

L 2 KA 4/06

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

2

1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 27 KA 342/03
Datum
-

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 2 KA 4/06
Datum

28.06.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Der Kläger hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Außergerichtliche Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist, ob der Kläger über den 31. Dezember 2002 hinaus berechtigt ist, an der fachärztlichen Versorgung insoweit teilzunehmen, als er gastroscopische Leistungen erbringen und abrechnen darf.

Der 1948 geborene, 1975 approbierte und 1979 als praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger nimmt seit Januar 1996 an der hausärztlichen Versorgung teil. Seit Juli 1996 besitzt er die Anerkennung als Facharzt für Allgemeinmedizin. Nach seinen Angaben beschaffte er - der bereits zuvor gastroscopische Leistungen erbracht hatte - am 2. Mai 2000 ein neues Gastroskopiegerät auf Basis eines auf fünf Jahre geschlossenen Leasingvertrages mit monatlicher Zahlungsverpflichtung von 500 DM und rechnete in den Jahren 2000 bis 2002 239, 311 bzw. 300 endoskopische Untersuchungen nach Nr. 741 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärzte (EBM) ab, die die Beigeladene zu 1) vergütete. Der Überweisungsanteil dieser Leistungen betrug nach seinen Angaben 70 v. H.

Am 19. September 2002 beantragte der Kläger bei der Beigeladenen zu 1), ihm für die Zeit ab 1. Januar 2003 die Fortführung dieser gastroscopischen Leistungen zu genehmigen bzw. ihn hierfür zu ermächtigen. Der Stadtteil R., in dem seine Praxis belegen ist, stelle eine Exklave dar. Er sei im Umkreis von 5 km der einzige hausärztlich tätige Arzt, der Gastroskopien erbringe. Die zwei in R. niedergelassenen hausärztlichen Internisten böten diese Diagnostik nicht an. Für die dort gegebene überalterte Bevölkerung würden längere Anfahrtswege - bis nach B. - zu Endoskopikern anfallen, falls er keine Gastroskopien mehr erbringen dürfte. Es liege ein besonderer Versorgungsbedarf vor, der nur durch seine weitere, zumindest auf Ende 2008 zu befristende Berechtigung zur Vornahme der Gastroskopien sicher gestellt werden könnte.

Die Beigeladene zu 1) gab den Antrag an den Zulassungsausschuss für Ärzte weiter, der ihn auf "befristete Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung" gerichtet sah und durch Beschluss vom 30. Oktober 2002 ablehnte. Nach Auslaufen der Übergangsregelungen des Hausarztvertrages am 31. Dezember 2002 sei die Erbringung fachärztlicher Leistungen (Gastroskopien) nur über eine ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung möglich. Dem Antrag, über die hausärztliche Tätigkeit über den 31. Dezember 2002 hinaus endoskopische Leistungen erbringen zu können, könne deshalb nicht entsprochen werden. Hausärzte dürften ab 1. Januar 2003 fachärztliche Leistungen des so genannten K.O.-Kataloges nicht mehr abrechnen. [§ 73 Abs. 1a Satz 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erlaube zwar, von dieser grundsätzlichen Regelung abzuweichen, wenn Allgemeinärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbrächten, einen Antrag auf Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung stellten. Zu diesem Kreis gehöre der Kläger aber nicht.

Der Kläger widersprach. Nach einer Aufstellung der Beigeladenen zu 1) erbrächten die Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte (Hausärzte) in Hamburg im Durchschnitt 186 Gastroskopien jährlich. Deren Überweisungsanteil liege allerdings im Durchschnitt, wie er vermute, nur bei 20 Prozent und damit erheblich geringer als bei ihm. Soweit der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 20. Juni 2000 (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) Heft 27 vom 7. Juli 2000, A-1920, 1923, 1925), durch welchen er ab 1. Januar 2003 die Erbringung von Gastroskopien der ausschließlichen fachärztlich-internistischen Versorgung anheim gegeben habe, keine über den 31. Dezember 2002 hinausgehende Übergangsregelung - wie im Beschluss vom 6. September 1993 geschehen - getroffen habe, sei dies verfassungswidrig, widerspreche insbesondere dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 17. Juni 1999 ([1 BvR 2507/97](#), [SozR 3-2500 § 73 Nr 3](#)). Ihm müsse im Wege eines Vertrauens- und Bestandsschutzes die Möglichkeit eingeräumt werden, dass sich seine im Mai 2000

