
S 15 KA 28/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KA 28/01
Datum	23.04.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KA 24/03
Datum	15.06.2005

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Dresden vom 23.04.2003 wird der Honorarbescheid der Beklagten vom 27.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.12.2000 abgeändert. Soweit in den Fällen der Versicherten B1 â, E1 â, E2 â, J1 â, S1 â, B2 â, A1 â, B3 â, W1 â die GOP 205 EBM-Ä nicht vergütet worden ist, wird die Beklagte zur Vergütung verurteilt. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt 1/6 der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers, der Kläger 5/6 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten, jeweils für beide Rechtszüge.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die von der Beklagten für das Quartal IV/99 vorgenommene Berichtigung seiner Honoraranforderung wegen der Abrechnung der Nr. 205 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä).

Der Kläger ist als Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie mit Praxisstz in M â zur

vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit dem Honorarbescheid vom 27.04.2000 lehnte die Beklagte eine Vergütung der von ihm abgerechneten Leistung nach der Nr. 205 EBM in 65 Fällen 162mal ab. Auf den dagegen vom Kläger am 22.05.2000 eingelegten Widerspruch erwiderte ihm die Beklagte mit Schreiben vom 10.08.2000, der Ansatz der Nr. 205 EBM sei jeweils bei Verletzungen, Zerrungen oder Prellungen der unteren Extremitäten gestrichen worden, weil hier kein entstauer phlebologischer Funktionsverband notwendig sei. Das Anlegen einer elastischen Binde erfülle nicht den Leistungsinhalt. Eine Venenerkrankung sei in den abgesetzten Fällen nicht erkennbar. Darüber hinaus seien die Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen gestrichen worden. Der phlebologische Funktionsverband verfolge das Ziel, das Venen- und/oder Lymphsystem des Beines bei Venenerkrankungen zu entstauen. Postoperative Thromboseprophylaxemaßnahmen seien Bestandteil der Operation und nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Nr. 1 EBM nicht gesondert berechnungsfähig.

Der Kläger hat seinen Widerspruch aufrechterhalten und geltend gemacht, die Entstauung oder die Verhinderung einer Stauung im Rahmen der postoperativen und posttraumatischen Behandlung sei eine notwendige Maßnahme, um Komplikationen (Thromboseentstehung) vorzubeugen und eine unkomplizierte Wundheilung zu unterstützen. Bei vielen Patienten liege posttraumatisch und/oder postoperativ ein Lymphödem der entsprechenden Extremität vor, das mit einer Lymphdrainage behandelt werden müsse. Bei den Nachkontrollen seien die Verbände abzunehmen und erneut anzulegen. Auch hiermit werde der Leistungsinhalt der Nr. 205 EBM erfüllt. Gleiches gelte für das Anlegen des Kompressionsverbandes zur postoperativen Thromboseprophylaxe.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20.12.2000 zurück. Zur Begründung hat sie die im Schreiben vom 10.08.2000 genannten Gründe ausgeführt.

Hiergegen hat sich die vom Kläger am 12.01.2001 beim Sozialgericht Dresden erhobene Klage gerichtet. Die Entscheidung der Beklagten sei schon wegen einer nicht ordnungsgemäßen Ausübung des Ermessens rechtswidrig. Die Beklagte habe lediglich die Ausführungen zur Nr. 205 EBM in der Kommentierung von Wezel/Liebold wiederholt, ohne eine Einzelprüfung der Fälle vorgenommen zu haben. Die Abrechnung der Leistungen sei vom Kläger auch zu Recht erfolgt. Der Kläger erbringe zu einem großen Teil ambulante Operationen, bei denen während der Operationen zur Thromboseprophylaxe Kompressionsverbände notwendig gewesen seien. Dabei seien konkrete Anzeichen für eine Stauung oder die Gefahr einer Stauung vorhanden gewesen, so dass den Verbänden konkret eine entstauende Wirkung zugekommen sei. Hierzu hat der Kläger fünf Patienten mit Operationsindikation und Komplikationen genannt. Auch bei Patienten, bei denen auf Grund schwerwiegender Verletzungen (Brüche am Bein, Bandverletzungen am Knie und Sprunggelenk) das Bein nicht belastbar gewesen sei und erhebliche Schmerzen bestanden hätten, sei der Ansatz der Nr. 205 EBM wegen der ruhigstellenden Verbände gerechtfertigt gewesen. Zudem seien oft erhebliche Ödeme in den Beinen vorhanden gewesen, so dass Lymphdrainagen

durchgeföhrt worden seien. Hierbei habe ein Oberschenkelkompressionsverband zwingend angelegt werden müssen. Auch hierzu hat der Kläger fünf Patienten mit Verletzungen benannt. Nicht entscheidend sei, dass eine venöse Erkrankung (Krampfaderleiden) nicht vorgelegen habe. Die Folgen einer funktionellen Ruhigstellung der aktiven Muskelpumpe in der unteren Extremität, verbunden mit einer Aktivitätserhöhung des Gerinnungspotentials, seien mit einer venösen Erkrankung vergleichbar.

