

L 5 KA 1/14

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen
S 3 KA 173/08

Datum
11.12.2013

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 5 KA 1/14

Datum
20.05.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 11. Dezember 2013 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 14. Februar 2014 dahingehend geändert, dass die Beklagte verurteilt wird, an die Klägerin 2.304.829,87 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 60.267,87 Euro seit 19. September 2004, 211.511,08 Euro seit 3. Januar 2005, 142.268,15 Euro seit 21. April 2005 148.227,24 Euro seit 13. Juli 2005, 139.507,07 Euro seit 28. September 2005 143.309,22 Euro seit 23. August 2006, 133.310,88 Euro seit 2. November 2006, 140.135,10 Euro seit 3. Dezember 2006 62.225,95 Euro seit 8. März 2007 55.531,51 Euro seit 4. Mai 2007 39.522,67 Euro seit 24. Juni 2007, 41.791,72 Euro seit 25. August 2008 45.866,46 Euro seit 16. November 2007 78.918,04 Euro seit 13. Dezember 2007 132.452,29 Euro seit 17. April 2008, 144.909,77 Euro seit 18. Juli 2008, 147.511,93 Euro seit 1. Oktober 2008, 150.444,92 Euro seit 12. Februar 2009, 140.467,88 Euro seit 25. April 2009, 146.650,12 Euro seit 12. Juli 2009 zu zahlen. 2. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. 3. Die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge werden gegeneinander aufgehoben. 4. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte für die Quartale I/2004 bis einschließlich IV/2008 Teile der Gesamtvergütung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung einbehalten durfte. Die Rechtsvorgängerin der Beklagten behielt von der Gesamtvergütung, die sie der Klägerin nach § 14 Abs. 2 des Gesamtvertrages zwischen der Beklagten und dem Verband der A3 sowie dem A1 vom 11. April 1996 (im Folgenden: Gesamtvertrag) für die Quartale I/04 bis IV/08 schuldet, folgende Beträge ein: Quartal Gesamtvergütung in Euro Einbehalt in Euro Einbehalt in % Fälligkeit I/04 25.111.613,37 60.267,87 0,24 18.9.2004 II/04 24.883.656,30 211.511,08 0,85 2.1.2005 III/04 23.170.707,95 231.707,08 1 20.4.2005 IV/04 24.141.245,64 241.412,45 0,99 12.7.2005 I/05 24.517.939,51 245.179,39 0,98 27.9.2005 II/05 25.189.318,42 251.875,18 1,0 22.8.2006 III/05 23.428.977,33 234.289,77 1,0 1.11.2006 IV/05 24.628.312,31 246.283,13 0,99 2.12.2006 I/06 25.398.346,71 253.983,47 1,0 7.3.2007 II/06 25.276.053,13 252.760,55 1,0 3.5.2007 III/06 23.386.199,69 233.861,99 0,98 23.6.2007 IV/06 24.728.824,13 247.288,25 0,98 24.8.2007 I/07 27.139.918,58 271.399,18 0,98 15.11.2007 II/07 25.375.574,72 253.755,75 1,0 12.12.2007 III/07 23.694.507,00 236.945,07 1,0 26.4.2008 IV/07 25.923.035,00 259.230,35 1,0 17.7.2008 I/08 26.388.538,00 263.885,38 1,0 30.9.2008 II/08 26.913.220,72 269.132,22 1 11.2.2009 III/08 25.128.413,65 251.284,18 0,98 24.4.2009 IV/08 26.234.370,01 262.343,69 1 11.7.2009

Die Beklagte hatte für die Region H. die folgenden Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen, die sie an die bei der B2 eingerichtete gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des [§ 140d](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V im Folgenden: Gemeinsame Registrierungsstelle) gemeldet und dabei jeweils sämtliche Angaben gemacht hatte, die gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des [§ 140d SGB V](#) vom 11. Dezember 2003 (BQS-Vereinbarung) für eine Registrierung erforderlich waren, namentlich die Vertragsbezeichnung, den Vertragsgegenstand, die Vertragspartner, Vertragsbeginn und -dauer und die Versorgungsregion(en), das geschätzte Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus [§ 140a](#) ff. SGB V sowie die relevanten Kalkulationsgrundlagen, insbesondere die geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten sowie die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht werden sollte:

Tabelle 1

Vertrag Beginn gemeldete Quoten in %

I/04 II/04 III/04 IV/04 I/05 II/05 III/05 IV/05 I/06 II/06 III/06 IV/06 I/07 II/07 III/07 IV/07 I/08 II/08 III/08 IV/08 Nr. 117 BF02IV004 1.1.04

