

B 6 KA 22/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
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
B 6 KA 22/15 R
Datum
15.06.2016
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Werden zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung von einer Krankenkasse von der Gesamtvergütung einbehaltene Mittel nicht innerhalb von 3 Jahren zweckentsprechend verwendet, besteht ein Anspruch der Kassenärztlichen Vereinigung auf Auszahlung der Einbehalte für die konkret betroffenen Verträge.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 20. Mai 2015 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 6. Juli 2015 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte zur Zahlung von Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verurteilt wird. Die Beklagte trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die klagende Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) begehrt von der beklagten Krankenkasse die Auszahlung von Beträgen, die diese für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung für die Quartale I/2004 bis einschließlich IV/2008 von der Gesamtvergütung einbehalten hatte.

2

Die Rechtsvorgängerin der beklagten DAK-Gesundheit behielt gegenüber der Klägerin von der Gesamtvergütung für die Quartale I/2004 bis IV/2008 verschiedene Beträge, insgesamt 4 778 396,03 Euro, ein. Sie hatte zwölf Verträge abgeschlossen, die sie der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen eingerichteten gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des [§ 140d SGB V](#) meldete.

3

Mit ihrer 2004 erhobenen Klage hat die Klägerin zunächst die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung der einbehaltenen Gesamtvergütung für das Quartal III/2004 begehrt. Im Jahr 2005 hat sie ihre Klage erweitert und die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von in den Quartalen IV/2004 bis II/2005 einbehaltenen 548 861,17 Euro begehrt. Nachdem 2007 das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden war, hat die Klägerin 2008 beantragt,

"1. die ruhende Klage nach den zwischenzeitlich ergangenen Entscheidungen des Bundessozialgerichts wieder aufzunehmen,

2. die Klage auf die seit Erhebung der Klage von der Beklagten neu abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung zu erweitern,

3. die Beklagte zu verpflichten, die von ihr abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung dem Gericht und der Klägerin vorzulegen,

4. hilfsweise ... für den Fall, dass diese Klage nicht erweitert werden kann ..., 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".

4

Im Februar 2011 hat die Klägerin eine zusätzliche Erweiterung der Klage erklärt und nunmehr die Auszahlung der insgesamt in den Quartalen I/2004 bis IV/2008 einbehaltenen Beträge begehrt, die sie zunächst mit 181 117,91 Euro beziffert und dann auf 4 739 243,73 Euro korrigiert hat. Ihrer Ansicht nach berechnete keiner der vorgelegten Verträge die Beklagte zu Einbehalten zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung.

5

Mit Urteil vom 11.12.2013, berichtigt mit Beschluss vom 14.2.2014, hat das SG Hamburg die Beklagte zur Zahlung von insgesamt 3 749 628,77 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz unter Zugrundelegung der Fälligkeitszeitpunkte für die monatsweisen Abschlagszahlungen verurteilt und die Klage im Übrigen abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, es habe sich lediglich bei einem Vertrag (Nr 111 Endoprothetik) um einen Vertrag iS von [§ 140b SGB V](#) gehandelt, die übrigen Verträge seien nicht als Integrationsverträge zu qualifizieren.

6

Die Berufung der Beklagten hatte insoweit Erfolg, als das LSG auch die Verträge Nr 115 (gynäkologische Operationen), Nr 119 (KHK), Nr 5026 (kardiologische Erkrankung) und Nr 819 (Katarakt-Operation) als Verträge über eine integrierte Versorgung angesehen hat. Das LSG hat die Beklagte zur Zahlung von 1 909 855,11 Euro verurteilt zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem Folgetag der Fälligkeit der Abschlagszahlungen (Urteil vom 20.5.2015, Berichtigungsbeschluss vom 6.7.2015). Die weiteren Verträge, die Grundlage der streitigen Einbehalte sind, genügten den Anforderungen an eine integrierte Versorgung iS der [§§ 140a ff SGB V](#) nach der Überzeugung des LSG nicht.

7

Im Vertrag Nr 117 (Stammzelltransplantation) werde weder eine sektorenübergreifende noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung geregelt. Die vorgesehenen Leistungen des einzigen Vertragspartners, eines Krankenhausträgers, beträfen im Wesentlichen (§ 3 des Vertrages, Leistungsmodule 1 bis 3) die stationäre Versorgung. Soweit ein Modul ambulante und teilstationäre Nachsorgeleistungen vorsehe, sei nicht erkennbar, wer Leistungserbringer sein solle. Zwar spreche § 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 seien aber nicht in den Vertrag einbezogen worden. Auch die übrigen Verträge beträfen keine sektorenübergreifende Versorgung. Vertragspartner seien jeweils Kliniken bzw ihre Träger. Für die Einbeziehung weiterer Kooperationspartner habe es jeweils an der notwendigen Zustimmung aller Vertragspartner nach [§ 140b Abs 5 SGB V](#) gefehlt. Diese Zustimmung könne nicht vorab pauschal bei Abschluss des Integrationsvertrages erteilt werden.

8

Der Anspruch auf Auszahlung zunächst einbehaltener Beträge sei auch nicht verjährt, weil die Verjährung mit der Klageerhebung gehemmt worden sei. Darüber hinaus könne die Beklagte dem Anspruch nicht entgegenhalten, die Einbehalte seien über die vertragsspezifische Abzugsquote hinaus auf einen bestimmten Vertrag verwandt worden. Damit mache sie nachträglich eine höhere als die gemeldete Abzugsquote geltend und weiche von ihren eigenen Angaben bei der Registrierungsstelle ab.

