

L 5 KA 16/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen
S 3 KA 301/04

Datum
08.02.2012

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 5 KA 16/12
Datum

03.12.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufungen der Klägerin und Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. Februar 2012 dahingehend geändert, dass 1. die Verzinsung jeweils einen Kalendertag später einsetzt als im Urteil des Sozialgerichts ausgewiesen, 2. Zinsen auch über den 16. September 2011 hinaus zu zahlen sind, 3. die Beklagte verurteilt wird, an die Klägerin a) weitere Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 179.092,17 Euro seit dem 29. Juni 2007 zu zahlen, b) weitere 1074, 26 Euro zu zahlen. Im Übrigen werden die Berufungen der Klägerin und der Beklagten zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte für die Quartale III/2004 bis einschließlich IV/2008 Teile der Gesamtvergütung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung einbehalten durfte.

Die Beklagte behielt ab September 2004 von den an die Klägerin erbrachten Zahlungen unter Berufung auf insgesamt 21 verschiedene Verträge zur integrierten Versorgung Beträge in unterschiedlicher Höhe ein.

Die Klägerin hat am 21. Oktober 2004 ihre – zunächst nur auf Zahlung von 764,13 Euro wegen des Quartals III/2004 gerichtete – Klage erhoben und sie mit Schriftsatz vom 14. Oktober 2005 um 66.609,11 Euro betreffend die Quartale IV/2004 bis II/2005 erweitert. Mit Schriftsatz vom 27. Oktober 2008 hat sie die Klage nochmals erweitert und die Vorlage aller von der Beklagten abgeschlossenen Verträge verlangt. Weiter heißt es in dem Schriftsatz, für den Fall, dass eine Erweiterung der bereits anhängigen Klage nicht möglich sei, werde hilfsweise 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. In der Folge hat die Klägerin die Klage nochmals konkretisiert und zwischenzeitlich auf 3.365.053,93 Euro und dann schließlich auf 3.304.315,42 Euro erweitert. Mit Schriftsatz vom 14. Oktober 2005 hat sie erstmals Zinsen "ab Fälligkeit der jeweils ausstehenden einzelnen Beträge" geltend gemacht. Im Schriftsatz der Klägerin vom 12. Oktober 2011 heißt es hierzu: "Der Gesamtbetrag in Höhe von 3.304,366,60 Euro nebst Zinsen in Höhe von 1.103.301,60 Euro wird mit dieser Klage eingeklagt. Der Klageantrag wird nun auch hinsichtlich der Zinsen beziffert. Die entsprechenden Auflistungen zu den Berechnungen über die Höhe der geltend gemachten Zinsen werden als Anlage überreicht."

Die Beklagte hat sich gegen die Klage mit dem Argument verteidigt, der ursprünglich geltend gemachte Einbehalt habe auf einem Vertrag zur integrierten Versorgung beruht, die späteren Klageerweiterungen seien nicht wirksam gewesen. Jedenfalls sei sie aber auch zu den weiteren Einbehalten aufgrund von Verträgen zur integrierten Versorgung berechtigt gewesen.

Auf Aufforderung des Gerichts hat die Beklagte sämtliche betroffenen Verträge mit Ausnahme des Vertrags Nr. 05716 vorgelegt.

Durch Urteil vom 8. Februar 2012 hat das Sozialgericht die Beklagte zur Zahlung von 2.906.211,73 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 216,84 EUR für den Zeitraum vom 6. Juli 2005 bis zum 16. September 2011, 7.949,34 EUR für den Zeitraum vom 27. September 2005 bis zum 16. September 2011, 92.955,10 EUR für den Zeitraum vom 17. August 2006 bis zum 16. September 2011, 91.414,53 EUR für den Zeitraum vom 2. November 2006 bis zum 16. September 2011, 168.132,37 EUR für den Zeitraum vom 14. Dezember 2006 bis zum 16. September 2011, 192.196,88 EUR für den Zeitraum vom 7. März 2007 bis zum 16. September 2011, 183.226,28 EUR für den Zeitraum vom 21. Mai 2007 bis zum 16. September 2011, 190.427,83 EUR für den Zeitraum vom 25. August 2007 bis zum 16. September 2011, 220.077,35 EUR für den Zeitraum vom 3. November 2007 bis zum 16. September 2011, 207.190,71 EUR für den Zeitraum vom 29. Dezember 2007 bis zum 16. September 2011, 203.647,99 EUR für den Zeitraum vom 25. April 2008 bis zum 16.

September 2011, 225.387,48 EUR für den Zeitraum vom 18. Juli 2008 bis zum 16. September 2011, 238.206,83 EUR für den Zeitraum vom 1. Oktober 2008 bis zum 16. September 2011, 233.486,85 EUR für den Zeitraum vom 10. Februar 2009 bis zum 16. September 2011, 228.956,82 EUR für den Zeitraum vom 18. April 2009 bis zum 16. September 2011 und 243.686,36 EUR für den Zeitraum vom 14. Juli 2009 bis zum 16. September 2011 verurteilt und die Klage im Übrigen abgewiesen.

Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe gemäß [§ 85 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit dem Gesamtvertrag Anspruch auf Zahlung von 2.906.211,73 Euro. Es habe sich lediglich bei den Verträgen Nrn. 00193 und 00647 um Verträge im Sinne von [§ 140b SGB V](#) gehandelt: Der Vertrag Nr. 00189 sei nicht mit einem statthaften Vertragspartner geschlossen worden. Bei der Facharztklinik handele sich nicht um ein Krankenhaus, sondern um eine Einrichtung, in der niedergelassene Fachärzte ambulante Operationen durchführten. Derartige Einrichtungen seien von [§ 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht erfasst. Die Ärzte wiederum seien nicht als Vertragspartner anzusehen, weil sie den Vertrag weder unterzeichnet hätten noch ihr wirksamer Beitritt belegt sei. Der Vertrag Nr. 00472 weise keinen statthaften Vertragspartner auf: Vertragspartner der Beklagten sei die B. GmbH, ein Tochterunternehmen des B1. Soweit der Vertrag Nr. 00472 durch den Vertrag Nr. 02020 um die S. Kliniken GmbH erweitert worden sei, sei nun ein geeigneter Vertragspartner beteiligt, jedoch erbringe die Klinik weder sektoren- noch fachübergreifende Leistungen, die sich von der Regelversorgung in einer Klinik unterscheiden. Die niedergelassenen Kardiologen, die mit Namen und Adresse in Anlage 12 aufgelistet seien, ließen sich nicht als Vertragspartner ansehen, weil sie den Vertrag weder unterzeichnet hätten noch ihr wirksamer Beitritt belegt sei. Dasselbe gelte für weitere Vertragsärzte oder Rehabilitationseinrichtungen. Beim Vertrag Nr. 00612 sei einziger Vertragspartner auf Leistungserbringerseite der A1-Diakoniewerk e.V. für die Häuser der A1-Gruppe, aus der einzig das A1-Krankenhaus beteiligt sei, das selbst nur solche Leistungen erbringe, die sich nicht wesentlich von der Regelversorgung in einer Klinik unterscheiden. Leistungen aus anderen Sektoren würden von "Kooperationspartnern" aufgrund von Verträgen zwischen ihnen und dem A1-Diakoniewerk erbracht. Somit würden die Leistungsträger aus den weiteren Sektoren gerade nicht Vertragspartner der Krankenkassen und die Verzahnung der verschiedenen Sektoren bleibe dem Krankenhausträger überlassen. Auch beim Vertrag Nr. 01353 sei allein das Israelitische Krankenhaus Vertragspartner der Beklagten. Die im Vertrag erwähnten Rehabilitationseinrichtungen sollten nach [§ 2 Satz 2 Nr. 3](#) des Vertrags nicht Vertragspartner werden. Ob dasselbe auch für die dort angesprochenen Vertragsärzte gelte, könne dahinstehen, denn Beitritte von Vertragsärzten zum Vertrag seien nicht belegt. Die Versorgung, die das Israelitische Krankenhaus dem Vertrag zufolge erbringe, sei auch nicht sektorenübergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend, denn sie gehe über das traditionelle Maß an Zusammenarbeit im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht hinaus. Die C. GmbH als Partnerin des Vertrages Nr. 01552 sei eine Unternehmensberatung und kein Leistungserbringer. Dass sie sich nach [§ 3 Abs. 1](#) des Vertrages verschiedener Leistungserbringer bedienen könne, qualifiziere den Vertrag nicht als Integrationsvertrag, zumal die Einbeziehung der Leistungserbringer "schrittweise" erfolge und aus den von der Beklagten vorgelegten Unterlagen nicht hervorgehe, ob und in welchem Umfang in den betroffenen Quartalen Leistungserbringer jeweils einbezogen worden seien. Die D. Stiftung für chronisch Herzkranke als alleiniger Partner des Vertrages Nr. 01545 zähle nicht zum Kreis der Leistungserbringer, während diejenigen Leistungserbringer, derer sich die Stiftung zur Vertragsdurchführung bediene, nach [§ 1 Nr. 2 Satz 3](#) in Verbindung mit [§ 2 Satz 3](#) des Vertrags gerade keine Vertragspartner der Beklagten würden. Im Übrigen sei auch nicht dokumentiert, welche Leistungserbringer die Stiftung in den betroffenen Quartalen jeweils tatsächlich gebunden habe. Beim Vertrag Nr. 02662 sei einziger Vertragspartner der Beklagten und der übrigen Krankenkassen das Allgemeine Krankenhaus B2. Die in der Anlage 3 aufgelisteten Vertragsärzte seien keine Vertragspartner der Krankenkassen, sondern lediglich Kooperationspartner des Allgemeinen Krankenhauses B2, das mit ihnen einen Rahmenvertrag geschlossen habe. Auch wenn Vertragsgegenstand eine moderne, nämlich videobasierte Form der Versorgung (von Patienten mit Morbus Parkinson) sei, erbringe das Krankenhaus selbst unter dem Vertrag keine Leistungen, die von einer fachübergreifenden Zusammenarbeit geprägt seien, die über das in der stationären Regelversorgung übliche Maß hinausgehe. Der Vertrag Nr. 02746 zur "Etablierung und Erprobung Interdisziplinärer Schmerz-konferenzen" sei nicht mit einem für Integrationsverträge statthaften Vertragspartner geschlossen worden. Die D. - gehöre nicht zum Kreis der Leistungserbringer. Soweit der vorstellende Arzt und weitere Vertragsärzte an den Schmerzkonferenzen teilnahmen, seien sie nach der Ausgestaltung des Vertrags keine Vertragspartner der Krankenkassen. Partner des Vertrags Nr. 03479 sei das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, nicht auch die Stiftung F1" und die in Anlage F genannten Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Das allein durch den Vertrag gebundene Krankenhaus erbringe unter dem Vertrag keine Leistungen, die über die traditionelle Zusammenarbeit der Abteilungen der unterschiedlichen Fachgebiete innerhalb eines Krankenhauses hinausgingen. Der Vertrag Nr. 03486 binde auf Leistungsträgerseite allein zwei Krankenhausträger, während die in Anlage 2b aufgelisteten Hebammen gerade keine Vertragspartnerinnen der Beklagten, sondern als so genannte Kooperationspartnerinnen vertraglich lediglich gegenüber den Krankenhausträgern gebunden seien. Die von den Kliniken erbrachten Leistungen "Modul 2a + 2b: Krankenhausbehandlung während der Schwangerschaft bei Komplikationen", "Modul 3a + 3b: Geburt im Kreißsaal / Krankenhaus" und "Modul 4a und 4b: Versorgung der Neugeborenen" gingen über das in Krankenhäusern übliche Maß an interdisziplinärer Zusammenarbeit nicht hinaus. Einziger Partner des Vertrags Nr. 03488 auf Leistungserbringerseite sei die N. (Praxis-) Klinik in E ... Eine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit der Fachärzte in der Klinik gehe nicht über das Maß hinaus, wie es in der Regelversorgung bei einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft üblich sei. Weitere Leistungserbringer seien nicht Vertragspartner geworden, sondern könnten nach Maßgabe des [§ 5](#) des Vertrags durch Vertragsschluss mit der N. Klinik GmbH so genannter Kooperationspartner werden. Das Widerspruchsrecht der Beklagten, vgl. [§ 5 Abs. 2 Satz 2](#) des Vertrags, mache sie nicht zu Vertragspartnern auf einer Ebene mit der N. Klinik GmbH. Damit beinhalte auch dieser Vertrag noch keine unmittelbare Verzahnung der verschiedenen Sektoren, sondern überlasse dies weitgehend dem Vertragspartner der Beklagten. Der Vertrag Nr. 03671 "zur weiterführenden Diagnostik und zur optimierten Nachsorge beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen" sei mit dem Berufsverband D1 -B3 Management und Service GmbH - geschlossen worden, die keine geeignete Leistungserbringerin sei. Soweit sich die GmbH nach Maßgabe von [§ 3](#) des Vertrags einzelner Ärzte bediene, würden diese gerade keine Vertragspartner der Beklagten. Im Übrigen sei nicht dokumentiert, welche Ärzte in den betroffenen Quartalen tatsächlich sogenannte Teilnehmer gewesen seien; die Teilnehmerliste in Anlage 15 sei leer. Der Vertrag Nr. 04178 (ehemals Nr. 00612) "zur integrierten Versorgung von Patienten mit Herzerkrankung, insbesondere koronarer Herzkrankheit" sei nicht ausschließlich mit statthaften Vertragspartnern geschlossen worden. Vertragspartner der Beklagten sei unter anderem die H2 GmbH & Co. KG bei der es sich nicht einmal um eine Managementgesellschaft handele (vielmehr nehme die P. AG diese Aufgabe für sie wahr). Ob der Vertrag als Integrationsvertrag zu qualifizieren sei, wenn man sich die Beteiligung der H1 wegdächte, brauche nicht geprüft zu werden. Eine solche geltungserhaltende Reduktion sei vor vorneherein ausgeschlossen, weil andernfalls bei Abschluss eines Integrationsvertrags die gesetzlichen Vorgaben des [§ 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gefahrlos unterlaufen werden könnten. Die G. mbH als Partnerin des Vertrages Nr. 04725 sei kein Leistungserbringer und die von ihr nach Maßgabe des [§ 3 Abs. 2 Satz 2](#) des Vertrags beauftragten Leistungserbringer würden gerade keine Vertragspartner der Krankenkassen. Hinsichtlich des Vertrags Nr. 05716 gehe zu Lasten der Beklagten, dass angesichts der dort vereinbarten Versorgung mit klassischer Homöopathie Zweifel daran bestünden, ob zumindest auch Leistungen der Regelversorgung Vertragsinhalt seien. Eine abschließende Klärung sei mangels Vorlage des vollständigen Vertrages nicht möglich gewesen. Überdies erfülle

der einzige Vertragspartner der Beklagten, die M., nicht die Anforderungen aus [§ 140b Abs. 1 SGB V](#). Es handele sich nicht – wie vom Gesetz verlangt – um eine Gemeinschaft, die als solche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringe. Partner des Vertrags Nr. 06271 auf Leistungserbringerseite seien zwei Krankenhäuser, die selbst allerdings keine Leistungen erbrächten, die über das im Rahmen der stationären Versorgung übliche Maß an interdisziplinär-fachübergreifender Zusammenarbeit hinausgingen. Weitere Leistungserbringer, insbesondere die in der Anlage F aufgelisteten Ärzte und Pflegedienste, seien nach § 4 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Vertrags keine Vertragspartner, sondern hätten lediglich Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern geschlossen. Somit überlasse der Vertrag die Verzahnung verschiedener Sektoren dem Krankenhausträger. Im Übrigen dürfe ein auf diesen Vertrag gestützter Einbehalt gemäß [§ 140d Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nur für voll- und teilstationäre Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragliche Leistungen verwendet werden, da er nach dem 1. April 2007 geschlossen worden sei. Die in den Kooperationsvereinbarungen vorgesehen Leistungen durch Pflegedienste ließen sich damit nicht finanzieren. Der Vertrag Nr. 06656 sei (wie der Vertrag Nr. 02392/01545) mit der D1 geschlossen worden, die nicht zum Kreis der Leistungserbringer zähle. Die Leistungserbringer, derer sich die Stiftung zur Vertragsdurchführung bediene, würden nach der Ausgestaltung des Vertrags wiederum keine Vertragspartner der Beklagten, sondern seien vertraglich lediglich gegenüber der Stiftung gebunden. Im Übrigen sei nicht dokumentiert, welche Leistungserbringer die Stiftung in den betroffenen Quartalen jeweils tatsächlich gebunden habe.