hinsichtlich des Gastroskops getätigten Investitionen amortisierten. Andernfalls müsse er Entschädigung erhalten.

Der Beklagte wies den Widerspruch durch Beschluss vom 19. Februar 2003 zurück. Die gleichzeitige Teilnahme an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung sei grundsätzlich ausgeschlossen. Eine abweichende befristete Regelung könne nur für Kinderärzte und Internisten getroffen werden. Der Kläger könne deshalb nicht mit Recht verlangen, mit den hausärztlichen Internisten gleich gestellt zu werden, die auf Grund von Beschlüssen des Beklagten noch bis zum 30. September 2003 mit Gastroskopen an der fachärztlichen Versorgung hätten teilnehmen können. Er erbringe auch nicht "im Wesentlichen spezielle Leistungen" iSd [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#), wolle zudem gar nicht ausschließlich, sondern nur mit Gastroskopen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Gegen den Beschluss vom 19. Februar 2003 richtet sich die am 7. April 2003 erhobene Klage, mit der der Kläger vorgetragen hat, die in Rede stehenden gastroskopischen Leistungen schon seit 1979 in großem Umfang erbracht und dafür stets eine entsprechend umfangreiche apparative Ausstattung erworben und bereit gestellt zu haben. Ohne seine Gastroskopen sei eine bedarfsgerechte Versorgung in R. nicht gesichert. Kassenärztliche Vereinigungen anderer Bezirke erteilten Allgemeinärzten Ausnahmegenehmigungen zur Erbringung von Gastroskopen, wenn letztere von diesen zuvor in nennenswertem Umfang erbracht worden wären. Es gebe in Bezug auf die Gastroskopen keinerlei unterschiedliche Ausbildung für Internisten und Allgemeinärzte. Nach der Aufstellung der Beigeladenen zu 1) vom 6. November 2002 seien im 1. Quartal 2002 insgesamt 15.038 Leistungen nach Nr. 741 EBM in Hamburg erbracht worden, 6.664 von fachärztlichen Internisten (63 Praxen), 6.364 von hausärztlichen Internisten (134 Praxen) und 2.010 von Allgemeinärzten (43 Praxen).

Der Beklagte hat erwidert, nach der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte vom 1. April 1996 i. d. F. vom 7. Dezember 1998 seien "Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Fertigkeiten in den endoskopischen Untersuchungen einschließlich der Sigmoido-Koloskopie" und die "selbstständige Durchführung und Befundung von 100 Oesophago-Gastro-Duodenoskopen" zwar für den Internisten, nicht aber für den Allgemeinarzt vorgesehen. Im Übrigen betreffe das Vorbringen des Klägers nicht seine - des Beklagten - Entscheidung über den Status, sondern das Abrechnungsverhältnis zur Beigeladenen zu 1). Soweit der Kläger insoweit verfassungsmäßige Bedenken erhebe, beträfen diese nicht die vorliegende Entscheidung. Im Übrigen hat sich der Beklagte auf das Urteil des erkennenden Senats vom 9. Februar 2005 ([L 2 KA 12/04](#)) berufen.