L 5 KA 1/14

Einziger Vertragspartner der Beklagten sei auf Seite der Leistungserbringer die A4 Klinik B1. Diese erbringe allein stationäre Leistungen. Insbesondere die in Anlage 2 aufgeführten niedergelassenen Neurologen seien keine originären Vertragspartner; ebenso wenig sei für den streitbefangenen Zeitraum ein schuldrechtlich wirksamer Beitritt weiterer Partner dokumentiert. Die Klinik erbringe vertraglich keine Leistungen, die über das in der stationären Regelversorgung übliche Maß an fachübergreifender Zusammenarbeit hinausgingen. Der Vertrag Nr. 4488 (psychotische Störungen) regle unmittelbar keine sektorenübergreifende Versorgung. Sein Gegenstand sei die Versorgung von Patienten mit einer psychotischen Störung, einziger originärer Vertragspartner der Beklagten sei das U. Dieses erbringe unter dem Vertrag weder interdisziplinär-fachübergreifende noch sektorenübergreifende Leistungen. Niedergelassene Psychiater und Vertragsärzte seien nicht originäre Vertragspartner geworden. Eine gleichberechtigte Einbindung des ambulanten Bereichs sei wahrscheinlich nicht einmal vorgesehen. Für eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung gebe es keinen Hinweis. Der Vertrag Nr. 5026 (kardiologische Erkrankung) baue auf dem Vertrag Nr. 119 (KHK) auf und regle ebenfalls die kardiologische und kardiochirurgische Versorgung. Der Vertrag sei zwar sektorenübergreifend. Der darauf gestützte Einbehalt habe aber gemäß [§ 140d Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht zur für Rehabilitationsleistungen verwendet werden dürfen, denn der Vertrag Nr. 5026 (kardiologische Erkrankungen) sei nach dem 1. April 2007 geschlossen worden. Ob der auf diesen Vertrag gestützte Einbehalt dann zumindest für voll- und teilstationäre Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragliche Leistungen habe verwendet werden dürfen, könne dahin stehen. Denn allein durch die weitere Einbeziehung der B. GmbH betreffe der Vertrag noch keine sektorenübergreifende Versorgung. Die GmbH erbringe lediglich administrative Aufgaben im Zusammenhang mit der "Teilnahme" von niedergelassenen Kardiologen (vgl. § 2 Abs. 2, 3, 4; § 4a und § 12 Abs. 1 des Vertrags) und sei kein statthafter Vertragspartner im Sinne des [§ 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Die teilnehmenden Kardiologen seien nicht originärer Vertragspartner geworden. Die vorgelegten Beitrittserklärungen sprächen gerade nicht für einen echten Schuldbeitritt. Ein derartiger Beitritt dürfe nach der vertraglichen Konstruktion auch nicht vorgesehen sein. Da das Leistungsgeschehen allein auf dem Fachgebiet der Kardiologie spiele, komme eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung nicht in Betracht. Der Vertrag Nr. 819 (Katarakt-Operationen) sei mit der "M. Gruppe" und der "C. H." geschlossen worden, die keine statthafter Vertragspartner im Sinne des [§ 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) seien. Es handele sich nicht um Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften im Sinne von [§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Ebenso wenig sei dessen Nr. 4 einschlägig, denn weder biete die M. Gruppe eine Versorgung durch Augenärzte noch die "C. H." eine Versorgung durch Erbringer von Pflegeleistungen an. Die vertragsgegenständliche Katarakt-Operation werde lediglich in den Räumen der "M. Gruppe" erbracht (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 des Vertrags) und die pflegerische Versorgung lediglich über die "C. H." sichergestellt (vgl. § 2 Abs. 4 Satz 1 des Vertrags), die bei Bedarf einen Pflegedienst vermittele. Die Leistungserbringer selbst seien keine Partner des Integrationsvertrags, dies sei nach der vertraglichen Ausgestaltung auch nicht vorgesehen. Der Vertrag Nr. 941 (Depression), der die Behandlung depressiver Patienten zum Gegenstand habe, betreffe keine sektorenübergreifende Versorgung. Zwar solle nach dem Vertragszweck die Behandlung "in enger Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik nach einem abgestimmten Behandlungskonzept" (§ 2 Abs. 1 des Vertrags, vgl. auch das Behandlungskonzept "Integrierte Versorgung Depression") erfolgen. Der Vertrag leiste dazu aber selbst keinen Beitrag. Einzige Vertragspartnerin der Beklagten sei die L. H. GmbH, die bei Vertragsschluss unter anderem das damalige AK H1 betrieben habe. Die für die Behandlung erforderlichen Leistungserbringer könnten lediglich als "Kooperationspartner" beteiligt werden und müssten hierfür einen gesonderten Vertrag mit der GmbH abschließen (vgl. § 4 Satz 1 und 2 des Vertrags). Auch in diesem Vertrag bleibe die Verzahnung des stationären und des ambulanten Sektors dem Klinikbetreiber überlassen. Im Übrigen sei nicht einmal dargelegt, dass niedergelassene Vertragsärzte ihre Teilnahme an dem Vertrag erklärt hätten. Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung komme nicht in Betracht. Ebenso wenig betreffe der Vertrag Nr. 2506 (Prostatakrebs) eine sektorenübergreifende Versorgung. Auch wenn Vertragspartner der Beklagten neben zwei Krankenhausträgern (U. und M1-Klinik am U. GmbH) die "Ambulantes Zentrum am U. GmbH" sei, leiste der Vertrag noch keinen Beitrag zur Verzahnung zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor. Vertragsgegenstand seien zunächst nur verschiedene stationäre Behandlungen des Prostatakrebses (vgl. die Auflistung in § 2 Abs. 2 des Vertrags). Die teilstationäre und ambulante Brachytherapie solle erst in der Weiterentwicklung des Vertrags zum Gegenstand werden (so ausdrücklich § 2 Abs. 1 des Vertrags). Zu einer derartigen Ergänzung des Vertrags sei es offenbar nicht gekommen. Da der Vertrag ausschließlich urologische Behandlungen regle, komme eine interdisziplinär-fachübergreifende Behandlung nicht in Betracht. Auch der Vertrag Nr. 7131 (Chirurgie am Kind) leiste selbst keinen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung. Einziger Vertragspartner der Beklagten sei die "N. Klinik GmbH", die eine Praxisklinik in E. betreibe. Es bleibe der GmbH überlassen, Leistungserbringer aus dem stationären Bereich einzubeziehen und hierfür "Kooperationsverträge" abzuschließen (vgl. Abs. 3 Satz 1 der Präambel; § 3 Abs. 2 und § 4 des Vertrags). Zum Abschluss eines "Kooperationsvertrags" mit einem Krankenhausträger sei es offenbar nicht gekommen. Es gebe keinerlei Hinweis darauf, dass es bei den in Anlage 1 des Vertrags aufgeführten Operationen zu einer interdisziplinär-fachübergreifenden Behandlung innerhalb der Praxisklinik komme, die über das traditionelle Maß der Zusammenarbeit, etwa zwischen Chirurgen und Anästhesisten, hinausgehe. Die Beklagte hat gegen dieses ihr am 3. Januar 2014 zugestellte Urteil am 29. Januar 2014 Berufung eingelegt. Sie beruft sich zunächst auf Verjährung: Die Klägerin habe eine Leistungsklage zuerst nur für das Quartal III/2004 erhoben und die Klage später auf die Quartale IV/2004 bis II/2005 erweitert. Die späteren Anträge des Schriftsatzes der Klägerin vom 28. Oktober 2008 seien wegen fehlender Bestimmtheit unbeachtlich. Die unter dem 5. Januar 2010 erhobene Stufenklage habe die Verjährung nicht hemmen können, da dessen Bezifferung unabhängig von den erhobenen Hilfsansprüchen erfolgt sei. Erstmals mit Schriftsatz vom 24. April 2011 habe die Klägerin die Klage wirksam auf die Quartale I/2004, II/2004 und III/2005 bis IV/2008 erweitert. Zu diesem Zeitpunkt seien etwaige Zahlungsansprüche bereits gem. § 14 Abs. 5 des Gesamtvertrages in Verbindung mit [§ 195](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verjährt. Ihrer Ansicht nach halte das Urteil auch einer Überprüfung anhand der gesetzlichen Vorgaben und des von der Rechtsprechung entwickelten Prüfungsmaßstabes nicht stand. Danach setze ein wirksamer Vertrag zur integrierten Versorgung kein völlig neues Leistungsspektrum voraus, ausreichend sei die Ersetzung der Regelversorgung durch ein alternatives, einheitliches Versorgungs- und Vergütungskonzept. Im Einzelnen: Der Vertrag Nr. 115 (gynäkologische Operationen) sei sektorenübergreifend. Auch wenn grundsätzlich das Ziel verfolgt werde, den Patientinnen einen stationären Aufenthalt zu ersparen, sei dieser nach § 2 des Vertrages doch vorgesehen. Für einen integrierten Versorgungsvertrag sei es nicht notwendig, dass stationäre Leistungen in jedem Fall erforderlich würden. Ähnliche Verträge seien von den Landessozialgerichten Rheinland-Pfalz (in dem Verfahren [L 4 KR 12/08](#)) und Hessen (Verfahren [L 1 KR 222/10](#)) als wirksam angesehen worden. Der Anerkennung des Vertrages Nr. 113 (Kardiologie) stehe es nicht entgegen, dass die Kooperationspartner des A. nicht unmittelbarer Vertragspartner der Beklagten seien. Die Kooperationsverträge seien regelmäßig Verträge zugunsten Dritter, die notwendige Zustimmung zu der Einbeziehung habe der Beklagte mit Vertragsabschluss erteilt. Auch sei er über die Kooperationsvereinbarungsabschlüsse unterrichtet worden und habe den Vereinbarungen nicht widersprochen. Dieselben Überlegungen kämen auch bei dem Vertrag Nr. 119 (Koronare Herzerkrankungen) und 5035 (Parkinson) zum Tragen: Die niedergelassenen Kardiologen (bzw. Neurologen) würden über Kooperationsvereinbarungen durch das U. (bzw. die A4 Klinik B1) eingebunden. Für die Bewertung der Rechtmäßigkeit der Einbehalte komme es auf den Zeitpunkt der Einbeziehung der Kooperationspartner in den Versorgungsvertrag an. Der Wirksamkeit des Vertrages Nr. 5026 (Kardiologische Erkrankungen) stehe [§ 140d Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht entgegen, da diese Vorschrift nicht besage, dass Rehabilitationseinrichtungen nach dem 1. April 2007 nicht mehr Vertragspartner von Verträgen über die integrierte

