auch nicht beachtet, daß im Widerspruchsverfahren ein Vorstandsmitglied mitgewirkt habe, das schon den Erstbescheid ausgefertigt habe und daher ausgeschlossen gewesen sei und daß ferner alle Mitwirkenden am Widerspruchsbescheid von der angefochtenen Entscheidung einen unmittelbaren Vorteil insofern zu erwarten gehabt hätten, als durch die streitige Kürzung sich das zu verteilende Honorarvolumen für alle Kassenärzte erhöhe. Der Widerspruchsbescheid sei auch nicht ordnungsgemäß mit Gründen versehen gewesen. In materieller Hinsicht habe das LSG es unterlassen, die streitige Regelung auf ihre Verfassungsgemäßheit zu überprüfen. Eine Honorarbegrenzung allein nach Punktzahlengrenzwerten entspreche nicht der Ermächtigungsgrundlage. Schließlich seien sie – die Kläger – zu Unrecht der Fachgruppe der Allgemeinärzte zugeordnet worden; man habe auch nicht die hohe Zahl ihrer Auftragsleistungen berücksichtigt.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 19. Februar 1986, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 6. Februar 1985 sowie die Bescheide der Beklagten vom 1. August 1983 und 23. November 1983 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. April 1984 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.



Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision ist nicht begründet.

Da die Satzung der Beklagten und deren HVM kein Bundesrecht darstellt, sich ihr Geltungsbereich aber auch nicht über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt, sind diese Bestimmungen (als solche) revisionsrechtlich nicht überprüfbar (§ 162 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-). Die Entscheidung des Vordergerichts über das Bestehen und den Inhalt des von ihm herangezogenen Rechts der Beklagten ist für den Senat bindend (§ 202 SGG iVm § 562 der Zivilprozeßordnung). Das gilt insbesondere für die Entscheidung darüber, ob der HVM einer KÄV in der satzungsrechtlich vorgeschriebenen Weise beschlossen und bekanntgegeben worden ist. Diese Fragen hat das LSG - entgegen dem Vorbringen des Klägers - überprüft (S 6 des Urteils). Das Revisionsgericht aber hat lediglich zu prüfen, ob diese Bestimmungen mit revisiblem Recht, also mit dem Bundesrecht zu vereinbaren sind (vgl hier und im folgenden das Urteil des Senats vom 10. April 1987 - 6 RKa 51/86 -).

Die streitige Regelung soll einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes entgegenwirken. Die gesetzliche Ermächtigung für diese Regelung gibt § 368f Abs 1 Satz 5 RVO. Da sie sich innerhalb der Gesamtvorschrift über die (von der Krankenkasse an die KÄV zu entrichtenden) Gesamtvergütung - § 368f



RVO - befindet, kann dies nur bedeuten, daß die Vergütung des Kassenarztes zur Erreichung des genannten Zweckes begrenzt werden kann. Insoweit ist diese Ermächtigung hinreichend bestimmt und - unter dem Gesichtspunkt rechtsstaatlicher Gewaltenteilung - verfassungsrechtlich unbedenklich (vgl BVerfGE 33, 171: Zurückweisung der Verfassungsbeschwerde gegen BSGE 22, 218; ferner Beschluß des BVerfG vom 27. August 1981 - 1 BvR 638/81 - gemäß § 93a Abs 3 des Bundesverfassungsgerichtsgesetzes -BVerfGG-: Nichtannahme der Verfassungsbeschwerde gegen BSG SozR 2200 § 368f RVO Nr 8, weil sie keine hinreichende Aussicht auf Erfolg hatte).

Durch diese Ermächtigung hat der Gesetzgeber der Beklagten eine eigene (beschränkte) Normsetzungsbefugnis erteilt. Da er nicht näher geregelt hat, mit welchen konkreten Mitteln gegen eine übermäßige Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit vorgegangen werden kann, steht der Beklagten auch insoweit eine breite Regelungsfreiheit zu. Sie ist in der Wahl ihrer Mittel grundsätzlich frei, soweit ihre Regelung nur geeignet sein kann, der übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit entgegenzuwirken und soweit die Regelung mit dem Bundesrecht - einfachem Recht und Verfassungsrecht - vereinbar ist. Daß die streitige Regelung der übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit entgegenwirken soll, ist unstreitig. Darauf aber, ob sie den mit ihr angestrebten Zweck in jedem Einzelfall erreicht, kommt es nicht an. Es genügt vielmehr, wenn die Regelung im allgemeinen der übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit entgegenzuwirken geeignet ist (BSGE 22, 218, 223). Daß eine solche allgemeine Eignung hier vorliegt, ist aber offensichtlich.