Die sich hieraus ergebenden Zahlungsansprüche seien nach [§ 288 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) – hier anwendbar aufgrund von § 14 Abs. 5 Satz 1 des zwischen der Klägerin, dem V. und dem A. geschlossenen Gesamtvertrags vom 11. April 1996 – zu verzinsen. Der Urteilspruch sei auf den Zeitraum bis zum 16. September 2011 zu beschränken gewesen, da die Klägerin nur für diesen Zeitraum Zinsen geltend gemacht habe, wie insbesondere ihre Zinsberechnung im Schriftsatz vom 12. Oktober 2011 zeige.

Gegen das Urteil haben sowohl die Klägerin als auch die Beklagte Berufung eingelegt.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 21. Juni 2012 zugestellte Urteil am 20. Juli 2012 Berufung eingelegt, mit der sie lediglich die im Urteil getroffene Verzinsungsregelung in drei Punkten angreift: Das Sozialgericht sei unzutreffend davon ausgegangen, dass die Klägerin ihren Zinsanspruch auf den Zeitraum bis zum 16. September 2011 beschränkt habe. Weiterhin hätten Zinsen auf den ausurteilten Teilbetrag von 183.226,28 Euro seit dem 1. Mai 2007 und nicht erst seit dem 21. Mai 2007 zugesprochen werden müssen. Die Beklagte habe für das Quartal II/2006 am 30. April 2007 einen Betrag von 4.478.880,74 Euro an die Klägerin gezahlt und hierbei den ausgeurteilten Betrag einbehalten. Für das Quartal III/2006 habe das Sozialgericht offenbar versehentlich keine Verzinsungsregelung getroffen. Es sei für dieses Quartal von einem unberechtigten Einbehalt in Höhe von 179.092,17 Euro ausgegangen. Richtigerweise müsse auch dieser Betrag mit 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 28. Juni 2007 verzinst werden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. Februar 2012 hinsichtlich der ausgeurteilten Zinsen abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin neben 2.906.211,73 Euro Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 216,84 Euro seit dem 6. Juli 2005, 7.949,34 Euro seit dem 27. September 2005, 92.955,10 Euro seit dem 17. August 2006, 91.414,53 Euro seit dem 2. November 2006, 168.132,37 Euro seit dem 14. Dezember 2006, 192.196,88 Euro seit dem 7. März 2007, 183.226,28 Euro seit dem 1. Mai 2007, 179.092,17 Euro seit dem 28. Juni 2007, 190.427,83 Euro seit dem 25. August 2007, 220.077,35 Euro seit dem 3. November 2007, 207.190,71 Euro seit dem 29. Dezember 2007, 203.647,99 Euro seit dem 25. April 2008, 225.387,48 Euro seit dem 18. Juli 2008, 238.206,83 Euro seit dem 1. Oktober 2008, 233.486,85 Euro seit dem 10. Februar 2009, 228.956,82 Euro seit dem 18. April 2009 und 243.686,36 Euro seit dem 14. Juli 2009 zu zahlen, und

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. Februar 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen und

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie hat gegen das ihr am 20. Juni 2012 zugestellte Urteil am 13. Juli 2012 Berufung eingelegt: Das Sozialgericht habe nicht hinreichend rechtliches Gehör gewährt. Es habe für die Beklagte überraschend allein auf die formale Frage abgestellt, wer Partner der Verträge geworden sei. Mangels eines gerichtlichen Hinweises habe die Beklagte davon ausgehen dürfen, dass sie die Verträge nur habe vorlegen müssen, um der Klägerin substantiierten Vortrag zu ermöglichen, nicht aber, "damit das Gericht sie zur Basis für eine Entscheidung mache." Hinsichtlich der Ansprüche für Zeiträume ab dem Quartal III/2005 sei die Klage mangels Einhaltung der Klagefrist unzulässig. Die Einbehalte seien in Verwaltungsaktsform erfolgt. Da das Bundessozialgericht (Verweis auf BSG, Urteil vom 25. November 2010 – [B 3 KR 6/10 R](#), juris) entschieden habe, dass die Krankenhäuser "zwingend an der Finanzierung der integrierten Versorgung zu beteiligen waren und demzufolge die Vergütung einer Krankenhausleistung ohne entsprechenden Einbehalt fehlerhaft war," liege zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung kein Gleichordnungsverhältnis vor und die die konkreten Einbehalte stellten sich als Verwaltungsakte dar. Da zum Zeitpunkt der Bezifferung dieser Ansprüche (am 23. April 2010) die "Rechtsmittelfristen" abgelaufen gewesen seien, sei die Klage insoweit unzulässig.

Was das materielle Recht angehe, so gebe es bereits keine Anspruchsgrundlage für das klägerische Begehren. [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) scheide aus, denn es habe sich nicht um echte Rechnungskürzungen gehandelt. Vielmehr begehre die Klägerin Zahlungen für niemals erbrachte Leistungen. Der Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung habe nicht dazu geführt, dass mehr Versicherte behandelt worden seien als zuvor. Vielmehr seien manche Versicherte nun außerhalb der Regelversorgung behandelt worden und die Beklagte habe diese Behandlungen außerhalb der Gesamtvergütung honoriert. Daher gehe [§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V](#) a.F. der Regelung in [§ 85 SGB V](#) vor, obwohl das Gesetz sprachlich missglückt von Einbehaltungen sprechen. [§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V](#) a.F. scheide als Anspruchsgrundlage aus, denn die Beklagte habe die einbehaltenen Zahlungen nachweislich für Leistungen der integrierten Versorgung ausgegeben. Inhaltlich handele es sich bei den Einbehalten um eine vereinfachte Budgetbereinigung. Die Verträge hätten keine Bereinigung vorsehen müssen, da aufgrund der Verträge erbrachten Leistungen ohnehin außerhalb der mit der Gesamtvergütung abgegoltenen Leistungsmenge gelegen

hätten. Da die Leistungen ohnehin außerbudgetär erbracht worden seien, stehe der Klägerin ungeachtet der Frage nach der Rechtmäßigkeit der Verträge keine Vergütung zu.

Hilfsweise werde die Einrede der Verjährung erhoben: Die Klägerin habe ihre Ansprüche erstmals mit Schriftsatz vom 23. April 2010 beziffert, als hinsichtlich der Jahre 2004 und 2005 bereits Verjährung eingetreten gewesen sei. Das Schreiben der Klägerin vom 27. Oktober 2008, mit dem sie eine Klageerweiterung erklärt habe, sei für das Verfahren bedeutungslos, denn es hätten Zweifel an der Statthaftigkeit der Stufenklage bestanden. Außerdem komme eine auf [§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V](#) (in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung, a.F.) gestützte Forderung auch nur für Einbehalte aus den Jahren 2007 und 2008 in Betracht. Schließlich habe das Sozialgericht die Verzinsung nach einem zu hohen Zinssatz angeordnet: [§ 288 Abs. 2 BGB](#) sei nicht einschlägig.

Hinsichtlich der einzelnen Verträge habe das Sozialgericht zu Unrecht "ausschließlich eine Bewertung anhand eines vertraglichen Rubrums" vorgenommen. Das Bundessozialgericht (Verweis auf Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 27/07 R](#)) habe bereits entschieden, dass die Frage nach dem Vorliegen eines Vertrages allein funktionell nach dem Leistungsgeschehen und dem inhaltlichen Schwerpunkt des Vertrages zu bestimmen sei. [§ 140b Abs. 1 SGB V](#) a.F. zähle zwar potentielle Vertragspartner der Krankenkassen auf, regle aber nicht, dass diese auch im Rubrum der Verträge genannt sein müssten. Ausschlaggebend sei allein, dass kraft des Vertrages die Leistungserbringung durch die in [§ 140b Abs. 1 SGB V](#) Genannten erfolge. Das Gesetz differenziere deutlich zwischen der Stellung als Vertragspartner und der Versorgung durch Leistungserbringer. Die Einbeziehung der Leistungserbringer könne auch durch Beitritt oder durch Kooperationsverträge erfolgen. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 6. Februar 2008 (Az. [B 6 KA 5/07 R](#)) einen zwischen der Krankenkasse und nur einem Krankenhaus geschlossenen Vertrag auf seine sektorenübergreifende Natur geprüft. Dies lasse darauf schließen, dass es die Frage, ob das Krankenhaus zulässiger Vertragspartner sein könne, bejaht habe. In seinem Urteil vom 2. November 2010 (Az. [B 1 KR 11/10 R](#), [BSGE 107, 78](#)) habe das Bundessozialgericht festgestellt, dass Verträge zur integrierten Versorgung dann als geschlossen gelten, wenn potentielle Vertragsteilnehmer vertraglich einbezogen worden seien. Dies lasse nur den Schluss zu, dass eine Einbeziehung auch anders als durch Aufnahme in das Vertragsrubrum erfolgen könne. Schließlich habe das Bundessozialgericht auch im Urteil vom 25. November 2010 (Az. [B 3 KR 6/10 R](#)) eine wirksame Einbeziehung auf andere Weise als durch den Status eines Vertragspartners für zulässig erachtet. Speziell für Managementgesellschaften müsse gelten, dass es ausreiche, wenn diese ihre speziellen Kenntnisse einbrächten. Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz (Verweis auf Urteil vom 5. Juli 2012, L 5 KA 78/10) und das Hessische Landessozialgericht (Urteil vom 5. Februar 2013, L 1 KA 222/10) hätten die Verträge die Verträge Nrn. 00472, 02020, 02746, 04725 denn auch "rechtskräftig für rechtmäßig erklärt."