Die Entscheidung des Sozialgerichts Stuttgart vom 28.06.2000 ([S 10 KA 4014/99](#)) sei nicht geeignet, die ablehnende Auffassung der Beklagten zu bestätigen. Ein Abrechnungsausschluss im Rahmen von Operationen beziehe sich nur auf den Operationstag. Eine postoperative Thromboseprophylaxe mittels Kompressionsverbänden sei erforderlich, so lange die Extremität nicht voll belastbar sei. Dies könne bei unkomplizierten arthrotischen Meniskusoperationen bis zu fünf Tagen, bei schweren Knorpelschäden oder Brüchen auch bis zu 12 bis 16 Wochen der Fall sein. Die bei jeder Wundkontrolle angelegten Verbände seien damit nicht mehr Bestandteil der Operationsleistung.

Die Beklagte hat erwidert, aus der Formulierung "phlebologischer Funktionsverband" in der Leistungslegende der Nr. 205 EBM-Ä gehe eindeutig hervor, dass der Verband eine insbesondere den venösen Rückfluss betreffende unterstützende Funktion bei entsprechender Erkrankung erfüllen müsse. Damit sei eine Abrechnung der Leistung bei Verbänden, die, wenn auch mit entstauender Funktion, bei anderen als phlebologischen Erkrankungen angelegt worden seien, ausgeschlossen. Solche Erkrankungen seien aus den vom Kläger angegebenen Diagnosen nicht zu erkennen. Mit Urteil vom 23.04.2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Beklagte habe die Abrechnung des Klägers wegen der Leistungen nach der Nr. 205 EBM-Ä zu Recht sachlich-rechnerisch berichtigt. Hierzu sei die Beklagte auf der Rechtsgrundlage von § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) befugt gewesen.

Die Bescheide seien entgegen der Auffassung des Klägers auch nicht wegen eines Begründungsmangels im Sinne von [§ 35](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) rechtswidrig. Bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung handele es sich um eine gebundene Entscheidung, so dass Ermessen weder ausüben noch zu begründen gewesen sei. Darüber hinaus seien auch die für die Entscheidung der Beklagten maßgeblichen Gründe dargelegt worden.

Die sachlich-rechnerische Richtigstellung sei auch inhaltlich nicht zu beanstanden. Die Vergütung der Leistung nach der Nr. 205 EBM-Ä setze eine venöse Erkrankung voraus. Mit dem Anlegen von komprimierenden Verbänden bei anderen als phlebologischen Erkrankungen werde der Leistungsinhalt nicht erfüllt. Die Beklagte habe anhand der Behandlungsscheine festgestellt, dass in den streitigen Fällen eine venöse Erkrankung nicht vorgelegen habe. Dies habe der Kläger im Äbrigen auch nicht bestritten. Seine in der mündlichen Verhandlung geäußerte Ansicht, bei Verletzungen würden stets auch phlebologische Probleme auftreten, überzeuge die fachkundig besetzte Kammer nicht. Darüber hinaus würde es sich auch in diesen Fällen nicht um einen

phlebologischen Funktionsverband, d.h. einem gerade diesen Zweck dienenden Verband, handeln.

Die Voraussetzung einer venösen Erkrankung für die Vergütung der Nr. 205 EBM werde auch mit Blick auf die Abrechnungsbestimmungen in den Nrn. 2022, 2023 und 2024 EBM deutlich, durch die eine parallele Abrechnung eines "entstauenden phlebologischen Funktionsverbandes" ausgeschlossen sei. Die genannten Gebührentatbestände seien nur bei venösen Erkrankungen (Ulcer cruris, Krampfadern) abrechnungsfähig. Der dort gleichzeitig ausdrücklich geregelte Ausschluss zur Abrechnung der Nr. 205 EBM wäre nicht erforderlich, würde es sich bei den Verbänden nach der Nr. 205 EBM um eine andere Art von Verband als bei venösen Erkrankungen handeln.

