

L 1 KA 14/09

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

1

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 81/06

Datum

25.02.2009

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KA 14/09

Datum

19.05.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Keine Wegepauschale neben Nr. 05230 EBM-Ä 2005 (Aufsuchen des Patienten in der Praxis des operierenden Arztes durch den Anästhesisten)

Bundesrecht gebietet es nicht, in den regionalen Wegegeldregelungen Anästhesisten für das Aufsuchen des Patienten in der Praxis des operierenden Arztes einen Anspruch auf Erstattung der Wegekosten in Gestalt einer Wegepauschale einzuräumen.

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 25. Februar 2009 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 6.416,40 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Absetzung des Ansatzes von Wegepauschalen bei der Honorarberechnung für das Quartal II/2005.

Der Kläger ist als Facharzt für Anästhesiologie mit Praxissitz in L. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, an der er im Quartal II/2005 mit vier angestellten Ärzten teilnahm. Für dieses Quartal rechnete er in 877 Fällen für das Aufsuchen von Praxen, in denen er oder seine angestellten Ärzte bei Operationen anästhesiologische Leistungen erbrachten, Wegepauschalen nach den im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) geltenden Gebührenordnungspositionen (GOP) 40220 ff. ab.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen in der bis zum 31.03.2005 geltenden Fassung (EBM-Ä) sah in Nr. 50 eine Gebühr für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes u.a. zur Durchführung von Anästhesien/Narkosen oder von operativen Leistungen vor. Ergänzend dazu war im Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) und in der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) vereinbart, dass neben der Leistung nach Nr. 50 EBM-Ä Wegepauschalen berechnet werden durften, deren Höhe für den Primärkassenbereich gesamtvertraglich und für den Ersatzkassenbereich in den Nrn. 7234 bis 7239 E-GO geregelt war. Der ab dem 01.04.2005 geltende Einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM 2000plus) sah in Nr. 05230 eine Nr. 50 EBM-Ä entsprechende Abrechnungsposition nur noch für Anästhesisten vor. Ergänzende Maßgaben zu Nr. 05230 EBM 2000plus sind nicht vereinbart worden; die ergänzenden Maßgaben von BMÄ und E-GO zu Nr. 50 EBM-Ä sind aber auch nicht ausdrücklich außer Kraft gesetzt worden. Ab dem 01.04.2005 waren im Bereich der beklagten KÄV auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit den Krankenkassen in den GOP 40190 ff. Wegepauschalen für Besuche vorgesehen; hinsichtlich der Berechnungsfähigkeit von Besuchen, Visiten und Wegepauschalen wurde auf die Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus verwiesen.

Mit Honorarbescheid vom 25.10.2005 setzte die Beklagte im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung folgende Wegepauschalen beim Zusammentreffen mit Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2000plus ab: GOP Ansatz Pauschale Summe 40220 46 3,20 EUR 147,20 EUR 40222 521 6,30 EUR 3.282,30 EUR 40224 161 9,20 EUR 1.481,20 EUR 40226 21 6,30 EUR 132,30 EUR 40228 93 9,80 EUR 911,40 EUR 40230 35 13,20 EUR 462,00 EUR 6.416,40 EUR

Den hiergegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22.02.2006 zurück. Wegepauschalen nach GOP 40220 ff. erhalte der Vertragsarzt ausschließlich für Besuche im Sinne der Nrn. 01410 ff. EBM 2000plus, nicht aber neben der Leistung nach

Nr. 05230 EBM 2000plus.

Der Kläger hat am 08.03.2006 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben. Auf das Aufsuchen des Patienten in der Praxis des operierenden Arztes träfen die Kriterien für einen Besuch im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus voll zu. Gerade weil die Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus einem Besuch gleichstehe, sei daneben die Abrechnung von Besuchsleistungen nach Nrn. 01410 ff. EBM 2000plus ausgeschlossen worden. Wenn neben den Nrn. 01410 ff. EBM 2000plus Wegepauschalen abrechenbar seien, bestehe kein sachlicher Grund, deren Abrechnung neben der Nr. 05230 EBM 2000plus zu versagen. Auch sei davon auszugehen, dass die Maßgaben von BMÄ und E-GO zu Nr. 50 EBM-Ä bezogen auf die Nr. 05230 EBM 2000plus fortgälten. Eine Gleichbehandlung mit den Operateuren sei nicht statthaft. Anders als diese suche der Anästhesist am Tag typischerweise nicht nur eine operative Einrichtung auf, sondern mehrere. Sächsische Anästhesisten würden gegenüber ihren Kollegen in allen anderen Bundesländern benachteiligt, in denen Wegepauschalen neben der Nr. 05230 EBM 2000plus abgerechnet werden könnten. Die Nr. 05230 EBM 2000plus gelte den Wegeaufwand nicht mit ab, da sie lediglich die Nr. 50 EBM-Ä ersetze, die diesen Aufwand nicht erfasst habe. Zumindest sei Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus bezüglich der Nr. 05230 EBM 2000 plus verfassungskonform analog anzuwenden. Die Beklagte hat erwidert, der EBM 2000plus enthalte keine Rechtsgrundlage für Wegepauschalen, da es zu keiner Einigung auf Bundesebene gekommen sei. Die deshalb in Sachsen getroffene Wegegeldregelung verweise auf die Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus. Daraus ergebe sich, dass Wegepauschalen nur bei bestimmten Leistungen abgerechnet werden könnten, zu denen diejenige nach Nr. 05230 EBM 2000plus nicht gehöre. Auch sei das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes kein Besuch im Sinne der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus.