9

Zur Begründung ihrer Revision macht die Beklagte geltend, die Ansprüche der Klägerin seien jedenfalls bezüglich der Quartale I/2004 bis einschließlich IV/2006 verjährt. Da sie keine Stufenklage erhoben habe, sei eine Verjährungshemmung frühestens mit Bezifferung ihrer Ansprüche für alle Quartale im Schriftsatz vom 14.4.2011 eingetreten. Bei den streitgegenständlichen Verträgen handele es sich ausnahmslos um Verträge zur integrierten Versorgung. Der Vertrag Nr 113 sei ein Integrationsvertrag, da Rehabilitationskliniken wirksam einbezogen seien und eine sektorenübergreifende Versorgung angeboten werde. Das LSG gehe zu Unrecht davon aus, dass die vertragliche Einbeziehung von Leistungserbringern stets als zustimmungsbedürftiger Beitritt zu werten sei. Es müssten nicht alle Leistungserbringer Vertragspartner sein. Dies bestätige auch die vom Gesetzgeber eingeräumte Möglichkeit, mit Managementgesellschaften oder Ärztenetzen Integrationsverträge zu schließen und nicht mit den Leistungserbringern. Somit müsse eine Einbeziehung von Leistungserbringern über Kooperationsvereinbarungen möglich sein. Eine Zustimmung zu einem Beitritt liege aber ohnehin auch vor, da die Vergütung eine solche konkludente Erklärung enthalte. Darüber hinaus habe eine fehlende Zustimmung nicht die Unwirksamkeit des Vertrages zur Folge. Für den Vertrag Nr 5035 gelte ebenfalls, dass durch Kooperationsvereinbarungen der Klinik B. niedergelassene Ärzte in den Integrationsvertrag eingebunden gewesen seien, sodass eine sektorenübergreifende Versorgung angeboten worden sei. Bei dem Vertrag Nr 4488 seien neben dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) niedergelassene Ärzte durch Beitrittserklärungen wirksam in den Vertrag eingebunden worden. Eine Zustimmung zu einem Beitritt liege auch hier konkludent in der Zahlung der Vergütung. Hinsichtlich des Vertrages Nr 941 seien ebenfalls niedergelassene Ärzte als Kooperationspartner der Vertragspartnerin H. GmbH als Managementgesellschaft hinreichend in den Vertrag eingebunden. Zudem werde die sektorenübergreifende Versorgung auch hier bereits durch das Klinikum selbst angeboten. Der Vertrag Nr 2506 sei bereits allein aufgrund des sektorenübergreifenden Ansatzes im UKE ein Integrationsvertrag. Die später beigetretenen niedergelassenen Ärzte seien über das UKE als Managementgesellschaft in den Vertrag eingebunden gewesen. Mit der Zahlung der Vergütung sei auch seitens der Krankenkasse konkludent die Zustimmung erklärt worden. Der Vertrag Nr 7131 sei ein Integrationsvertrag, da die N. Klinik als Managementgesellschaft niedergelassene Ärzte in die Versorgung einbinde. Bei dem Vertrag Nr 117 handele es sich um einen Vertrag über eine integrierte Versorgung, da das Stammzelltransplantationszentrum der H. GmbH eine sektorenübergreifende Versorgung anbiete. Darüber hinaus gehe das LSG unzutreffend davon aus, dass die Beklagte im Hinblick auf die bei der Registrierungsstelle gemeldeten Quoten für die einzelnen Verträge die Einbehalte nicht auf Ausgaben für andere Integrationsverträge stützen dürfe. Die Gesamtkürzungsquote sei zu keinem Zeitpunkt, auch nicht nachträglich, erhöht worden. Schließlich seien Zinsen allenfalls in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen.

10

Die Beklagte beantragt, das Urteil des LSG vom 20.5.2015 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 6.7.2015 sowie das Urteil des SG vom 11.12.2013 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 14.2.2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

11

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

12

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Der Vertrag Nr 113 beinhalte keine integrierte Versorgung, es werde allein eine stationäre Versorgung angeboten. Vertrag Nr 5035 sei allein mit der Klinik B. geschlossen worden, eine sektorenübergreifende Versorgung liege mangels Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in den Vertrag nicht vor. Bei den Verträgen Nr 4488, Nr 941 und Nr 7131 sei wiederum einziger Vertragspartner ein Krankenhaus und allein die stationäre Versorgung Vertragsgegenstand. Der Vertrag Nr 2506 beinhalte keine Angaben zu einer Verbindung des ambulanten und stationären Sektors. Schließlich stelle auch der Vertrag Nr 117 keinen Integrationsvertrag dar, da allein der stationäre Sektor betroffen sei und keine sektorenübergreifende Versorgung angeboten werde. Die Beklagte könne sich auch nicht nachträglich auf andere Verträge berufen, um die Einbehalte zu rechtfertigen.

II

13

Die Revision hat nur insoweit Erfolg, als die Beklagte Zinsen nur in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen hat. Im Übrigen ist die Revision unbegründet. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Auszahlung der Teile der Gesamtvergütung zu, die die Beklagte für die noch streitbefangenen Verträge einbehalten hat.

14

1. Streitbefangen im Revisionsverfahren sind noch Aufwendungen für die Verträge Nr 117 (Stammzelltransplantation), Nr 113 (Kardiologie), Nr 5035 (Parkinson), Nr 4488 (psychotische Störungen), Nr 941 (Depression), Nr 2506 (Prostatakrebs) und Nr 7131 (Chirurgie am Kind). Hinsichtlich der Verträge Nr 115 (gynäkologische Operationen), Nr 119 (KHK), Nr 5026 (kardiologische Erkrankung) und Nr 819 (Katarakt-Operation) hat das LSG festgestellt, dass es sich um solche der integrierten Versorgung gehandelt habe. Da die Klägerin dies nicht mit einer Anschlussrevision angegriffen hat, sind diese Verträge im Revisionsverfahren nicht mehr zu beurteilen.