Versorgung sein dürften. Sie – die Beklagte – habe die Einbehalte auch nicht für rehabilitative Leistungen verwendet. Da die B. GmbH als Managementgesellschaft nach [§ 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) Vertragspartner habe werden können, habe über diese auch die Einbeziehung der weiteren Leistungserbringer erfolgen können. Eines Beitritts der einzelnen Leistungserbringer zum Vertrag habe es nicht bedurft. Die Partner des Vertrages Nr. 819 (Katarakt-Operation), die "M. Gruppe" habe als Gemeinschaftspraxis von Augenärzten gemäß [§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ebenso Vertragspartnerin eines integrierten Versorgungsvertrages werden können wie die "C. H." als ambulanter Pflegedienst. Die Augenoperationen würden in den Räumen der "M. Gruppe" durchgeführt, die Organisation der gegebenenfalls notwendigen anschließenden Pflegemaßnahmen erfolge gemeinsam mit der "C. H.". Auch für den Vertrag Nr. 941 (Depressionen) sei entscheidend, dass die Leistungserbringer (niedergelassene Hausärzte und Psychologen) über Kooperationsverträge und Beitrittserklärungen in den Vertrag einbezogen worden seien; die entsprechenden Kooperationsverträge lägen vor. Der Vertrag Nr. 2506 (Prostatakrebs-Behandlung) sehe einen Sektorenübergang nicht nur durch das Ambulanzzentrum, sondern insbesondere durch niedergelassene Urologen vor. Entsprechende Kooperationserklärungen lägen dem Gericht vor. Der Vertrag Nr. 7131 (Chirurgie am Kind) habe sowohl eine interdisziplinär-fachübergreifende als auch eine sektorenübergreifende Versorgung zum Gegenstand. Die "N. Klinik GmbH" habe mit Kinderchirurgen, Anästhesisten, HNO-Fachärzten, Chirurgen sowie Chef- und Oberärzten der beteiligten Kliniken Kooperationsverträge abgeschlossen. Die Versorgung der Versicherten erfolge ambulant und stationär. Die Darlegung der Mittelverwendung sei spätestens mit Schriftsatz vom 22. Dezember 2011 erfolgt. Aus der mit Anlage B 7 vorgelegten Übersicht über die Ausgaben für die hier maßgeblichen Integrationsverträge in den Quartalen I/2004 bis IV/2008 ergäben sich Gesamtausgaben in Höhe von 26.769.569,33 Euro. Selbst wenn nur der Vertrag Nr. 111 den gesetzlichen Vorgaben in [§ 104a](#) ff. SGB V entspräche, stünde einem möglichen Zahlungsanspruch der Klägerin für die ihrer Ansicht nach noch nicht verjährten Quartale I – IV/2008 Ausgaben in Höhe von 835.523,31 Euro gegenüber, die den Zahlungsanspruch der Klägerin entsprechend minderten. Insoweit könne auch nicht entgegengehalten werden, der Einbehalt für diesen Vertrag habe nur 61.752,08 Euro betragen. Den der gemeinsamen Registrierungsstelle gemeldeten Abzugsquoten komme keine Rechtsverbindlichkeit zu, es handle sich nur um prognostische Einschätzungen, die den Beteiligten die Möglichkeit einer Plausibilitätsprüfung geben solle.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts vom 11. Dezember 2013 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 14. Februar 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen. Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie tritt dem Urteil des Sozialgerichts bei und weist darauf hin, dass das Sozialgericht bei seiner Entscheidung weitere Gesichtspunkte, die der Wirksamkeit der hier streitigen Verträge entgegenstünden, gar nicht berücksichtigt habe und auch nicht habe berücksichtigen müssen, diese aber von ihr – der Klägerin – dargelegt worden seien. Die Beklagte habe auch die gesetzlich vorgeschriebene Schlussrechnung zum 31. März 2009 als Verwendungsnachweis für die einbehaltenen Mittel nie vorgelegt. Der Senat hat über die Berufung am 20. Mai 2015 mündlich verhandelt. Auf die Sitzungsniederschrift wird ebenso wie auf den Inhalt der Prozessakten und die von der Beklagten vorgelegten Vertragskopien Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere gemäß [§ 151 SGG](#) frist- und formgerecht erhobene Berufung erweist sich teilweise als begründet, da die Klägerin von der Beklagten Zahlung lediglich in Höhe von 2.304.829,87 Euro verlangen kann. Der Anspruch der Klägerin ergibt sich aus [§ 85 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in Verbindung mit dem Gesamtvertrag. Nach [§ 85 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1](#) erster Halbsatz SGB V entrichtet die Krankenkasse nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine im Gesamtvertrag vereinbarte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. In Höhe von 2.304.829,87 Euro war die Beklagte nicht berechtigt, auf der Grundlage des [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12. 2011 geltenden Fassung (a.F.) Mittel "zur Förderung der integrierten Versorgung" von der zu entrichtenden Gesamtvergütung einzubehalten. Nach [§ 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) a.F. durften die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel ausschließlich zur Finanzierung der nach [§ 140c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbarten Vergütungen verwendet werden. Nach dieser Vorschrift legen die Verträge zur integrierten Versorgung die Vergütung der in diesem Rahmen erbrachten Leistungen fest. Bei den Verträgen Nr. 117 (Stammzellentransplantation), Nr. 113 (Kardiologie), Nr. 5035 (Parkinson), Nr. 4488 (psychotische Störungen), Nr. 941 (Depressionen), Nr. 2506 (Prostatakrebs) und Nr. 7131 (Chirurgie am Kind) handelt es sich jedoch nicht um Verträge zur integrierten Versorgung im Sinne dieser Vorschrift. Die Berufung hat insoweit Erfolg als das Sozialgericht zu Unrecht davon ausgegangen ist, auch die Verträge Nr. 115 (gynäkologische Operationen), Nr. 119 (KHK), Nr. 5026 (kardiologische Erkrankung) und Nr. 819 (Katarakt-Operation) erfüllten nicht die gesetzlichen Voraussetzungen, die an wirksame Verträge zur integrierten Versorgung zu stellen sind. 1. Die geltend gemachten Ansprüche der Klägerin sind nicht verjährt, so dass die entsprechende Einrede der Beklagten ohne Erfolg bleibt. a) Die Verjährung des Anspruchs auf Zahlung der Gesamtvergütung richtet sich in erster Linie nach dem Gesamtvertrag. Da dieser dazu keine einschlägige Bestimmung erhält ([§ 14 Abs. 5](#) betrifft nur den Zahlungsverzug), verjährt der Anspruch in vier Jahren nach Ende des Kalenderjahres, in dem er entstanden ist (vgl. Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 10. Mai 2000 – [L 5 Ka 1050/99](#), juris; Freudenberg in jurisPK-SGB V, 2. Auflage 2012, [§ 85 SGB V](#) Rn. 48). Dies ergibt sich zwar nicht aus [§ 45](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), da die Gesamtvergütung keine "Sozialleistung" ist, sondern folgt aus einer Harmonisierung mit der regulären Verjährungsfrist des Sozialrechts. Die Zahlung der Gesamtvergütung ist so stark von den Besonderheiten des öffentlichen Krankenversicherungsrechts geprägt, dass auch hier die vierjährige Verjährungsfrist des Sozialrechts und nicht über [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) die dreijährige Verjährungsfrist des [§ 195 BGB](#) zur Anwendung gelangt (vgl. Engelhard in Hauck/Noftz, Stand Mai 2014, SGB V, [§ 85](#) Rn. 119). b) Die Verjährung ist durch wirksame Klageerhebung hinsichtlich aller hier streitigen Quartale gem. [§ 204 Abs. 1 BGB](#) in Verbindung mit [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) gehemmt worden. Die Klägerin hat zwar zunächst nur Klage wegen eines Gesamtvergütungsanteils für das Quartal III/2004 erhoben (Schriftsatz vom 21. Oktober 2004) und diese später mit Schriftsatz vom 14. Oktober 2005 auf Zahlungsansprüche auch für die Quartale IV/2004 bis II/2005 erweitert. Mit Schriftsatz vom 28. Oktober 2008 hat die Klägerin dann aber für den Fall, dass die Klage nicht auf die seit Erhebung der Klage von der Beklagten neu abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung erweitert werden könne, beantragt, die Beklagte in einem "neuen Verfahren" zu verurteilen, die außer dem Klageantrag zu Unrecht einbehaltenen Mittel zur Förderung der integrierten Versorgung an die Klägerin zu zahlen. Die Klägerin musste den Antrag auch nicht konkreter fassen, da Ansprüche auf Zahlung nach [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) a.F. einbehaltener Gesamtvergütung ohne Auskünfte der einbehaltenden Krankenkasse nicht bezifferbar sind. Dieser Antrag (Ziff. 4) ist im Zusammenhang mit dem unter Ziff. 3 gestellten Antrag zu lesen, mit dem die Klägerin die Beklagte zur Vorlage der von ihr abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung verpflichten will. Ein solcher Antrag reicht für eine wirksame Klageerhebung aus. Das Begehren auf Vorlage der abgeschlossenen Verträge sowie auf Begleichung möglicher sich hieraus ergebender Zahlungsansprüche verfolgt die Klägerin

im Wege der auch im sozialgerichtlichen Verfahren nach [§ 202 SGG](#) in Verbindung mit [§ 254](#) Zivilprozessordnung (ZPO) statthafter Stufenklage als einer Sonderform der objektiven Klagehäufung (BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 48/12 R](#), SozR 4-2500 § 276 Nr. 6; BGH, Urteil vom 26. Mai 1994 – [IX ZR 39/93](#), [NJW 1994, 3102](#) = juris Rn. 12; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 56 Rn. 5). Erst die Erfüllung des Vorlagebegehrens ermöglicht es, den Erstattungsanspruch zu beziffern. Mit ihm wird der Anspruch, dessen Verjährung gehemmt werden soll, in zweifelsfrei identifizierbarer Weise bezeichnet. Dass ursprünglich nur eine Leistungsklage anhängig war, ist ebenso ohne Bedeutung, wie der Umstand, dass "ein neues Verfahren" nicht "zustande kam". Das Sozialgericht ist zutreffend von einer wirksamen Klageerweiterung auf Zahlungsansprüche für alle Quartale seit I/2004 ausgegangen. Da die vierjährige Verjährungsfrist selbst für den Zahlungsanspruch für das früheste Quartal I/2004, der am 18. September 2004 fällig wurde, erst am 31. Dezember 2008 ablief, konnte die Klageerweiterung vom 28. Oktober 2008 den Ablauf der Verjährungsfrist noch hemmen.