Mit Urteil vom 25.02.2009 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Zahlung von Wegepauschalen für das Aufsuchen von Patienten in der Praxis des operierenden Arztes, um dort anästhesiologische Leistungen zu erbringen. Die Wegepauschalen seien nicht aufgrund einer Fortwirkung der bis zum 31.03.2005 geltenden Maßgaben von BMÄ und E-GO zu Nr. 50 EBM-Ä zu zahlen. Diese Maßgaben seien seit Inkrafttreten des EBM 2000plus nicht mehr anwendbar. Sie gälten nicht bezogen auf die Nr. 05230 EBM 2000plus fort. Zwar seien im Zuge der Einführung des EBM 2000plus einzelne Regelungen von BMÄ und E-GO aufgehoben sowie durch neue Regelungen ersetzt worden und einzelne Regelungen weiter anwendbar geblieben. Die ergänzenden Maßgaben zu Nr. 50 EBM-Ä seien aber ohne ausdrücklichen Beschluss über Fortgeltung oder Außerkrafttreten gegenstandslos geworden, weil sich Nr. 05230 EBM 2000plus nach Regelungsumfang (Beschränkung auf die anästhesiologische Tätigkeit des Anästhesisten) und Systematik (arztgruppenspezifische Leistung) so wesentlich von Nr. 50 EBM-Ä unterscheidet, dass keine normative Identität bestehe. Für eine analoge Anwendung der Maßgaben zu Nr. 50 EBM-Ä auf Nr. 05230 EBM 2000plus sei kein Raum. Aus einer Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) ergebe sich, dass das Fehlen einer der Maßgaben zu Nr. 50 EBM-Ä entsprechenden Anmerkung in Nr. 05230 EBM 2000plus kein Ausdruck einer Regelungslücke, sondern einer bewussten Entscheidung gegen eine gesonderte Wegevergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab sei. Beim Aufsuchen des Patienten in der Praxis des operierenden Arztes, um dort Anästhesien durchzuführen, handele es sich auch nicht um einen Besuch im Sinne der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus, der die Anwendbarkeit der Wegepauschalen nach GOP 40190 ff. eröffnede. Dabei könne offen bleiben, ob diese Wegepauschalen nicht nur das Vorliegen eines Besuches im Sinne des EBM 2000plus, sondern auch dessen Vergütungsfähigkeit nach Maßgabe des EBM 2000plus voraussetzten. Denn das Aufsuchen des Patienten durch den Anästhesisten in der Praxis des operierenden Arztes, um dort eine Anästhesie durchzuführen, stelle keinen Besuch im Sinne der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus dar, weil die Praxis des operierenden Arztes für den Anästhesisten ein "anderer Ort" im Sinne von Satz 1 dieser Präambel sei. Was unter einem "anderen Ort" zu verstehen sei, ergebe sich aus den vertragsärztlichen und standesrechtlichen Vorschriften über den Ort der ärztlichen Berufsausübung. Die Orte, an denen der Arzt über seine Praxis hinaus nicht nur im Einzelfall, sondern regelmäßig (vertrags-) ärztlich tätig sein dürfe, würden mit dem Begriff "anderer Ort" umschrieben. Zu den vertragsärztlich und berufsrechtlich anerkannten Ausnahmen von der Bindung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit an den Ort der Niederlassung gehöre auch das Aufsuchen von Patienten durch den Anästhesisten in der Praxis des operierenden Arztes, um dort anästhesiologische Leistungen zu erbringen. Diese Ausnahme habe auch ohne ausdrückliche Regelung schon nach der bis zum 31.12.2006 geltenden Rechtslage bestanden. Vorrangig aus Gründen der Abrechnungskontrolle gälten inzwischen die Tätigkeitsorte, an denen Anästhesisten vertragsärztliche Leistungen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes erbrächten, als deren Nebenbetriebsstätten. Korrespondierend damit sei die Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus dahingehend neu gefasst worden, dass ein Besuch nicht berechnungsfähig sei, wenn der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsuche. Eine sachliche Änderung der Definition des Besuchs sei damit nicht verbunden. Etwas anderes ergebe sich nicht aus Nr. 1 Satz 3 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus, da die darin enthaltene Aufzählung keinen abschließenden, sondern nur einen erläuternden Charakter habe. Bestätigt werde das Ergebnis dadurch, dass nach den bis zum 31.03.2005 geltenden Abrechnungsregelungen beim Aufsuchen der Praxis des operierenden Arztes durch den Anästhesisten Wegepauschalen für Besuche nicht hätten abgerechnet werden dürfen, wenn dies nicht in BMÄ und E-GO zu Nr. 50 EBM-Ä ausdrücklich vereinbart worden wäre. Die Differenzierung zwischen Aufsuchen im Sinne von Nr. 05230 EBM 2000plus und Besuchen im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus mit der Folge des Ausschlusses von Wegeentschädigungen verletze nicht den allgemeinen Gleichheitssatz, sondern sei durch sachliche Gründe gerechtfertigt. Die KÄBV habe insoweit auf einen Trend zu Praxen oder Operationszentren, die gemeinsam angesiedelt seien, und sinngemäß auf eine Gleichbehandlung der Anästhesisten mit den ambulant operierenden Ärzten hingewiesen. Letztlich entscheidend sei die Anästhesisten und ambulante Operateure verbindende Gemeinsamkeit: Anders als bei Besuchen im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus richte sich der Einsatzort des Anästhesisten ebenso wenig wie derjenige des operierenden Arztes nach dem aktuellen Behandlungsbedarf eines bestimmten Patienten und der Erreichbarkeit der Praxis für ihn, sondern nach der konkreten Ausgestaltung des Praxisbetriebes und der Kooperationsbeziehungen zwischen Operateur und Anästhesist. Der Ort des Tätigwerdens werde nicht durch den krankheitsbedingten Versorgungsbedarf des Patienten im Einzelfall diktiert. An wie vielen und welchen Orten Anästhesisten ihre Leistungen erbrächten unterliege in erster Linie ihrer Organisationshoheit und Vertragsfreiheit. Sei eine Regelung der Wegepauschalen zugunsten der Anästhesisten auf der Ebene des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht aus Gründen der Gleichberechtigung geboten, sei damit nicht ausgeschlossen, dass die Vertragsparteien auf Landesebene hierfür gesonderte Mittel zur Verfügung stellten. Auf den Abschluss einer solchen Vereinbarung habe der Kläger indessen keinen Anspruch. Es sei insbesondere verfassungsrechtlich nicht geboten, dem Vertragsarzt im Einzelfall alle Kosten zu erstatten, die ihm bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen entstünden.

Mit seiner am 06.05.2009 eingelegten Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Bei der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus handele es sich eindeutig um einen Besuch im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus. In Satz 3 dieser Präambel sei abschließend geregelt, was unter dem "anderen Ort" zu verstehen sei, von dem in Satz 1 die Rede sei. Danach sei die Praxis eines anderen Arztes für den Anästhesisten kein solcher anderer Ort. Von einem bloß erläuternden Charakter des Satzes 3 dieser Präambel könne

nicht ausgegangen werden, da Satz 3 keine Formulierung enthalte, die auf eine beispielhafte Aufzählung hindeute. Außerdem gälten die ergänzenden Maßgaben zu Nr. 50 EBM-Ä fort. Denn es habe sich nur der Kreis der Leistungserbringer geändert, sonst aber bestehe volle inhaltliche Kontinuität. Dem stehe nicht entgegen, dass in den landesrechtlichen Regelungen mit Ausnahme Sachsens die Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen für die Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus ausdrücklich vorgesehen sei. Daran zeige sich vielmehr, dass Wegepauschalen für die flächendeckende Versorgung mit anästhesiologischen Leistungen notwendig seien. Dagegen führe die Haltung der Beklagten dazu, ambulante Operation in ländlichen Gebieten durch kostenintensivere stationäre Behandlungen zu ersetzen oder mit Anästhesisten aus anderen Ländern durchzuführen. Die Vorenthaltung von Wegepauschalen zur Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus verstoße gegen den allgemeinen Gleichheitssatz. Diese Leistung dürfe hinsichtlich der Wegepauschalen nicht anders als andere Besuche behandelt werden. Dem könne nicht entgegengehalten werden, dass die Nichtgewährung von Wegepauschalen die Versorgung mit anästhesiologischen Leistungen bisher nicht beeinträchtigt habe.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 25. Februar 2009 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides vom 25. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Februar 2006 zu verurteilen, dem Kläger die abgesetzten Wegepauschalen nachzuvergüten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beim Aufsuchen des Patienten in der Praxis des operierenden Arztes handele es sich nicht um einen Besuch. Nr. 1 Satz 3 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus habe erläuternden Charakter; der "andere Ort" werde dadurch nicht definiert. Zwischen Nr. 50 EBM-Ä und Nr. 05230 EBM 2000plus bestehe keine inhaltliche Kontinuität, da nur die Leistungen der Anästhesisten in den EBM 2000plus überführt worden seien. Der Normgeber habe die Wegepauschale nicht willkürlich ausgeschlossen, sondern einen sich abzeichnenden Trend berücksichtigt. Es müssten nicht alle Kosten erstattet werden, die bei der Leistungserbringung entstünden. Von einem Sicherstellungsproblem bei der Versorgung mit anästhesiologischen Leistungen aufgrund der fehlenden Wegepauschalen sei nichts bekannt.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist unbegründet.

Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger ist nicht in rechtswidriger Weise dadurch beschwert, dass die Beklagte im Honorarbescheid vom 25.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2006 abgerechnete Wegepauschalen für das Aufsuchen von Praxen, in denen er oder seine angestellten Ärzte bei Operationen anästhesiologische Leistungen erbrachten, nicht vergütet hat. Der Kläger hat weder auf der Grundlage der im Bezirk der beklagten KÄV geltenden regionalen Regelungen (dazu 1.) noch auf der Grundlage oder nach der Maßgabe von Regelungen auf Bundesebene (dazu 2.) einen Anspruch auf Wegepauschalen neben Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2000plus. Dies ist mit höherrangigem Recht vereinbar (dazu 3.).

1. Wegepauschalen sind im Bezirk der beklagten KÄV Gegenstand regionaler Regelungen in den Gesamtverträgen mit den Krankenkassen und aus den diesbezüglichen Abrechnungsbestimmungen der Beklagten zu entnehmen. Danach galt ab 01.04.2005 – mithin ab Inkrafttreten des EBM 2000plus – folgende Wegegeldregelung: 40190 Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr ...

10,70 EUR 40192 Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr ...

14,80 EUR 40220 Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8.00 Uhr und 20.00 Uhr ... 3,20 EUR 40222 Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8.00 Uhr und 20.00 Uhr ... 6,30 EUR 40224 Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8.00 Uhr und 20.00 Uhr ... 9,20 EUR 40226 Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 Uhr und 8.00 Uhr ... 6,30 EUR 40228 Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 Uhr und 8.00 Uhr ... 9,80 EUR 40230 Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 20.00 Uhr und 8.00 Uhr ... 13,20 EUR

- Die Berechnungsfähigkeit von Besuchen, Visiten und Wegepauschalen ist in Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.4, EBM, geregelt.

Zum 01.01.2008 wurde die Wegegeldregelung folgendermaßen neu gefasst: Bezeichnung: "Wegepauschale für Besuche ..." am Tag (zwischen 7 und 19 Uhr) in der Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) Abr.-Nr. Wert Abr.-Nr. Wert ... im Kernbereich bis zu 2 km Radius 93220 3,90 EUR 93221 8,90 EUR ... im Randbereich bei mehr als 2 bis zu 5 km Radius 93222 7,00 EUR 93223 12,00 EUR ... im Fernbereich bei mehr als 5 bis zu 10 km Radius 93224 10,00 EUR 93225 15,00 EUR ... im Fernbereich bei mehr als 10 bis zu 15 km Radius 93226 12,00 EUR 93227 17,00 EUR ... im Fernbereich bei mehr als 15 bis zu 20 km Radius 93228 14,00 EUR 93229 19,00 EUR ... im Fernbereich bei mehr als 20 bis zu 25 km Radius 93230 16,00 EUR 93231 21,00 EUR ... im Fernbereich bei mehr als 25 bis zu 30 km Radius 93232 18,00 EUR 93233 23,00 EUR ... im Fernbereich bei mehr als 30 bis zu 35 km Radius 93234 20,00 EUR 93235 25,00 EUR ... im Fernbereich bei mehr als 35 km Radius 93236 22,00 EUR 93237 27,00 EUR - ... - Außerdem gilt im ambulanten Bereich: ... Die Berechnungsfähigkeit von Besuchen und Wegepauschalen ist im EBM (Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.4) geregelt.

Die in der Wegegeldregelung in Bezug genommene Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus lautete ab dem 01.04.2005, wie folgt: 1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungsgebühr, Verweilen 1. Ein Besuch / eine Visite ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Praxis oder einen ausgelagerten Praxisteil (z. B. Apparategemeinschaft), eine Einrichtung,

in der er eine ambulante Operation durchführt, eine Belegklinik im Rahmen seiner belegärztlichen Tätigkeit, ein Heim oder ähnliches, in dem er eine genehmigte Zweitsprechstunde (Zweitpraxis) abhält oder eine Zweitpraxis an einem anderen Ort auf, ist kein Besuch berechnungsfähig. 2. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411 oder 01412 sowie für die erste Visite nach der Nr. 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag. 3. Für die Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung kann ein Besuch entsprechend der Leistung nach der Nr. 01410 berechnet werden. Zum 01.01.2008 erhielt die Präambel folgende Fassung: 1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen 1. Ein Besuch / eine Visite ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte auf, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist, ist kein Besuch berechnungsfähig. 2. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412 oder 01415 sowie für die erste Visite nach der Nr. 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

Nach der im streitigen Quartal geltenden regionalen Wegegeldregelung kann der Kläger keine Wegepauschalen neben Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2000plus beanspruchen. Denn Wegepauschalen waren weder nach der von dieser Wegegeldregelung in Bezug genommenen Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus berechnungsfähig (dazu a) noch lag ein Besuch im Sinne von Nr. 1 dieser Präambel vor (dazu b).

a) Die Anmerkung zu den GOP 40190 ff. verweist auf die Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus nicht nur hinsichtlich des dort unter Nr. 1 näher bestimmten Begriffs des Besuches, sondern auch hinsichtlich der in Nr. 2 dieser Präambel geregelten Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen. Folglich hat ein Arzt nach der Wegegeldregelung im Bezirk der beklagten KÄV bereits dann keinen Anspruch auf eine Wegepauschale, wenn diese nicht nach Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus berechnungsfähig ist.

Nach Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus erhält ein Vertragsarzt eine Wegepauschale nur für genau bestimmte Besuchsleistungen – nämlich nach der im streitigen Quartal geltenden Fassung dieser Präambel nur für Besuche nach Nrn. 01410, 01411 oder 01412 (seit 01.01.2008 auch nach Nr. 01415) sowie für die erste Visite nach der Nr. 01414 EBM 2000plus. Das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen (Zahn-) Arztes nach Nr. 05230 EBM 2000plus wird in Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus nicht erwähnt. Aus diesem Grunde sind nach dem klaren Wortlaut der regionalen Wegegeldregelung und der von dieser in Bezug genommenen Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus Wegepauschalen neben der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus nicht abrechenbar.

Daran ändert sich auch dann nichts, wenn mit der KÄBV in der vom SG beigezogenen Stellungnahme vom 20.06.2007 davon ausgegangen wird, dass es den vertraglichen Wegegeldregelungen unbenommen ist, bei der Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen über die Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus hinauszugehen. Denn davon ist im Bezirk der beklagten KÄV kein Gebrauch gemacht worden. Vielmehr wurde hier durch die Bezugnahme auf die Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus die Berechnungsfähigkeit auf die in deren Nr. 2 erwähnten Besuchsleistungen beschränkt.

