


recherchiert von: **Thomas Rehm** am 06.05.2013

Anmerkung zu:	SG Marburg 12. Kammer, Urteil vom 26.09.2012 - S 12 KA 967/09	Quelle:	
Autor:	Thomas K. Rehm, LL.M., RA	Normen:	§ 103 SGG, § 140d SGB 5
Erscheinungsdatum:	18.04.2013	Fundstelle:	jurisPR-SozR 8/2013 Anm. 4
		Herausgeber:	Prof. Dr. Thomas Voelzke, Vors. RiBSG Prof. Dr. Rainer Schlegel, Ministerialdirektor, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Anschubfinanzierung für Verträge zur Integrierten Versorgung

Leitsatz

Eine Kassenärztliche Vereinigung hat nach § 140d Abs. 1 Satz 4 und 8 SGB V einen Anspruch auf Rückzahlung der für die sog. Anschubfinanzierung für Verträge zur integrierten Versorgung einbehaltenen Teile der Gesamtvergütung, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung zur Rechnungslegung bis zum Stichtag 01.04.2009 nicht ansatzweise nachgekommen ist (Fortführung von SG Marburg v. 03.08.2011 - S 12 KA 962/09, Berufung anhängig: LSG Darmstadt - L 4 KA 53/11; anders SG Berlin v. 29.08.2012 - S 36 KR 2137/10 Rn. 108).

A. Problemstellung

Der Entscheidung liegt die Auseinandersetzung einer Kassenärztlichen Vereinigung mit einer Krankenkasse über deren Einbehalt von rund 6,4 Mio. Euro an Gesamtvergütungsanteilen zugrunde. Diese Summe hatte die Krankenkasse einbehalten, um ihre Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) zu fördern. Es galt zu klären, unter welchen Umständen die gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 140d Abs. 1 SGB V a.F. für einen Verbleib dieser Anschubfinanzierung bei der Krankenkasse erfüllt sind.

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Die Kassenärztliche Vereinigung erhob zunächst Stufenklage, nachdem die Krankenkasse vorgerichtlich ihre IV-Verträge nicht vorlegte und zur Verwendung der einbehaltenen Gesamtvergütungsanteile keine weiteren Angaben gemacht hatte. Die Krankenkasse verwies stattdessen auf ihre Meldungen an die Registrierungsstelle gemäß § 140d Abs. 5 SGB V. Nachdem die Krankenkasse im Prozessverlauf letztlich 30 Verträge vorlegte, deren Anschub durch sie finanziert werden sollte, stellte die Kassenärztliche Vereinigung ihren Klageantrag auf Rückzahlung der streitigen Anteile um.

Diesem gab das SG Marburg statt, da die Krankenkasse ihrer Verpflichtung zur Rechnungslegung bis zum 31.03.2009 „nicht ansatzweise“ nachgekommen sei. Damit fehle es schon an einem Nach-

weis rechtskonformer Mittelverwendung. Das SG Marburg sieht die Krankenkasse dazu gesetzlich verpflichtet. Es schließt aus der Kombination gesetzlicher Darlegungs- und gesetzlicher Auszahlungspflicht gemäß § 140d Abs. 1 Satz 4 bzw. 8 SGB V, dass eine Abrechnung nach Ablauf des Stichtages nicht mehr nachgereicht werden kann. Das SG Marburg stützt seine Auffassung auf die mehrmaligen Gesetzesänderungen und ihre Begründungen. Zudem hält es die im Prozessverlauf vorgebrachten Darlegungen der Krankenkasse zu ihrer Mittelverwendung für nicht nachvollziehbar.

Die von der Krankenkasse erhobene Einrede der Verjährung hält das Gericht für das weitest zurückliegende Quartal für möglich, verwirft sie aber, weil die Krankenkasse den Eintritt der Verjährung nicht nachgewiesen habe. Schließlich hat das SG Marburg Zweifel, ob die von der Krankenkasse vorgelegten Verträge überhaupt solche der Integrierten Versorgung seien.

C. Kontext der Entscheidung

Seinen Zuspruch des Klageanspruchs stützt das SG Marburg im Wesentlichen darauf, dass es aus § 140d Abs. 1 SGB V eine gesetzliche Pflicht und präkludierende Frist zur dezidierten Abrechnung der einbehaltenen Anschubfinanzierung durch die Krankenkasse ableitet, die nicht eingehalten seien. Diese Annahmen sind kritisch. Viel spricht dafür, dass die nicht weiter begründete – und vom befassten SG Marburg abgelehnte – Auffassung des SG Berlin (Urt. v. 29.08.2012 - S 36 KR 2137/10) zutrifft, dass das Fehlen einer ausreichenden fristgemäßen Abrechnung auf die Berechtigung des Einbehalts keinen Einfluss hat. Ein Fehlen führe nicht automatisch dazu, dass der Rechtsgrund für den Einbehalt entfällt und die einbehaltenen Mittel in voller Höhe zurückzuzahlen seien.

Der Wortlaut der Regelungen trägt eine Fristbindung der Abrechnung nicht. § 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V gibt ein Datum nur für die Auszahlung nicht verwendeter Mittel vor, nicht für die Darlegung. Lediglich der systematische Zusammenhang mit § 140d Abs. 1 Satz 4 SGB V lässt auf eine Abrechnung der verwendeten Mittel vor dem gesetzten Datum schließen. Eine Abrechnung nach dem gesetzlichen Zahltermin erscheint allerdings auch nicht unmöglich.