15

2. Die Klägerin hat einen Anspruch nach [§ 85 Abs 1 SGB V](#) iVm [§ 140d Abs 1 Satz 1](#) und 5 SGB V (in den bis zum 31.3.2007 geltenden Fassungen des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) sowie des Vertragsarztsrechtsänderungsgesetzes vom 22.12.2006 ([BGBl I 3439](#))) bzw nach dem - für die KÄV einschlägigen Regelungsbereich - nur in den Zeitangaben abweichenden [§ 140d Abs 1 Satz 1](#) und 8 SGB V (in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#))); im Folgenden für beide Fassungen: aF) auf Auszahlung der Einbehalte für die streitbefangenen Verträge, weil diese nicht die Voraussetzungen für Integrationsverträge erfüllen.

16

a) Zur Förderung der integrierten Versorgung hatte nach [§ 140d Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis zunächst 2006, sodann verlängert bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach [§ 85 Abs 2](#) an die KÄV zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140b SGB V](#) geschlossenen Verträgen erforderlich waren. Die Anschubfinanzierung sollte Anreize setzen, Verträge über eine integrierte Versorgung abzuschließen.

17

Bereits mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I 2626](#)) hatte der Gesetzgeber die neue Versorgungsform der integrierten Versorgung geschaffen, um eine Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung der Versicherten zu erreichen (vgl [BT-Drucks 14/1245 S 91](#)). Krankenkassen können seitdem mit Leistungserbringern oder anderen geeigneten Anbietern Verträge über interdisziplinär-fachübergreifende oder sektorenübergreifende Behandlungen schließen. In den Folgejahren entwickelten Krankenkassen und Leistungserbringer allerdings kaum integrierte Versorgungsformen. Daraufhin förderte der Gesetzgeber mit neuen Rahmenbedingungen den Abschluss von Verträgen: Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) erweiterte er in [§ 140b Abs 1 SGB V](#) den Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen um sog Managementgesellschaften und normierte in [§ 140d Abs 1 Satz 1 SGB V](#) die Pflicht der Krankenkassen, 1 % der Gesamtvergütung sowie der Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Leistungen in den Jahren 2004 bis 2006 zur Förderung der integrierten Versorgung einzubehalten. Ausgehend von den Daten des Jahres 2002 ergab dies einen Betrag von ca 460 000 000 Euro (vgl [BT-Drucks 15/1525 S 131](#)). Die einbehaltenen Mittel waren nach [§ 140d Abs 1 Satz 3 SGB V](#) idF des GKV-Modernisierungsgesetzes ausschließlich zur Finanzierung für in Integrationsverträgen vereinbarte Vergütungen zu verwenden. Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#)) waren sie ab 1.4.2007 allein für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser, ambulante vertragsärztliche Leistungen oder besondere Integrationsaufgaben zu verwenden. Nach Ablauf der Startphase der integrierten Versorgung sollte eine Verwendung der Mittel für andere Leistungsbereiche nicht mehr erfolgen (vgl [BT-Drucks 16/3100 S 152 f](#)). Die Mittel sollten in dem Bezirk der KÄV verwendet werden, an die die verringerte Gesamtvergütung gezahlt wurde ([§ 140d Abs 1 Satz 4 SGB V](#) idF des GKV-Modernisierungsgesetzes). Sofern die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die einbehaltenen Mittel überstiegen, war die Gesamtvergütung zu bereinigen ([§ 140d Abs 2 Satz 1 SGB V](#) idF des GKV-

Modernisierungsgesetzes); sofern die einbehaltenen Mittel hingegen nicht innerhalb von drei Jahren zweckentsprechend ausgegeben wurden, waren sie an die KÄV und die einzelnen Krankenhäuser auszus zahlen ([§ 140d Abs 1 Satz 5 SGB V](#) idF des GKV-Modernisierungsgesetzes).

18

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 ([BGBl I 3439](#)) hat der Gesetzgeber die Regelung um zwei Jahre verlängert und die Pflicht zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verbrauchter Mittel bis zum 31.3.2009 aufgeschoben. Die Zahl der Vertragsabschlüsse stieg bis Ende 2008 auf über 6000 an (vgl Bäume in Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Aufl 2015, Kapitel 8 RdNr 4). Der Gesetzgeber hat die Anschubfinanzierung zum 31.12.2008 auslaufen lassen. Die Finanzierung der Vergütung der integrierten Versorgungsformen erfolgt seitdem ausschließlich über eine Bereinigung der Gesamtvergütungen ([§ 140d Abs 1 Satz 1 SGB V](#) idF des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22.12.2011 ([BGBl I 2983](#)); § 140a Abs 6 Satz 1 idF des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.7.2015 ([BGBl I 1211](#)); vgl zur Entwicklung der Regelungen [BSGE 107, 78](#) = SozR 4-2500 § 140d Nr 2 RdNr 12, 13).

