

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 68/07 B

L 3 KA 15/06 (LSG für das Saarland)
S 2 KA 6/06 (SG Saarbrücken)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Saarland,
Faktoreistraße 4, 66111 Saarbrücken,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

beigeladen:

1. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
2. AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland,
Halbergstraße 1, 66121 Saarbrücken,
3. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,
4. Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen,
Rheinland-Pfalz und Saarland,
Heinestraße 2-4, 66121 Saarbrücken,
5. IKK Südwest-Direkt,
Berliner Promenade 1, 66111 Saarbrücken.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 6. Februar 2008 durch den
Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. C l e m e n s
und G a s s e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. O e l z e und
Dr. W a l m u t h
beschlossen:



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



Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 24. August 2007 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten auch für das Beschwerdeverfahren, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 24.000 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Der Kläger begehrt die Teilnahme am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit.
- 2 Der Kläger ist als fachärztlicher Internist mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zugelassen. Unter Berufung auf seine besondere kardiologische Qualifikation begehrt er die Teilnahme an dem zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossenen Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V - Koronare Herzkrankheit - vom 22.12.2004 (DMP-Vertrag KHK) auf der sog zweiten Versorgungsebene, dh im kardiologischen Versorgungssektor. Dies verweigerte ihm die Beklagte (*Bescheid vom 12.4.2005 und Widerspruchsbescheid vom 19.12.2005*). Sie begründete dies wie folgt: Für eine Teilnahme gemäß § 4 des DMP-Vertrages KHK müsse er entweder ein Internist mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie sein oder ein in der Hypertoniebehandlung qualifizierter fachärztlicher Internist ohne Schwerpunkt, der quartalsdurchschnittlich 50 farbcodierte Doppler-Echokardiographien nach Nr 618 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä - in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung <aF>) erbringt. Der Kläger indessen sei als Nephrologe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.
- 3 Seine Klage auf Verpflichtung der Beklagten zur Bewilligung der Teilnahme an dem DMP-Vertrag ist sowohl beim Sozialgericht als auch beim Landessozialgericht (LSG) erfolglos geblieben (*Urteile vom 11.10.2006 und vom 24.8.2007*). Im Urteil des LSG ist ausgeführt, dass die Vertragsparteien bei der Ausgestaltung eines DMP-Vertrages einen weiten Gestaltungsspielraum hätten. Die Eingrenzung des Teilnehmerkreises überschreite nicht die Grenze der Sachwidrigkeit. Der Gesichtspunkt, dass der DMP-Vertrag auf die Behandlung koronarer Herzerkrankungen ausgerichtet sei, lasse es sachgerecht erscheinen, die Qualifikation entweder als Kardiologe oder als Internist ohne Schwerpunkt, der aber die einer solchen Erkrankung zugrunde liegenden Störungen behandeln könne, zu fordern. Dem Kläger nütze es nichts, dass er in ausreichender Anzahl farbcodierte Doppler-Echokardiographien nach Nr 618 EBM-Ä aF durchführe.



Der Bereich der koronaren Herzerkrankungen stelle nicht sein primäres Tätigkeitsfeld dar; Arbeitsschwerpunkt sei bei ihm und in der Gemeinschaftspraxis, der er angehöre, vielmehr der Bereich der Nephrologie.

- 4 Mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des LSG macht der Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend.

II

- 5 Die Beschwerde des Klägers hat keinen Erfolg.

- 6 Sein Vorbringen, der Rechtssache komme grundsätzliche Bedeutung zu (Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG), entspricht zwar den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG. Seine Beschwerde ist mithin zulässig. Sie ist aber unbegründet, denn nicht alle Erfordernisse für die Revisionszulassung sind erfüllt. Diese setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt, falls sich die Antwort auf die Rechtsfrage ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder der bisherigen Rechtsprechung ergibt, ebenso dann, wenn zwar keine klare normative Regelung dieses Falles und auch noch keine Rechtsprechung zu dieser Konstellation, aber Rechtsprechung bereits zu Teilaspekten vorliegt und sich hieraus ohne Weiteres die Beantwortung der Rechtsfrage ableiten lässt (*zur Verneinung der Klärungsbedürftigkeit im Falle klarer Antwort siehe zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f*). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (*vgl zB BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN*).