Zur Qualität der Darlegung verweist das SG Marburg zu Recht auf die Gesetzesbegründung des GKV-WSG (BT-Drs. 16/3100, S. 153), nach der die Darlegungen der Nachweispflicht gegenüber der Registrierungsstelle entsprechen sollen. Über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die (damaligen) Spitzenverbände der verschiedenen Kassenarten am 11.12.2003 und am 09.01.2008 über deren Fortführung Vereinbarungen geschlossen. Deren Präambeln sehen jeweils übereinstimmend in ihrem Abs. 2 vor, dass diese Vereinbarung ein Verfahren zur Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen regelt, das den Partnern der Integrierten Versorgung die Umsetzung von Verträgen zur Integrierten Versorgung erleichtert und den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglicht. § 3a Abs. 1 der späteren Vereinbarung regelt, dass die Krankenkassen in einem weiteren Meldebogen die Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung eines Jahres gegenüber der Registrierungsstelle darlegen. Grundsätzlich weitere Anforderungen zu stellen, widerspricht diesen Vereinbarungen, die gerade eine Vereinfachung bezwecken.

Der Krankenkasse im entschiedenen Fall vorzuhalten, den Anforderungen insofern nicht gerecht geworden zu sein, als sie der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber keine entsprechenden Angaben machen wollte, mag noch angehen. Einen Verweis auf Darlegungen gegenüber der Registrierungsstelle als „nicht ansatzweise“ gesetzeskonform zu disqualifizieren, ist nicht nachvollziehbar.

Eine Präklusion erscheint gegenüber einer Krankenkasse unter diesen Umständen nicht angezeigt. Sie findet auch grundsätzlich keine tatbestandliche Stütze. Ist schon die Darlegungspflicht terminlich nicht klar geregelt, bietet für diese weitgehende und mit Amtsermittlungspflicht schwer vereinbare Rechtsfolge der Wortlaut keinen Anhaltspunkt und auch nicht die vom SG Marburg angeführten Gesetzesmaterialien oder weitere Auslegungsregeln. Indem Kassenärztliche Vereinigungen und Kliniken als Darlegungsadressaten nach den Vereinbarungen umfassende Auskunftsrechte gegenüber der Registrierungsstelle und schließlich die Möglichkeit von Stufenklagen haben, ist eine Präklusion nicht geboten und nicht erforderlich.

D. Auswirkungen für die Praxis

Da die Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V nicht mehr existiert, werden sich die Entscheidung und ihre Berufung unmittelbar vor allem auf entsprechende Streitigkeiten auswirken. Solche soll-

ten mittlerweile überwiegend rechtshängig sein; ggf. könnten Ansprüche noch in diesem Jahr vor Ablauf vierjähriger Verjährungsfrist geltend gemacht werden. Grundsätzlich ist die vorliegende Entscheidung und ihre anhängige Berufung weiterer Anlass dafür, IV- und andere Verträge klar zu fassen. Schon die überschlägige, aber eben auch die eingehende Prüfung gebieten klare vertragliche Regelungen. In ihrem eigenen Interesse sollten Krankenkassen ihre IV-Verträge kontrollieren und diese ggf. anpassen oder neu fassen. Dabei wäre eine belastbare Prüfung der Verträge durch die Registrierungsstelle nach den Maßstäben der Rechtsprechung für alle Beteiligten hilfreich.

E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung

Dieselbe Kammer des SG Marburg hat in ihrem Urteil vom 03.08.2011 (S 12 KA 962/09) einen ähnlichen Sachverhalt überzeugender beurteilt. Zutreffend hatte sie klare rechtlich verbindliche Verpflichtungen zur Leistungserbringung gefordert, die fehlende Regelung sektorenübergreifender Versorgung für unzulässig gehalten und es auf weitere kritische Punkte nicht mehr ankommen lassen (vgl. auch Rehm, jurisPR-SozR 20/2011 Anm. 2).

Obwohl es sich um eine Fortführung dieser Rechtsprechung handeln soll, geht die Kammer hier einen anderen Weg. Sie belässt es nach ihrem kritischen Zuspruch des Klageanspruchs bei Zweifeln, ob die vorgelegten Verträge Integrierte Versorgung hinreichend regeln. Insofern wäre eine abschließende Beurteilung stringenter gewesen. Dafür soll prozessual sogar ausreichend sein, die Grundvoraussetzungen eines Vertrags über Integrierte Versorgung bloß überschlägig zu prüfen (BSG, Urt. v. 02.11.2010 - B 1 KR 11/10 R und BSG, Urt. v. 25.11.2010 - B 3 KR 6/10 R).

Wenn auch im Ergebnis richtig, sind die Ausführungen des SG Marburg zur Einrede der Verjährung formell wie materiell fragwürdig. Soweit es entsprechenden Nachweis vermisst, ist dem die Amtsermittlungspflicht gemäß § 103 SGG entgegenzuhalten. Und für den Verjährungsbeginn ist wohl eher vom Zahlungstermin gemäß § 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V auszugehen als von einzelnen Quartalsabrechnungen.

Nicht nur für die Prozessbeteiligten ist interessant, wie sich das Landessozialgericht im Berufungsverfahren zu der Entscheidung des SG Marburg positioniert.