




recherchiert von: **Thomas Rehm** am 06.06.2012

<b>Anmerkung zu:</b>	SG Marburg, Urteil vom 03.08.2011 - S 12 KA 962/09	<b>Quelle:</b>	
<b>Autor:</b>	Thomas K. Rehm, LL.M., RA	<b>Normen:</b>	§ 140b SGB 5, § 140c SGB 5, § 140d SGB 5
<b>Erscheinungsdatum:</b>	06.10.2011	<b>Fundstelle:</b>	jurisPR-SozR 20/2011 Anm. 2
		<b>Herausgeber:</b>	Prof. Dr. Thomas Voelzke, Vors. Ri-BSG Prof. Dr. Rainer Schlegel, Ministerialdirektor, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

### **Integrierte Versorgung durch Managementgesellschaften - auf die Vertragsgestaltung kommt es an**

#### **Leitsatz**

**Ein Vertrag zur integrierten Versorgung mit einer Managementgesellschaft für Ärzte bedarf der vertraglichen Einbindung der einzelnen Leistungserbringer. Es reicht nicht aus, die Einbindung über Absprachen mit der Managementgesellschaft herzustellen, ohne dass eine klare, rechtlich verbindliche Verpflichtung zur Leistungserbringung, gerade auch gegenüber der Krankenkasse, geregelt wird. Es spricht einiges dafür, dass für den Fall, dass eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung zur Rechnungslegung nach § 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V nicht nachkommt, sie, ggf. unter Setzung einer Nachfrist, die einbehaltenen Beträge ganz oder teilweise zurückzahlen hat.**

#### **A. Problemstellung**

Wie ist ein „Integrierte Versorgung“(IV)-Vertrag zu gestalten, dass die praktische Umsetzung und die Berechtigung von Einbehalt bzw. Bereinigung der Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Krankenkassen gemäß § 140d Abs. 1 SGB V gewährleistet ist?

#### **B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung**

Das SG Marburg hatte über die Forderung einer KV gegen eine BKK zu entscheiden, rund 74.000 Euro auszusahlen. Diesen Betrag hatte die BKK von der Gesamtvergütung nach § 140d Abs. 1 SGB V einbehalten.

Grundlage der Integrierten Versorgung, die mit dem einbehaltenen Betrag gefördert werden sollte, war ein Vertrag, der zwischen einem BKK Landesverband und einer GmbH & Co. KG geschlossen wurde. Sie beschreibt sich selbst als Managementgesellschaft für neue Versorgungsformen. Im Vertrag wird sie mit Ärztenetzwerk, Dienstleistungsgesellschaft und Managementgesellschaft bezeichnet. Diesem Vertrag war die beklagte BKK beigetreten.

Nachdem die BKK vorgerichtlich keine belastbaren Unterlagen zur Verwendung der einbehaltenen Mittel übersandte, klagte die KV.

Dabei konzentrierte sich das Verfahren darauf, ob die Gesellschaft zum Abschluss eines IV-Vertrages berechtigt war und ob die Ärzte und andere Leistungserbringer hinreichend vertraglich eingebunden waren.

An letztgenanntem Kriterium lässt das Sozialgericht die Vereinbarung als IV-Vertrag scheitern. Dazu führt es unter Verweis auf bundessozialgerichtliche Rechtsprechung aus, dass zwar Anlagen des Vertrages eine sektorenübergreifende Versorgung erkennen lassen, die Regelung verbindlicher Leistungserbringung aber in unzulässiger Weise fehlt. Das SG Marburg fordert klare rechtlich verbindliche Verpflichtungen zur Leistungserbringung gerade auch gegenüber der Krankenkasse.

Auf weitere kritische Punkte kam es in dem Rechtsstreit danach nicht mehr an.

### **C. Kontext der Entscheidung**

Das SG Marburg hat sein Urteil zutreffend auf den entscheidenden Punkt gestützt.

Nach seinen nachvollziehbaren tatsächlichen Feststellungen erfüllt der streitgegenständliche Vertrag nicht die inhaltlichen und rechtsqualitativen Voraussetzungen für einen IV-Vertrag. Diese gehen deutlich hinaus über die gesetzlichen Vorgaben, welche Pflichten gemäß § 140b Abs. 3, § 140c Abs. 1 SGB V zwingend vertraglich zu regeln sind. Allein die Erfüllung dieser gesetzlichen Vorgaben lässt noch keinen Vertrag entstehen, der zum Einbehalt oder zur Bereinigung von Gesamtvergütung gem. § 140d Abs. 1 bzw. 2 Satz 2 ff. SGB V berechtigt.

