

S 12 KA 45/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 45/05

Datum
19.07.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 55/06

Datum
11.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Der Bescheid der Beklagten vom 02.09.2004, ergänzt durch den Bescheid vom 26.10.2004 und in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 03.05.2005 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die Klägerin über die Maßnahmen nach LZ 506 HVM und nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM für das Quartal III/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

2. Die Verfahrenskosten sind von der Beklagten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um eine Sonderregelung zu LZ 506 und Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702 HVM für das Quartal III/03.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin hausärztlich tätig und als Fachärztin für Humangenetik mit Praxisplatz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Abrechnungstechnisch wird sie seitens der Beklagten der Fachgruppe der hausärztlich tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zugeordnet.

Am 14.07.2004 beantragte die Klägerin mündlich eine Sonderregelung zu den LZ 505, 506 und Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM für die Quartale III und IV/03, weil sie durch die HVM-Änderung einen erheblichen Honorarverlust, ca. 50.000 Euro, erlitten habe.

Mit Bescheid vom 02.09.2004 lehnte die Beklagte den Antrag an. Zur Begründung führte sie aus, für die Anwendung der LZ 505, 506 und Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM sei auf die entsprechenden Quartale III und IV/02 abzustellen. Wegen ihrer Abwesenheit vom 22.07. bis 29.08.2002 sei bereits für die Festsetzung der Fallzahlgrenze eine Sonderregelung auf der Grundlage der Fallzahl der Klägerin für das Quartal III/01 getroffen worden. Dies sei sinngemäß auf die Begrenzung der Honorarforderung gemäß LZ 506 sowie des Individualbudgets gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Ziffer 1 HVM im Quartal III/03 umgesetzt worden. Im Quartal IV/03 sei keine Begrenzung nach den LZ 505 und 506 HVM erfolgt, da die Fachgruppe der hausärztlich tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, der die Klägerin zugeordnet werde, mit ihrer Fallzahl- und Honorarentwicklung im Vergleich zum Ausgangsquartal um weniger als 1 % gestiegen sei. Zudem habe ihre Fallzahl unter der für die Klägerin festgesetzten Fallzahlgrenze gelegen.

Hiergegen legte die Klägerin am 08.10.2004 Widerspruch ein. Ihren Widerspruch begründete sie mit Schreiben vom 28.10.2004 und vom 26.11.2004, auf die verwiesen wird.

Die einzelnen Berechnungsgrundlagen stellen sich in dem streitbefangenen Quartal wie folgt dar:

III/03
Honorarbescheid vom Nettohonorar Bruttohonorar in Euro Primärkassen Ersatzkassen Gesamt
Honorardurchschnitt der Honorargruppe
Punktwert Allg. Leistungen (HG 2) in Cent
Maßnahme nach LZ 505 HVM
Fallzahl d. Kl. 478
Fallzahlgrenze nach LZ 505 HVM 490
Kürzung nach LZ 505 HVM keine
Maßnahme nach LZ 506 HVM
Honoraranforderung in Punkten aktuelles Quartal 3.725.977,5

Honorarvolumen Referenzquartal 2001 3.343.680,7
Anerkanntes Honorarvolumen aktuelles Quartal (incl. 2 %ige Steigerung) 3.410.554,3
Überschreitung in Punkten in Relation zur Honorarforderung 315.423,2 8,4 %
Nachvergütung in Punkten 223.317,1
Kürzung nach LZ 506 HVM in Punkten 315.423,2
Maßnahme nach Anl. 3 zu LZ 702 HVM
Primärkassenbereich anerkannt zu 100 % 573.949,0
PK - Übersteigendes Honorarvolumen 145.251,0
Ersatzkassenbereich anerkannt zu 100 % 592.473,7
EK - Übersteigendes Honorarvolumen keines
Zusätzlich anerkannt im Vergleich zu III/02 in Punkten PK EK 122.298,6 118,350,5

Bruttohonorar ist das Honorar für Primär- und Ersatzkassen ohne sonstige Kostenträger und vor Abzug von Verwaltungskosten.