Die Beklagte habe auch die Leistungsansätze im Zusammenhang mit ambulanten Operationen zu Recht gestrichen. Auch hier fehle es an einer venösen Erkrankung. Prophylaktische Maßnahmen fielen nicht unter die Leistungslegende. Darüber hinaus sei das Anlegen dieser Verbände bereits mit dem operativen Vergütungstatbestand abgegolten. Zu den Operationsleistungen zählten alle Leistungen, die zur Erreichung des Operationsziels erforderlich seien. Werde bei der Operation eine Thromboseprophylaxe notwendig, die aufgrund des Eingriffes auch noch an den Tagen danach aufrechterhalten werden müsse, bleibe dadurch der innere Zusammenhang mit der Operationsleistung bestehen.

Die vom Kläger geltend gemachte analoge Anwendung scheidet aus. Eine Einbeziehung neuer, vom Wortsinn der Leistungsbeschreibung nicht erfasster Tatbestände in eine Gebührenregelung im Wege der Analogie oder gar eine Korrektur der vom Bewertungsausschuss vorgenommenen Bewertung nach eigenen, abweichenden Vorstellungen der Gerichte von der Wertigkeit einer Leistung und der Angemessenheit der Vergütung sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ausgeschlossen, weil damit in ein umfassendes, als ausgewogen vorausgesetztes Tarifgefüge eingegriffen und dessen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt würde.

Gegen das am 20.04.2003 zugestellte Urteil richtet sich die vom Kläger am 09.05.2003 eingelegte Berufung. Zur Begründung hat der Kläger mit Schriftsatz vom 14.06.2005 vorgetragen, für die Erfüllung des Leistungsinhalts der Nr. 205 EBM sei das Anlegen eines Verbandes, der die Funktion erfüllt, das Venen- oder Lymphsystem des Beines zu entstauen, ausreichend. Die entsprechenden Verbände habe der Kläger angelegt. Eine venöse Grunderkrankung sei nicht erforderlich. In der Kommentierung von Wezel/Liebold (Handkommentar BM, EGO und GO) sei zwar ausgeführt, dass postoperative Thromboseprophylaxemaßnahmen den Ansatz der Nr. 205 EBM nicht rechtfertigen würden, als Ausnahme seien jedoch Verbände als Teil der Therapie bei phlebologischen Operationen genannt. Auch im Källner Kommentar zum EBM werde bei der Nr. 205 EBM nicht das Vorliegen einer phlebologischen Erkrankung, sondern nur das Anlegen des Verbandes aus phlebologischer Indikation gefordert. Nach der Kommentierung von Hach ("Die richtige Abrechnung des Arztes") sei ein posttraumatischer therapeutischer Kompressionsverband nach der

Nr. 205 EBM-Ä abrechnungsfÄhig. Im Äbrigen habe der KlÄger bereits auf eine bestehende RegelungslÄcke bei medizinischer Indikation zum Anlagens eines entstauenden phlebologischen Funktionsverbandes hingewiesen, auch wenn keine phlebologische Grunderkrankung vorliege. Der vom Sozialgericht dargelegte Zusammenhang zwischen der Nr. 205 EBM-Ä und den Nrn. 2022, 2023 und 2024 EBM-Ä sei zudem nicht nachvollziehbar. Schließlich sei von der Beklagten nicht beachtet worden, dass die Leistung teilweise auch bei Patienten mit einer venÄsen Grunderkrankung erbracht worden sei. Ein entstauender phlebologischer Funktionsverband sei auch nach einer Operation abrechnungsfÄhig. Eine Thromboseprophylaxe mit Heparin werde nach Operationen standardmÄÄig durchgefÄhrt. In Deutschland seien zunehmend Auseinandersetzungen wegen ThrombosezwischenfÄllen und nicht erfolgter Prophylaxe zu verzeichnen. Bei grÄÄeren Operationen (HÄftfrakturen, Gelenkersatzoperationen) werde die medikamentÄse Therapie bevorzugt. Bei immobilisierenden VerbÄnden der unteren ExtremitÄt sei eine medikamentÄse Prophylaxe bis zur Abnahme des Verbandes notwendig. Die Heparintherapie ersetze nach Auffassung des KlÄgers aber nicht die zusÄtzliche aktive Thromboseprophylaxe, so dass die Anlegung eines Verbandes an den postoperativen Folgetagen erforderlich gewesen sei.