Die von der Beklagten gewählten Regelungsprinzipien (erstens) der Grenzwertbestimmung nach Leistungspunktzahlen je nach einzelnen Arztgruppen, (zweitens) der – nach der Feststellung des LSG – gegenüber der durchschnittlichen Punktzahl der Fachgruppe um das Doppelte angesetzten Punktzahlengrenzwerte, (drittens) die zum Zwecke der Berücksichtigung des Sachkostenanteils nach einzelnen Arztgruppen vorzunehmende Ermäßigung dieser Punktzahlengrenzwerte (bis 70 %) und (viertens) der Kürzung der damit verbleibenden Überschreitungspunktzahl um 50 % bzw je nach Ersatzkassenfällen bis 30 % sind in ihrem Zusammenwirken nach allgemeiner Erfahrung durchaus geeignet, einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit allgemein und tendenziell entgegenzuwirken.

Die streitige Regelung verstößt nicht gegen den Sicherstellungsauftrag des § 368n Abs 1 RVO. Haben danach die Kassenärztlichen Vereinigungen dafür Sorge zu tragen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht, also auch zweckmäßig und ausreichend ist (§ 368e RVO), so dienen diesem Ziel auch die zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit getroffenen Maßnahmen. Denn dadurch soll gerade erreicht werden, daß genügend Ärzte für eine gründliche und sorgfältige Behandlung persönlich zur Verfügung stehen. Bei einer übermäßigen Ausdehnung der Kassenpraxis ist aber nicht mehr die Gewähr gegeben, daß sich der Arzt jedem seiner Patienten in dem gesetzlich erforderlichen Maße zuwenden kann.

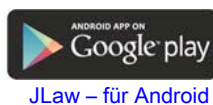
Durch die streitige Regelung wird der Anspruch des Versicherten



auf freie Wahl des Kassenarztes (§ 368d RVO) nicht verletzt. Dieses Wahlrecht verpflichtet keinen zugelassenen Arzt, mehr Patienten aufzunehmen, als er bei gesetz- und vertragsgemäßer Behandlung im Rahmen seines Leistungsvermögens behandeln kann.

Eine solche Verpflichtung läßt sich auch nicht aus anderen Bestimmungen oder Grundsätzen herleiten. Eine zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Versicherten ist bei der sich aus der Natur der Sache ergebenden Begrenzung der ärztlichen Leistungskapazität nur möglich, wenn der Arzt im Rahmen einer insoweit vertretbaren Begrenzung verbleibt. Daraus ergibt sich, daß der Kassenarzt grundsätzlich das Recht hat, bei einer Überschreitung dieses Rahmens die Übernahme weiterer - wenn nicht notfallartiger - Behandlungen abzulehnen.

Eine Berufsausübungsregelung, um die es sich hier handelt, kann durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes durch andere Rechtsvorschriften, etwa durch satzungsrechtliche Vorschriften getroffen werden (Art 12 Abs 1 Satz 2 GG; BVerfGE 71, 162, 172 mwN). Sie ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn die gewählten Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet sind, die Regelung unter vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gerechtfertigt und insoweit erforderlich erscheinen und die damit erfolgte Beschränkung den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wahrt und dem Betroffenen zumutbar ist (BVerfGE 70, 1, 28 mwN). Wie oben bereits ausgeführt wurde (- zur Regelungsfreiheit der vom Gesetzgeber ermächtigten Beklagten -), ist die streitige Regelung im allgemeinen der übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen



Tätigkeit entgegenzuwirken geeignet. Das Ziel der Regelung, eine übermäßige Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit zu verhüten, ist im Interesse der ausreichenden Versorgung des Versicherten gerechtfertigt und erforderlich (vgl die oben zur Ermächtigung zitierte Rechtsprechung des BVerfG). Auch der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist gewahrt. Die Kürzung setzt erst ein, wenn der Kassenarzt mit seinen Punktzahlen die durchschnittlichen Punktzahlen seiner Arztgruppe um das Doppelte überschreitet, erfolgt auch erst nach der Ermäßigung um einen Sachkostenanteil und wird im übrigen in nicht höherem Maße als um 50 % der dann noch verbleibenden Überschreitung vorgenommen. Wie das LSG überzeugend ausgeführt hat, ist dadurch, daß die zum ersten Quartal 1983 in Kraft getretene Neufassung des HVM erst am 25. Dezember 1982 verkündet worden ist, für die Kläger auch nicht die Grenze der Zumutbarkeit überschritten worden. Die Revision hat auch keine Gesichtspunkte vorgebracht, die geeignet sein könnten, die streitige Regelung trotz ihrer Eignung, ihrer rechtfertigenden Erforderlichkeit und ihrer Verhältnismäßigkeit als für die Kläger unzumutbar anzusehen. Mit der streitigen Regelung soll lediglich der gesetzliche Sicherstellungsauftrag realisiert werden. Die Beklagte war auch in den vorangegangenen Zeiträumen bemüht, diesem Auftrag entsprechend gegen eine übermäßige Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit anzugehen. Im übrigen wurde von der Klägerin nicht vorgebracht, welche erst später vorgenommenen Umstellungen bei einem früheren Verkündungstermin entsprechend früher vorgenommen worden wären.

Nach dem sich aus Art 3 GG ergebenden Gebot der Gleichbehandlung



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



darf eine Person (Personengruppe) nicht besser oder schlechter gestellt werden als eine andere, ihr vergleichbar gegenübergestellte Person (Personengruppe), wenn es dafür an einer rechtlich zureichenden sachlichen Begründung fehlt. Der an den Gleichheitssatz gebundene Gesetzgeber darf daher ohne rechtlich hinreichende sachliche Gründe keine gesetzlichen Gleichbehandlungen von Ungleichem bzw keine Ungleichbehandlungen von Gleichem vornehmen (BSG, Urteil vom 16. Dezember 1986, 6 RKa 3/85, mwH). Das gilt auch für die Beklagte hinsichtlich des von ihr gesetzten HVM.

Von den Klägern wird insoweit vorgetragen, sie seien (zT) zu Unrecht als Allgemeinärzte eingestuft, nämlich bei der Ermittlung der Punktzahlengrenzwerte nicht wie die Gruppe der Internisten bzw Röntgenologen behandelt worden, obwohl ihre Zulassung nur deshalb übereinstimmend als Allgemeinärzte erfolgt sei, weil man ihnen eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis verwehrt habe. Wie das LSG zutreffend ausgeführt und wie auch der Senat in seinem Urteil vom 30. September 1983 - SozR 2200 § 368f RVO Nr 9 - zum Ausdruck gebracht hat, ist es aber durchaus sachgerecht, wenn die Beklagte von den Berufsbezeichnungen ausgeht und nicht auf die tatsächliche Praxisgestaltung abstellt. Nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG läßt der Gleichheitsgrundsatz dem Normgeber einen weiten Gestaltungsspielraum (BVerfGE 33, 171, 189). Soweit die Kläger vortragen wollen, durch die Genehmigungspraxis der Zulassungs- bzw Berufungsausschüsse für Ärzte bis zum Urteil des Senats vom 22. April 1983 - 6 RKa 7/81 - (zur fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis) zu Unrecht daran gehin-



dert worden zu sein, zwischen Allgemeinärzten, Internisten und Radiologen eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis zu bilden, sodaß ihnen unter Vorenthaltung der höheren Punktzahlengrenzwerte der Internisten und Radiologen nur die niedrigeren Werte der Allgemeinärzte zugeordnet worden seien, vermögen sie nicht durchzudringen. Die Beklage ist deswegen, weil sie bis zur höchststrichterlichen Klärung der völlig umstritten gewesenen Rechtsfrage von der Unzulässigkeit einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis ausgegangen ist, nicht gehalten, die Kläger rückwirkend so zu stellen, als ob von Anfang an eine solche Praxis bestanden hätte.