Die Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen für das Aufsuchen von Praxen, in denen bei Operationen anästhesiologische Leistungen erbracht werden, kann auch nicht dadurch erreicht werden, dass neben der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus ein Besuch im Sinne der Nrn. 01410, 01411 oder 01412 EBM 2000plus abgerechnet wird; denn eine solche Abrechnung ist nach der Anmerkung zu Nr. 05230 EBM 2000plus ausgeschlossen.

b) Darüber hinaus stellt das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen (Zahn-) Arztes zur Durchführung anästhesiologischer Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2000plus auch keinen Besuch im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus dar.

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des Bewertungsmaßstabs als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Nur soweit der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, ist Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt ebenfalls nur bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen in Betracht und kann nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 10.12.2008 - [B 6 KA 45/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 106a Nr. 5](#) Rn. 15; Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 1/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 106a Nr. 4](#) Rn. 12; Urteil vom 17.09.2008 - [B 6 KA 51/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 75 Nr. 10](#) Rn. 13; Urteil vom 07.02.2007 - [B 6 KA 32/05 R](#) - [GesR 2007, 326](#); Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 35/05 R](#) - [SozR 4-5533 Nr. 40 Nr. 2](#) Rn. 13; Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 80/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#) Rn. 10; Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 5](#) Rn. 11).

In Anwendung dieser Maßstäbe stellt das Aufsuchen der Praxis des operierenden Arztes durch den Anästhesisten keinen Besuch im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus dar. In Satz 1 dieser Bestimmung wird der Besuch als ärztliche Inanspruchnahme definiert, "zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben." Da ein Besuch nicht bereits dann vorliegt, wenn der Arzt Wege zwischen seiner Wohnung, seiner Praxis oder einem "anderem Ort" zurücklegt, muss es sich bei dem "anderen Ort" um etwas anderes handeln als bei der "anderen Stelle", weil ansonsten die Bestimmung leerläufe. Lässt sich somit dem Satz 1 noch entnehmen, dass "anderer Ort" und "andere Stelle" eine

unterschiedliche Bedeutung haben müssen und dass der "andere Ort" enger verstanden werden muss als die "andere Stelle", lässt sich Genaueres aus dem Wortlaut dieses Satzes allein nicht erschließen. Allerdings enthält Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus noch zwei weitere Sätze. In Satz 2 wird ein Fall hervorgehoben, in dem ein Besuch "auch" vorliegt – nämlich "wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird", womit klargestellt wird, dass die "andere Stelle" sich nicht in einem Gebäude befinden muss. In Satz 3 werden dagegen Fälle aufgeführt, in denen kein Besuch berechnungsfähig ist – nämlich beim Aufsuchen der eigenen Praxis, eines ausgelagerten Praxisteils, einer Einrichtung, in der der Arzt eine ambulante Operation durchführt, einer Belegklinik im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit oder einer Zweitpraxis. In Satz 3 wird der "andere Ort" im Sinne des Satzes 1 nicht definiert. Schon der Wortlaut des Satzes 3 enthält keinen diesbezüglichen Hinweis (etwa: "anderer Ort im Sinne des Satzes 1 ist ..."). Zudem enthält die Aufzählung in Satz 3 mit der "eigenen Praxis" einen Ort, der wegen seiner ausdrücklichen Erwähnung in Satz 1 kein "anderer" Ort in dessen Sinne sein kann. Die Aufzählung in Satz 3 – in der lediglich die eigene Wohnung des Arztes fehlt – hat daher keinen abschließenden Charakter. Vielmehr wird darin – wie auch bereits in Satz 2 – nur die Definition des Satzes 1 erläutert. Dabei macht Satz 3 darauf aufmerksam, dass es sich bei dem "anderen Ort" um Orte handelt, an denen der Arzt über seine Praxis hinaus regelmäßig ärztlich tätig werden darf.

Mag der Begriff des "anderen Ortes" aus sich heraus nicht verständlich sein – zumal wenn er der "anderen Stelle" gegenübergestellt wird –, so handelt es sich doch gerade im Verhältnis zur Praxis des Arztes um einen eingeführten Begriff, dem ein festes Verständnis zugrunde liegt. Das ärztliche Berufsrecht bindet seit jeher die ambulante ärztliche Tätigkeit in örtlicher Hinsicht. Die Grundregelung enthält § 17 Abs. 1 Musterberufsordnung (MBO). In der Fassung des 107. Deutschen Ärztetages 2004 ist danach die ambulante ärztliche Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern "an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden". Bereits die vorhergehende Fassung des § 17 Abs. 1 MBO, nach der eine Bindung an die "Niederlassung in eigener Praxis" bestanden hatte, ist dahingehend verstanden worden, dass die ambulante ärztliche Tätigkeit nicht nur allgemein ortsgebunden sein muss, sondern sie grundsätzlich nur an einem Ort ausgeübt werden darf, worunter die konkrete Praxisanschrift gemeint ist (Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 16.05.2000 - [9 S 1445/99](#) - [MedR 2000, 439](#), 441). Daraus ist im Umkehrschluss gefolgert worden, "dass eine Tätigkeit an anderen Orten als dem der Niederlassung grundsätzlich unzulässig ist, es sei denn, ihre Zulässigkeit ergibt sich aus weiteren Vorschriften oder aus einer Erlaubnis der zuständigen Institutionen" (Engelmann, MedR 2002, 561, 563). Andere Orte, an denen der Arzt außerhalb seines Praxissitzes ambulant ärztlich tätig sein durfte, waren früher Zweigpraxis und ausgelagerte Praxisräume (§ 18 MBO in der Fassung bis zum 107. Deutschen Ärztetag). Infolge der Neufassung der §§ 17 ff. MBO durch den 107. Deutschen Ärztetag ist eine Tätigkeit an anderen Orten in weiterem Umfang berufsrechtlich gestattet – nämlich an zwei "weiteren Orten" bei Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort (§ 17 Abs. 2 MBO), wobei die zahlenmäßige Beschränkung nicht für Anästhesisten bezogen auf deren anästhesiologische Tätigkeit gilt (vgl. die Hinweise und Erläuterungen der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt [DÄ] 2006, A-801, 802 und DÄ 2008, A-1019, 1020). Hierauf nimmt Nr. 1 Satz 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus mit dem Begriff des "anderen Ortes" Bezug und bezeichnet damit die Orte, an denen der Arzt außerhalb des Praxissitzes regelmäßig ärztlich tätig sein darf.