Unter Datum vom 26.10.2004 teilte die Beklagte mit, die von ihr bereits anerkannte Sonderregelung führe für das Quartal III/03 zu einer Gutschrift von 15.245,10 Euro. Für das Quartal III/04 werde sie diese Sonderregelung ebf. anwenden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.05.2005, zugestellt am 10.05.2005, wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, eine Sicherstellungsproblematik für molekular- und zytogenetische Leistungen bestehe nicht. In Hessen seien insgesamt sechs Fachärzte für Humangenetik niedergelassen, davon eine weitere Fachärztin in A-Stadt. Die Ermächtigung des Instituts für Humangenetik der A. Universität sei bis Juni 2005 verlängert worden. Mit dem Abstellen auf das Quartal III/01 habe man bereits eine Sonderregelung getroffen, die die Klägerin begünstige. Molekular- und zytogenetische Leistungen könnten angesichts der Vorgaben im HVM auch nicht als Präventionsleistungen aus dem Individualbudget herausgenommen werden. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der "angemessenen Vergütung" liege nicht vor.

Hiergegen hat die Klägerin am 13.05.2005 die Klage erhoben. Sie trägt vor, die Frage der richtigen Fachgruppe spiele im Ergebnis keine Rolle. Sie werde zwar im Individualbudget gekürzt, erhalte aber den hausärztlichen Punktwert zwischen 4,069 und 4,715 Punkten. Bei der Honorargruppe B 2.23 habe der Punktwert in II/04 bei 3,038 Punkten gelegen. Die Leistungserbringung im humangenetischen Bereich sei extrem teuer. Es gebe keine Spannen wie im übrigen Laborbereich. Sie habe daher den Weg gewählt, in der Gruppe der hausärztlichen Kinderärzte zu bleiben. In A-Stadt und Umgebung sei sie die einzige Humangenetikerin. Das A. Universitätsinstitut existiere fast nicht mehr. Weitere Praxen gebe es nicht. Sie versorge den südhessischen Raum. Ihr Aufgabenfeld umfasse verschiedene Beratungsleistungen, die Syndromdiagnostik bei Auffälligkeiten und seltenen Krankheiten, Fruchtwasseranalysen, Chromosomenanalysen, die FISH-Diagnostik, "Gentest"-Diagnostik. Eine Praxisbesonderheit sei auch die Diagnostik von Krankheiten, für die es bei der jüdischen Bevölkerung besondere Risiken gebe.

Die Klägerin beantragt,
unter Abänderung des Bescheids vom 02.09.2004, ergänzt durch den Bescheid vom 26.10.2004 und in der Gestalt des Widerspruchbescheids 03.05.2005 die Beklagte zu verurteilen, sie über die Maßnahmen nach LZ 506 HVM und nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM für das Quartal III/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hat sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist im Ergebnis auch begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 02.09.2004, ergänzt durch den Bescheid vom 26.10.2004 und in der Gestalt des Widerspruchbescheids 03.05.2005 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch darauf, über die Maßnahmen nach LZ 506 HVM und nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM für das Quartal III/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut beschieden zu werden.

Die Beklagte hat durch Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003 ihre Grundsätze der Honorarverteilung neu gefasst, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003) (im Folgenden: HVM). Nach Wegfall der Praxisbudgetierungsvorgabe im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 30.06.2003 wurde als Ersatz ein Individualbudget eingeführt. Nach LZ 506 HVM ist eine Honorarbegrenzung vorzunehmen, sofern im aktuellen Abrechnungsquartal die Honorarforderungen der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2002 um mehr als 1 % gestiegen ist. Ausgenommen hiervon sind u. a. Ärzte der Honorar(unter)gruppe B 2.23. Nach Anlage 3 Abschnitt 1. zu LZ 702 HVM erfolgt eine weitere Budgetierung, getrennt nach Primär- und Ersatzkassenbereich, die aber ebenfalls nicht für Ärzte der Honorar(unter)gruppe B 2.23 gilt.

Die ausschließliche Zuordnung der Klägerin zur Gruppe der Kinder- und Jugendärzte und damit zur Budgetierung ihrer gesamten Honoraranforderung ist rechtswidrig.

Mit dem Verweis auf bestimmte Honorar(unter)gruppen greift der HVM die Einteilung in Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM auf. Aufgrund ihrer Doppelzulassung als hausärztlich tätige Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und als Fachärztin für Humangenetik ist die Klägerin der Honorar(unter)gruppe A 2.3.1 "Hausärztlich tätige Kinderärzte (VfG 37 10) bzw. der Honorar(unter)gruppe B.23 "Ärzte und Abrechnungen, soweit nicht in den vorgenannten Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B.22 erfasst" zuzuordnen. Im HVM werden keine Regelungen getroffen, die die Zuordnung einer Ärztin mit Doppelzulassung bzw. der von ihr erbrachten Leistungen regelt. Die Kammer hält dies für rechtswidrig.