Der KlÄger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 23.04.2003 aufzuheben und unter Teilaufhebung des Honorarbescheides fÄr das Quartal IV/99 vom 27.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.12.2000 die Beklagte zu verurteilen, die vom KlÄger nach der Nr. 205 EBM-Ä abgerechneten Leistungen zu vergÄten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Sie hÄlt die angefochtene Entscheidung fÄr zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten aus beiden RechtszÄgen sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mÄndlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄnde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÄgers ist zulÄssig, aber nur zum Teil begrÄndet. Der Bescheid der Beklagten vom 27.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.12.2000 ist rechtswidrig, soweit die Beklagte die Leistungen nach der Nr. 205 EBM-Ä in den BehandlungsfÄllen der Versicherten B1 â, E1 â, E2 â, J1 â, S1 â, B2 â, A1 â, B3 â und W1 â im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gestrichen hat. Im Äbrigen hat der KlÄger keinen Anspruch auf eine VergÄtung der streitgegenständlichen Leistung.

Die Berufung ist kraft Gesetzes gemäß [Â§ 144 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft, weil der Wert des Beschwerdegegenstandes den Betrag von 500 EUR $\frac{1}{4}$ bersteigt. Die Beklagte hat die mit 160 Punkten bewertete Leistung der Nr. 205 EBM- \ddot{A} bei 162 An-s \ddot{A} tzen gestrichen. Bei Zugrundelegung des niedrigeren Punktwertes f $\frac{1}{4}$ r den Ersatzkassen-bereich von damals 5,13 Pf ergibt sich bereits ein Betrag von 679,86 EUR.

Die zul \ddot{A} ssige Berufung ist indes nur zum Teil begr $\frac{1}{4}$ ndet. Die von der Beklagten f $\frac{1}{4}$ r das Quartal IV/99 vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen der Abrech-nung der Nr. 205 EBM- \ddot{A} ist rechtswidrig, soweit die Beklagte die Leistung auch in den F \ddot{A} llen gestrichen hat, in denen eine ven \ddot{A} rlse Erkrankung, ein \ddot{A} dem oder eine sonstige mas-sive Schwellung vorgelegen hat. Ausweislich des Schriftsatzes des Kl \ddot{A} xgers vom 22.05.2001 war dies bei den Versicherten B1 $\hat{=}$, E1 $\hat{=}$, E2 $\hat{=}$, J1 $\hat{=}$, S1 $\hat{=}$, B2 $\hat{=}$, A1 $\hat{=}$, B3 $\hat{=}$ und W1 $\hat{=}$ der Fall. Andere Behandlungsf \ddot{A} lle, bei denen solche Erkran-kungen bzw. Befunde aufgetreten sind, haben dar $\frac{1}{4}$ ber hinaus nicht vorgelegen, wie der Kl \ddot{A} xger auf Nachfrage des Senats in der m $\frac{1}{4}$ ndlichen Verhandlung best \ddot{A} tigt hat. Im \ddot{A} brigen hat der Kl \ddot{A} xger deshalb keinen Anspruch, dass die von ihm unter Ansatz der Nr. 205 EBM- \ddot{A} erbrachten Leistungen verg $\frac{1}{4}$ tet werden.

Rechtsgrundlage f $\frac{1}{4}$ r die von der Beklagten vorgenommene sachlich-rechnerische Richtig-stellung sind [Â§ 45 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag- \$\ddot{A}\$ rzte \(BMV- \$\ddot{A}\$ \)](#) in der seit 01.01.1995 geltenden und [Â§ 34 Abs. 4 Satz 2 Bundesmantelvertrag- \$\ddot{A}\$ rzte/Ersatzkassen \(EKV- \$\ddot{A}\$ \)](#) in der seit 01.07.1994 geltenden Fassung, die auf der Grundlage des [Â§ 83 Abs. 3](#) F $\frac{1}{4}$ nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20.12.1988 ([BGBl. I S. 2477](#)) zun \ddot{A} chst abgeschlossen, dann auf der Grundla-ge des [Â§ 83 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21.12.1992 ([BGBl. I S. 2266](#)) ge \ddot{A} ndert wurden. Nach diesen ma \ddot{A} geblichen und im We-sentlichen gleichlautenden Vorschriften hat die Kassen \ddot{A} rztliche Vereinigung (K \ddot{A} V) die Aufgabe, die von den Vertrags \ddot{A} rzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und geb $\frac{1}{4}$ h-renordnungsm \ddot{A} ig zu pr $\frac{1}{4}$ fen und n \ddot{A} tigenfalls richtig zu stellen. Dabei kann die K \ddot{A} V das Richtigstellungsverfahren von Amts wegen durchf $\frac{1}{4}$ hren. Die Bestimmungen \ddot{A} ber die Be-fugnis der K \ddot{A} V, vertrags \ddot{A} rztliche Honoraranforderungen wegen sachlich-rechnerischer Fehler zu korrigieren, verdr \ddot{A} ngen die Regelungen der [Â§ 45 ff. SGB X](#). Sie stellen, wie in der Rechtsprechung des BSG gekl \ddot{A} rt ist, von den Vorschriften SGB X abweichende Rege-lungen im Sinne des [Â§ 37 Satz 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) dar, die auf gesetz-licher Grundlage, n \ddot{A} mlich aufgrund von Normen des SGB V, erlassen worden sind ([BSGE 74, 44 = SozR 3-1300 Â§ 45 Nr. 21](#), BSG, Urteil vom 12.12.2001 $\hat{=}$ [B 6 KA 3/01 = SozR 3-2500 Â§ 82 Nr. 3](#)).