2. Die Gerichte haben im Streit um Einbehalte nach [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) a.F. lediglich eine überschlägige, die Grundvoraussetzungen eines Vertrags über integrierte Versorgung einbeziehende Prüfung vorzunehmen, denn andernfalls gäben derartige Rechtsstreitigkeiten Konkurrenten der integrierten Versorgung ein Mittel an die Hand, um Verträge über die integrierte Versorgung im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung von Einbehalten zu Fall zu bringen (BSG, Urteil vom 2. November 2010 – [B 1 KR 11/10 R](#), SozR 4-2500 § 140d Nr. 2; BSG, Urteil vom 25. November 2010 – [B 3 KR 6/10 R](#), juris). a) Hierbei haben die Gerichte zu prüfen, ob die Behandlungsleistungen, die im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden, solche der Regelversorgung zumindest überwiegend ersetzen (BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), [BSGE 100, 52](#); aus neuester Zeit BSG, Beschluss vom 2. Juli 2014 – [B 6 KA 16/14 B](#), juris, m.w.N.). Über die Regelversorgung "hinausreichen" muss die in den Verträgen geregelte Versorgung insofern, als es sich nach [§ 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) um eine entweder "interdisziplinär-fachübergreifende" oder eine "verschiedene Leistungssektoren übergreifende" Versorgung handeln muss (vgl. BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 5/07 R](#), [SozR 4-2500 § 140a Nr. 2](#); BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), a.a.O.; BSG, Beschluss vom 2. Juli 2014 – [B 6 KA 16/14 B](#), juris). Sektorenübergreifend ist eine Versorgung, wenn sie die beiden Hauptsektoren der ambulanten und der stationären Behandlungen oder aber verschiedene Untersektoren eines Hauptsektors umfasst (BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), a.a.O.). Unter einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung ist ein Konzept längerfristiger, gemeinsam aufeinander abgestimmter Behandlungen von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete zu verstehen, das im ambulanten Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit durch Überweisungen an Ärzte eines anderen Fachgebiets bzw. im stationären Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit der Abteilungen der unterschiedlichen Fachgebiete innerhalb eines Krankenhauses hinausgeht (BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 5/07 R](#), [SozR 4-2500 § 140a Nr. 2](#)). In beiden Anwendungsbereichen der integrierten Versorgung (sektorenübergreifend und interdisziplinär) ist es erforderlich, dass eine bessere, effektivere Versorgung der Versicherten bewirkt wird. Durch ein Versorgungsangebot "aus einer Hand" sollen insbesondere Schnittstellenprobleme wie unnötige Doppeluntersuchungen, Koordinationsprobleme im Behandlungsablauf beseitigt oder Wartezeiten vermieden werden (BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), a.a.O.). b) Die Frage, wer als "tauglicher" Partner eines Vertrages zur integrierten Versorgung in Betracht kommt, beantwortet sich zunächst aus der insoweit abschließenden (dazu LSG Hamburg, Urteil vom 29. November 2012 – [L 1 KR 156/11 KL](#), [KrV 2013, 34](#)) Vorschrift des [§ 140b SGB V](#). Da diese Vorschrift auch solche potentiellen Vertragspartner aufführt, die selbst nicht zur Erbringung von Leistungen der Krankenbehandlung im Sinne von [§ 27 SGB V](#) berechtigt sind, ist darüber hinaus zu fordern, dass auf einer vertraglichen Grundlage sichergestellt ist, dass die Vertragspartner eine integrierte Versorgung auch rechtlich leisten können (BSG, Urteil vom 2. November 2010 – [B 1 KR 11/10 R](#), a.a.O. = juris, Rn. 27). Für diese Sichtweise sprechen nicht nur allgemeine Grundsätze des Vertragsrechts, sondern insbesondere der Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen (SG Marburg, Urteil vom 3. August 2011 – [S 12 KA 962/09](#), juris). Diese vertragliche Sicherstellung kann grundsätzlich im Wege von Einbeziehungsvereinbarungen erfolgen, solange im konkreten Leistungsfall (d.h. bei der Notwendigkeit von Krankenbehandlung im Sinne von [§ 27 Abs. 1 SGB V](#)) für Versicherte, Krankenkasse und Leistungserbringer aufgrund äußerer und einfach zu beurteilender Umstände erkennbar ist, ob ein bestimmter Leistungserbringer aus einem bestimmten Vertrag verpflichtet ist. Eine zusätzliche Grenze für Einbeziehungsvereinbarungen bildet außerdem die in allen streitigen Quartalen geltende Vorschrift des [§ 140b Abs. 5 SGB V](#), wonach der Beitritt Dritter von der Zustimmung aller Vertragspartner abhängig ist. Die Vorschrift ist nicht abdingbar (dazu Hessisches LSG, Urteil vom 14. Mai 2014 – [L 4 KA 53/11](#), juris, Rn. 43) und gilt insbesondere auch für den Beitritt weiterer Leistungserbringer (Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, a.a.O., § 140b Rn. 28). c) Nach grundsätzlich denselben Kriterien beurteilen sich auch solche Verträge, die eine Krankenkasse mit sogenannten Managementgesellschaften schließt. Gesellschaften, die eine medizinische Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten ([BT-Drs. 15/1525, S. 129](#)), kommen als taugliche Vertragspartner im Sinne von [§ 140a Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) in Betracht (Hessisches LSG, Urteil vom 14. Mai 2014 – [L 4 KA 53/11](#), juris, m.w.N.). Dies ist allerdings im Einzelfall davon abhängig, ob sie die integrierte Versorgung von Versicherten selbst anbieten oder ob es hierzu erst eines zukünftigen Beitritts (ärztlicher) Leistungserbringer bedarf (Hessisches LSG, a.a.O., Hessisches LSG, Urteil vom 5. Februar 2013 – [L 1 KR 222/10](#), KHE 2013/10). Selbst anbieten in diesem Sinne kann die Managementgesellschaft die medizinische Versorgung nur dann, wenn zugelassene Leistungserbringer (die entweder identifiziert oder aber anhand offensichtlicher Kriterien bestimmbar sind) ihr gegenüber ohne weiteres zur Behandlung der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten verpflichtet sind. Dazu müssen die teilnehmenden Leistungserbringer über eine Teilnahmeerklärung vertraglich eingebunden sein (vgl. Baumann in jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 140b SGB V](#), Rn. 41). Ein – etwa über Berufsverbände vermitteltes – allgemeines Tätigwerden der Managementgesellschaft für bestimmte Gruppen von Ärzten oder Krankenhäusern genügt nicht. Auch wenn kein Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem Arzt oder Krankenhaus besteht, muss sich aus dem Vertrag zwischen Krankenkasse und Managementgesellschaft doch klar ergeben, welche konkreten medizinischen Versorger verpflichtet sind, im Einzelfall für die Managementgesellschaft im Bereich der integrierten Versorgung tätig zu werden. Diesen Anforderungen genügen weder allgemeine Verweisungen auf geeignete Ärzte, Krankenhäuser etc. noch die reine Möglichkeit eines – ohnehin an [§ 140b Abs. 5 SGB V](#) zu messenden Beitritts durch Ärzte oder Krankenhäuser. 3. Entgegen der Ansicht des Sozialgerichts genügen die Verträge Nr. 115 (gynäkologische Operationen), Nr. 119 (KHK), Nr. 5026 (kardiologische Erkrankung) und Nr. 819 (Katarakt-Operation) diesen Anforderungen. a) Das Sozialgericht hält den Vertrag Nr. 115 (gynäkologische Operationen) zu Unrecht für nicht sektorenübergreifend. Es stellt insoweit entscheidend darauf ab, dass sich das Versorgungsgeschehen primär im vertragsärztlichen Bereich abspielen und eine stationäre Nachbehandlung nur unumgänglichen Fällen vorbehalten bleiben soll. Allerdings genügt es für die Annahme einer Leistungssektoren übergreifenden Versorgung noch nicht, dass die Krankenkasse den Vertrag mit verschiedenen Partnern (hier einer Facharztgemeinschaft und einem Krankenhaus) geschlossen hat, die gemäß [§ 140b Abs. 1 SGB V](#) Partner von Integrationsverträgen sein können. Es ist darüber hinaus zu prüfen, ob der konkrete Vertrag, an dem diese beteiligt sind, nach dem vertraglich definierten Versorgungsauftrag und dessen Ausgestaltung auch einen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung leistet (vgl. BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), [BSGE 100, 52](#), [SozR 4-2500 § 140d Nr. 1](#), SozR 4-2500). Das ist hier der Fall: § 2 des Vertrages betrifft die Leistungssektoren "ambulante fachärztliche Versorgung", "Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln", "Versorgung mit Krankentransportleistungen" und "Versorgung mit Leistungen der Krankenhausbehandlung" (vgl. zu den in Betracht kommenden Leistungssektoren Baumann a.a.O., § 140a, Rn. 28). Dass die stationäre Behandlung möglichst vermieden werden soll, steht einer