Für die einzelnen Verträge gelte folgendes: In der Facharztklinik als Partnerin des Vertrages Nr. 00189 würden auch stationäre Operationen durchgeführt, wodurch sie zu einem geeigneten Vertragspartner im Sinne von [§ 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) werde. Im Übrigen hätten jedenfalls die ersten drei der in Anlage 7 genannten Ärzte den Vertrag auch selbst unterzeichnet. Integrierte Versorgung finde insoweit statt, als auch nach ambulanten Operationen sektorenübergreifend eine kurzzeitpflegerische Versorgung stattfinde. Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz (Verweis auf Urteil vom 5. Juli 2012, L 5 KA 78/10) habe den Vertrag denn auch "rechtskräftig als rechtmäßig beurteilt." Der Vertrag Nr. 00612 regle die Durchführung von Operationen mit anschließender Rehabilitation in der Ostseeklinik Holm und sei somit sektorenübergreifend. Der Vertrag Nr. 01353 sei sektorenübergreifend und interdisziplinär, da er die Zusammenarbeit des I. Krankenhauses mit ambulanten Leistungserbringern verschiedener Fachgebiete regle. Die kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen seien in Anlage 10 aufgeführt, was ausreichend sei. Der Vertrag Nr. 01552 regle Betreuung und case management im Rahmen eines festgelegten Behandlungspfades. Für die C. GmbH seien allein in H. 29 niedergelassene Vertragsärzte aktiv gewesen, bundesweit seien es über 280 gewesen. Für den Vertrag Nr. 01553 gelte angesichts einer sektorenübergreifenden "Hinzuverbindung" der kurzzeitpflegerischen Versorgung dasselbe wie für den Vertrag Nr. 00189. Weiterhin komme es durch das Zusammenwirken von Anästhesist und Operateur zu einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung. Die D1 (als Partner des Vertrages Nr. 01545) sei als Leistungserbringer anzusehen, da sie ein telemedizinisches MonitorCenter zur Überwachung von Blutfettwerten und Gewicht der Patienten organisiere und hierbei die Patienten mit Messinstrumenten ausstatte, die Patientendaten auswerte und sie bei Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts an das Krankenhaus übermittle. Andere Leistungen, die für die Überwachung der Patienten notwendig seien, erbrächten weitere Leistungserbringer aufgrund verbindlicher Teilnahmevereinbarungen mit der Stiftung. Die Beklagte reicht in diesem Zusammenhang eine Liste derjenigen Ärzte zur Akte, die mit der Stiftung Teilnahmevereinbarungen unterschrieben haben sollen, weiterhin exemplarisch fünf unterschriebene Vereinbarungen. Beim Vertrag Nr. 02662 genüge es, wenn die in Anlage 3 aufgelisteten Vertragsärzte als Kooperationspartner eingebunden seien. Der Vertrag Nr. 02746 sei interdisziplinärer Natur, da Ärzte verschiedener Fachrichtungen auf den interdisziplinären Schmerzkongressen "nach einem festgelegten Stundenplan" Schmerztherapien für ihre Patienten entwickelten. Im Vertrag Nr. 03479 sei eine hinreichende Einbindung der Kooperationspartner erfolgt. Hinsichtlich des Vertrages Nr. 03486 sei die Einbindung der Hebammen als Kooperationspartnerinnen ausreichend. Der Vertrag wirke sektorenübergreifend, da er Schwangerenvorsorge und -beratung, stationäre Krankenbehandlung und Diagnostik vernetze. In den Vertrag Nr. 03488 seien insgesamt 20 in H. niedergelassene Ärzte (von 575 bundesweit) als Vertragspartner eingebunden gewesen. Der Bundesverband D1 (als Partner des Vertrages Nr. 03671) sei eine Gemeinschaft zugelassener Ärzte im Sinne von [§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 6 SGB V](#). Teilnehmer seien Gastroenterologen und Humangenetiker. Die Beklagte verweist auf Auszüge aus mehreren Vereinbarungen zwischen dem Bundesverband und einzelnen Ärzten. Für den Vertrag Nr. 04178 gelte, dass die H2 GmbH & Co. KG selbst eine Managementgesellschaft sei. Die G. mbH als Partnerin des Vertrages Nr. 04725 habe mit verschiedenen Leistungserbringern Verträge geschlossen, aufgrund derer eine integrierte Versorgung erfolgt sei. Im Rahmen des Vertrages Nr. 06271 genüge die Einbindung verschiedener Ärzte als Kooperationspartner. Auch in den Vertrag Nr. 06656 seien zahlreiche Kooperationspartner eingebunden worden, was genügen müsse.

Die Klägerin verteidigt insoweit das angegriffene Urteil: Dass es eine Rechtsgrundlage für ihren Anspruch gebe, ergebe sich unmittelbar aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 6. Februar 2008 (Az. [B 6 KA 27/07 R](#)). Auch die Ausführungen zum Finanzierungsmodell lägen neben der Sache, zumal es keinen Hinweis dafür gebe, dass die von den Krankenkassen angeforderte Leistungsmenge infolge der integrierten Versorgung nennenswert gesunken sei. Bei den von der Beklagten zitierten Urteilen handle es sich nicht um höchstrichterliche Rechtsprechung. Weiterhin bestünden neben den vom Sozialgericht herangezogenen Punkten noch weitere Einwände gegen die einzelnen Verträge. Hinsichtlich aller Verträge gelte überdies, dass die spätestens zum 31. März 2009 vorgeschriebene Schlussrechnung als Verwendungsnachweis für die einbehaltenen Mittel nicht oder zumindest nicht rechtzeitig vorgelegt worden sei.

Der Senat hat am 3. Dezember 2014 über die Berufungen mündlich verhandelt. Auf das Sitzungsprotokoll wird verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte (vier Bände) sowie der von der Beklagten

vorgelegten Verträge und der ansonsten von ihr vorgelegten Unterlagen verwiesen (zwei Leitzordner "Kürzung IGV" 02 604 und 02 205, zwei Schnellhefter mit Datenblättern der Gemeinsamen Registrierungsstelle, ein Schnellhefter mit weiteren Unterlagen der Beklagten) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist nur insoweit begründet, als das Sozialgericht Zinsen bereits seit den von ihm zugrunde gelegten Fälligkeitsterminen zugesprochen hat und nicht erst seit den Folgetagen.

Die statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist insoweit begründet, als das Sozialgericht keine Zinsen für die Zeit nach dem 16. September 2011 zugesprochen hat, keine Verzinsung des Teilbetrages von 179.092,17 Euro angeordnet hat und die Verzinsung des Teilbetrages von 183.226,28 Euro zu spät hat beginnen lassen.

A. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von 2.906.211,73 Euro verurteilt.

I.) Es ist hierbei zu Recht von der Statthaftigkeit einer Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ausgegangen, und einer Verurteilung der Beklagten stand auch nicht etwa die Bestandskraft ([§ 77 SGG](#)) etwaiger Einbehaltungsbescheide der Beklagten entgegen. Der Verweis der Beklagten auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. November 2010 (Aktenzeichen [B 3 KR 6/10 R](#)) überzeugt bereits deswegen nicht, weil das Bundessozialgericht die Umsetzung des Einbehaltes als Aufrechnung charakterisiert und eine echte Leistungsklage des betroffenen Krankenhauses für zulässig gehalten hat (vgl. weiterhin auch BSG, Urteil vom 2. November 2010 – [B 1 KR 11/10 R](#), [BSGE 107, 78](#)). Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen etwas anderes gelten sollte (so im Ergebnis auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. Dezember 2006 – [L 5 KA 734/06](#), juris). Allein der Umstand, dass es sich bei [§ 140d SGB V](#) nicht um dispositives Recht gehandelt hat, erlaubt – nach allgemeinen Regeln des öffentlichen Rechts – noch nicht den Schluss auf ein Über-Unterordnungs-Verhältnis und auf die Möglichkeit zur Regelung eines Sachverhalts durch Verwaltungsakt.