Die Kammer folgt insoweit nach eigener Prüfung dem Urteil des SG A-Stadt v. 06.10.2004, Az.: S 27 KA 3096/03 (Berufung anhängig; LSG Hessen, Az.: L 7 KA 94/04). Dieses hat darin ausgeführt:

" () Die Beklagte hat die Klägerin trotz ihrer Doppelzulassung immer ausschließlich der fachärztlichen Versorgungsebene und hier der Honorar(unter)gruppe für Nuklearmediziner zugeordnet. Wenn auch die Bildung solcher Honorargruppen bzw. Honorar(unter)gruppen grundsätzlich nicht zu beanstanden ist (vgl. bereits BSG, Urt. v. 07.02.1996, Az.: [6 RKA 68/94](#)), so wird die Verwaltungspraxis der Beklagten nicht den gesetzlichen Anforderungen gerecht. Sofern der HVM der Beklagten für Ärzte mit mehreren zugelassenen Facharztbezeichnungen keine Regelung über eine Zuordnung zu einem Honorarfonds trifft, handelt es sich um eine wesentliche Regelung, die nur in der Form einer Satzung ergehen kann und die damit von der Vertreterversammlung als Teil des Honorarverteilungsmaßstabs zu beschließen ist. Die Verwaltungspraxis der Beklagten, eine Zuordnung nach dem Schwerpunkt der Praxis bzw. der Abrechnungsnummer vorzunehmen, ist ohne die erforderliche Satzungsgrundlage und damit rechtswidrig. Dies verstößt auch gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss die Verteilung der Gesamtvergütung unter die Vertrags(zahn)ärzte i. S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) auf der Grundlage des von der KV im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstabs ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)) erfolgen. Dem als Satzung von der Vertreterversammlung zu beschließenden HVM müssen die wesentlichen Elemente der Honorarverteilung einschließlich der im Hinblick auf besondere (Zahn-)Arztgruppen gebotenen Differenzierungen zu entnehmen sein. Wenn wichtige Elemente der Honorarverteilung wie die Gleich- oder Ungleichbehandlung von Anfängerpraxen und etablierten Praxen bzw. von Praxen mit geringer Fallzahl und umsatzstarken Praxen, nicht im HVM selbst zumindest in den Grundzügen geregelt sind, führt das zu einer dem Gesetz widersprechenden Verlagerung der Kompetenz für die Honorarverteilung von der Vertreterversammlung auf den Vorstand, dem die Einzelfallentscheidungen obliegen. Zudem wird die Einbeziehung der Krankenkassenverbände in die Honorarverteilung, der das Erfordernis der Benehmensherstellung gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) Rechnung trägt, auf diese Weise zum Teil unterlaufen. An Einzelfallentscheidungen auf der Grundlage einer generellen Ausnahme- bzw. Härteregelung im HVM sind die Krankenkassenverbände nicht beteiligt (vgl. BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998, Az: [B 6 KA 71/97 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) = [BSGE 83, 52](#) = [NZS 1999, 362](#), zitiert nach juris, Rdnr. 28; BSG, Urteil vom 26. Juni 2002, Az: [B 6 KA 28/01 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 47](#) = [NZS 2003, 494](#)). Die Entscheidung eines in zwei Fachgebieten zugelassenen Vertragsarztes, seine Tätigkeit schwerpunktmäßig auf ein Fachgebiet auszurichten und im anderen Fachgebiet nur gelegentlich tätig zu werden, ist Teil seiner durch [Art 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) geschützten Berufsausübungsfreiheit. Vergütungsbeschränkende Regelungen, die in diese Entscheidung und die davon geprägte Struktur der vertragsärztlichen Praxis eingreifen, bedürfen einer hinreichenden normativen Grundlage. Diese muss nicht im Gesetz selbst enthalten sein. Ohne eine ausdrückliche Regelung ist eine KV nicht berechtigt, die Fallpunktzahl für Basislaborleistungen gegen den Willen des betroffenen Vertragsarztes mit Doppelzulassung auf der Grundlage des arithmetischen Mittelwerts entsprechend zu berechnen (vgl. BSG, Urteil vom 20. Januar 1999, Az: [B 6 KA 78/97 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 20](#), hier zitiert nach juris, Rdnr. 15; s. a. BSG, Urteil vom 26. Januar 2000, Az: [B 6 KA 53/98 R](#), [SozR 3-2500 § 95 Nr. 22](#)). An einer Satzungsregelung fehlt es aber im HVM der Beklagten. Dies wird die Beklagte vor einer Neubescheidung nachzuholen haben. Aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist abzuleiten, dass nur ihrer Art nach vergleichbare Leistungen zu einem Honorartopf zusammengefasst werden dürfen ([BSGE 73, 131](#), 139; zuletzt Urteil v. 28.06.2002, Az.: [B 6 KA 28/01 