grundsätzlich sektorenübergreifenden Versorgung nicht entgegen. Zu Beginn der Behandlung wird in vielen Fällen noch gar nicht feststehen, ob eine stationäre Nachversorgung notwendig werden wird. Bei den in § 2 Nr.1 des Vertrages genannten operativen Behandlungen handelt es sich nicht nur um Eingriffe, die grundsätzlich ambulant erfolgen können. Dass durch die qualifizierte Behandlungsform stationäre Eingriffe reduziert werden können, steht den Zielen der integrierten Versorgung (z.B. Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen, von Koordinationsproblemen im Behandlungsablauf und von Wartezeiten) nicht entgegen. Diese Ziele können nach der Vertragskonzeption jedenfalls in den verbleibenden Fällen erreicht werden. Der Vertrag geht damit auch über die Regelversorgung hinaus: Im Grunde werden ambulante Operationen ([§ 115b SGB V](#)) auf eine Praxisklinik im Sinne von [§ 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) übertragen. Die in dem Schriftsatz der Klägerin vom 19. Juni 2012 geäußerte Kritik an dem vertraglichen Vergütungsgeschehen, das sie offensichtlich für zu oberflächlich und unkonkret hält, kann angesichts der detaillierten Vergütungsregelung in § 5 des Vertrages nicht nachvollzogen werden. Die Klinik rechnet danach mit der Beklagten auch bei einer notwendigen Nachversorgung im Krankenhaus eine einheitliche Pauschale ab. Es fallen somit – anders als etwa bei einer belegärztlichen Tätigkeit – Abrechnungen nach dem EBM-Ä und die zusätzliche Vergütung des Krankenhauses über DRG weg. Damit wird ein entscheidendes Element der integrierten Versorgung verwirklicht. Zudem trifft der Vertrag in § 4 auch eine pauschalierende Kostenregelung zu der jedenfalls bis zum Urteil des BSG vom 18. Juli 2013 (Az.: [B 3 KR 6/12](#), [BSGE 114, 96](#)) sehr streitigen Frage der Wiederaufnahme in die stationäre Behandlung.

b) Den Vertrag Nr. 119 (KHK) sieht das Sozialgericht als nicht sektorenübergreifend an, da der Vertrag zwar einen echten Beitrittsmöglichkeit für ambulante Behandlungsbestandteile (kardiologische Verlaufskontrolle, diabetologische Mitbehandlung) vorsehe, im streitbefangenen Zeitraum ein derartiger Beitritt tatsächlich aber nicht erfolgt sei. Diese Bewertung widerspricht dem vorgelegten Vertrag. Dessen § 9 (Beitrittsklausel) enthält detaillierte Regelungen auch zu dem Beitritt weiterer Leistungserbringer. Nach Satz 4 gilt die Zustimmung zum Beitritt weiterer Leistungserbringer als erteilt, wenn diese in den Vertrag einbezogen sein sollte und in Anlage A enthalten sind. Anlage A führt drei niedergelassene Ärzte/Gemeinschaftspraxen namentlich auf, die Kooperationspartner des Vertrages sind, mit einer weiteren Gemeinschaftspraxis befand man sich danach in Verhandlungen. Der Senat hat angesichts dieser eindeutigen vertraglichen Regelung keinen Zweifel daran, dass weitere Leistungserbringer, die die vorgesehene ambulante Versorgung abdecken, in den Vertrag einbezogen wurden, so dass von einer sektorenübergreifenden Versorgung auszugehen ist. Die Beitrittsklausel unterscheidet sich von den in anderen Verträgen vereinbarten "Öffnungsklauseln", da hier an einen vorgefundenen Zustand angeknüpft wird. Die in Anlage A genannten Vertragsärzte werden als Partner in den neuen Vertrag überführt.

c) Auch der Vertrag Nr. 5026 erfüllt entgegen der Ansicht des Sozialgerichts die Anforderungen an einen Vertrag über die integrierte Versorgung. aa) Dem steht zunächst nicht entgegen, dass seit dem 1. April 2007 gemäß [§ 140d Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) a. F. die Mittel aus der Anschubfinanzierung ausschließlich für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen sowie für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben verwendet werden durften. Die zulässige Mittelverwendung ist von der Frage der zulässigen Vertragspartnerschaft zu trennen. Nach [§ 140b Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) a.F. konnten Träger stationärer und ambulanter Rehabilitationseinrichtungen auch nach dem 1. April 2007 Verträge zu integrierten Versorgungsformen schließen. bb) Der Vertrag regelt außerdem auch insoweit eine sektorenübergreifende Versorgung, als er gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 auch die Teilnahme niedergelassener Vertragsärzte (Kardiologen) über die B. GmbH vorsieht. Die B. ist als Managementgesellschaft gem. § 140b Abs. 1 Nr. 4 zulässige Vertragspartnerin. Das weitere Erfordernis, wonach die teilnehmenden Leistungserbringer über eine Teilnahmeerklärung vertraglich eingebunden sein müssen (s. oben unter 1 c)), ist entgegen der Annahme des Sozialgerichts erfüllt. Die B. hatte nach § 4a Abs. 1 Nr. 1 gerade die Aufgabe, für die vertragliche Einbindung der teilnehmenden vertragsärztlichen Leistungserbringer zu sorgen. Die Beklagte hat entsprechende Beitrittserklärungen niedergelassener Ärzte vorgelegt (Anlage 20 ihres Schriftsatzes vom 5. Oktober 2012). Die durch diese Teilnahmeerklärungen nachgewiesene Einbindung genügt hier, da die Managementgesellschaft (B.) ihrerseits originärer Vertragspartner war. cc) Es handelt sich bei dem Vertrag um einen sogen. "Reha-Vertrag", der zumindest auch eine Verzahnung von Akutbehandlung in einem Krankenhaus mit anschließender medizinischer Rehabilitation in einer stationären Einrichtung regelt. Solche Verträge fallen unter den Anwendungsbereich des [§ 140b SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 5/07](#), [SozR 4-2500 § 140a Nr. 2](#); Engelhardt in Hauck/Noftz, a.a.O., § 140a, Rn. 33) d) Auch der Vertrag Nr. 819 (Katarakt-Operation) geht über die Regelversorgung hinaus und ist sektorenübergreifend, da er die Leistungssektoren "ambulante fachärztliche Versorgung" und "Versorgung mit Pflegeleistungen" zur Vermeidung sonst erforderlicher stationärer Eingriffe betrifft. Diese Pflegeleistungen werden bei Kataraktbehandlungen auch regelhaft erforderlich werden. Beide Vertragspartner der Beklagten sind zulässige Vertragspartner nach [§ 140b Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#). Als Pflegedienst ist die "C." sonstiger berechtigter Leistungserbringer im Sinne von [§ 140b Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#). Sonstige berechnete Leistungserbringer sind alle Leistungserbringer, die nach dem Vierten Kapitel des SGB V zur Abgabe von Leistungen an Versicherte berechnete sind, wie z. B. Leistungserbringer von Haushaltshilfe ([§ 132 SGB V](#)) und häuslicher Krankenpflege gemäß [§ 132a SGB V](#) (vgl. Orlowski in: Orlowski/Rau/Wasem/Zipperer, Kommentar, Stand Dezember 2014, [§ 140b SGB V](#), Rn. 5). Dass beide Vertragspartner die geschuldeten Leistungen selbst nicht anböten, wie das Sozialgericht meint, kann der Senat nicht nachvollziehen. Die M. Gruppe ist eine Praxisgemeinschaft von Augenärzten. Nach § 3 Abs. 2 des Vertrages erbringt sie die medizinischen Leistungen. Dass die operativen Eingriffe auch in ihren Räumen erfolgen sollen, lässt im Zusammenhang mit den übrigen vertraglichen Vereinbarungen nicht den Schluss zu, dass nicht sie selbst die Leistungen erbrächte. Eben so wenig sind Zweifel daran veranlasst, dass die "C." selbst die Pflegeleistungen erbringt. Aus dem Vertrag wird deutlich, dass die C. selbst dazu verpflichtet ist (s. insbesondere § 3). Dass der Vertrag möglicherweise an einer Stelle (§ 2 Abs. 4 des Vertrages) nicht ganz eindeutig formuliert ist, ist angesichts der Eindeutigkeit der gesamten Regelung nicht von Gewicht.