II.) Der Anspruch der Klägerin beruht auf [§ 85 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in Verbindung mit dem jeweiligen 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. Das Bundessozialgericht hat bereits entschieden, dass ein Gesamtvertrag über die Anpassung der Gesamtvergütungen auch normative Bestandteile enthält und auf diese Weise auch Personen (Vertragsärzte) und Institutionen (Krankenkassen) bindet, die nicht am Vertragsschluss beteiligt sind (BSG, Urteil vom 28. September 2005 – [B 6 KA 71/04 R](#), [SozR 4-2500 § 83 Nr. 2](#)). Diesen Charakter der auf Krankenkassenseite vom jeweiligen Landesverband ausgehandelten Vereinbarungen verkennt die Beklagte, wenn sie sich darauf beruft, die integrierte Versorgung müsse zu einer Verminderung der Gesamtvergütung führen, da die Regelversorgung um Behandlungsfälle entlastet werde. Auch [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung, a.F.), der die Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen zu Einhalten berechtigt, hat hieran nichts geändert. Vielmehr sind im Streit um die Berechtigung zum Einbehalt die Voraussetzungen der [§§ 140a ff. SGB V](#) a.F. zu prüfen (BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), [BSGE 100, 52](#)) und nicht etwa eine Verminderung der Regelversorgung.

III.) Die Beklagte kann sich auch nicht mit Erfolg auf eine Sperrwirkung von [§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V](#) a.F. berufen. Diese Vorschrift ist eng auszulegen (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 11. Mai 2010 – [L 4 KR 8/06](#), juris) und regelt allein die Verwendung einbehaltener Mittel, erklärt aber nicht etwa die Einbehaltung selbst für rechtmäßig oder rechtlich unangreifbar. Geboten erscheint eine solch enge Auslegung der Vorschrift schon deswegen, weil den Kassenärztlichen Vereinigungen andernfalls keine Möglichkeit offen stünde, Einbehalte nach [§ 140d SGB V](#) a.F. mit Argumenten anzugreifen, die sich gegen den Inhalt der Verträge richten.

IV.) Die Verträge, auf die die Beklagte ihre im Berufungsverfahren noch streitigen Einbehalte gestützt hat, sind keine Verträge zur integrierten Versorgung im gesetzlichen Sinne.

1.) 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 Einbehaltungen zu Fall zu bringen (BSG, Urteil vom 2. November 2010 – [B 1 KR 11/10 R](#); BSG, Urteil vom 25. November 2010 – [B 3 KR 6/10 R](#)).

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 hierbei zu fordern, 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 indes 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 K § 140b Rn. 29).

c) Nach grundsätzlich denselben Kriterien beurteilen sich auch solche Verträge, die eine Krankenkasse mit sogenannten Managementgesellschaften schließt. Gesellschaften, die eine medizinische Versorgung durch dazu berechtigte 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) Leistungserbringern 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. 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.

2.) Die Verträge, die Grundlage der im Berufungsverfahren noch streitigen Einbehalte waren, genügen diesen Anforderungen nach der Überzeugung des Senats nicht:

Im Vertrag Nr. 00189 ist jedenfalls keine sektorenübergreifende Versorgung geregelt. Soweit die Beklagte darauf abhebt, es würden in der Sache auch stationäre Operationen durchgeführt, werden diese von dem Vertrag nicht umfasst, wie sich unmittelbar aus der Bestimmung des Vertragsgegenstandes in § 2 sowie aus der Beschreibung der "Pflichten der Leistungserbringer" in § 4 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages ergibt ("Die in Anlage 1 dieses Vertrages aufgeführten Operationen können grundsätzlich nur ambulant erbracht werden."). Die Feststellung, dass statt dessen eine stationäre Behandlung erforderlich ist, verpflichtet die Leistungserbringer hingegen nach § 4 Abs. 4 des Vertrages dazu, die Krankenhauseinweisung für die Beklagte eindeutig zu begründen oder aber – so § 4 Abs. 6 des Vertrages – mit dem Vermerk "sua sponte" zu kennzeichnen und der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Auch die Einbeziehung von kurzzeitpflegerischer Versorgung in § 10 des Vertrages (bezeichnenderweise mit "Ergänzende Leistungen" betitelt) genügt nicht, um die Eigenschaft eines Vertrages zur integrierten Versorgung zu begründen. Dagegen spricht bereits, dass diese "ergänzende Leistung" bereits nach dem Wortlaut des Vertrages "nur im Ausnahmefall bei enger Indikationsstellung mit besonderer Begründung in Frage (kommt)" (so ausdrücklich § 10 Abs. 1 Satz 2 des Vertrages). Eine gewisse Regelmäßigkeit ist im Rahmen der Prüfung von [§ 140a Abs. 1 SGB V](#) allerdings zu fordern, denn das Gesetz bezweckt – wie sich aus Satz 2 der Vorschrift ergibt – den Aufbau von Strukturen einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung der Versorgung. Ob die Merkmale von [§ 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vorliegen, beurteilt sich daher nach dem vom Vertrag in den Blick genommenen Regelfall und nicht nach einem "Ausnahmefall bei enger Indikationsstellung mit besonderer Begründung" (§ 10 Abs. 1 Satz 2 des Vertrages, Hervorhebungen hinzugefügt). Somit bleibt es – wenn überhaupt – bei einer nur unwesentlichen Abweichung gegenüber der Regelversorgung, deren Art und Umfang sich aus [§ 115b SGB V](#) ergibt (so bereits SG Berlin, Urteil vom 29. August 2012 – [S 36 KR 2137/10](#), juris).

Im Vertrag Nr. 00472 fehlt es an einer hinreichenden Einbeziehung zur medizinischen Versorgung zugelassener Leistungserbringer. Der Vertrag beschreibt in § 3 diejenigen Erbringer medizinischer Versorgung, derer sich die B4 GmbH bedienen kann, lediglich anhand zahlreicher abstrakter und nach außen nicht erkennbarer Merkmale und sieht in Nr. 2 ausdrücklich eine schrittweise Einbindung der vorgehend beschriebenen Gruppen vor. Somit ist aus ihm nicht ersichtlich, wer für die B4 GmbH die integrierte Versorgung gegenüber dem Versicherten erbringen soll. In der von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgelegten Übersicht sind zahlreiche niedergelassene Ärzte aufgeführt, die nach Aussage der B4 GmbH vertraglich zur Leistung integrierter Versorgung verpflichtet sein sollen. Dies allein genügt indes schon deswegen nicht, weil sich aus dem Vertrag selbst nicht entnehmen lässt, wer im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Klägerin als Versorger in Betracht kommt und wer nicht. Zwar obliegt der B4 GmbH die Sicherstellung, dass ausreichende Leistungserbringer im engeren Sinne zur Verfügung stehen (§ 8 Nr. 1 des Vertrages), jedoch finden sich in Anlage 9, auf den diese Vertragsbestimmung verweist, lediglich allgemeine Ausführungen zu Versorgungsregionen.

Der Vertrag Nr. 00612 ist so ausgestaltet, dass das auf Leistungserbringerseite allein stehende A1-Diakoniewerk sich diejenigen Leistungen, die den Vertrag als sektorübergreifend qualifizieren, selbst beschafft, indem es Verträge mit anderen Leistungserbringern schließt (§ 4 Abs. 2, § 5 des Vertrages). Die Verzahnung der verschiedenen Sektoren bleibt damit – wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat – dem Krankenhausträger überlassen. Somit hat die Krankenkasse indes keinen Anspruch gegenüber diesen Vertragspartnern des A1-Diakoniewerks. Die reine Benennung von Kooperationspartnern reicht entgegen der Auffassung der Beklagte nicht aus.

Der Vertrag Nr. 01353 mit dem I. Krankenhaus beschreibt in § 2 Nr. 2 als mögliche Vertragspartner bestimmte Gruppen niedergelassener

Ärzte. Rehabilitationsrichtungen sollen nach Nr. 3 der Vorschrift "als Leistungserbringer und nicht als Vertragspartner" am Vertrag teilnehmen. Bereits diese rechtlich völlig unklare Konstruktion verbietet es, insoweit von einer sektorenübergreifenden Versorgung auszugehen. Hinsichtlich der in § 2 Nr. 2 des Vertrages beschriebenen Gruppe findet sich lediglich eine nicht ausgefüllte Liste.