19

b) Voraussetzung für den Zahlungsanspruch der Klägerin ist, dass die Beklagte die zum Zwecke der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren zweckentsprechend verwendet hat. Das hat das LSG zu Recht im Umfang von 1 909 855,11 Euro bejaht. Nach der Rechtsprechung des BSG haben die Gerichte lediglich eine überschlägige, die Grundvoraussetzungen eines Vertrages 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 Einbehaltenen zu Fall zu bringen ([BSGE 107, 78](#) = SozR 4-2500 § 140d Nr 2, RdNr 24; Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 6/10 R](#) - Juris RdNr 17). Grundvoraussetzung für einen Vertrag über integrierte Versorgung ist, dass die dort geregelte Versorgung interdisziplinär-fachübergreifend oder sektorenübergreifend ist (BSG [SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 16 ff; BSG Urteile vom 6.2.2008 - [B 6 KA 6/07 R](#) - Juris RdNr 16 ff und [B 6 KA 7/07 R](#) - Juris RdNr 15 ff; [BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#), RdNr 13, 15 ff; BSG Beschluss vom 2.7.2014 - [B 6 KA 16/14 B](#) - Juris RdNr 14) und dass die Behandlungsleistungen, die im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden, solche der Regelversorgung zumindest überwiegend ersetzen (BSG [SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 21; [BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#), RdNr 20 ff; BSG Urteile vom 6.2.2008 - [B 6 KA 6/07 R](#) - Juris RdNr 21 und - [B 6 KA 7/07 R](#) - Juris RdNr 20; BSG Beschluss vom 2.7.2014 - [B 6 KA 16/14 B](#) - Juris RdNr 14). Eine Versorgung ist sektorenübergreifend, wenn sie ambulante und stationäre Leistungen oder aber verschiedene Untersektoren der ambulanten oder stationären Versorgung umfasst (vgl [BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#), RdNr 17 f; ausführlich zum Begriff "sektorenübergreifend" auch Felix/Brockmann, Zu den Voraussetzungen der Anschubfinanzierung im Rahmen der integrierten Versorgung, NZS 2007, 623, 626 ff). Durch eine Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren sollen insbesondere Schnittstellenprobleme wie unnötige Doppeluntersuchungen, Koordinationsprobleme im Behandlungsablauf oder Wartezeiten vermieden werden (BSG [SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 18; [BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#), RdNr 15). Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung liegt vor, wenn ein Konzept längerfristige, gemeinsam aufeinander abgestimmte Behandlungen von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete vorsieht und über die im ambulanten Bereich übliche Zusammenarbeit durch Überweisungen oder Zusammenarbeit der Abteilungen unterschiedlicher Fachgebiete innerhalb eines Krankenhauses hinausgeht (vgl BSG [SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 17, 24).

20

Ein Integrationsvertrag liegt zudem nur vor, wenn eine Krankenkasse eine Vereinbarung mit einem geeigneten Vertragspartner schließt. [§ 140b Abs 1 SGB V](#) benennt mögliche Vertragspartner abschließend ([BSGE 107, 78](#) = SozR 4-2500 § 140d Nr 2, RdNr 27; BSG Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 6/10 R](#) - Juris RdNr 18; ausführlich Bohle, Integrierte Versorgung, 2. Aufl 2008, S 29 ff). Neben den Leistungserbringern selbst sind als potenzielle Vertragspartner auch Anbieter integrierter Versorgung benannt, die eine integrierte Versorgung erst durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten, [§ 140b Abs 1 Nr 4 SGB V](#) idF des GKV-Modernisierungsgesetzes.

21

c) Das LSG hat im Ergebnis zu Recht entschieden, dass die Verträge Nr 113, Nr 117, Nr 941, Nr 2506, Nr 4488, Nr 5035 und Nr 7131 diesen Anforderungen nicht gerecht werden.

22

aa) Die Einordnung als Integrationsvertrag scheitert allerdings - entgegen der Auffassung des LSG - bei keinem der Verträge an einer fehlenden Zustimmung der Beklagten zur rechtlichen Einbeziehung weiterer Leistungserbringer. Nach [§ 140b Abs 5 SGB V](#) (aF) war eine solche Zustimmung erforderlich, wenn ein Dritter dem Vertrag beitrat. Ein solcher Beitritt fand aber nur statt, wenn ein Dritter in den bestehenden Vertrag eintrat und selbst Vertragspartner werden sollte. Wenn hingegen ein Vertrag zwischen einer Krankenkasse und dem Träger einer Einrichtung nach [§ 140b Abs 1 Nr 4 SGB V](#) (aF; nunmehr [§ 140a Abs 3 Satz 1 Nr 2 SGB V](#)) geschlossen wurde, bedurfte es eines solchen Beitritts der Leistungserbringer zum Vertrag nicht, sodass auch keine Zustimmung erforderlich wurde. Träger einer "Einrichtung" im Sinne dieser Vorschrift, die eine integrierte Versorgung nach [§ 140a SGB V](#) durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbot, musste nicht notwendig eine allein diesen Zweck verfolgende Gesellschaft sein (vgl [BT-Drucks 15/1525 S 129](#), 130). Vielmehr konnte etwa auch ein Krankenhaus die Funktion einer solchen "Managementgesellschaft" ausüben (vgl Motz in Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl 2016, § 140a RdNr 57; Bäume in GKV-Komm SGB V, Stand Februar 2013, § 140b RdNr 12). Bei einem Integrationsvertrag mit einer Managementgesellschaft erfolgt die Einbindung der Leistungserbringer durch einzelne Verträge der Gesellschaft mit den Leistungserbringern. Vertragspartner der Krankenkasse ist allein die Managementgesellschaft, die ihrerseits durch Verträge mit Leistungserbringern den sektorenübergreifenden Charakter des Leistungskonzepts sicherstellt (vgl Bäume in GKV-Komm SGB V, aaO, § 140b, RdNr 12; Reese/Stallberg in Handbuch des Pharmarechts, 2010, § 17 RdNr 334 ff). Dabei reicht es nicht aus, dass der Vertragspartner der Krankenkasse lediglich abstrakt die Einbeziehung von Leistungserbringern plant, er muss die potentiellen Leistungserbringer vielmehr konkret benennen und verpflichten (vgl [BSGE 107, 78](#) = SozR 4-2500 § 140d Nr 2, RdNr 27). Soweit mithin in

den Verträgen vorgesehen war, dass die Vertragspartner der Beklagten weitere Leistungserbringer vertraglich einbinden sollten, bedurfte es einer Zustimmung der Beklagten nach [§ 140b Abs 5 SGB V](#) aF hierzu nicht.