Bestätigt wird dieses normativ vorgeprägte Verständnis des "anderen Ortes" durch die Neufassung der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus zum 01.01.2008. Seither ist in Nr. 1 Satz 3 neben der eigenen (Arzt-) Praxis nur noch von einer "anderen Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte" die Rede, an denen der Arzt selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist. Damit hat der Bewertungsausschuss auf die Einführung eines neuen § 15a in den Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und den Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) zum 01.07.2007 reagiert, in dem nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes vom 22.12.2006 ([BGBl. I S. 3439](#)) in Ergänzung zu § 24 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nähere Regelungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit an "weiteren Orten" getroffen worden sind. Danach ist Betriebsstätte der Vertragsarztsitz (§ 15a Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä/EKV-Ä) und Nebenbetriebsstätte jeder Ort einer weiteren vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 15a Abs. 1 Satz 3 BMV-Ä/EKV-Ä). Speziell für Anästhesisten bestimmt § 15a Abs. 2 Satz 2 bis 6 BMV-Ä/EKV-Ä: "Tätigkeitsorte, an denen Anästhesisten vertragsärztliche Leistungen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes erbringen, gelten als Nebenbetriebsstätten des Anästhesisten; Nebenbetriebsstätten des Anästhesisten sind auch Vertragszahnarztpraxen. Die Nebenbetriebsstätten der Anästhesisten bedürfen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Soweit es sich um Nebenbetriebsstätten handelt, an denen schmerztherapeutische Leistungen erbracht werden, ist die Genehmigung zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV vorliegen. Werden nur anästhesiologische Leistungen erbracht, ist die Genehmigung zu erteilen, wenn die Versorgung durch die Anzahl der Nebenbetriebsstätten nicht gefährdet ist. Nebenbetriebsstätten des Anästhesisten in Bezirken einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bedürfen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung seines Vertragsarztsitzes; § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV bleibt unberührt, sofern es sich um schmerztherapeutische Leistungen handelt." Mit der Anpassung des Satzes 3 von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus an diese Begrifflichkeit des BMV-Ä und EKV-Ä ist klargestellt worden, dass die Praxis eines anderen Arztes, in der der Anästhesist regelmäßig bei ambulanten Operationen anästhesiologische Leistungen erbringt, ein "anderer Ort" im Sinne des Satzes 1 dieser Präambel ist. Eine sachliche Änderung ist damit aber nicht erfolgt. Vielmehr ist über den Begriff der Nebenbetriebsstätte nur der Anschluss an die Regelungen über die Genehmigungsbedürftigkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten (§ 15a Abs. 2 BMV-Ä/EKV-Ä) hergestellt worden, die bei den Anästhesisten aus Gründen der Abrechnungskontrolle jeden Ort außerhalb des Vertragsarztsitzes erfasst.

Davon dass das Aufsuchen der Praxis eines anderen Arztes zur Mitwirkung an dessen Leistungserbringung keinen Besuch darstellt, ist auch der Bewertungsausschuss bei der Schaffung des EBM 2000plus ausgegangen. Denn er hat es für erforderlich gehalten, diesbezüglich in Nr. 05230 EBM 2000plus für Anästhesisten einen eigenen Gebührentatbestand zu schaffen. Dieser Gebührentatbestand hat die Nr. 50 EBM-Ä abgelöst, die auch von operierenden Ärzten sowie ganz allgemein von Ärzten abgerechnet werden konnte, die anderen Ärzten bei deren ärztlicher Leistung Beistand leisteten. Diese Ärzte können seit Einführung des EBM 2000plus das Aufsuchen der Praxis eines anderen Arztes nicht mehr abrechnen – weder über die bei ihnen nicht einschlägige Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus noch als Besuch im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus.

2. Ein Anspruch auf Wegepauschalen neben Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2000plus besteht auch nicht auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes oder nach Maßgabe von BMÄ bzw. E-GO.

Dabei scheidet der EBM 2000plus von vornherein als Anspruchsgrundlage aus. Denn im EBM 2000plus sind die Wegepauschalen ebenso wenig geregelt, wie sie es im EBM-Ä waren. Die Wegepauschalen als Kostenerstattungen mit festen Geldbeträgen haben ihre Regelung seit jeher außerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gefunden, der gemäß [§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) allein das wertmäßige, in Punkten ausgedrückte Verhältnis der abrechnungsfähigen Leistungen bestimmt. Unter Geltung des EBM-Ä waren

die Wegepauschalen im Primärkassenbereich Gegenstand regionaler Regelungen in den Gesamtverträgen zwischen KÄVen und Landesverbänden der Krankenkassen; im Ersatzkassenbereich waren die Wegepauschalen zwar bundeseinheitlich geregelt, nämlich in den Nrn. 7234 bis 7239 E-GO, doch standen sie damit ebenfalls außerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Bei dessen Reform zum 01.04.2005 war zwar die Überführung der Wegepauschalen in die Struktur des Kapitels 40 zum EBM 2000plus gefordert worden (vgl. die Mitteilung der KÄBV, DÄ 2005, A-698), was zu einer bundeseinheitlichen Regelung dieser Kostenpauschalen in Primär- und Ersatzkassenbereich geführt hätte (vgl. die Aufforderung des Erweiterten Bewertungsausschusses in Nr. 1.3. seines Beschlusses vom 30.07.2003, DÄ 2003, A-2182). Dazu ist es aber nicht nur nicht gekommen, wie aus der Stellungnahme der KÄBV vom 20.06.2007 hervorgeht. Vielmehr hätte sich selbst bei einer Aufnahme in das Kapitel 40 zum EBM 2000plus nichts daran geändert, dass die Wegepauschalen ihre Regelung nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab selbst gefunden hätten, sondern in einem lediglich an die neue Struktur des EBM 2000plus angepassten vertraglichen Kapitel. Nach dem endgültigen Scheitern der Bemühungen, über ein Verfahren vor dem Bundesschiedsamt eine bundeseinheitliche Regelung für die Wegepauschalen zu erreichen, haben diese Kostenpauschalen ihre Grundlage allein in regionalen Regelungen.

Auf Bundesebene bestehen lediglich gewisse Maßgaben für die regionalen Wegegeldregelungen in Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus. Nach deren Satz 1 (in der im hier streitigen Quartal gültigen Fassung) erhält der Vertragsarzt für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411 oder 01412 EBM 2000plus sowie für die erste Visite nach der Nr. 01414 EBM 2000plus einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Damit ist den Parteien der Verträge über die Kostenpauschalen vorgegeben, neben den aufgeführten Besuchsleistungen Wegepauschalen vorzusehen. Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus beschränkt die Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen allerdings nicht auf die darin aufgeführten Besuchsleistungen, sondern lässt es zu, in den Wegegeldregelungen auch neben der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus Wegepauschalen vorzusehen. Eine Pflicht zu einer derartigen regionalen Wegegeldregelung folgt aber aus den Maßgaben in Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus nicht.

Ein Anspruch auf Wegepauschalen neben Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2000plus ergibt sich auch nicht aus den vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä. Zu dieser bis zum 31.03.2005 geltenden Gebührenordnungsposition war außerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch die Parteien der Bundesmantelverträge Folgendes vereinbart: BMÄ Neben der Leistung nach Nr. 50 können Wegegeld bzw. Wegegeldpauschalen berechnet werden. E-GO Neben der Leistung nach Nr. 50 können Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7239 berechnet werden. Eine diesen vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä entsprechende Bestimmung haben zu Nr. 05230 EBM 2000plus weder der Bewertungsausschuss innerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes noch die Parteien der Bundesmantelverträge in BMÄ oder E-GO geschaffen.

Die vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä sind mit Außerkräfttreten des EBM-Ä zum 31.03.2005 gegenstandslos geworden. Denn mit Nr. 50 EBM-Ä ist ihr normativer Bezugspunkt entfallen. Aus diesem Grunde bedurfte es keiner ausdrücklichen Regelung über die Aufhebung dieser Anmerkungen. Vielmehr entfalten sie seit dem 01.04.2005 keine Rechtswirkungen mehr, da die Gebührenordnungsposition, auf die sie sich beziehen, nicht mehr existiert.