4. Die Verträge, die im Übrigen Grundlage der streitigen Einbehalte sind, genügen den Anforderungen an eine integrierte Versorgung im Sinne der [§§ 140 a ff. SGB V](#) nach der Überzeugung des Senats nicht: a) Im Vertrag Nr. 117 (Stammzelltransplantation) wird weder eine sektorenübergreifende noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung geregelt. Der Beklagte ist der entsprechenden Bewertung des Sozialgerichts nicht entgegengetreten. Die vorgesehenen Leistungen des einzigen Vertragspartners, eines Krankenhausträgers, betreffen im Wesentlichen (§ 3 des Vertrages, Leistungsmodule 1 bis 3) die stationäre Versorgung. Soweit Modul 4 ambulante und teilstationäre Nachsorgeleistungen vorsieht, ist nicht erkennbar, wer Leistungserbringer sein soll. Zwar spricht § 4 Satz 3 des Vertrages davon, dass die Leistungen von einem ermächtigten Krankenhausarzt im Strahlencentrum oder aber von einem "niedergelassenen Arzt", der mit dem Transplantationszentrum kooperiert" erbracht werden sollen, solche Ärzte sind aber nicht in den Vertrag einbezogen worden.

b) Der Vertrag Nr. 113 (Kardiologie) betrifft keine sektorenübergreifende Versorgung. Einziger Vertragspartner der Beklagten ist das A2 für die Häuser der A2-Gruppe. Soweit neben der stationär durchzuführenden Operation in Behandlungsphasen 2 eine (stationäre oder ambulante) Anschlussrehabilitation nach § 2 Abs. 3 des Vertrages Vertragsbestandteil ist, erbringt das A. diese Leistungen nicht selbst, sondern hat dazu gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages Verträge mit entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen zu schließen. Diese werden

damit aber nicht, wie erforderlich, in den Vertrag mit einbezogen. Abgesehen davon, dass ein entsprechender Vertragsbeitritt hier an § 16 des Vertrages (der nur Krankenkassen bzw. deren Verbände als weitere Vertragspartner vorsieht) scheitern dürfte, liegt jedenfalls die erforderliche Zustimmung der Beklagten nach [§ 140b Abs. 5 SGB V](#) nicht vor. Diese Zustimmung kann entgegen deren Ansicht nicht vorab pauschal bei Abschluss des Integrationsvertrages erteilt werden. Das widerspräche dem Sinn und Zweck dieser Zustimmungspflicht, die dem originären Vertragspartner die Möglichkeit geben soll, die Einbeziehung eines ungeeigneten Kooperationspartners abzuwehren. Zudem spricht die Regelung in § 16 des Vertrages gerade gegen eine solche Vorab-Zustimmung, wonach die Zustimmung nicht grundsätzlich verweigert werden könne und der Schriftform bedürfe. Auch der Umstand, dass die Beklagte von den Kooperationsvereinbarungen unterrichtet worden sein soll und diesen nicht widersprochen habe, führt nicht zu einer wirksamen Zustimmung. Abgesehen von dem nicht eingehaltenen Formerfordernis (§ 16 Abs. 2 des Vertrages) erforderte eine solche Zustimmung durch schlüssiges Handeln, dass das Verhalten des Zustimmungsberechtigten dem Erklärungsempfänger gegenüber als Zustimmung erkennbar ist. Bloßes Schweigen genügt nur, wenn der Zustimmungsberechtigte verpflichtet gewesen wäre, seinen abweichenden Willen zu äußern (Ellenberger in: Palandt, BGB, 73. Auflage 2014, § 182 Rn. 3). Schlüssiges Handeln der Beklagten, das als Zustimmung zum Beitritt der Beklagten gewertet werden könnte, ist aber nicht ersichtlich. Soweit die Beklagte unter Hinweis auf ein Urteil des Sozialgerichts (SG) Gotha (vom 8. März 2006 – [S 7 KA 2784/05](#)) der Auffassung ist, [§ 140b Abs. 5 SGB V](#) sehe den Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung vor, ohne "die Beteiligungsform abschließend festzulegen", so dass ein nur von ihr mit dem Dritten geschlossener Kooperationsvertrag ausreiche, kann dem nicht gefolgt werden. In Fällen, in denen wie hier bereits ein Vertrag besteht, kann der "Beitritt" nur zur Folge haben, dass der Beitretende ebenfalls Vertragspartner wird. Gegenstand der Vereinbarung ist dann nur die Stellung des Beitretenden als (zusätzlicher) Vertragspartner (s. auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13. Juli 2010 – L 11 KR 1313-10 ER/B, [BeckRS 2010, 73124](#)). Das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 6. Februar 2008 (Az.: [B 6 KA 6/07](#), [BeckRS 2008, 54261](#)) steht dazu nicht in Widerspruch. Im Rahmen des Revisionsverfahrens war das BSG an die tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanzen, die hinsichtlich der Kooperationsform offenbar unstreitig waren, gebunden.

c) Vertrag Nr. 5035 (Parkinson) der die integrierte, videobasierte Versorgung von Parkinsonpatienten regelt, erfüllt aus dem gleichen Grund nicht die Voraussetzungen einer sektorenübergreifende Versorgung. Einziger Vertragspartner der Beklagten ist auf Seite der Leistungserbringer die A4 Klinik B1. Diese erbringt allein stationäre Leistungen. Zwar sieht § 2 Abs. 3 des Vertrages eine Kooperation mit niedergelassenen Neurologen vor, doch fehlt es an einer wirksamen Zustimmung zu deren Vertragsbeitritt gem. [§ 140b Abs. 5 SGB V](#). Abweichend von dieser Vorschrift regelt § 2 Abs. 3 und 6 des Vertrages die Einbeziehung niedergelassener Ärzte in der Weise, dass die Beklagte mit diesen Kooperationsvereinbarungen abschließt, die in Anlage A des Vertrages zu dokumentieren sind. Der Beklagten bleibt lediglich das Recht vorbehalten, einen Kooperationspartner im Nachhinein abzulehnen. Das widerspricht der zwingenden Vorschrift des [§ 140b Abs. 5 SGB V](#).

d) An demselben Mangel leidet auch Vertrag Nr. 4488 (psychotische Störungen). Einziger originärer Vertragspartner der Beklagten ist das U ... Dieses erbringt unter dem Vertrag (§ 6 Abs. 1, 3 und 4) mit Leistungen einer sozialpsychiatrischen Ambulanz und (teil-) stationärer Behandlung weder interdisziplinär-fachübergreifende noch sektorenübergreifende Leistungen. Niedergelassene Psychiater und Vertragsärzte, die ggf. die Weiterbehandlung durchführen sollen, sind nicht als originäre Vertragspartner vorgesehen. Nach § 8 Abs. 1 des Vertrages können sie dem Vertrag schriftlich "per Beitrittserklärung" beitreten; eine entsprechende Liste beigetretener Ärzte übersendet das U. quartalsweise "an Vertragsarzt und Krankenkasse". Diese Konstruktion entspricht nicht den Erfordernissen des [§ 140b Abs. 5 SGB V](#). Ansätze für eine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit könnten sich allenfalls aus der unter § 6 Abs. 2 des Vertrages vorgesehenen Leistung "Assertive Community Treatment Team" (ACT) ergeben. Die vorgesehene Krisenintervention durch "Psychoexperten" (so Anlage 10 des Vertrages, auf den § 6 Abs. 2 Bezug nimmt) geht aber nicht über die traditionelle Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen eines Krankenhauses hinaus, so dass auch unter diesem Gesichtspunkt keine integrierte Versorgung angeboten wird.