Der Vertrag Nr. 01552 mit der C. GmbH (die im Vertrag nur "NeuroKonzept" genannt wird, ohne dass Gründe hierfür ersichtlich sind) beschreibt in § 3 Nr. 1 Gruppen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, derer sich die Cortex GmbH zur Leistungserbringung bedienen kann und die nach Nr. 2 schrittweise einbezogen werden sollen. Dies genügt den gesetzlichen Anforderungen aus denselben Gründen nicht wie zum Vertrag Nr. 00472 dargelegt.

Für den Vertrag Nr. 01553 mit der Tagesklinik A2 – Zentrum operative Gynäkologie – gilt im Wesentlichen dasselbe wie für den Vertrag Nr. 00189. Soweit die Beklagte die vertraglich vereinbarten Leistungen der kurzzeitpflegerischen Versorgung nach § 10 des Vertrages hervorhebt, gelten hierfür weniger strenge Voraussetzungen als im Vertrag Nr. 00189. Jedoch handelt es sich auch unter Geltung dieses Vertrages lediglich um ergänzende Leistungen, die nicht geeignet sind, dem Vertragsverhältnis sein Gepräge zu geben. Eine Zusammenarbeit von Operateur und Anästhesist, auf die die Beklagte weiterhin abstellt, gehört bei Operationen jeglicher Art zum Standard der Regelversorgung.

Der Vertrag Nr. 02020 mit der S. Kliniken GmbH wurde laut seinem Rubrum "in Erweiterung des bestehenden B4-Vertrages zur integrierten kardiologischen Versorgung" (d.h. des Vertrages Nr. 00472 mit der B. GmbH) geschlossen, wobei bereits der rechtliche Gehalt der Formulierung "in Erweiterung" nicht klar ist. Als Vertragspartner nennt der Vertrag allein die Beklagte und die S. Kliniken GmbH (einen Krankenhausträger). Die B4 GmbH wird durch den Vertrag nicht berechtigt oder verpflichtet, so dass es auf die Besonderheiten der Verträge mit Managementgesellschaften nicht ankommt. Weitere Vertragspartner gibt es nicht. Zwar ist dem Vertrag als Anlage 12 eine "Übersicht über die teilnehmenden Leistungserbringer" beigefügt, in der vier niedergelassene Kardiologen aufgeführt sind, und nach § 7 Abs. 1 des Vertrages können "Leistungen () nur von den nachfolgend genannten Leistungserbringern durchgeführt werden, sofern diese von der TK eine Teilnahmebescheinigung für diesen Vertrag erhalten haben." Abgesehen davon, dass ein solches einseitiges Leistungsbestimmungsrecht seitens der Beklagten gegen [§ 140b Abs. 5 SGB V](#) verstößt, fehlt es auch insoweit an der vertraglichen Einbeziehung eines anderen Leistungserbringers als der S. Kliniken GmbH. Somit käme eine integrierte Versorgung allein unter krankenhausesinternen Aspekten in Betracht, wofür der Vertrag allerdings keinen Anhaltspunkt liefert.

Der Vertrag Nr. 01545/02392 genügt den Anforderungen aus [§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) in organisatorischer Hinsicht, nicht aber den inhaltlichen Anforderungen aus [§ 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), da er nicht in nennenswertem Umfang Leistungen der Regelversorgung ersetzt (zu letzterem bereits SG Berlin, Urteil vom 29. August 2012 – [S 36 KR 2137/10](#), juris). Der Vertrag nennt als – so wörtlich – "unmittelbare Vertragspartner" die Beklagte und die D1. Letztere fungiert nach § 1 Nr. 2 des Vertrages als "Anbieter der Leistungen" sowie als "Koordinator der Leistungserbringer" und gewährleistet die Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufgaben durch Auswahl geeigneter Leistungserbringer (unter einem Genehmigungsvorbehalt der Beklagten) und deren Verpflichtung auf den Vertragsinhalt. § 2 des Vertrages beschreibt die Leistungserbringer ihrer Art nach und regelt die Genehmigung durch die Beklagte näher, die durch Freigabe einer von der Stiftung vorzulegenden Liste erfolgt. Den Inhalt der aufgrund des Vertrages erbrachten Leistungen beschreibt der Vertrag in den §§ 5 ff., nachdem zunächst § 4 Nr. 2 des Vertrages klarstellt, dass nicht im Vertrag genannte Leistungen "nicht Gegenstand des Versorgungsauftrags im Sinne von [§ 140c Abs. 1 SGB V](#)" und damit innerhalb des bestehenden Kollektivvertragssystems erbracht und vergütet werden. Sodann nennt § 5 des Vertrages als "Allgemeine Leistungen der Stiftung" eine Reihe von Aufgaben, die in die Bereiche der allgemeinen Organisation, der Fortbildung, der Dokumentation und des Qualitätsmanagements fallen. Die Leistungen der "beteiligten Leistungsträger" im Sinne von § 2 des Vertrages charakterisiert § 6 Nr. 1 Satz 2 des Vertrages dergestalt, dass alle Leistungen auf den regulären Leistungen aufbauen, auf die der Versicherte einen Anspruch bereits im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nach dem SGB V hat. Dementsprechend heißt es auch in den von der Beklagten exemplarisch vorgelegten Teilnahmevereinbarung zwischen Vertragsarzt und Stiftung, die ambulante ärztliche Behandlung bleibe in den Händen des niedergelassenen Arztes, der wie bisher seine erbrachten Leistungen mit den Kostenträgern (gemeint sind offenbar die Krankenkassen) abrechne und lediglich für die Rahmen des telemedizinischen Projekts erbrachten Zusatzleistungen eine extrabudgetäre Vergütung von der Stiftung enthalte. Somit soll nach dem Vertrag der wesentliche Teil der medizinischen Versorgung im System der Regelversorgung verbleiben. Auch die in § 7 des Vertrages beschriebenen telemedizinischen Leistungen gehen – wenn überhaupt – nur unwesentlich über das hinaus, was auch in der Regelversorgung üblich ist, denn auch dort messen Patienten bestimmte Parameter (insbesondere den Blutdruck) regelmäßig selbst. Wenn die Stiftung diese Daten zentral bei den Patienten erhebt und ggf. an Ärzte und Krankenhäuser weitergibt, mag dies zu gewissen Synergieeffekten führen, aber auch diese ergänzen die Regelversorgung nur.

Der Vertrag Nr. 02662 mit dem Allgemeinen Krankenhaus B2 dürfte so, wie er (ausweislich der Beschreibungen der integrierten, videobasierten Parkinsonversorgung in seiner Anlage 1 und der Leistungsbeschreibungen im ebenfalls beigefügten Rahmenvertrag) offenbar gemeint ist, tatsächlich sektorenübergreifend sein. Diese sektorenübergreifende Natur lässt sich indes nur unter Einbeziehung der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärzte begründen, denn für eine Verzahnung verschiedener Untersektoren der stationären Behandlung besteht kein Anhaltspunkt. Die niedergelassenen Ärzte sind jedoch in rechtlicher Hinsicht nicht hinreichend in die Versorgungsstruktur integriert worden. Sie sind nicht Vertragspartner und werden im Vertragstext selbst kaum genannt, insbesondere nicht – wie etwa im Vertrag Nr. 01545/02392 – im Rahmen eines Sicherstellungsauftrags des Krankenhauses etc. Die Versichertengemeinschaft hat daher nach dem Vertrag gerade keinen Anspruch darauf, dass ein Versicherter (der die einschlägigen Voraussetzungen aus § 4 des Vertrages erfüllt) tatsächlich in den Genuss der videobasierten Versorgung kommt. Gegen das Vorliegen eines Vertrages zur integrierten Versorgung spricht weiterhin die Vergütungsregelung. Nach § 7 Abs. 1 des Vertrages zahlt das Krankenhaus den niedergelassenen Ärzten nach Maßgabe eines mit ihnen geschlossenen Vertrages eine Pauschale und rechnet diese wiederum "im Rahmen des bestehenden [§ 301 SGB V](#)-Verfahrens" gegenüber der Krankenkasse ab. Somit wird die Leistung des niedergelassenen Arztes jedenfalls auf der Vergütungsebene in die stationäre Krankenhausbehandlung integriert. Eine solche Regelung, wonach der Regelvergütung eine Pauschale für die vertraglich geregelten Leistungen hinzuzuaddieren ist, spricht deutlich dagegen, dass die vertraglich geregelten Leistungen wesentlich über den Bereich der Regelversorgung hinausreichen. Vielmehr löst der Vertrag einen einzelnen Bestandteil aus der stationären Behandlung heraus und schafft für ihn besondere Strukturen. Zugleich sollen – wie sich explizit aus § 5 des Vertrages ergibt – Ressourcen im stationären Bereich eingespart werden. Ein derart punktuell Vorgehen, das weiterhin in die Regelversorgung eingebettet ist (wofür auch der Umstand spricht, dass nach § 7 Abs. 2 des Vertrages der Abbruch der häuslichen Beobachtung vergütungsrechtlich als Entlassung aus der stationären Behandlung gelten soll), kann nicht als integrierte Versorgung anerkannt werden.