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 47](#) = [NZS 2003, 494](#)). Die Einführung einer Honorarverteilung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten soll gewährleisten, dass die Entwicklung des Punktwertes von den fachgruppenspezifischen Mengenausweitungen abhängig ist (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Diese Ziel wird jedoch verfehlt, wenn durch die Honorierung zahlreicher arztgruppenfremder Leistungen der Punktwert vom Leistungsverhalten anderer Arztgruppen abhängt (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2002, [B 6 KA 28/01 R](#), a.a.O.). Bezogen auf die Arztgruppe der Nuklearmediziner bedeutet dies, dass deren Punktwert durch die Honorierung der von der Klägerin zu 2) erbrachten hausärztlichen Leistungen beeinflusst wird. Die hier angewandte Verwaltungspraxis hat im Falle der Klägerin zur Folge, dass sämtliche Leistungen, gleich ob hausärztlich internistisch oder fachärztlich nuklearmedizinisch, mit einem einheitlichen Punktwert (der Nuklearmediziner) vergütet werden. Diese Rechtsfolge ist hinnehmbar für Arztgruppen mit Einzelzulassung, die im Rahmen dieser Zulassung (auch) andere Leistungen erbringen. Einem Arzt mit einer Doppelzulassung steht es jedoch frei, in beiden Fachgebieten tätig zu sein. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er damit von vornherein ein eine der beiden Fachgruppen, deren er aufgrund seiner Doppelqualifikation zugehörig ist, verlassen hätte. Das Bundessozialgericht hat bisher über diese Frage, ob die schematische Orientierung an der Abrechnungsnummer einer Gemeinschaftspraxis und deren Zuordnung zu einer Arztgruppe generell zulässig ist, soweit die Honorarverteilung auf der Grundlage von festen, arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten erfolgt, noch nicht entschieden. Bedenken dagegen, so das BSG, bestünden aber, so weit dieses Vorgehen dazu führen könnte, dass aus dem Honorarkontingent einer bestimmten Arztgruppe in erheblichem Umfang Leistungen zu vergüten seien, die von Ärzten verschiedener Arztgruppen erbracht und lediglich unter einer zu einer einzigen Arztgruppe gehörenden Arztnummer abgerechnet würden. Weiterhin bestehe die Gefahr, dass eine aus Ärzten verschiedener Arztgruppen bestehende fachübergreifende Gemeinschaftspraxis die Wahl ihrer Arztnummer danach ausrichte, in welchem arztgruppenbezogenen Topf sie prognostisch die höchsten Punktwerte erwarte. Beide Entwicklungen stünden mit den Erwägungen nicht im Einklang, die der Senat für die Zulässigkeit einer Honorarverteilung nach arztgruppenbezogenen Kontingenten angeführt hat. Dieses Ziel, die Gewährleistung, dass die Entwicklung des Punktwertes von den fachgruppenspezifischen Mengenausweitungen abhängig sei, würde im Ansatz verfehlt, wenn durch die Honorierung von zahlreichen arztgruppenfremden Leistungen der Punktwert für eine bestimmte Arztgruppe vom Leistungsverhalten der Ärzte anderer Arztgruppen anhinge. Deshalb könne die KV verpflichtet sein, bei erheblichen Anteilen von Leistungen, die durch Ärzte von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen arztgruppenfremd erbracht werden, im HVM entsprechende Vorkehrungen zu treffen, wie das etwa in dem HVM der KV Südbaden der Fall sei, nach dem den fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen mehrere interne Abrechnungsnummern zugeordnet werden würden (so BSG, Urteil v. 28.06.2002, Az.: [B 6 KA 28/01 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 47](#) = [NZS 2003, 494](#), zitiert nach juris, Rdnr. 23). Bereits das SG Dresden, Urteil v. 17.12.2003, Az.: [S 15 KA 378/02](#) ([\) weist darauf hin, dass der unterschiedlichen Berücksichtigung der ärztlichen Tätigkeit nicht der Einwand der mangelnden Praktikabilität oder Effizienz entgegensteht. Bei diesem abgrenzbaren Personenkreis begegnet es keinerlei Schwierigkeiten, beispielsweise die Zuweisung einer Abrechnungsnummer und darauf basierende Zuordnung zu einem Honorarfonds erst nach Anhörung der Betroffenen vorzunehmen. Auch eine Quotelung bei der Honorarabrechnung käme ohne unzumutbaren Verwaltungsaufwand in Betracht. Auch habe die KV, ohne Zuordnung zu den einzelnen Behandlungsausweisen, anhand der abgerechneten Punktsummen eine entsprechende Quote ermitteln können. Für die differenzierende](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de/esgb/show.php?id=19796&s0=&s1=&s2=&words=&sensitive=)