e) Aus dem gleichen Grund regelt auch der Vertrag Nr. 941 (Depression) keine sektorenübergreifende Versorgung. Zwar soll nach dem Vertragszweck die Behandlung "in enger Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik nach einem abgestimmten Behandlungskonzept" (§ 2 Abs. 1 des Vertrags, vgl. auch das Behandlungskonzept "Integrierte Versorgung Depression") erfolgen. Einzige Vertragspartnerin der Beklagten ist aber nur die L. H. GmbH, die bei Vertragsschluss unter anderem das damalige AK H1 betrieb. Die für die Behandlung erforderlichen Leistungserbringer können lediglich als "Kooperationspartner" beteiligt werden und müssten hierfür einen gesonderten Vertrag mit der GmbH abschließen (vgl. § 4 Satz 1 und 2 des Vertrags). Die notwendige Zustimmung aller Vertragspartner nach [§ 140b Abs. 5 SGB V](#) ist nicht erfolgt und nach § 4 des Vertrages auch nicht vorgesehen.

f) Auch der Vertrag Nr. 2506 (Prostatakrebs) regelt keine sektorenübergreifende Versorgung. Auch wenn Vertragspartner der Beklagten neben zwei Krankenhausträgern (U. und "M1-Klinik am U. GmbH") die "Ambulantes Zentrum am U. GmbH" ist, war in dem am 9. Januar 2006 geschlossenen Vertrag eine Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor nicht vorgesehen. Vertragsgegenstand sind zunächst nur verschiedene stationäre Behandlungen des Prostatakrebses (vgl. die Auflistung in § 2 Abs. 2 des Vertrags). Die teilstationäre und ambulante Brachytherapie solle erst in der Weiterentwicklung des Vertrags zum Gegenstand werden (so ausdrücklich § 2 Abs. 1 des Vertrags). Dieser Vertrag wurde durch den Vertrag vom 1. April 2008 mit Wirkung ab 1. Januar 2008 abgelöst. Dieser Vertrag sieht zwar nun unter § 4 auch eine poststationäre Leistungserbringung durch niedergelassene Urologen vor. Auch hier genügt die vereinbarte Vorgehensweise (quartalsweise Übersendung einer Liste der teilnehmenden Urologen an die Beklagte, § 4 Abs. 2 des Vertrages) aber nicht den Voraussetzungen des [§ 140b Abs. 5 SGB V](#) zur wirksamen Einbeziehung der weiteren Leistungserbringer in den Vertrag. g) Der Vertrag Nr. 7131 (Chirurgie am Kind) beabsichtigt zwar sowohl eine interdisziplinär-fachübergreifende als auch eine sektorenübergreifende Versorgung. Die "N. Klinik GmbH" hat nach der vorgelegten Liste mit Kinderchirurgen, Anästhesisten, HNO-Fachärzten, und Chirurgen Kooperationsverträge zur ambulanten und stationären Versorgung abgeschlossen. Auch hier genügt die Kooperation aber nicht den Voraussetzungen des [§ 140b Abs. 5 SGB V](#): Die Leistungserbringer werden nach § 3 Abs. 2 des Vertrages nur an die "N. Klinik" vertraglich gebunden. Der Beklagten wird lediglich auf Anforderung ein Verzeichnis der teilnehmenden Leistungserbringer übersandt. Diese werden damit nicht – wie erforderlich – Partner des Vertrages über die integrierte Versorgung.

4. Die Beklagte war somit unter Berücksichtigung der für die Verträge Nr. 111 (Endoprothetik), Nr. 115 (gynäkologische Operationen), Nr. 119 (KHK), Nr. 5026 (kardiologische Erkrankung) und Nr. 819 (Katarakt-Operation) lediglich zu folgenden Einbehalten von der Gesamtvergütung für die Quartale I/2004 bis IV 2008 berechtigt:

Vertrag Nr. gemeldete Quoten in Prozent I/04 II/04 III/04 IV/04 I/05 II/05 III/05 IV/05 111 -- 0,026 0,35 0,35 0,35 0,35 0,35 115 -- 0,22 0,22 0,22 0,22 119 -- 0,14 0,14 0,14 0,14 0,14 0,14 5026 - - - - - 819 - - - - - 0,045 0,045 0,045 0,045 Gesamt - - 0,386 0,386 0,431 0,431 0,431 0,431

Vertrag Nr. gemeldete Quoten in Prozent I/06 II/06 III/06 IV/06 I/07 II/07 III/07 IV/07 111 0,35 0,35 0,35 0,35 0,35 0,253 0,059 0,059 115 0,22 0,2453 0,296 0,296 0,296 0,296 0,296 119 0,14 0,14 0,14 0,14 0,14 0,14 -- 5026 - - - - - 0,086 0,086 819 0,045 0,045 0,045 0,045 0,045 - - - Gesamt 0,755 0,7803 0,831 0,831 0,831 0,689 0,441 0,441

Vertrag Nr. gemeldete Quoten in Prozent I/08 II/08 III/08 IV/08 111 0,059 0,059 0,059 0,059 115 0,296 0,296 0,296 0,296 119 - - - - 5026 0,086 0,086 0,086 0,086 819 - - - - Gesamt 0,441 0,441 0,441 0,441 Ausgehend von diesen Quoten ergibt sich, dass die Beklagte ihren Einbehalt im Umfang von 2.304.829,87 Euro nicht auf [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) stützen konnte. Hinsichtlich der Höhe der quartalsweise einbehaltenen Beträge folgt der Senat dem Sozialgericht und schließt sich auch dessen Berechnungsmethode an. Die in erster Instanz noch streitige Aufteilung des für die Quartale II/2005 und II/2006 insgesamt einbehaltenen Betrages auf diese beiden Quartale haben die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung vom 20. Mai 2015 unstreitig gestellt. Danach errechnen sich der zulässige Einbehalt und die Differenz zum tatsächlichen Einbehalt wie folgt:

Quartal Ges.vergütung in EUR (Spalte 2 der Tabelle 1) Zulässiger Einbehalt Tatsächlicher Einbehalt in EUR (Spalte 3 der Tabelle 1) Differenz tatsächlicher zu zulässigem Einbehalt in EUR in % in EUR I/04 25.111.613,37 -- 60.267,87 60.267,87 II/04 24.883.656,30 -- 211.511,08 211.511,08 III/04 23.170.707,95 0,386 89.438,93 231.707,08 142.268,15 IV/04 24.141.245,64 0,386 93.185,21 241.412,45 148.227,24 I/05 24.517.939,51 0,431 105.672,32 245.179,39 139.507,07 II/05 25.189.318,42 0,431 108.565,96 251.875,18 143.309,22 III/05 23.428.977,33 0,431 100.978,89 234.289,77 133.310,88 IV/05 24.628.312,31 0,431 106.148,03 246.283,13 140.135,10 I/06 25.398.346,71 0,755 191.757,52 253.983,47 62.225,95 II/06 25.276.053,13 0,7803 197.229,04 252.760,55 55.531,51 III/06 23.386.199,69 0,831 194.339,32 233.861,99 39.522,67 IV/06 24.728.824,13 0,831 205.496,53 247.288,25 41.791,72 I/07 27.139.918,58 0,831 225.532,72 271.399,18 45.866,46 II/07 25.375.574,72 0,689 174.837,71 253.755,75 78.918,04 III/07 23.694.507,00 0,441 104.492,78 236.945,07 132.452,29 IV/07 25.923.035,00 0,441 114.320,58 259.230,35 144.909,77 I/08 26.388.538,00 0,441 116.373,45 263.885,38 147.511,93 II/08 26.913.220,72 0,441 118.687,30 269.132,22 150.444,92 III/08 25.128.413,65 0,441 110.816,30 251.284,18 140.467,88 IV/08 26.234.370,01 0,441 115.693,57 262.343,69 146.650,12 Summe 2.304.829,87

Die Klägerin kann somit lediglich Zahlung in Höhe von 2.304.829,87 Euro verlangen.