Der Vertrag Nr. 02746 mit der D e.V. -- dürfte in der Tat – wie vom Sozialgericht Berlin angenommen (Urteil vom 29. August 2012 – [S 36 KR 2137/10](#)) – interdisziplinärer Natur sein, bewegt sich indes im System der Regelversorgung. Dies ergibt sich aus seiner Zielsetzung in § 1, wonach er den in der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Ersatzkassen; Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen, EKV-Ä, vom 9. September 1994, DÄ 1994, C-1633 f.) verwendeten Begriff der interdisziplinären Schmerztherapie definieren, vertraglich in die Versorgung einbinden und auf seine Wirksamkeit hin untersuchen soll. Somit dient der Vertrag Nr. 02746 der Weiterentwicklung eines in der Regelversorgung bereits seit längerer Zeit vorausgesetzten Elements. Überdies weist der Vertrag in rechtlicher Hinsicht Mängel auf. Selbst wenn die D. e.V. bei einer eher weitherzigen Auslegung von [§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nrn. 4 und 6 SGB V](#) als möglicher Leistungserbringer in Betracht käme, müsste sie Leistungen durch vertragliche Einbindung konkreter Vertragsärzte anbieten.

Soweit der Vertrag Nr. 03479 mit dem Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift "zusätzliche Serviceelemente" zu einer weiterhin im System der Regelversorgung abgerechneten Krankenhausbehandlung regelt, sind diese jedenfalls weder sektorenübergreifend noch interdisziplinär. Die außerdem geregelte Nachsorge im Sinne von [§ 43 Abs. 2 SGB V](#) ist bereits im Gesetz so angelegt, dass es zu einer engen Verflechtung mit der stationären Krankenhausbehandlung und somit zu einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit bereits im Bereich der Regelversorgung kommt.

Die im Vertrag Nr. 03486 angelegte Kooperation hält sich – da Ärzte verpflichtet sind, bei der Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen (Pitz in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 24d SGB V](#), Rn. 16) – im Rahmen dessen, was in der Regelversorgung üblich ist. Allgemein gehört eine sektorenübergreifende Betreuung im Bereich der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft auch zur Regelversorgung. Dies ergibt sich aus dem geschlossenen Konzept dieser Leistungen, das in den im vorliegenden Fall streitigen Zeiträumen noch in den §§ 195 ff. der Reichsversicherungsordnung niedergelegt war (seit dem 30. Oktober 2012: [§§ 24c SGB V](#) ff.).

Im Vertrag Nr. 03488 mit der N. Klinik GmbH als Träger einer E. Praxisklinik ist zunächst bereits keine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit der Ärzte erkennbar, der über den auch sonst üblichen Umfang der Zusammenarbeit im Rahmen einer Praxisklinik hinausginge. Zudem ist auch nicht ersichtlich, wieso es im Sinne der (mit der Einführung der integrierten Versorgung bezweckten) stärkeren Orientierung an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten sein sollte, wenn in H. niedergelassene Ärzte ambulante Operation an Patienten im Kindes- und jugendlichen Alter in einer Klinik durchführen, die selbst mit dem ICE mehr als viereinhalb Stunden Wegstrecke entfernt ist. Wenn der Vertrag in seiner Präambel davon spricht, die kinderchirurgische Operation solle unter Umständen verlaufen, in denen das Kind möglichst wenig durch Angst, Unsicherheit und Trennungsschmerz belastet wird, muss durchaus bezweifelt werden, dass dies auf diese Weise erreicht werden kann. Gegen einen Einbehalt aufgrund dieses Vertrages spricht in diesem Zusammenhang auch [§ 140d Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) in der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung bzw. Satz 7 der Vorschrift in der seit dem 1. April 2007 geltenden Fassung, wonach die nach [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) einbehaltenen Mittel in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden sollen. Entsprechend dem Charakter der Regelung als Soll-Vorschrift (vgl. [BT-Drs. 15/1525, S. 131](#), wonach eine Verwendung der Mittel für integrierte Versorgungsverträge, an der Leistungserbringer aus Bezirken anderer Kassenärztlicher Vereinigungen beteiligt sind, nicht von vornherein ausgeschlossen sein soll; Hervorhebung hinzugefügt) kommt eine Abweichung von diesem Regionalprinzip in atypischen Ausnahmefällen in Betracht, etwa wenn die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht den großstädtischen Einzugsbereichen entsprechen. (Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V K § 140d Rn. 17). Hierfür ist nichts ersichtlich.

Für den Vertrag Nr. 03671 mit dem Berufsverband D1 -B3 Management und Service GmbH – gelten die allgemeine Anforderungen an Verträge mit Managementgesellschaften. Anders als die Beklagte meint, handelt es sich nicht um eine Gemeinschaft von Leistungserbringern (i.S.v. [§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5](#) bzw. Nr. 6 SGB V), denn der Begriff Gemeinschaft bezieht sich auf die unterschiedlichen Gesellschaftsformen, in denen Ärzte und Krankenhäuser an der Versorgung teilnehmen können, wobei sich die Grenzen nicht aus dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern vornehmlich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergeben (Engelhard, a.a.O., § 140b Rn. 26 und 13). Unter Zugrundelegung der für Managementgesellschaften geltenden Grundsätze findet sich allerdings keine hinreichende vertragliche Einbindung von Ärzten oder Krankenhäusern.

Zweck des Vertrages Nr. 04178 (ehemals Nr. 00612) ist die Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors. Besonderheiten in der Zusammenarbeit der am Vertrag beteiligten Krankenhäuser untereinander oder anderweitige Besonderheiten im Bereich der Krankenhausbehandlung sind nicht ersichtlich. Daher ist maßgeblich, ob kraft des Vertragsschlusses mit den anderen Vertragsteilnehmer – neben der H2 GmbH & Co KG sind dies das Ärztenetz H.-N. und das Gesundheitsnetz Region W. – auch niedergelassene Ärzte verpflichtet sind. Dies ist nicht der Fall. Die genannten Vertragspartner trifft insoweit eine Sicherstellungspflicht (§ 3 Abs. 2 des Vertrages), während für die Einbeziehung niedergelassener Ärzte ein Einschreibeverfahren (so die Formulierung in § 3 Abs. 2 Buchstabe b des Vertrages) vorgesehen ist, das rechtlich eine gegen [§ 140b Abs. 5 SGB V](#) verstoßende Beitrittsregelung darstellt.

Auch bei der G. mbH als einzige Vertragspartnerin auf Leistungserbringerseite des Vertrages Nr. 04725 handelt es sich um eine Managementgesellschaft, die nach § 3 Abs. 2 und 3 des Vertrages ärztliche Leistungserbringer beauftragt. Dass in Anlage 4 des Vertrages verschiedene niedergelassene Ärzte aufgeführt sind, genügt nicht, um diese der Beklagten und anderen Krankenkassen gegenüber zu verpflichten. Es kommt hinzu, dass alle diese Ärzte außerhalb des Bezirks der Klägerin ansässig sind (der räumlich nächste in Bremen).

Den Vertrag Nr. 05716 mit der M. hat die Beklagte nicht vorgelegt. Da angesichts der Beteiligung einer Managementgesellschaft Zweifel daran bestehen, ob ein geeigneter Leistungserbringer im Sinne von [§ 140b SGB V](#) verpflichtet ist, geht dies zu Lasten der Beklagten.