- 7 Die vom Kläger aufgeworfene Rechtsfrage,
ob gemessen am definierten Ziel der Versorgungsverbesserung das Nichtführen einer Zusatzbezeichnung eine geeignete Zugangsvoraussetzung für einen Strukturvertrag sein kann,
ist nicht klärungsbedürftig.

- 8 Die Regelung, den Personenkreis der Teilnehmer am DMP-Vertrag KHK auf solche Ärzte einzugrenzen, die entweder Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie sind oder in der Hypertoniebehandlung qualifizierte fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, die quartalsdurchschnittlich 50 farbcodierte Doppler-Echokardiographien nach Nr 618 EBM-Ä aF erbringen, ist entgegen der Ansicht des Klägers nicht zu beanstanden. Dies ist auch so klar erkennbar, dass es einer Klärung in einem Revisionsverfahren nicht bedarf. Diese Regelung



hält sich im Rahmen der Gestaltungsfreiheit, die den Vertragspartnern von DMP-Verträgen eingeräumt ist. Diese haben bei deren Ausformung einen weiten Gestaltungsspielraum, dürfen allerdings die Grenze der Sachwidrigkeit nicht überschreiten (*s dazu BSG, Beschluss vom 22.6.2005 - B 6 KA 20/05 B, juris RdNr 10, 11*). Diese Grenze ist, wie ohne Weiteres ersichtlich ist, nicht überschritten.

Die Vertragspartner haben mit der Regelung, dass (a) fachlich spezialisierte Kardiologen teilnehmen können und (b) in der Hypertoniebehandlung qualifizierte fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, die aber quartalsdurchschnittlich 50 farbcodierte Doppler-Echokardiographien nach Nr 618 EBM-Ä erbringen, zum einen Ärzte mit entsprechender kardiologisch-fachlicher Qualifikation und zum anderen solche mit großer praktischer Erfahrung erfassen wollen. Mit der Bestimmung, dass es sich bei den Ärzten, die durch große Erfahrung in der Hypertoniebehandlung qualifiziert sind, um solche ohne Schwerpunkt handeln muss, haben die Vertragspartner sicherstellen wollen, dass der Schwerpunkt von deren praktischer Erfahrung nicht in einem anderen Bereich liegt. Dem liegt die - ohne Weiteres vertretbare - pauschalierende Annahme zugrunde, das Nichtführen einer Zusatzbezeichnung bei einem Arzt, der quartalsdurchschnittlich 50 farbcodierte Doppler-Echokardiographien nach Nr 618 EBM-Ä erbringt, stelle ein Indiz dafür dar, dass die Hypertoniebehandlungen in seinem Leistungsspektrum eine zentrale Rolle einnehmen und dass er an diesen Behandlungen ein besonderes Interesse hat und/oder ihnen besondere Sorgfalt widmet. Die Annahme, dies wäre bei Führung einer anderweitigen Schwerpunktbezeichnung nicht im gleichen Ausmaß gewährleistet, ist unbedenklich.

Diesen Sinn und Zweck der Vorschrift hat bereits das LSG in seinem Urteil (auf S 11 im unteren Absatz) deutlich gemacht. Einer weiteren Klärung in einem Revisionsverfahren bedarf es nicht.

- 9 Im Übrigen ist auch nicht zu erkennen, inwiefern der Rechtssache Bedeutung über den Einzelfall des Klägers hinaus zukommen könnte.
- 10 Von einer weiteren Begründung wird gemäß § 160a Abs 4 Satz 3 Halbsatz 2 SGG abgesehen.
- 11 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der Kläger die Kosten des von ihm geführten erfolglosen Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO). Eine Erstattung von Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil sie sich im Beschwerdeverfahren nicht beteiligt haben (§ 162 Abs 3 VwGO, vgl BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, jeweils RdNr 16). Die Festsetzung des Streitwerts für das Beschwerdeverfahren erfolgt gemäß § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 und 3, § 40 Gerichtskostengesetz entsprechend der Festsetzung des LSG vom 11.12.2006, der weder der Kläger noch die Beklagte entgegengetreten sind.