5. Die Beklagte kann dem nicht mit Erfolg entgegenhalten, tatsächlich habe sie schon für die berücksichtigungsfähigen Verträge wesentlich höhere Ausgaben getätigt, so dass ein Zahlungsanspruch entsprechend gemindert sei bzw. nicht durchgesetzt werden könne.

a) Wie der Senat in dem Parallelverfahren (Az. [L 5 KA 60/13](#)) in der mündlichen Verhandlung vom 20. Mai 2015 entschieden hat, kann sich die Krankenkasse im Streit um die Berechtigung zum Einbehalt nach [§ 140d SGB V](#) a.F. darauf berufen, die konkret erfolgten Einbehalte seien bereits unter Zugrundelegung bestimmter einzelner Verträge gerechtfertigt gewesen – vorausgesetzt, es handelt sich um wirksame Verträge über die integrierte Versorgung und die gemeldeten Abzugsquoten decken den konkret einbehaltenen Betrag.

Wenn sich die Krankenkasse hingegen darauf beruft, die einbehaltenen Beträge seien über die vertragsspezifische Abzugsquote hinaus auf einen bestimmten Vertrag verwandt worden, macht sie für den betroffenen Vertrag nachträglich eine höhere als die gemeldete Abzugsquote geltend und weicht damit von ihren eigenen Angaben gegenüber der gemeinsamen Registrierungsstelle ab. In Anbetracht der zentralen Rolle, die dem Meldeverfahren bei der gemeinsamen Registrierungsstelle nach der gesetzgeberischen Konzeption zukam, und nach der Konzeption des Gesetzgebers hatten Vertragsärzte und Plankrankenhäuser Minderungen ihrer an sich berechtigten Forderungen hinzunehmen, damit eine Versorgung außerhalb der Regelversorgung etabliert werden konnte. Jedenfalls bei Vertragsärzten ließ sich schon angesichts der "Mechanismen" der Honorarverteilung nicht davon sprechen, dass die Einbehalte nur der Tatsache Rechnung trugen, dass weniger Versicherte im System der Regelversorgung behandelt wurden. Vor diesem Hintergrund kam dem Kürzungsverfahren, dessen wesentliche Einzelheiten in der Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des [§ 140d SGB V](#) festgelegt waren, eine zentrale Bedeutung bei der Schaffung einer praktischen Konkordanz zwischen dem Interesse an der Einführung integrierter Versorgung und dem Gesichtspunkt einer gerechten Vergütung zu. Diese Konkordanz würde einseitig zu Lasten von Ärzten und Krankenhäusern verschoben, wenn es den Krankenkassen möglich wäre, von den Vorgaben der Vereinbarungen abzuweichen. b) Die Beklagte kann sich auch nicht auf fehlendes schutzwürdiges Interesse der Klägerin berufen ("dolo-agit-Einwand"). Eine solcher Einwendung als Anwendungsfall unzulässiger Rechtsausübung (s. dazu Hohloch in Erman, BGB, 13. Auflage 2014, § 242 Rn. 111) käme in Betracht, wenn die Klägerin im Rahmen einer Abrechnung über die aufgewendeten Kosten zur integrierten Versorgung den geltend gemachten Forderungsbetrag wieder zurückgewähren müsste. Als Anspruchsgrundlage käme für die Beklagte der Bereinigungsanspruch nach [§ 140d Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung) in Betracht: Die Vertragspartner der Gesamtverträge hatten für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die einbehaltenen Mittel überstiegen, die Gesamtvergütungen in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 entsprechend der Zahl der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach [§ 140a SGB V](#) vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach [§ 295 Abs. 2 SGB V](#) auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf verminderte. Allerdings gab diese Vorschrift den Partnern der Gesamtverträge lediglich einen Anspruch auf Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung (Baumann in Schlegel/Voelke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 140d SGB V](#) Rn. 56). Die Vorschrift gewährte den Krankenkassen keine punktgenauen Abzugsmöglichkeiten, sondern überließ – was nur systemgerecht war und ist – auch diesen Punkt einer konsensualen Regelung. Ein punktgenauer Abzug kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen nach der genannten Vorschrift nur die Beträge zurückzahlen müssen, in denen das Risiko einer doppelten Bezahlung besteht. Dies ist nur dort der Fall, wo die Krankenkassen in der bisherigen Regelversorgung keine einzelnen Leistungen, sondern eine Gesamtheit von Leistungen pauschal vergüteten (vgl. Baumann in jurisPK, SGB V, Stand 2008, § 140d, Rn. 51). Deshalb eignet sich [§ 140d Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nicht als Anknüpfungspunkt für eine "dolo-agit"-Einwendung. 6) Grundlage des Anspruchs auf Verzugszinsen ist § 14 Abs. 5 Satz 1 des Gesamtvertrages. Nach dieser Vorschrift gelten im Fall des Zahlungsverzuges die Bestimmungen des BGB. Einer Verzinsung steht auch nicht entgegen, dass ein Anspruch auf Verzugszinsen (anders als auf Prozesszinsen) nicht schon von Gesetzes wegen – insbesondere nicht kraft der Verweisung auf das Bürgerliche Gesetzbuch in [§ 69](#)

[Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) – besteht (st. Rspr. seit BSG, Urteil vom 20. Februar 1968 – [6 RKa 19/67](#), SozR Nr. 3 zu [§ 288 BGB](#); ausführlich aus neuerer Zeit BSG, Urteil vom 28. September 2005 – [B 6 KA 71/04 R](#), [BSGE 95, 141](#)). Das Bundessozialgericht misst dem in § 69 Abs. 1 Satz 3 zweiter Satzteil SGB V enthaltenen Vorbehalt zugunsten der Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und der übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V nicht den Charakter eines Verbotsgesetzes zu, das eine entsprechende Sperrwirkung entfalten könnte. Dementsprechend sind gesamtvertragliche Regelungen über Verzugszinsen zulässig (Freudenberg in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 85 SGB V](#) Rn. 49). Verzugsvoraussetzungen und Verzugsbeginn ergeben sich aus [§ 286 Abs. 2 Nr. 2 BGB](#) (in Verbindung mit § 14 Abs. 5 Satz 1 und Abs. 1 Satz 1 des Gesamtvertrages). Soweit § 14 Abs. 1 Satz 1 des Gesamtvertrages auf den Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen abstellt, ist dieses Ereignis kraft der dort enthaltenen Verweisung auf § 13 Abs. 3 des Gesamtvertrages hinreichend klar definiert (vgl. allgemein zur Vorlage von Unterlagen als Ereignis im Sinne von [§ 286 Abs. 2 Nr. 2 BGB](#) Hanseatisches OLG, Urteil vom 5. Oktober 2010 – [9 U 24/10](#), RuS 2012, 91). Die Höhe des Zinssatzes folgt aus [§ 288 Abs. 2 BGB](#) und nicht aus [§ 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#). Der vom Sozialgericht zutreffend zugrunde gelegte Zinssatz aus [§ 288 Abs. 2 BGB](#) (in der bis zum 28. Juli 2014 geltenden Fassung, a.F.) setzt das Vorliegen eines Rechtsgeschäfts voraus, an dem ein Verbraucher nicht beteiligt ist. Der Zahlung von Gesamtvergütungsanteilen liegt im Wesentlichen der Gesamtvertrag und somit ein Rechtsgeschäft zugrunde. Dass dieses auch normative Elemente enthält, ändert hieran nichts. Abzuändern ist das erstinstanzliche Urteil auch insoweit, als die Verzinsung in analoger Anwendung von [§ 187 Abs. 1 BGB](#) in Verbindung mit [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) (dazu allgemein BGH, Urteil vom 24. Januar 1990 – [VIII ZR 296/88](#), [NJW-RR 1990, 519](#)) erst mit dem Folgetag der Fälligkeit einsetzte. 7) Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Es erscheint angemessen, die Kosten des Verfahrens gegeneinander aufzuheben, da die Klage im Ergebnis in der Hauptsache zu fast 50% Erfolg hat.

8) Die Revision ist nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen. Der Rechtsstreit wirft zumindest die grundsätzlich bedeutsame Frage auf, ob eine Krankenkasse sich im Streit um die Anschubfinanzierung nach [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) a.F. darauf berufen kann, jedenfalls einer der geschlossenen Verträge trage den gesamten Einbehalt.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2016-11-08