23

bb) Die Beurteilung des LSG, im Vertrag Nr 117 (Stammzelltransplantation) werde weder eine sektorenübergreifende noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung geregelt, ist nicht zu beanstanden. Gegenstand des Vertrages ist nach § 2 "die Durchführung der autologen Stammzelltransplantation entsprechend DRG A15C einschließlich A42Z wie definiert im Fallpauschalenkatalog". Die Leistungen des einzigen Vertragspartners, eines Krankenhausträgers, betreffen im Wesentlichen (§ 3 des Vertrages, Leistungsmodule 1 bis 3) die stationäre Versorgung entsprechend den Leistungsdefinitionen der Diagnosis Related Groups (DRG). Soweit das Modul 4 ambulante und teilstationäre Nachsorgeleistungen für den Zeitraum von Tag 91 bis Tag 365 nach stationärer Aufnahme vorsieht, ist aus dem Vertrag nicht eindeutig erkennbar, wer Leistungserbringer sein soll. In § 4 Satz 3 des Vertrages heißt es, dass die Leistungen im Transplantationszentrum oder aber von einem "niedergelassenen Arzt ...", der mit dem Transplantationszentrum ... kooperiert", erbracht werden sollen. Die Beklagte trägt im Revisionsverfahren vor, Leistungserbringer sei für alle Leistungen das Stammzelltransplantationszentrum des Vertragspartners. Der Senat hat aber bereits entschieden, dass das mögliche Zusammenwirken verschiedener Krankenhausabteilungen keine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit begründet, die über das in der stationären Versorgung übliche Maß hinausgeht und dass es für die Annahme einer Leistungssektoren übergreifenden Versorgung nicht ausreicht, wenn innerhalb eines Krankenhauses nur die stationär und die ambulant erbrachten ärztlichen Behandlungen miteinander verknüpft werden, es sei denn, dass die Verzahnung deutlich über das Maß hinausgeht, das normalerweise in der traditionellen Versorgung besteht (BSG [SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 17, 24). Grundsätzlich nicht ausreichend sind danach Verknüpfungen zwischen der stationären Versorgung und den ambulanten Behandlungen, die im Krankenhaus durch Hochschul- oder Institutsambulanzen und durch ermächtigte Ärzte erfolgen. Für einen Ausnahmefall, in dem eine solche Verknüpfung im Hinblick auf das besondere Krankheitsbild und besondere Verbindungen der unterschiedlichen Behandlungen als ausreichend anzusehen wäre (BSG aaO: " möglicherweise bei psychiatrischen Patienten ..."), ist nichts ersichtlich.

24

cc) Der im März 2004 geschlossene Vertrag Nr 113 (Kardiologie) betrifft ebenfalls keine sektorenübergreifende Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung. Einziger Vertragspartner der Beklagten ist das A. für die Häuser der A. -Gruppe. Soweit neben der stationär durchzuführenden Operation (Behandlungsphase 1) in Behandlungsphase 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 Nr 113 Verträge mit nach [§ 111 SGB V](#) zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu schließen. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden ausschließlich durch Pflegedienste erbracht, die einen Vertrag gemäß [§ 132a SGB V](#) mit dem VdAK/AEV abgeschlossen haben (§ 5 Abs 3 des Vertrages). Das SG hat zu Recht ausgeführt, dass damit die Beklagte von organisatorischem Aufwand entlastet wurde. Eine besondere Verknüpfung der Leistungsbereiche der stationären Behandlung und der Rehabilitation ist indes nicht ersichtlich. Eine integrierte Versorgung iS der [§§ 140a ff SGB V](#) aF liegt nicht bereits dadurch vor, dass an einer Versorgung Leistungserbringer verschiedener Sektoren teilnehmen. "Übergreifend" ist eine Versorgung nur, wenn Leistungsprozesse, die üblicherweise inhaltlich und institutionell getrennt sind, miteinander verknüpft werden ([BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#) RdNr 16; vgl auch Bäume in Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Aufl 2015, Kapitel 8 RdNr 10). Für eine solche Verknüpfung reicht es nicht aus, dass ein Leistungserbringer Verträge mit Reha-Einrichtungen über Leistungen der Anschlussrehabilitation schließt. Soweit die Beklagte auf die Entscheidung des BSG im Verfahren [B 6 KA 5/07 R](#) ([SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 28) verweist, waren dort Verträge im Streit, bei denen Vertragspartner sowohl ein Krankenhaus als auch eine Reha-Einrichtung waren. In den Verträgen war bestimmt, dass eine am Versorgungsbedarf orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen war. Als Vergütung hierfür waren Komplexfallpauschalen vereinbart, die sämtliche im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen abgalt. Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Es findet sich eine besondere Ausgestaltung der Kooperation bei der Versorgung weder im Vertrag der Beklagten mit dem A. noch in den Kooperationsvereinbarungen des A. mit den Trägern der Rehabilitationseinrichtungen. Somit war auch kein übergreifendes gemeinsames Konzept aufeinander abgestimmter Behandlungen ersichtlich, das über die übliche Zusammenarbeit der Leistungsbereiche in der Versorgung hinausgeht. Die Vergütung erfolgt auch nicht mit einer einheitlichen Pauschale. Die einzelnen Behandlungsmodule werden vielmehr gesondert - die Behandlungsphase 1 und 3 als Komplexpauschalen unter Anwendung der DRG - abgegolten.