Zu keinem anderen Ergebnis führt die von der KÄBV in ihrer Stellungnahme vom 20.06.2007 vertretene Auffassung. Danach wurden mit der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 01.04.2005 die Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen (E-GO) sowie der Parteien des BMV-Ä (BMÄ) nicht komplett aufgehoben. Vielmehr wurden im Rahmen der Überarbeitung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes existierende Beschlüsse in diesen überführt und angepasst. Ausgewählte Beschlüsse, die auf Basis des EBM-Ä getroffen worden sind und "eins zu eins" auf den EBM 2000plus übertragbar sind, sollen auch dort weitergelten. Hierzu zählen nach Auffassung der KÄBV die vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä nicht, weil im EBM 2000plus eine vollinhaltlich entsprechende Leistung nicht existiere. Eine Überführung der vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab selbst hat in der Tat nicht stattgefunden. Dies hätte einen entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses vorausgesetzt, den es nicht gibt, insbesondere nicht zu der einzigen Leistung, die derjenigen nach Nr. 50 EBM-Ä vergleichbar ist, der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus. Wie die KÄBV in ihrer Stellungnahme vom 20.06.2007 berichtet hat, gab es Bestrebungen im Bewertungsausschuss in den EBM 2000plus zur Nr. 05230 eine Anmerkung aufzunehmen, die zusätzlich die Berechnung einer Wegepauschale erlaubt hätte. Hierfür hat sich aber - wie die KÄBV in ihrem Schreiben vom 26.01.2010 bestätigt hat - im Bewertungsausschuss keine Mehrheit gefunden. Auch von einer Weitergeltung der vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä bezogen auf die Nr. 05230 EBM 2000plus kann keine Rede sein. Denn dies setzte voraus, dass die darin getroffenen Regelungen vollinhaltlich identisch ("eins zu eins") auf den EBM 2000plus übertragen werden könnten. Dies ist nicht der Fall. Die von allen Ärzten abrechenbare Leistung nach Nr. 50 EBM-Ä (Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes zur Durchführung der Leistung nach Nr. 46, von Anästhesien/Narkosen nach Kapitel D, der Leistung nach Nr. 185 oder 193 oder von operativen Leistungen) ist als solche nicht in den EBM 2000plus übernommen worden. Eine Aufwandpauschale für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen (Zahn-) Arztes sieht der EBM 2000plus in seiner Nr. 05230 (Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes zur Durchführung der Leistung nach der Nr. 01856 oder 01913, von Anästhesien/Narkosen dieses Kapitels oder des Kapitels 31) nur noch für die Fachgruppe der Anästhesisten vor und auch nicht mehr für den Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (früher Nr. 46 EBM-Ä) oder zur Durchführung von Operationen. Danach kann von einer vollen inhaltlichen Identität keine Rede sein. Darüber hinaus führt der Verweis der vertraglichen Anmerkung im Ersatzkassenbereich auf die Nrn. 7234 bis 7239 E-GO ins Leere, da die Wegepauschalen seit 01.04.2005 auch dort Gegenstand regionaler Regelungen sind. Selbst wenn die Weitergeltung von vertraglichen Anmerkungen in E-GO und BMÄ zu einer Gebührenordnungsposition des EBM-Ä bezogen auf den EBM 2000plus grundsätzlich für möglich gehalten wird, scheitert sie im vorliegenden Fall an der fehlenden vollständigen Identität der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus mit derjenigen nach der Nr. 50 EBM-Ä.

Allerdings spricht gegen eine allgemeine Weitergeltung der Regelungen von E-GO und BMÄ über den 31.03.2005 hinaus, wie sie der Klägersseite vorschwebt, das Schicksal der Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7239 E-GO. Begleitend zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 01.04.2005 hatten die Parteien der Bundesmantelverträge die Inhalte der vertraglichen Vereinbarungen zu den Kostenpauschalen angepasst bzw. ergänzt und in die Struktur des EBM 2000plus überführt - nämlich in ein vertragliches Kapitel 40 für leistungsbezogene Sachkostenpauschalen. Einigkeit konnte dabei allerdings nicht über die Wegepauschalen erreicht werden, die im Ersatzkassenbereich in den Nrn. 7234 bis 7239 E-GO geregelt waren. Anders als andere Gebührenordnungspositionen wurden die Nrn. 7234 bis 7239 E-GO durch die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen nicht ausdrücklich gestrichen (vgl. Nr. 1 des Beschlusses Nr. 883, DÄ 2005, A-698). Die KÄBV ging im Hinblick auf ein in Erwägung gezogenes Schiedsamtverfahren von der Weitergeltung der Nrn. 7234 bis 7239 E-

GO aus (vgl. deren Mitteilung zum Kapitel 40 des EBM 2000plus, DÄ 2005, A-698). Nach dem Scheitern der Bemühungen, über ein Verfahren vor dem Bundesschiedsamt eine bundeseinheitliche Regelung für die Wegepauschalen zu schaffen, haben diese Kostenpauschalen für alle Kassenarten ihre Grundlage in regionalen Regelungen gefunden. Dies lässt sich allerdings für den Ersatzkassenbereich nicht mit der Annahme vereinbaren, die Nrn. 7234 bis 7239 E-GO gälten über den 31.03.2005 hinaus weiter. Träfe dies zu, hätten aufgrund des Geltungsvorrangs des Bundesmantelvertragsrechts vor dem Gesamtvertragsrecht keine regionalen Nachfolgeregelungen getroffen werden können, selbst wenn diese - wie es der Fall ist - für die Vertragsärzte günstiger wären. Sollen im Ersatzkassenbereich die regionalen Nachfolgeregelungen aber auch ohne ausdrückliche Aufhebung der Nrn. 7234 bis 7239 E-GO gelten, müssen diese Wegegeldregelungen bereits durch ihre fehlende Aufnahme in das an die Strukturen des EBM 2000plus angepasste vertragliche Kapitel 40 hinfällig geworden sein.

Schließlich kann auch keine Rede davon sein, dass das Fehlen einer den vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä entsprechenden Bestimmung zu Nr. 05230 EBM 2000plus ein redaktionelles Versehen war. Im Zuge der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 01.04.2005 sind die Wegepauschalen Gegenstand von Auseinandersetzungen der beteiligten Parteien gewesen. Diese haben letztlich dazu geführt, dass die Wegepauschalen nicht mehr auf Bundesebene, sondern regional geregelt sind. Auf Bundesebene ist lediglich der Verweis in Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus auf die Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen neben bestimmten Besuchsleistungen geblieben. Bemühungen um eine Anmerkung hinter der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus, die zusätzlich die Berechnung einer Wegepauschale erlaubt hätte, blieben vergebens.