Die Beigeladene zu 1) hat ausgeführt, das gewählte Verfahren vor den Zulassungsgremien könne nicht zum Erfolg führen. Soweit der Kläger meine, der K.O.-Katalog sei rechtswidrig, weil dessen Übergangsfristen zu kurz bemessen seien und Gastroskopen generell auch durch Hausärzte erbringbar sein müssten, müsse er die Frage, ob er Leistungen nach Nr. 741 EBM erbringen und abrechnen dürfe, mit ihr klären. Der Beklagte sei insoweit durch die Vorgaben des [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) gebunden. Im Übrigen habe eine Bedarfsprüfung in Hamburg ergeben, dass hinsichtlich der Gastroskopen kein Versorgungsdefizit bestehe. Demgemäß nehme auch kein hausärztlich tätiger Internist mit Gastroskopen an der fachärztlichen Versorgung teil. Konkrete Vermittlungsprobleme zu gastroskopisch tätigen Fachärzten seien nicht bekannt.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 4. Januar 2006 abgewiesen. Die Trennung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Die Leistung nach Nr. 741 gehöre ab 1. Januar 2003 ausschließlich zur fachärztlichen Versorgung. Die Entscheidung des Bewertungsausschusses vom 20. Juni 2000 (aaO), der diese Leistung der fachärztlichen Versorgung zugewiesen habe, sei nicht zu beanstanden. Die bis zum 31. Dezember 2002 eingeräumte Übergangsfrist sei ausreichend bemessen gewesen. Wegen der behaupteten, im Mai 2000 getätigten Investition könne der Kläger sich nicht darauf berufen, dass er auf eine über den 31. Dezember 2002 hinausgehende Abrechenbarkeit von Gastroskopleistungen für Hausärzte habe vertrauen dürfen. Denn der Bewertungsausschuss habe bereits am 16. Februar 2000 angekündigt, dass er einen entsprechenden - dann am 20. Juni 2000 gefassten - Beschluss bis zum 1. Juli 2000 treffen werde (DÄ Heft 9 vom 3. März 2000, A-561).

Gegen das ihm am 30. Januar 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20. Februar 2006 Berufung eingelegt. Er bezieht sich auf sein gesamtes erstinstanzliches Vorbringen. Das Sozialgericht habe die Situation in R. außer Acht gelassen. Erst seine gastroskopischen Leistungen gewährleisteten in diesem Stadtteil eine bedarfsgerechte Versorgung. Er sei in ganz besonderem Maße ab 1. Januar 2003 von dem Ausschluss der Erbringung von Gastroskopen durch Hausärzte betroffen. Ihm nach Erwerb des neuen Gastroskops nur noch gut zweieinhalb Jahre die Möglichkeit zur Abrechnung dieser Leistungen zu geben, sei verfassungswidrig. Die Ankündigung des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2002 habe nicht erkennen lassen, dass auch Gastroskopen nur der fachärztlichen Versorgung vorbehalten bleiben sollten. Sie sei zu allgemein gehalten gewesen, sodass sie einen Vertrauenstatbestand nicht habe erschüttern können. Dieser sei durch die Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. April 1994 (DÄ 1994, A-916) geschaffen und unterhalten worden. Er habe im Jahre 2002 durch die Gastroskopen ein Bruttoeinkommen von 12.000 EUR erzielt.

Im Übrigen verweist der Kläger auf eine Reihe von Abrechnungsstreitigkeiten mit der Beigeladenen zu 1), die er wegen der Erbringung gastroskopischer Leistungen für die Zeit ab 2003 vor dem Sozialgericht führt (mittlerweile vor dem Landessozialgericht anhängig). Der Beklagte hätte ihn darauf hinweisen müssen, dass er im Rahmen der einzelnen Quartalsabrechnungen der Beigeladenen zu 1) die Überprüfung seiner Berechtigung, über den 31. Dezember 2002 hinaus gastroskopische Leistungen erbringen zu dürfen, verfolgen müsse.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 4. Januar 2006 und den Bescheid des Beklagten vom 19. Februar 2003 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, dem Kläger über den 31. Dezember 2002 hinaus - zumindest bis Ende 2008 - die Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung, bezogen auf die Erbringung und Abrechnung von Gastroskopen, zu genehmigen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er weist auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 31. Mai 2006 - [B 6 KA 74/04 R](#) - (zur Veröffentlichung vorgesehen) hin. Der Allgemeinarzt habe im Hinblick auf § 6 Abs. 1 des Hausarztvertrages schon länger mit dem Ausschluss der Endoskopien (Gastroskopen) aus dem Katalog der hausärztlichen Leistungen rechnen müssen.