25

dd) Eine sektorenübergreifende Versorgung betrifft auch der Vertrag Nr 5035 (Parkinson) nicht. Einziger Vertragspartner der Beklagten ist auf Seiten der Leistungserbringer die Klinik B ... Diese erbringt im Wesentlichen allein stationäre Leistungen. Nach den in § 3 des Vertrages festgelegten Kriterien müssen die teilnehmenden Krankenhäuser zwar mit mindestens zehn niedergelassenen Neurologen kooperieren, von denen mindestens fünf ihren Praxissitz nicht weiter als 150 Kilometer von dem Krankenhaus entfernt innehaben. Diese Voraussetzung lag ausweislich der Anlage 2 des Vertrages auch vor. Als besondere Leistung sah der Vertrag vor, dass der Patient nach der Entlassung aus der stationären Behandlung videobasiert an mindestens zehn Tagen beobachtet und anhand der Tagesprofile die Medikation angepasst wurde. Diese Leistung ist nicht Gegenstand der Regelversorgung. Eine Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den niedergelassenen Ärzten ist nach Nr 4 der Anlage 4 ausdrücklich nur bei der Erstellung des Therapieplans erwähnt. Damit wird lediglich die Kommunikation zwischen den Leistungsbereichen, die im Grundsatz ohnehin stattfinden sollte, intensiviert. Dies mag sinnvoll sein, ist aber für die Annahme einer die Sektoren überschreitenden Behandlungskonzeption nicht ausreichend. Die weiter vorgesehene Begleitung der von den niedergelassenen Neurologen durchgeführten Therapie durch eine Supervision der neurologischen Abteilung bzw der Klinik stellt ein Instrument der Qualitätssicherung dar, das noch keine sektorenübergreifende Patientenversorgung dokumentiert. Die Beteiligung der verschiedenen Leistungserbringer aus dem Fachgebiet Neurologie stellt auch kein interdisziplinär-fachübergreifendes Konzept in der integrierten Versorgung dar. Die pauschale Vergütung der Krankenhausleistung und der Leistung der niedergelassenen Neurologen mit einer "Integrationspauschale" unter Anknüpfung an den Fallpauschalen-Katalog (Anlage 10) rechtfertigt keine andere Beurteilung.

26

ee) Zu Recht nicht als iV-Vertrag hat das LSG auch den Vertrag Nr 4488 (psychotische Störungen) qualifiziert. Einziger Vertragspartner der Beklagten ist hier das UKE. Dieses erbringt nach dem Vertrag (§ 6 Abs 1, 3 und 4) mit Leistungen einer sozialpsychiatrischen Ambulanz und (teil-)stationärer Behandlung weder interdisziplinär-fachübergreifende noch sektorenübergreifende Leistungen. Zwar ist die Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern vorgesehen. Eine versorgungsrelevante Verknüpfung von stationärem und ambulante Bereich erfolgt jedoch nicht. Nach § 7 Abs 2 des Vertrages sind die Vertragsärzte verpflichtet zur Aufklärung und Einholung des Einverständnisses des Patienten zur Teilnahme an der integrierten Versorgung, zur innerärztlichen Kommunikation und Dokumentation im Rahmen der integrierten Versorgung, zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie an intersektoralen Fachkonferenzen. Als therapeutische Leistungen sind in § 7 Abs 3 des Vertrages genannt die leitliniengerechte Behandlung der psychotischen Störungen, eine vorzugsweise Terminvergabe für Patienten, die an der integrierten Versorgung teilnehmen und höherfrequente Therapiekontakte mit diesen Patienten. Damit sind keine nennenswerten "übergreifenden" Elemente gegeben, sondern nur eine "optimierende" Leistungserbringung vereinbart. Gemeinsam aufeinander abgestimmte sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Behandlungen im Sinne der integrierten Versorgung waren nicht vorgesehen. Soweit die Beklagte die unter § 6 Abs 2 des Vertrages beschriebene Leistung des "Assertive Community Treatment Team" (ACT) hervorhebt, das als Team von "Psychoexperten" eine Krisenintervention im eigenen Umfeld des Patienten anbieten soll, führt dies zu keiner anderen Beurteilung. Es handelt sich nach dem Vertrag um eine ambulante Krankenhausleistung, die die Versorgung verbessern mag, jedoch keine Alternative zur Regelversorgung darstellt (vgl dazu [BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#), RdNr 20 ff).

27

ff) Auch mit dem Vertrag Nr 941 (Depression) wurde keine sektorenübergreifende Versorgung vereinbart. Zwar soll nach dem Zweck des von der H. GmbH - die bei Vertragsschluss unter anderem das damalige A. Krankenhaus H. betrieben hat - geschlossenen Vertrages die Behandlung "in enger Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik nach einem abgestimmten Behandlungskonzept" erfolgen (§ 2 Abs 1 des Vertrages, vgl auch das Behandlungskonzept "Integrierte Versorgung Depression"). Nach dem Behandlungskonzept sind die therapeutischen Leistungen aber im Wesentlichen stationäre und ambulante Leistungen durch ein "Klinisches Kompetenzzentrum". Allein die Vereinbarung der Leistungserbringung des Krankenhauses durch ein "multiprofessionelles Depressionsteam" lässt noch keine integrierte Versorgung aufgrund interdisziplinär-fachübergreifender Versorgung erkennen. Die Leistungen ambulanter Leistungserbringer wurden lediglich im Sinne einer Erweiterung und Qualitätssicherung angesprochen. Als Leistungen des Hausarztes sind genannt: Zusätzliche Dokumentation der Leistungen: Ausführliches Erstgespräch, weitere Gespräche mindestens alle 14 Tage in der Behandlungseinleitung; Behandlungsabstimmung mit dem Kompetenzzentrum; Besuch des Qualitätszirkels Depression einmal im Quartal; Besuch einer Fortbildungsveranstaltung einmal im Jahr; Patientenscreening auf Depression. Zusätzlich zu diesen Leistungen sind Fachärzte zur zügigen Terminvergabe und zur Depressionstestung verpflichtet. Dementsprechend heißt es bei der Beschreibung der sektorenübergreifenden Leistungen: Haus- und fachärztliche Versorgung mit Monitoring mindestens alle zwei Wochen in den ersten vier bis acht Wochen der akuten Depressionsbehandlung, Etablierung von abgestimmten Diagnose- und Therapieempfehlungen zwischen Haus- und Fachärzten sowie Klinik auf der Grundlage der Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis. Das klinische Kompetenzzentrum steht mit Infotelefon und IT-basiertem Kommunikationsweg für die niedergelassenen Kollegen für kurzfristige Beratungen und wechselseitige Rückmeldungen zur Verfügung. Alternativ können Patienten zur Beratung auch vorgestellt werden. Die Zusammenarbeit der Sektoren beschränkt sich damit auf eine - sinnvolle - strukturelle Verbesserung der Kommunikation, geht aber nicht in wesentlichen Punkten über das hinaus, was im Kern Bestandteil der "traditionellen" Regelversorgung ist. Leistungen der Regelversorgung im ambulanten Bereich werden nicht in nennenswertem Umfang ersetzt.