3. Höherrangiges Recht, insbesondere der allgemeine Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) (dazu a) und die Angemessenheit der Vergütung (dazu b), gebietet dem Normgeber nicht, die Abrechenbarkeit von Wegepauschalen neben der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus vorzusehen.

a) [Art. 3 Abs. 1 GG](#) schreibt unter stetiger Orientierung am Gerechtigkeitsgedanken vor, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend unterschiedlich zu behandeln (siehe nur Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 23.05.2006 - [1 BvR 1484/99](#) - [BVerfGE 115, 381](#), 389). Damit ist dem Normgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich vielmehr je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen (BVerfG, Urteil vom 30.07.2008 - [1 BvR 3262/07](#) u.a. - [BVerfGE 121, 317](#), 369; Urteil vom 20.04.2004 - [1 BvR 905/00](#) - [BVerfGE 110, 274](#), 291; Beschluss vom 07.11.2006 - [1 BvL 10/02](#) - 117, 1, 30). Da der Grundsatz, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, in erster Linie eine ungerechtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern soll, unterliegt der Normgeber bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmäßig einer strengen Bindung. Daher ist das Gleichheitsgrundrecht verletzt, wenn der Normgeber bei Regelungen, die Personengruppen betreffen, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (vgl. BVerfG, Urteil vom 14.03.2000 - [1 BvR 284/96](#) u.a. - [BVerfGE 102, 41](#), 54 = [SozR 3-3100 § 84a Nr. 3](#); Beschluss vom 21.11.2001 - [1 BvL 19/93](#) u.a. - 104, 126, 144 f. = [SozR 3-8570 § 11 Nr. 5](#); Urteil vom 28.01.2003 - [1 BvR 487/01](#) - 107, 133, 141). Diese Grundsätze gelten aber auch dann, wenn eine Ungleichbehandlung von Sachverhalten mittelbar eine Ungleichbehandlung von Personengruppen bewirkt. Deshalb sind dem Gestaltungsspielraum des Normgebers umso engere Grenzen gesetzt, je stärker sich die Ungleichbehandlung auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten, namentlich auf die durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) geschützte freie Berufsausübung, nachteilig auswirken kann (vgl. BVerfG, Beschluss vom 11.01.1995 - [1 BvR 892/88](#) - [BVerfGE 92, 53](#), 69 = [SozR 3-2200 § 385 Nr. 6](#)).

Der allgemeine Gleichheitssatz gilt für Belastungen wie auch für Begünstigungen. Verboten ist auch ein gleichheitswidriger Begünstigungsausschluss, bei dem eine Begünstigung einem Personenkreis gewährt, einem anderen Personenkreis aber ohne ausreichenden sachlichen Grund vorenthalten wird (vgl. BVerfG, Beschluss vom 21.06.2006 - [2 BvL 2/99](#) - [BVerfGE 116, 164](#), 180). Zudem folgt aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ein Differenzierungsgebot, gegen das ein Normgeber verstößt, wenn es keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem gibt (BVerfG, Beschluss vom 23.03.1994 - [1 BvL 8/85](#) - [BVerfGE 90, 226](#), 239 = [SozR 3-4100 § 111 Nr. 6](#)) bzw. wenn tatsächliche Ungleichheiten so bedeutsam sind, dass ihre Nichtbeachtung gegen eine am Gerechtigkeitsgedanken orientierte Betrachtungsweise verstößt (BVerfG, Beschluss vom 15.07.1998 - [1 BvR 1554/89](#) - [BVerfGE 98, 365](#), 385). Der Normgeber darf auswählen und gewichten, nach welchen Kriterien er Sachverhalte als im Wesentlichen gleich oder ungleich ansieht, muss dabei aber sachgerecht verfahren. Er darf auch pauschalieren, typisieren, generalisieren und schematisieren (BVerfG, Beschluss vom 21.06.2006 - [2 BvL 2/99](#) - [BVerfGE 116, 164](#), 182 f.). Fehlt für die gleiche oder ungleiche Behandlung ein vernünftiger, einleuchtender Grund, so ist [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verletzt (siehe nur BVerfG, Beschluss vom 23.05.2006 - [1 BvR 1484/99](#) - [BVerfGE 115, 381](#), 389).

Gemessen an diesen Maßstäben verstößt es nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, dass weder in der hier anwendbaren regionalen Wegegeldregelung noch im EBM 2000plus oder im BMÄ bzw. in der E-GO die Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen neben der Leistung nach Nr. 05230 EBM 2000plus vorgesehen ist.

Das Gleichheitsgrundrecht wird nicht dadurch verletzt, dass in anderen KÄV-Bezirken Wegegeldregelungen bestehen, die es zulassen, neben der Leistung nach Nr. Nr. 05230 EBM 2000plus Wegepauschalen abzurechnen. Denn der Landesgesetzgeber ist innerhalb seines Kompetenzbereiches prinzipiell nicht gehindert, von der Gesetzgebung anderer Länder abweichende Regelungen zu treffen, auch wenn dadurch die Einwohner seines Landes im praktischen Ergebnis mehr belastet oder begünstigt werden. Dadurch allein wird der Gleichheitssatz nicht verletzt. Dieser verpflichtet den Landesgesetzgeber grundsätzlich nur dazu, innerhalb des Landes auf Gleichbehandlung zu achten (BVerfG, Beschluss vom 07.11.1995 - [2 BvR 413/88](#) u.a. - [BVerfGE 93, 319](#), 351).

Die von Klägerseite im Wesentlichen gerügte unterschiedliche Behandlung des Besuchs eines Kranken im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus einerseits und des Aufsuchens von Kranken in Praxen anderer Ärzte im Sinne der Nr. 05230 EBM 2000plus andererseits stellt lediglich eine Ungleichbehandlung von Sachverhalten dar, an deren sachliche Rechtfertigung geringere Anforderungen zu stellen sind als an die Ungleichbehandlung von Personengruppen. Für die unterschiedliche Behandlung von Besuch und Aufsuchen bei der Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen bestehen ausreichende sachliche Gründe. Dabei ist im Auge zu behalten, dass die vergütungsrechtlichen Regelungen Vertragsärzten noch nie einen Anspruch auf Erstattung aller Wegekosten eingeräumt haben, die ihnen bei der Ausübung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit entstehen. Die Kosten für die Zurücklegung des Weges zwischen seiner Wohnung und