Ein IV-Vertrag von hinreichender Qualität ist erst abgeschlossen, wenn tatsächlich auch die als potenzielle Vertragsteilnehmer angesprochenen Leistungserbringer vertraglich einbezogen worden sind (BSG, Urt. v. 02.11.2010 - B 1 KR 11/10 R Rn. 27).

Ob es zulässig ist, zunächst einen Grundsatzvertrag zu vereinbaren, um dann die für die Versorgung notwendigen Schritte einzuleiten und den Vertrag ggf. durch Einzelverträge mit Leistungserbringern zu konkretisieren, ist zweifelhaft. Es spricht in diesem Zusammenhang einiges für eine restriktive Handhabung (SG Hamburg, Beschl. v. 31.03.2009 - S 34 KR 289/09 ER). Soweit ansonsten die inhaltlichen und rechtsqualitativen Voraussetzungen erfüllt werden, können allerdings wohl auch Rahmenverträge vertretbar sein (SG Berlin, Urt. v. 10.08.2011 - S 22 KA 594/08).

Die Voraussetzungen sind jedoch nicht erfüllt, wenn ein Vertrag sich lediglich in Absichtserklärungen erschöpft, ohne dass das verfolgte Behandlungskonzept deutlich würde. Auch Regelungen, die zu allgemein gehalten und einen die Regelversorgung ersetzenden interdisziplinären oder sektorenübergreifenden Behandlungsansatz nicht erkennen lassen, disqualifizieren einen Vertrag für die Integrierte Versorgung (SG Hamburg, Beschl. v. 31.03.2009 - S 34 KR 289/09 ER).

### **D. Auswirkungen für die Praxis**

Es müsste bei allen Beteiligten ein großes Interesse bestehen, künftige und bestehende Verträge für die Integrierte Versorgung rechtssicher zu gestalten und auszufertigen.

Dabei kommt es neben der Umsetzung der Regelungen, die gesetzlich vorgegeben sind, vor allem darauf an, die gegenseitigen Hauptleistungspflichten konkret zu regeln.

Für die Leistungserbringer ist zu bestimmen, wer jeweils welche Versorgungsleistungen im Einzelnen erbringt und wie sie zu erbringen sind. Dabei ist darauf zu achten, dass der interdisziplinär-fachübergreifende oder leistungssektorenübergreifende Ansatz deutlich wird und von der Regelversorgung abweicht. Insofern ist eine gesonderte Hauptleistungspflicht auch die Integration der einzelnen Versorgungsleistungen. Dies ist eine Kernaufgabe von Managementgesellschaften, die unter diesen Umständen als Vertragspartner anerkannt sind (SG Hamburg, Beschl. v. 23.03.2009 - S 34 KR 289/09 ER; Baumann in: jurisPK-SGB V, § 140b Rn. 29). Nicht zuletzt eine fundierte Abrechnung, die den Krankenkassen eine belastbare Grundlage für die Gesamtvergütungsvereinbarung gemäß § 140d SGB V verschafft, ist jedenfalls von Managementgesellschaften als eine Hauptleistung zu verlangen.

Schließlich ist eine Rahmenvereinbarung nur dann als IV-Vertrag qualifiziert, wenn für die Einbindung der einzelnen Leistungserbringer eine vertragliche Verbindlichkeit und konkrete inhaltliche Vorgaben dafür bestimmt sind.

Hauptleistungspflicht der Krankenkassen als Vertragspartner und Kostenträger ist die Vergütung, die gemäß § 140c Abs. 1 SGB V vertraglich zu regeln ist.

Von Managementgesellschaften, die kommerzielles Geschäft betreiben, kann erwartet werden, dass sie insoweit die Rechtssicherheit ihrer Verträge gewährleisten.

#### **E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung**

Nicht auseinandergesetzt hat sich das SG Marburg mit Fälligkeit, Verzinsung und Rechtsgrundlage der Forderung sowie mit der Darlegung der Mittelverwendung durch die Krankenkasse.

Über Fälligkeit und Verzinsung hatten die Prozessbeteiligten einen Vergleich geschlossen, so dass eine gerichtliche Entscheidung darüber nicht mehr erforderlich war. Danach war es auch obsolet zu entscheiden, ob der Anspruch auf Kondiktionsrecht oder § 140d Abs. 1 letzter Satz SGB V gestützt wird. Die beiden möglichen Anspruchsgrundlagen führen zu unterschiedlicher Fälligkeit und Verzinsung.

Auch wenn es darauf ebenfalls nicht mehr ankam, ist die Schwäche der BKK in diesem Fall, die Verwendung der einbehaltenen Mittel darzulegen, erstaunlich und problematisch. Es lohnt sich im wahrsten Sinne des Wortes, wenn Krankenkassen darauf besonderen Wert legen und die Voraussetzungen dafür vertraglich verankern.

© juris GmbH