28

gg) Der Vertrag Nr 2506 (Prostatakrebs) regelte ebenfalls keine sektorenübergreifende Versorgung. Auch wenn Vertragspartner der Beklagten neben zwei Krankenhausträgern (UKE und "M. -Klinik am UKE GmbH") die "A. Zentrum am UKE GmbH" war, war in dem am 9.1.2006 geschlossenen Vertrag eine Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor nicht vorgesehen. Vertragsgegenstand waren zunächst nur verschiedene stationäre Behandlungen des Prostatakrebses (vgl die Auflistung in § 2 Abs 2 des Vertrages). Die Vergütung erfolgte nach dem Fallpauschalen-Katalog. Die teilstationäre und ambulante Brachytherapie sollte erst in der Weiterentwicklung des Vertrages zum Gegenstand werden (so ausdrücklich § 2 Abs 1 des Vertrages). Dieser Vertrag wurde durch den Vertrag vom 1.4.2008 abgelöst, der nunmehr unter § 4 auch eine poststationäre Leistungserbringung durch niedergelassene Urologen vorsah. Eine besondere Kooperationsform beschrieb der Vertrag jedoch nicht. Der niedergelassene Urologe übernahm die postoperative Betreuung und rechnete nach Anlage 4 seine Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte ab. Ein Unterschied zur traditionellen Sektorenabgrenzung ist - abgesehen von der Vergütung - nicht zu erkennen. Soweit die Beklagte auf die in § 3 des Vertrages vom 9.1.2006 vorgesehene Zusammenarbeit mit dem Ambulanzzentrum am UKE hinweist, reicht dies für die Annahme eines integrativen Elements der Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung nicht aus (vgl BSG [SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 24).

29

hh) Der Vertrag Nr 7131 (Chirurgie am Kind) betrifft schließlich auch keine integrierte Versorgung. Bei der "N. Klinik GbR" handelte es sich um eine Praxisklinik. Gefördert werden sollen ambulante Operationen bei Kindern. Der Vertrag geht nicht über das hinaus, was von einer Praxisklinik - nach [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) einer Einrichtung, in der die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden - typischer Weise erwartet werden darf. Bereits nach der Präambel geht es um die Kooperation zwischen zuweisenden Ärzten, Operateuren und Anästhesisten. § 7 (Kooperationsregeln) verpflichtet zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Weitergabe notwendiger Befunde und ggf weiterer Unterlagen. Der Operateur erstellt einen abschließenden ärztlichen Bericht, der Abschluss der postoperativen Nachsorge ist der N. Klinik anzuzeigen. Eine über das in einer Praxisklinik nach ihrer gesetzlichen Konzeption (vgl dazu Steege in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Mai 2016, K § 115 RdNr 7 ff mwN) - und auch im Bereich des ambulanten Operierens - übliche Maß hinausgehende Kooperation ist nicht erkennbar. Eine besondere Abstimmung der Behandlungen in verschiedenen Fachgebieten auf der Grundlage eines Konzepts liegt nicht vor, sodass auch keine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung Gegenstand der Vereinbarung war.

30

3. Die Beklagte kann sich gegenüber dem Zahlungsanspruch der Klägerin nicht darauf berufen, tatsächlich höhere Ausgaben aufgrund anderer Verträge gehabt zu haben.

31

Voraussetzung der Einbehalte war, dass die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich waren, [§ 140d Abs 1 Satz 3 SGB V](#) aF. Zum Zeitpunkt der Einbehaltung von Teilen der Gesamtvergütung erfolgte also eine prognostische Einschätzung der Krankenkasse zum finanziellen Aufwand der bestehenden Verträge, die einer Plausibilitätskontrolle standhalten muss (vgl. [BSGE 107, 78](#) = SozR 4-2500 § 140d Nr 2, RdNr 15; Quaas in Quaas/Zuck, Medizinrecht, 3. Aufl 2014, § 11 RdNr 86). Die Krankenkasse hat hierzu anhand der vermuteten Anzahl der Teilnehmer und des veranschlagten Finanzvolumens pro Teilnehmer das Finanzvolumen eines Vertrages zugrunde zu legen, wie es die KÄBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach [§ 140d Abs 5 SGB V](#) für die Vertragsmeldung gegenüber der Registrierungsstelle vorgesehen haben (vgl § 3 der Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle vom 11.12.2003).

32

Fehlt es zum Zeitpunkt des Einbehaltes an einer Voraussetzung - liegt also zB kein Integrationsvertrag vor -, können die tatbestandlichen Voraussetzungen nicht dadurch "kompensiert" werden, dass die Einbehalte später für iV-Vergütungen anderer Verträge ausgegeben wurden, für die sie nicht eingeplant waren. Ansonsten würde die gesetzliche Systematik umgangen, wonach eine Krankenkasse gerade nicht generell zum Einbehalt von 1 % der Gesamtvergütung zur möglichen späteren Verwendung innerhalb der integrierten Versorgung berechtigt war (vgl. [BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#), RdNr 12; BSG [SozR 4-2500 § 140a Nr 2](#) RdNr 15). Nur "soweit" zum Zeitpunkt des Einbehalts die einbehaltenen Mittel als erforderlich angegeben werden konnten, durften "bis zu" 1 % einbehalten werden. Der konkrete Vertrag mit seinem vorab zu schätzenden Ausgabevolumen bestimmte den Rahmen für den Einbehalt und dessen etwaige Rückabwicklung.