Betrachtung spricht ferner, worauf das SG Dresden zutreffend hinweist, dass das Bewertungsgefüge des EBM nach Teil B Nr. 1.6.2 EBM für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, die Höhe der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen als arithmetischer Mittelwert entsprechend Nr. 1.5 errechnet. Gleiches gilt für Gemeinschaftspraxen nach Nr. 1.6.1. Entsprechende Regelungen sieht der EBM für die Ordinationsgebühr vor. Der Bewertungsausschuss geht somit von der Annahme aus, dass Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen hinsichtlich der Fallpunktzahlen nicht schematisch nach einem der Fachgebiete zu bewerten sind. Gleiches muss nach Auffassung der Kammer auch für die Eingruppierung in einen arztgruppenbezogenen Honorarfonds gelten. Die Beklagte ist verpflichtet, im HVM entsprechende Vorkehrungen dafür zu treffen, dass aufgrund der pauschalierenden Vorgehensweise Rechtsverstöße unterbleiben. Dies kann beispielsweise dadurch erfolgen, dass den Ärzten mit Doppelzulassung mehrere interne Abrechnungsnummern zugeordnet werden (so BSG, Urt. v. 26.06.2002, [B 6 KA 28/01 R](#) zur Problematik fachübergreifender Gemeinschaftspraxen). Im Hinblick auf unterschiedliche Punktwerte der beiden möglichen Honorarfonds von meist 1 bis zwei Cents kommt der Zuordnung zu einem Honorarfonds auch erhebliche Bedeutung für die Klägerin zu. Die Beklagte wird daher vor einer Neubescheidung der Klägerin in ihrem HVM Kriterien aufstellen müssen, die eine Zuordnung der Abrechnung der Klägerin zu den Honorarfonds, die aufgrund ihrer Doppelzulassung in Betracht kommen, gewährleisten. Wie die Beklagte dies im Einzelnen regelt, obliegt ihr im Rahmen ihres Entscheidungsspielraums als Satzungsgeberin. Die Zuordnung eines Arztes mit Doppelzulassung nur zu einem Honorarfonds ist ihr jedenfalls verwehrt. () Die richtige Zuordnung zu einer Fachgruppe ist auch für die Budgetierung nach den genannten HVM-Regelungen maßgebend. Als Fachärztin für Humangenetik unterliegt die Klägerin nicht den strittigen Budgetierungsregelungen. Die Beklagte wird daher zunächst Regelungen zu schaffen haben, wie Ärzte mit Doppelzulassung bei der Honorarverteilung zu behandeln sind und in welcher Weise ihre Honoraranforderung bzw. Teile dieser den Budgetierungsvorgaben unterliegen. Die einheitliche Zuordnung der gesamten Abrechnung zu einer Honorar(unter)gruppe ist jedenfalls unzulässig. Insofern besteht auch kein Wahlrecht des einzelnen Arztes. Soweit streiterheblich nicht die Zuordnung zu einer Honorar(unter)gruppe für die Honorarverteilung nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM war, sind dennoch weitere Regelungen für die Budgetierungsmaßnahmen zu treffen. Soweit die humangenetischen Leistungen von Budgetierungsmaßnahmen herausgenommen werden sollten, käme es auf die von der Klägerin vorgetragene Sicherstellungsaspekte nicht an. Erst nach Ergänzung der Honorarverteilungsregelungen und Neubescheidung der Klägerin steht dann fest, ob die Klägerin noch durch Budgetierungsmaßnahmen beschwert ist. Insofern brauchte die Kammer in diesem Verfahren nicht über die Rechtmäßigkeit der LZ 506 HVM und der Anlage 3 Abschnitt 1. zu LZ 702 HVM entscheiden.

Nach allem war der Klage stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-08-25