Der Bescheid vom 27.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.12.2000 ist nicht aus formellen Gr $\frac{1}{4}$ nden rechtswidrig. Die Begr $\frac{1}{4}$ ndung gen $\frac{1}{4}$ gt den Anforderungen des [Â§ 35 Abs. 1 SGB X](#). Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in al-len Einzelheiten zu begr $\frac{1}{4}$ nden. Vielmehr sind nach Abs. 1 Satz 2 dieser Vorschrift dem Betroffenen nur die wesentlichen Gr $\frac{1}{4}$ nde mitzuteilen, die die Beh \ddot{A} rde zu ihrer Entschei-dung bewogen haben. Dabei richten

sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebietes und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen (BSG, Urteil vom 08.12.2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) m.w.N.). Eine diesen Anforderungen genügende Begründung hat die Beklagte jedenfalls mit dem Widerspruchsbescheid vom 20.12.2000 ohne jeden Zweifel gegeben. Doch selbst wenn die Begründung den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) nicht entsprechen würde, könnte der Kläger nicht allein deswegen beanspruchen, dass der Bescheid aufgehoben wird, soweit darin eine Vergütung abgelehnt wurde. Denn auch nach [§ 42 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) in der hier anzuwendenden, bis zum Inkrafttreten des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21.12.2000 ([BGBl. I S. 1983](#)) bis 31.12.2000 geltenden, noch eingeschränkten Fassung, rechtfertigen bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten bloße Begründungsmängel grundsätzlich nicht deren Aufhebung (zuletzt BSG, Urteil vom 08.12.2004, a.a.O. m.w.N.). Bei der Feststellung einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung trifft die KVV eine rechtsgebundene Entscheidung, da ihr insoweit kein Ermessen eingeräumt ist. Aus diesem Grunde brauchte die Begründung auch nicht den für Ermessensverwaltungsakten geltenden gesteigerten Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) zu entsprechen.

Der angefochtene Bescheid ist auch nicht rechtswidrig, weil der Kläger vor Erlass des Honorarbescheides für das Quartal IV/99 und der damit verbundenen Richtigstellung entgegen [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) nicht angehört wurde. Der Mangel der Anhörung ist gemäß [§ 42 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 SGB V](#) in der hier ebenfalls anzuwendenden, bis zum Inkrafttreten des 4. Euro-Einführungsgesetzes geltenden Fassung dadurch geheilt, dass die Beklagte ihm mit dem Hinweisschreiben auf die wesentlichen entscheidungserheblichen Gesichtspunkte Gelegenheit gegeben hat, sich im Widerspruchsverfahren sachgerecht zu äußern (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2001 – [B 6 KA 3/01 R](#), a.a.O.).