33

Dies entspricht auch dem Sinn und Zweck und der Ausgestaltung der Anschubfinanzierung. Für den Abschluss von iV-Verträgen sollten Anreize gesetzt werden. Die Einbehaltung hat der Gesetzgeber daher an "geschlossene Verträge" geknüpft (vgl. [BSGE 100, 52](#) = [SozR 4-2500 § 140d Nr 1](#), RdNr 12; [BSGE 107, 78](#) = SozR 4-2500 § 140d Nr 2, RdNr 22). Je mehr Verträge eine Krankenkasse abgeschlossen hatte, desto höher war der einzubehaltende Anteil der Gesamtvergütung (gedeckt durch 1 %). Dieser Konzeption würde es widersprechen, wenn die Beklagte nachträglich zur Begründung der Einbehalte Ausgaben - abweichend von den bei der Einbehaltung zugrunde gelegten Angaben - auf andere Verträge "verschieben" könnte.

34

4. Die Vorinstanzen haben zur Berechnung des klägerischen Anspruchs vom einbehaltenen Gesamtbetrag die sich aus den Kürzungsquoten der rechtmäßigen iV-Verträge (Nr 111, Nr 115, Nr 119, Nr 819, Nr 5026) ergebenden Beträge abgezogen und den restlichen Betrag der Klägerin zugesprochen. Dieser Berechnung schließt sich der Senat an.

35

Der Einbehalt ist auch nicht deshalb zu vermindern, weil die Beklagte Verträge angemeldet hat, mit denen insgesamt die Grenze von 1 % überschritten worden ist. Eine Quotierung in dem Sinne, dass geprüft wird, welcher Anteil der angemeldeten Verträge die Voraussetzungen des [§ 140d SGB V](#) aF erfüllt hat und wie sich die "korrekten" zu den nicht förderungsfähigen Verträgen verhalten, findet nicht statt. Wenn die Krankenkasse im Umfang von bis zu 1 % der Gesamtvergütung Verträge angemeldet hat die den Voraussetzungen des Gesetzes entsprachen und korrekt abgewickelt worden sind, kann sie den einbehaltenen Anteil der Gesamtvergütung endgültig behalten, auch wenn sie weitere, nicht förderungsfähige Verträge vorgelegt hat. Eine "Sanktionierung" der Anmeldung solcher Verträge durch Verminderung eines an sich berechtigten Einbehaltes sieht das Gesetz jedenfalls mit der erforderlichen Eindeutigkeit nicht vor.

36

5. Die Ansprüche der Klägerin aus den Quartalen I/2004 bis einschließlich IV/2008 sind nicht verjährt.

37

Für die Ansprüche auf Rückzahlung der im Jahr 2004 einbehaltenen Beträge begann die Verjährungsfrist mit Ablauf des Jahres 2007 zu laufen, denn für den Beginn der Verjährung eines Zahlungsanspruchs nach [§ 85 Abs 1 SGB V](#) iVm [§ 140d Abs 1 Satz 1](#) und 5 bzw 8 SGB V aF auf einbehaltene Teile der Gesamtvergütung ist auf die Fälligkeit drei Jahre nach dem Einbehalt abzustellen. Ab dem 1.1.2007 war als spätestster Zeitpunkt für die Auszahlung nicht für die integrierte Versorgung verwendeter Mittel der 31.3.2009 genannt. In entsprechender Anwendung von [§ 45 Abs 1 SGB I](#) ist vom Beginn der Verjährungsfrist mit Ablauf des Kalenderjahres auszugehen, in dem der Anspruch entstanden ist.

38

Die Verjährungsfrist für die Ansprüche der Klägerin endete mithin frühestens mit Ablauf des Jahres 2011. In entsprechender Anwendung der [§§ 45 SGB I](#) und [113 Abs 1 SGB X](#) besteht für einbehaltenen Beträge der Gesamtvergütung eine vierjährige Verjährungsfrist (vgl auch Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Mai 2016, K § 85, RdNr 119; Freudenberg in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 85 RdNr 49; Krauskopf in Krauskopf, SGB V, Stand März 2016, § 85 RdNr 18).

39

Die erhobene Klage hat die Verjährung gehemmt ([§ 45 SGB I](#) iVm [§ 204 Abs 1 Nr 1 BGB](#) entsprechend). Es kommt nicht darauf an, ob sich der Antrag bereits bei Klageerhebung am 21.10.2004 auf die Einbehalte der Quartale I/2004 bis einschließlich IV/2008 bezog, denn jedenfalls seit Februar 2011 hat sich Klage auf die streitbefangenen Einbehalte bezogen und damit die Verjährung der Ansprüche gehemmt.

40

6. Die einbehaltenen Teile der Gesamtvergütung sind nach [§ 288 Abs 1 BGB](#) zu verzinsen. Wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 23.3.2016 - [B 6 KA 14/15 R](#) - Juris RdNr 32 f - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen) beruhen die Gesamtvergütungen auf der sozialrechtlichen Vorschrift des [§ 85 SGB V](#) und nicht auf einem Rechtsgeschäft iS des [§ 288 Abs 2 BGB](#). Der Zinssatz beträgt mithin 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.

41

7. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Beklagte auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu tragen, weil sie unterlegen ist ([§ 154 Abs 1 VwGO](#)). Das Obsiegen hinsichtlich der Zinshöhe war nicht zu berücksichtigen. Die Kosten des Verfahrens sind bei teilweisem Obsiegen und teilweisem Unterliegen verhältnismäßig zu teilen, es sei denn, der eine ist nur zu einem geringen Teil unterlegen ([§ 155 Abs 1 Satz 1 und 3 VwGO](#)). Hier ist die Klägerin im Verhältnis zur Beklagten lediglich wegen des Zinsanspruchs unterlegen, das betrifft nur einen "geringen Teil" iS des [§ 155 Abs 1 Satz 3 VwGO](#) (vgl Urteil vom 23.3.2016 - [B 6 KA 14/15 R](#) - Juris RdNr 34 - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG Beschluss vom 27.6.2012 - [B 6 KA 65/11 B](#) - Juris RdNr 41).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2017-04-28