Die Beigeladenen haben sich zur Sache nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Ergänzend wird auf den Inhalt der Prozessakten und der Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft, form- und fristgerecht eingelegt und auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Sie ist aber unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der zuständige Beklagte hat den Antrag, dem Kläger die Erbringung fachärztlicher Leistungen in Form der Vornahme von Gastroskopien zu ermöglichen, mit seinem den alleinigen Gegenstand des Verfahrens bildenden Beschluss vom 19. Februar 2003 zu Recht abgelehnt.

Der Kläger nimmt als zugelassener Allgemeinarzt gemäß der in § 73 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V vorgegebenen Gliederung in haus- und fachärztliche Versorgung seit 1996 an der hausärztlichen Versorgung teil. Eine gleichzeitige Teilnahme an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung ist nicht möglich. Soweit § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V eine davon abweichende befristete Regelung ermöglicht, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist, bezieht sich diese nur auf Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. Zu diesem Kreis gehört der Kläger nicht. Eine analoge Anwendung von § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V auf Allgemeinärzte ist nicht möglich. Die Begrenzung dieser Vorschrift auf den Kreis der Kinderärzte und Internisten (ohne Schwerpunktbezeichnung) verstößt nicht gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Absatz 1 Grundgesetz (GG) (vgl. BSG 31. Mai 2006 - B 6 KA 74/04 R, zur Veröffentlichung vorgesehen). Denn sie beruht auf dem sachlichen Grund, dass diese beiden Arztgruppen, obgleich ebenfalls der hausärztlichen Versorgung zugeordnet, eine Nähe zum fachärztlichen Bereich aufweisen, wie sie bei der Arztgruppe der Allgemeinärzte nicht in gleicher Weise vorliegt. Eine ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V, die der Zulassungsausschuss auch Allgemeinärzten (und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung) erteilen kann, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, macht der Kläger selbst nicht geltend.

Soweit der Kläger bemängelt, dass die Trennung in einer fachärztliche und eine hausärztliche Versorgung nicht strikt durchgeführt worden sei, weil die Inanspruchnahme der fachärztlichen Behandlung nicht von einer Überweisung durch den Hausarzt abhängig sei, vermögen seine Ausführungen den geltend gemachten Anspruch nicht zu begründen. Der Gesetzgeber hat nämlich im Gegensatz zum Vorschlag des Sachverständigenrates kein Primärarztsystem eingeführt. Die hiergegen vom Kläger erhobenen verfassungsrechtlichen Bedenken greifen nicht durch. Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich ist mit Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 GG vereinbar (vgl. BSG 18. Juni 1997 - 6 RKA 58/96, BSGE 80, 256 = SozR 3-2500 § 73 Nr. 1; BVerfG 17. Juni 1999 - 1 BvR 2507/97, aaO).