Der Vertrag Nr. 06271 überlässt es den beiden auf Leistungserbringerseite stehenden Krankenhäusern, Verträge mit niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern zu schließen, von denen es im Vertrag (§ 4 Abs. 1 Satz 4) heißt, sie nähmen an der integrierten Versorgung teil, "ohne zugleich Vertragspartner des vorliegenden Vertrages zu sein". Bereits dies schließt die Annahme eines Vertrages zur integrierten Versorgung aus. Auf der Krankenhausebene spricht im Übrigen deutlich gegen den Vertrag, dass § 12 Abs. 5 Satz 2 eine Regelung enthält, nach der Komplikationen bei einer stationären Behandlung dazu führen, dass die Vergütung der gesamten Krankenhausleistung "dann aber nicht mehr Bestandteil dieser Vereinbarung" ist, sondern "als allgemeine Krankenhausleistung über das Krankenhausbudget abgerechnet" wird. Dies bedeutet aber nichts anderes, als dass das Auftreten von Komplikationen – es mag schon zweifelhaft sein, ob dieser Begriff hinreichend bestimmt ist – dazu führen, dass die Leistung nicht mehr der integrierten Versorgung

unterfällt.

Der Vertrag Nr. 06656 entspricht in zahlreichen Bestimmungen dem Vertrag Nr. 01545/02392 und ist aus denselben Gründen kein Vertrag zur integrierten Versorgung (vgl. bereits SG Berlin, Urteil vom 29. August 2012 – [S 36 KR 2137/10](#), juris). Auch er unterscheidet zwischen "unmittelbaren Vertragspartner" (die Beklagte und die Stiftung für chronisch Herzkrankte) und den nicht näher individualisierten Leistungserbringern (vgl. § 2 des Vertrages) und stellt in § 4 Nr. 2 klar, dass nicht im Vertrag genannte Leistungen "nicht Gegenstand des Versorgungsauftrags im Sinne von [§ 140c Abs. 1 SGB V](#) werden" und damit innerhalb des bestehenden Kollektivvertragssystems erbracht und vergütet werden. In § 5 Satz 2 des Vertrages heißt es, alle in dieser Integrierten Versorgung erbrachten Leistungen bauten auf den regulären Leistungen auf, auf die der Versicherte einen Anspruch bereits im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nach dem SGB V habe. Und auch hier gehen die in § 7 des Vertrages beschriebenen Telemedizinischen Leistungen – wenn überhaupt – nur unwesentlich über das hinaus, was auch in der Regelversorgung üblich ist.

V.) Die klageweise geltend gemachten Ansprüche sind auch nicht verjährt. Hierbei kann offenbleiben, ob für den geltend gemachten Anspruch eine dreijährige oder eine vierjährige Verjährungsfrist gilt (zu letzterer BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 – [B 3 KR 32/04 R](#), [SozR 4-2500 § 69 Nr. 1](#), für die Ansprüche zwischen Krankenkasse und Krankenhaus), da jedenfalls eine Hemmung der Verjährung durch Rechtsverfolgung ([§ 204 Abs. 1 Nr. 1](#) erste Alternative BGB hier i.V.m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) eingetreten ist. Die Klägerin hat ihre ursprünglich auf 764,13 Euro wegen eines Gesamtvergütungsanteils für das Quartal III/2004 lautende Klage mit Schriftsatz vom 14. Oktober 2005 um 66.609,11 Euro betreffend die Quartale IV/2004 bis II/2005 erweitert. Verjährung war bis dahin nicht eingetreten. Weiterhin hat sie mit Schriftsatz vom 27. Oktober 2008 die Klage nochmals erweitert: Dort heißt es, für den Fall, dass eine Erweiterung der bereits anhängigen Klage nicht möglich sei, werde hilfsweise 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. Diese Formulierung des Antrags hatte ihren Grund wesentlich darin, dass die Klägerin zunächst eine Stufenklage wegen Auskunft über die Verträge erhoben hatte. Da aber auch die Stufenklage zur Hemmung wegen Rechtsverfolgung führt (BGH, Urteil vom 14. Mai 1975 – [IV ZR 19/74](#), juris), ist dies für die Klägerin unschädlich. Warum der Schriftsatz – wie die Beklagte meint – für das Verfahren bedeutungslos gewesen sein sollte, erschließt sich nicht. Selbst wenn die Stufenklage unzulässig gewesen sein sollte, würde dies an der Rechtsfolge aus [§ 204 Abs. 1 Nr. 1](#) erste Alternative BGB nichts ändern, denn die Vorschrift setzt lediglich eine wirksame und nicht auch eine zulässige Klage voraus (Ellenberger in: Palandt, BGB, 72. Auflage 2013, § 204 Rn. 4 und 5 m.w.N.). Anlass zu Zweifeln an der Wirksamkeit der Klageerweiterung bestehen allerdings nicht.

B. Das Urteil des Sozialgerichts war jedoch hinsichtlich der dort getroffenen Verzinsungsregelung abzuändern. Der Klägerin stehen Zinsen auch für die Zeit nach dem 16. September 2011 zu, dies allerdings nicht bereits seit den vom Sozialgericht zugrunde gelegten Fälligkeitsterminen, sondern jeweils erst ab dem Folgetag. Weiterhin ist auch der Teilbetrag von 179.092,17 Euro zu verzinsen und die Verzinsung des Teilbetrags von 183.226,28 Euro setzte bereits am 1. Mai 2007 ein.

I.) Grundlage des Anspruchs auf Verzugszinsen ist hierbei § 14 Abs. 5 Satz 1 des Gesamtvertrages zwischen der Beklagten und dem (damaligen) V. sowie dem (damaligen) A. der Fassung des 17. Nachtrages vom 20. Juli 2000. 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).

II.) 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](#)).

III.) Abzuändern war das erstinstanzliche Urteil jedoch insoweit, als die Verzinsung in analoger Anwendung von [§ 187 Abs. 1 BGB](#) (hier i.V.m. [§ 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. Hinsichtlich der Verzinsung der Forderung für das Quartal II/2006 erscheint allerdings der von der Klägerin geforderte Verzinsungsbeginn am 1. Mai 2007 nicht zu beanstanden: Da sich die Beklagte bereits mit Schreiben vom 19. April 2007 zur Abrechnung des Quartals II/2006 geäußert hatte, spricht mehr dafür als dagegen, dass die Forderung bereits vor dem 1. Mai 2007 fällig geworden war. Ausgerechnet sind dies 1074, 26 Euro

IV.) Weiterhin beruft sich die Klägerin auch zutreffend darauf, dass das Sozialgericht nicht auf eine Verzinsung des ausstehenden Gesamtvergütungsanteils für das Quartal III/2006 erkannt hat. Das Sozialgericht ist insoweit von einer Fälligkeit zum 28. Juni 2007 sowie von einem (Teil-) Anspruch der Klägerin in Höhe von 179.092,17 Euro ausgegangen (und hat letzteren in die Berechnung des zugesprochenen Gesamtbetrages eingestellt). Der Senat ist auch nicht daran gehindert, über diesen Zinsanspruch zu entscheiden. Da das Sozialgericht die Klage im Übrigen abgewiesen hat, hat es auch über diesen Zinsanspruch entschieden und die Frage nach einem etwaigen Herausfordern von Prozessresten stellt sich nicht.

V.) Schließlich war die Verzinsung auch weder bis zum Zeitpunkt 16. September 2011 noch auf den erstinstanzlich geltend gemachten Betrag von 1.103.301,60 Euro zu begrenzen. Selbst wenn dem Verhalten der Klägerin vor dem Sozialgericht der Erklärungsinhalt beizumessen wäre, sie wolle keine den Betrag von 1.103.301,60 Euro übersteigenden Zinsen geltend machen, käme diesem Verhalten keine Bindungswirkung zu, die einen später geltend gemachten weitergehenden Anspruch ausschließt. Einen einseitigen Verzicht auf schuldrechtliche Forderungen kennt das Bürgerliche Recht nicht (BGH, Urteil vom 4. Dezember 1986 – [III ZR 51/85](#), [NJW 1987, 3203](#)) und für die Annahme eines öffentlich-rechtlichen Erlassungsvertrages oder eines negativen Schuldanerkenntnisses zwischen den Beteiligten fehlt es

hingegen an hinreichenden Anhaltspunkten.

VI.) Der einschlägige Zinssatz ergibt sich – wie vom Sozialgericht entschieden – 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 – wie dargelegt – auch normative Elemente beinhaltet – ändert hieran nichts. Es bedarf auch keiner Entscheidung, ob die Klägerin gemäß [§ 288 Abs. 2 BGB](#) n.F. noch höhere Zinsen verlangen könnte, denn dies hat sie nicht beantragt.

C. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt gem. [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) die Beklagte, deren Obsiegen sich als so geringfügig darstellt, dass es einer Korrektur der vom Sozialgericht getroffenen Kostenentscheidung nicht bedarf. Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-01-15