seiner Praxis hat ein Vertragsarzt seit jeher aus seinem Honorar für die von ihm erbrachten Behandlungsleistungen erwirtschaften müssen. Eine gesonderte Erstattung der Kosten war nur für bestimmte Wege vorgesehen. Dies galt und gilt für Besuche des Kranken durch den Vertragsarzt, die dadurch gekennzeichnet sind, dass dem Kranken das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen krankheitsbedingt nicht möglich oder nicht zumutbar ist (§ 17 Abs. 7 BMV-Ä). In diesem Fall, in dem die Behandlung des Patienten nicht nur wegen örtlicher Gegebenheiten, sondern aufgrund von durch die Art der Erkrankung bedingten Umständen außerhalb der Praxis durchgeführt werden muss (vgl. § 2 der Allgemeinen Bestimmungen A.II. zur E-GO in der bis 31.03.2005 gültigen Fassung), gesteht das Vergütungsrecht dem Vertragsarzt eine Erstattung des gegenüber dem üblichen Praxisbetrieb entstehenden Mehraufwandes zu. Gleiches galt bis zum 31.03.2005 auch für das Aufsuchen von Praxen im Sinne von Nr. 50 EBM-Ä. Dabei handelte es sich allerdings um eine Erweiterung gegenüber der Kostenerstattung bei Besuchen. Denn in diesem Fall war dem Kranken trotz seiner Krankheit das Aufsuchen einer Arztpraxis sehr wohl möglich. Die Besonderheit bestand lediglich darin, dass zu der in dieser Praxis stattfindenden Behandlung ein anderer Arzt hinzugezogen werden musste – als Beistand oder zur Durchführung anästhesiologischer oder operativer Leistungen. Schon dieser sachliche Unterschied, der nach wie vor zwischen Besuchen im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus und Aufsuchen im Sinne der Nr. 05230 EBM 2000plus besteht, rechtfertigt deren unterschiedliche Behandlung bei der Erstattung der Wegekosten. Hinzu kommt, dass es sich bei der Praxis eines anderen Arztes, die der Anästhesist zur Durchführung von Anästhesien bzw. Narkosen aufsucht, in aller Regel um seine Nebenbetriebsstätte handelt, also einen Ort, an dem er zulässigerweise außerhalb seines Praxissitzes regelmäßig ärztlich tätig sein darf. Wie bereits ausgeführt wurde, ist das vertragsärztliche Vergütungsrecht aber von dem Grundsatz geprägt, dass die Kosten für die Wege zur Praxis als dem Ort, an dem die vertragsärztliche Tätigkeit regelmäßig ausgeübt wird, nicht gesondert erstattungsfähig sind. Die hiervon bis zum 31.03.2005 aufgrund der vertraglichen Anmerkungen zu Nr. 50 EBM-Ä geltende Ausnahme für das Aufsuchen von Praxen anderer Ärzte mag dem Bestreben geschuldet gewesen sein, die Kooperation zwischen Ärzten und insbesondere das eine solche Kooperation voraussetzende ambulante Operieren zu fördern. Hierfür ist bei der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 01.04.2005 hinsichtlich der bloßen ärztlichen Beistandes und der Erbringung operativer Leistungen kein Bedürfnis mehr gesehen worden, wie sich daran zeigt, dass der dadurch verursachte (Mehr-)Aufwand überhaupt nicht mehr in einer Gebührenordnungsposition abgebildet wird. Etwas anderes gilt über die Nr. 05230 EBM 2000plus einzig bei den Anästhesisten noch. Aber auch bei ihnen hat sich keine Mehrheit für eine Anmerkung zur Nr. 05230 EBM 2000plus gefunden, die neben dieser Leistung die Abrechnung von Wegepauschalen erlaubt. Wie aus der Stellungnahme der KÄBV vom 20.06.2007 hervorgeht, stand dahinter die Erwägung, durch den erfolgten Ausbau des ambulanten Operierens sei es gängige Praxis, dass Anästhesisten in mehreren Praxen bzw. Operationszentren tätig seien, die häufig in einem gemeinsamen Gelände oder gemeinsam genutzten Gebäuden angesiedelt seien. Vor diesem Hintergrund ist eine weitere Sonderbehandlung dieser Kooperation bei den Wegepauschalen nicht mehr für zwingend erforderlich gehalten worden. Insgesamt liegen damit ausreichende sachliche Gründe dafür vor, Besuche im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2000plus und Aufsuchen im Sinne der Nr. 05230 EBM 2000plus bei der Erstattungsfähigkeit von Wegekosten unterschiedlich zu behandeln.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass ein Anästhesist bei privatärztlicher Behandlung nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Wegegeld für die Behandlung des Patienten an Orten berechnen kann, an denen der Anästhesist regelmäßig ärztlich tätig ist, also auch nicht für das Aufsuchen der Praxis eines anderen Arztes oder eines ambulanten Anästhesie- bzw. Operationszentrums (Wezel/Liebold, Kommentar zu EBM und GOÄ, Anmerkung zu § 7 GOÄ; Schleppers/Weißauer, Anästhesiekommentar zur GOÄ, Vorbemerkung 4 zu §§ 7 bis 9 GOÄ; Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, § 8 GOÄ Rn. 10). Maßgebend hierfür ist die Annahme, dass die berufliche Tätigkeit eines freipraktizierenden Anästhesisten, weil er sie nur in Zusammenarbeit mit einem operierenden Arzt erbringen kann, so angelegt ist, dass er sie nicht nur in eigenen Praxisräumen ausübt, sondern auch in allen anderen Räumen, in denen er mit dem operierenden Arzt bei dem in Narkose durchgeführten Eingriff zusammenwirkt. Jeder Ort, an dem der Anästhesist in dieser Weise mitarbeitet, ist gebührenrechtlich grundsätzlich der übliche Ort seiner beruflichen Tätigkeit. Ein Anästhesist, der Leistungen in der Praxis eines operierenden Arztes durchführt, kann deshalb keine Besuchsgebühr und keine Besuchsentschädigungen nach den §§ 6 bis 9 GOÄ beanspruchen (Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18.12.1990 - [12 A 78/88](#) - [MedR 1991, 218](#)).

Schließlich verstößt die im Bezirk der beklagten KÄV geltende Wegegeldregelung nicht dadurch gegen das aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) folgende Differenzierungsgebot, dass sie Anästhesisten und operierenden Ärzten gleichermaßen eine Erstattung der Wegekosten verweigert. Zwischen diesen beiden Personengruppen bestehen diesbezüglich keine so bedeutsamen tatsächlichen Unterschiede, dass ihre Nichtbeachtung schlechterdings nicht zu rechtfertigen wäre. Für beide Personengruppen handelt es sich bei der Einrichtung, in der bei einer ambulanten Operation anästhesiologische Leistungen erbracht werden, um einen Ort, an dem sie regelmäßig ärztlich tätig sind. Es mag zutreffen, dass Anästhesisten anders als die operierenden Ärzte typischerweise mehrere solcher Einrichtungen außerhalb ihres Praxissitzes aufsuchen. Hierfür spricht, dass bei Anästhesisten, anders als bei anderen Arztgruppen, die Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf zwei weitere Orte (§ 17 Abs. 2 MBO) nicht gelten soll (so die diesbezüglichen Hinweise und Erläuterungen der Bundesärztekammer, DÄ 2008, A-1019, 1020). Doch selbst wenn bei den anästhesiologischen Tätigkeiten von Anästhesisten mehr Wege anfallen sollten als bei der operativen Tätigkeit anderer Ärzte, folgt daraus nicht, dass der Normgeber nicht auf die beide Personengruppen verbindende Gemeinsamkeit abstellen dürfte, dass bei ambulanten Operationen der Ort ihrer gemeinsamen ärztlichen Tätigkeit nicht durch das krankheitsbedingte Unvermögen des Patienten, eine ärztliche Praxis aufzusuchen, sondern durch die konkrete Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen zwischen operierendem Arzt und Anästhesist bestimmt ist.

b) Etwas anderes ergibt sich auch nicht im Hinblick auf die Angemessenheit der Vergütung. Aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) kommt ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar erst dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 117 ff.). Auch unmittelbar aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) folgt kein wesentlich weiter gehender Vergütungsanspruch. Denn in diesem Zusammenhang ist ein Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen der Vertragsärzte und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten vorzunehmen. Dieser Ausgleich ist erst dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem – fachlichen und/oder örtlichen – Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 126 ff.; so bereits BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 21 f.). Anhaltspunkte dafür, dass im streitigen Quartal die anästhesiologische Versorgung der Versicherten gefährdet gewesen wäre, gibt es nicht. Eine derartige Gefährdung hat der Kläger auch nicht geltend gemacht.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2010-08-18