Auch die auf der Grundlage der §§ 87 Abs. 2a Satz 4, 73 Abs. 1 c Satz 1 SGB V ergangenen Regelungen des Hausarztvertrages vom 6. September 1993, nach denen spezielle Leistungen in der hausärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig sind, sind verfassungsgemäß. Denn sie führen, zusammen mit den Regelungen des EBM (vgl. B I. 1. EBM (Hausärztliche Grundvergütung)), die mit der Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung verfolgte gesetzgeberische Absicht nur durch. Die sich aus den ihnen innewohnenden Vergütungsregelungen für den Allgemeinarzt ergebenden Beschränkungen, wie die Regelung, dass Leistungen nach Nr. 741 EBM nach dem 1. Oktober 2000/31. Dezember 2002 den fachärztlichen Internisten vorbehalten sind, betreffen zwar die Berufsausübung, nicht aber den Status des hiervon betroffenen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausarztes. Sie haben eine geringere Intensität als etwa die Bindung des Facharztes an sein Fachgebiet, wie sich aus dem allgemeinen Berufsrecht mit Wirkung auch für das Vertragsarztrecht und damit für die Abrechnungsfähigkeit vertragsärztlicher Leistungen ergibt (BSG 18. Juni 1997 - B 6 RKA 58/96, aaO; 20. März 1996 - 6 RKA 34/95, SozR 3-2500 § 95 Nr. 9). Die Regelungen dienen zum einen dem Ziel, ökonomische Fehlentwicklungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und damit die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Zum anderen wollen sie zugleich auch die Qualität der Grundversorgung der Patienten fördern. Bei beiden Gesichtspunkten handelt es sich um Gemeinwohlbelange, die Berufsausübungsregelungen durch den Gesetzgeber zu tragen geeignet sind (BSG, aaO). Im Falle des Klägers liegt ein Eingriff in seinen Zulassungsstatus nicht vor. Der Kläger will, zumal er nicht im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringt, die ihm auch als Allgemeinarzt nach § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V die ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung ermöglichen könnten, grundsätzlich nicht in der fachärztlichen Versorgung tätig sein. Deshalb beurteilt sich die Frage, ob der Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit der Nr. 741 EBM in seinen Zulassungsstatus eingreift, danach, ob diese Leistung für die hausärztliche Tätigkeit wesentlich ist. Das ist, gemessen an dem in § 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V im Wesentlichen beschriebenen Inhalt der hausärztlichen Versorgung, zu verneinen. Denn bei der Leistung nach Nr. 741 EBM handelt es sich um eine typische fachärztliche Leistung. Der Kläger wird nicht von der Erbringung bzw. Abrechnungsfähigkeit von Leistungen ausgeschlossen, die für sein Fachgebiet wesentlich sind (BSG 15. Mai 2002 - B 6 KA 22/01 R, SozR 3-2500 § 72 Nr. 14). Im Übrigen stellen die Leistungen nach Nr. 741 ff EBM, gemessen an ihrer Abrechnungsfrequenz, für den Kläger auch rein faktisch keine besonders praxisrelevante Leistung dar.

Dass die Vertragspartner des Hausarztvertrages vereinbart haben, die ausschließlich von Vertragsärzten im fachärztlichen Versorgungsbereich berechnungsfähige Gebührenordnungsposition Nr. 741 EBM den hausärztlich tätigen Vertragsärzten, welche diese Leistung schon vor dem 1. April 2000 erbracht und abgerechnet haben, nur noch bis zum 31. Dezember 2002 zur Verfügung zu stellen, verstößt ebenfalls nicht gegen Verfassungsrecht oder einfaches Gesetzesrecht. Der Hausarztvertrag (= Anlage 5 Bundesmantelvertrag (BMV) - Ärzte und BMV-Ärzte/Ersatzkassen) ist ein Vertrag mit normativer Wirkung, der, sofern er rechtmäßig ist, Bindungswirkung auch gegenüber den Vertragsärzten entfaltet (§ 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V).

Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Versagung der zusätzlichen Abrechnung fachärztlicher Leistungen nicht unter dem Gesichtspunkt notwendiger - weiterer - Übergangsbestimmungen bzgl. der gastroskopischen Leistungen nach Nrn. 741 ff EBM zu beanstanden. Die grundsätzlichen Regelungen über die Trennung des hausärztlichen und fachärztlichen Bereichs sind bereits im Dezember 1992 durch das Gesundheitsstrukturgesetz getroffen und mit Wirkung zum 1. Januar 1994 durch den Hausarztvertrag vom 6. September 1993 (DÄ Heft 41 vom 15. Oktober 1993) konkretisiert worden. Die bereits dort vorgesehene Frist von neun Jahren - bis 31. Dezember 2002 - war für die Allgemeinärzte ausreichend lang, um sich auf die Rechtsänderungen einstellen und die Wahlentscheidung treffen zu können, ob