Auch insoweit, als die Kläger das bloße Abstellen auf Punktzahlengrenzwerte rügen, vermögen sie nicht durchzukommen. Es ist nicht ersichtlich und wurde auch von der Revision nicht dargetan, inwiefern dieses Prinzip der Grenzwertbestimmung etwas mit dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Gleichbehandlung zu tun haben soll, aus dem allein das Erfordernis der hinreichenden Differenzierung herzuleiten ist. Was die Kläger insoweit geltend machen, betrifft lediglich die Frage der Geeignetheit, die hier sowohl bei der Prüfung der ausreichenden Ermächtigung als auch bei der Prüfung anstand, ob die verfassungsmäßigen Voraussetzungen einer Berufsausübungsregelung vorliegen, was beides oben bejaht wurde. Entgegen der Ansicht der Kläger hat der Senat in seinem Urteil vom 5. März 1981 - 6 RKa 1/80 - (SozR 2200 § 368f RVO Nr 8) nicht zum Ausdruck gebracht, daß derartige Honorarbegrenzungsregelungen notwendig auf einer Kombination von Punktzahlen- und Fallzahlengrenzwerten beruhen müßten (vgl im übrigen



das Urteil des Senats vom 30. März 1977 - 6 RKa 13/76 - SozR 2200 § 368f RVO Nr 6).

Die Beklagte hat, wie oben ausgeführt, einen breiten Regelungsspielraum, und sie kann die Zweckmäßigkeit ihrer Regelung auch nur durch das Sammeln von Erfahrung verbessern. Das LSG hat mit Recht zum Ausdruck gebracht, daß bei der hier angewandten Methode der Grenzwertbestimmung keine wesentlichen Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber der Wirtschaftlichkeitsprüfung bestehen, die vorab vorzunehmen und auf andere Zwecke gerichtet ist. Dem Umstand, daß Leistungen spezialisierter Ärzte wegen höherer Praxissachkosten (zB teurer Geräte) mit hohen Punktzahlen bewertet sind, wird dadurch Rechnung getragen, daß vor der Kürzung die abgerechneten Punktzahlen je nach Arztgruppe um bestimmte Prozentsätze ermäßigt werden.

Die von den Klägern geltend gemachten Verfahrensmängel greifen nicht durch. Sie sind alle schon nicht hinreichend begründet worden (§ 164 Abs 2 SGG), liegen aber auch nicht vor. Wie sich aus dem Schreiben des LSG-Senatsvorsitzenden vom 5. September 1985 ergibt, hat dieser die Kläger über die Beiziehung von Unterlagen der Beklagten unterrichtet und die Einsichtnahme angeboten. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt daher nicht vor. Das LSG hat auch nicht seine Pflicht zur Amtsermittlung nach § 103 SGG verletzt; es hat, wie sich aus den Urteilsgründen ergibt und von den Klägern nicht substantiiert angegriffen wird, die Ordnungsgemäßheit des Zustandekommens der streitigen Satzungsregelung untersucht, und es war nicht verpflichtet zu über-



prüfen, ob sich aus abgeschlossenen Kürzungsverfahren Änderungen von Vergleichszahlen ergeben könnten. Das LSG hat aber auch keine formellen Mängel des Widerspruchsverfahrens, wie sie von den Klägern zu Unrecht gerügt werden, übersehen. Der Widerspruchsbescheid war hinreichend begründet und enthielt die wesentlichen Gesichtspunkte der Berechnung; die bei den Klägern vorliegenden Berechnungsfaktoren und die darauf beruhende konkrete Berechnung war bereits in den Erstbescheiden erfolgt. Daß die Mitglieder des Vorstandes von der Entscheidung über den Widerspruch nicht iS des § 16 des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren - (SGB X) ausgeschlossen sind, ergibt sich schon aus § 16 Abs 1 Satz 3 dieser Vorschrift, und daß der 1. Vorsitzende bei den Erstbescheiden mitgewirkt hatte, schließt ihn bei der Mitwirkung im Widerspruchsverfahren auch nicht nach § 16 Abs 1 Ziffer 6 SGB X aus (vgl Schroeder-Printzen ua, Komm zum SGB X, Anm 11 zu § 16; Hauck/Haines, Komm SGB X/1, 2, Stand: 1. Februar 1987, Anm 5 zu § 16). Im übrigen wird auf § 170 Abs 3 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) verwiesen (Begründung bei nicht durchgreifenden Verfahrensrügen).

Die Revision konnte daher keinen Erfolg haben.



Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)

Kostenlos

Über 200 Gesetze

Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)