Die von der Beklagten vorgenommene Berichtigung der Honoraranforderung ist mit Ausnahme der Leistungen in den Behandlungsfällen B1, E1, E2, J1, S1, B2, A1, B3 und W1 rechtmäßig. Für die Abrechnung der Nr. 205 EBM ist ein "entstauender phlebologischer Funktionsverband an einem Bein unter Einschluss des Fußes und mindestens des Unterschenkels" erforderlich. Der Wortlaut dieser Leistungsbeschreibung ist eindeutig und setzt für eine Abrechnung eine phlebologische Erkrankung voraus (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19.01.2000 – [L 1 KA 2941/98](#), Sozialgericht Stuttgart, Urteil vom 28.06.2000 – [S 10 KA 4014/99](#)). Nach der Definition in Abschnitt II Nr. 12 der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages im Jahr 1992 und den Ergänzungen mit den Beschlüssen in den Jahren 1993, 1996 und 1997 umfasst die Phlebologie

die Erkrankungen und Fehlbildungen des Venensystems der unteren Extremitäten einschließlich deren thrombotischen Erkrankungen, wobei nach dem Weiterbildungsinhalt dazu auch die Erkrankungen des Lymphgefäßsystems zu zählen sind. Zu den phlebologischen Erkrankungen gehören insbesondere Varikose, Thromboembolie (z.B. tiefe Bein-venenthrombose, postthrombotisches Syndrom), chronische Veneninsuffizienz und Ödem (z.B. Lymphödem, posttraumatische Ödeme). Solche Erkrankungen haben in den streitigen Fällen mit Ausnahme der oben genannten Versicherten nicht vorgelegen. Das Anlegen von Kompressionsverbänden zur postoperativen Thromboseprophylaxe wie auch bei Verletzungen mit Ruhigstellung oder verminderten Belastbarkeit der unteren Extremitäten rechtfertigt damit eine Abrechnung der Leistungen im Übrigen nicht.

Eine abweichende bzw. erweiternde Auslegung der Leistungsbeschreibung der Nr. 205 EBM ist ausgeschlossen. Interpretationen von Vorschriften der Gebührenordnungen sind nur in engen Grenzen zulässig. Die Zurückhaltung bei der Auslegung der Einheitlichen Bewertungsmaßstäbe beruht auf ihrem, dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen den Ärzten einerseits und den Krankenkassen andererseits dienenden vertraglichen Charakter (zum Ganzen: BSG, Urteil vom 19.08.1992 – 6 RKa 18/01 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 5](#) S. 22). Es ist deshalb auch in erster Linie Aufgabe der Bewertungsausschüsse bzw. der Vertragspartner, unklare Regelungen der Gebührenordnungen zu präzisieren. Wegen der aus funktionalen Gründen gebotenen Zurückhaltung der Gerichte bei der Auslegung der Gebührenordnungen kann eine systematische Interpretation lediglich im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Regelungen erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut als eindeutig darzustellen. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur insoweit in Betracht, als Dokumente vorliegen, in denen die Urheber die Bestimmungen in der Zeit ihrer Entstehung erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen schließlich auch weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (BSG, Urteil vom 13.05.1998 – B 6 KA 34/97 R = [SozR 3-5555 Â§ 10 Nr. 1](#) m.w.N.). Mit Blick auf den eindeutigen Wortlaut ist sonach für eine Auslegung der Nr. 205 EBM im Sinne einer Erweiterung auf alle sonstige Indikationen, bei denen ein entstauender Verband notwendig werden kann, kein Raum.

Eine Honorierung der Leistungen kann der Kläger auch nicht verlangen, weil sich keine angemessene Vergütung im Sinne der [Â§ 72 Abs. 2](#), [Â§ 85 Abs. 3 SGB V](#) ergibt. Im Hinblick auf die vorrangige Funktionszuweisung an den Bewertungsausschuss nach [Â§ 87 SGB V](#), den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihre Punktzahlen zu bestimmen, sowie an die Vertragsparteien der Gesamtverträge, nach Maßgabe von [Â§ 85 Abs. 3 SGB V](#) Gesamtvergütungen zu bemessen, kann die Frage der Angemessenheit von Vergütungen erst dann von den Gerichten beanstandet werden, wenn die Funktionsfähigkeit der Versorgung mangels ausreichenden Anreizes, vertragsärztlich tätig zu werden, gefährdet wäre. Da die Vergütung ohnehin nicht für jede Leistung kostendeckend sein muss, und sich die Frage der Kostendeckung auch nicht auf die bei einem einzelnen Arzt anfallenden Kosten beziehen kann, ergibt sich selbst aus

einer etwaigen Kostenunterdeckung bei einzelnen Leistungen kein zwingender Grund für eine bestimmte Auslegung des Gebührentatbestandes (BSG, Urteil vom 13.05.1998 – [B 6 KA 34/97 R](#), a.a.O., zuletzt BSG, Urteil vom 08.12.2004 – [B 6 KA 44/03](#), S. 61 des Umdrucks).

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr. 24](#) S. 115 ff.).

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

Erstellt am: 19.12.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024