sie an der hausärztlichen oder - iSd [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) - an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen wollten. Den Anforderungen an den Grundsatz des Vertrauensschutzes war insoweit entsprochen (vgl. BSG 31. Mai 2006 - [B 6 KA 74/04 R](#), zur Veröffentlichung vorgesehen). Bereits 1994 stand fest, dass alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, die vor dem 1. Januar 1994 Leistungen aus dem so genannten Ausschlusskatalog regelmäßig erbracht haben, diese Leistungen nur bis zum 31. Dezember 2002 weiter erbringen und abrechnen durften. Dazu gehört auch der seit 1979 vertragsärztlich praktizierende und seit 1996 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Kläger.

Zwar gehörte die Gastroduodenoskopie seinerzeit noch nicht zu den vom Ausschlusskatalog erfassen Leistungen (vgl. die Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), DÄ 1994, A-916). Dennoch war bereits damals das Bestreben der Spitzenverbände der Krankenkassen erkennbar, auch insoweit auf eine vertragliche Änderung zu drängen und zu einem entsprechenden Leistungsausschluss zu gelangen. Die KBV ließ schon damals erkennen, dass für sie die vertraglich grundsätzlich mögliche Erweiterung der Ausschlussliste (nur) in Frage käme, wenn das Weiterbildungsrecht - was in der Folge in Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern geschehen ist - entsprechend geändert würde. Zudem konnte gemäß § 6 Abs. 2 Satz 2 Hausarztvertrag die Ausschlussliste bei Bedarf weiterentwickelt oder präzisiert werden. Die Hausärzte mussten folglich damit rechnen, dass vor dem 1. Januar 2003 weitere der fachärztlichen Versorgung zuzurechnende Leistungen vom Leistungsausschluss des K.O.-Katalogs erfasst würden, ohne dass ihnen insoweit eine weitere Übergangsfrist über den 31. Dezember 2002 hinaus eingeräumt werden würde. Mit dieser Regelung wurde etwaigen Vertrauensschutzgesichtspunkten ausreichend Rechnung getragen. Dass der Kläger - wie er behauptet - sich das neue Gastroskop bereits im Mai 2000 angeschafft hat, steht dieser Feststellung nicht entgegen. Er musste nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 62. Sitzung vom 16. Februar 2000 damit rechnen oder zumindest in Erwägung ziehen, dass auch die gastroskopischen Leistungen nach Nr. 741 EBM Gegenstand des bis zum 1. Juli 2000 angekündigten weiteren Beschlusses des Bewertungsausschusses werden könnten. Im Übrigen hat der Vertragsarzt keinen Anspruch darauf, dass er Leistungen, die er in der Vergangenheit u. a. unter Verwendung eines selbst beschafften Gerätes erbringen und abrechnen durfte, bis zu dessen vollständiger Amortisation erbringen und abrechnen darf.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§§ 154 Abs. 2, 162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die durch den Senat in der mündlichen Verhandlung durch Beschluss erfolgte Streitwertfestsetzung auf 18.000 EUR beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§§ 52 Abs. 1, 63](#) Gerichtskostengesetz (GKG) in der ab 1. Juli 2004 geltenden Fassung. Ihr liegen die unter Abzug von Praxiskosten von 50 v. H. in drei Jahren vom Kläger durch Gastroskopien erzielten Einnahmen (36.000 EUR: 2 = 18.000 EUR) zu Grunde (vgl. BSG 10. November 2005 - [B 3 KR 36/05 B](#), [SozR 4 -1920 § 52 Nr 2](#); 01. September 2005 - [B 6 KA 41/04 R](#), [SozR 4 -1920 § 52 Nr 1](#)).

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür fehlen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2007-01-02