

Aktenzeichen:
S 11 KR 772/04 .K



Verkündet am:
14. Dezember 2007

lt. Protokoll
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT SPEYER

IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

Krankenkasse, Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand,

- Beklagte -

hat die 11. Kammer des Sozialgerichts Speyer auf die mündliche Verhandlung
vom 14. Dezember 2007 durch
den Richter am Sozialgericht Hermes
sowie die ehrenamtlichen Richter Herr Krause und Herr Dinges
für Recht erkannt:

Das in Höhe von 653,95 Euro nebst Zinsen zulässige Klagebegehren ist insoweit auch begründet, da die Erforderlichkeit des Einbehalts nach § 140d SGB V nicht hinreichend belegt ist.

Die in Rechnung gestellten Vergütungsforderungen sind zwischen den Beteiligten rechnerisch und sachlich nicht umstritten. Rechtsgrundlage der Vergütungsansprüche ist § 109 Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V i.V.m. dem am 01.01.2000 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV) nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zwischen der Rheinland-Pfälzischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen.

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagte berechtigt war von den jeweiligen Vergütungsansprüchen der Klägerin einen Einbehalt in Höhe von jeweils 0,10 % vorzunehmen. Hierzu könnte die Beklagte allenfalls nach § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V in der vom 01.01.2004 bis 31.12.2006 geltenden Fassung berechtigt gewesen sein. Danach hatte jede Krankenkasse zur Förderung der integrierten Versorgung in den Jahren 2004 bis 2006 (später gesetzlich verlängert bis einschließlich 2008) jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung 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 geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Ein Anspruch der Beklagten auf Einbehalt gemäß § 140d SGB V bestand und besteht nur, wenn und soweit Verträge nach § 140b SGB V zur integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V vorliegen (vgl. eingehend: LSG Thüringen, Urteil vom 24.01.2007 - L 4 KA 362/07 und LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.12.2006 - L 5 KA 758/06) und der Einbehalt zur Förderung eines solchen Vertrags erforderlich gewesen ist.

Klärungsbedürftig ist zunächst welche Anforderungen an die Erforderlichkeit des Einbehalts zu stellen sind und inwieweit die Feststellungen der Beklagten zur Erforderlichkeit des Einbehalts einer Kontrolle durch die Klägerin und nachfolgend durch die Gerichte unterliegen. Zum Teil wird dazu die Auffassung vertreten, dass den Krankenkassen hier von Gesetzes wegen eine Einschätzungsprärogative zukomme. Eine Überprüfungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenhausträger bestehe hingegen nicht; ebenso wenig lasse sich aus dem Gesetz eine entsprechende Nachweispflicht der Krankenkassen herleiten. Es bestehe lediglich eine Selbstbindung der Krankenkassen durch die Schaffung einer gemeinsamen Registrierungsstelle und durch die hierzu getroffenen vertraglichen Regelungen der Spitzenverbände (vgl. Hauck-Nofz/Engelhardt SGB V § 140d Rn. 11 und 12). Dieser Auffassung folgt die erkennende Kammer nicht. Die Pflicht zur späteren abschließenden Abrechnung der Anschubfinanzierung bis zum 31.03.2009 (§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V in der seit dem 01.01.2007 geltenden Fassung) entbindet die Krankenkassen nicht von der Verpflichtung zur Rechnungslegung auch innerhalb dieser Frist für jeden einzelnen von ihr vorgenommenen Vergütungsabzug, da hierdurch Rechtsansprüche der Vertragskrankenhäuser auf Vergütung der in Rechnung gestellten Behandlung geschmälert werden (vgl. Kasseler Kommentar, SGB V § 140d Rn. 7). Dies muss umso mehr gelten als der Gesetzgeber mit der Neuregelung des § 140d SGB V zum 01.01.2007 die bis dahin gesetzlich vorgesehene Rückzahlung der nicht verwendeten Mittel an die

Krankenkassen für Einbehaltungen in den Jahren 2004 bis 2006 ersatzlos gestrichen hat. Das Recht eines von dem Einbehalt Betroffenen, individuell von der Krankenkasse über deren Berechtigung Auskunft zu erlangen bleibt auch durch die Einrichtung der gemeinsamen Registrierungsstelle unberührt (Kasseler Kommentar SGB V § 140d Rn.12). Zumindest müssen die Betroffenen die rechnerische Kalkulation und die sachlichen Kalkulationsgrundlagen auf ihre Plausibilität hin überprüfen können und muss der Einbehalt dem Grunde und der Höhe nach nachvollziehbar sein (vgl. auch § 4 Abs. 2 RegStVereinb). Diesem Anspruch wird das von der RegStVereinb vorgesehene Meldeverfahren, das die Beklagte eingehalten hat, nicht gerecht.

Die der BQS zumeldenden und gemeldeten Daten sind unzureichend um den Einbehalt dem Grunde und der Höhe nach nachvollziehbar zu machen. Diese Daten erlauben es nicht einmal die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Abzugsquote rechnerisch zu bestimmen, weil das zum Vergütungsvolumen des Vertrages zur integrativen Versorgung in Relation zu setzende Ausgabevolumen der Krankenkasse (KV-Gesamtvergütung und Krankenhausausgaben) der Registrierungsstelle nicht gemeldet wird. Zwar hat die Beklagte das hier zugrunde gelegte Ausgabevolumen im Verlauf des gerichtlichen Verfahrens offen gelegt und die Kalkulationsberechnung eingehend erläutert, dadurch ist für das Gericht aber nur die rechnerische Richtigkeit der Kalkulation nachvollziehbar geworden, gegen die die Beklagte auch keine wesentlichen Einwände vorgebracht hat.

Auf den Umstand, dass hier noch vor dem Zusammenschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen in Rheinland-Pfalz zum 01.01.2005 alle KV-Bezirke in Rheinland-Pfalz als Versorgungsregion in den Vertrag zur integrativen Versorgung einbezogen worden sind, obwohl beide vertraglich beteiligten Leistungserbringer ihren Sitz im Bezirk der (ehemaligen) KV-Pfalz haben, kann sich die Klägerin schon deshalb nicht berufen, weil sie hierdurch nicht benachteiligt und deshalb nicht in ihren subjektiven Rechten verletzt worden ist. Denn die Klägerin hat ihren Sitz e-

benfalls im Bezirk der (ehemaligen) KV-Pfalz und wäre auch bei einer Beschränkung des Vertrages auf die Versorgungsregion des (ehemaligen) KV-Bezirks Pfalz von dem Einbehalt betroffen. Der Einbehalt beträfe sie in diesem Fall sogar ungleich höher, weil das der Kalkulation zugrunde zu legende Ausgabevolumen dann überproportional stärker abnehmen würde, als das vertragliche Vergütungsvolumen.

Der Einbehalt ist dem Grunde und der Höhe nach indes nur nachvollziehbar, wenn sich neben der rechnerischen Vorgehensweise auch überprüfen lässt, ob die Kürzungsquote überhaupt durch einen Vertrag zur integrativen Versorgung veranlasst worden ist (so LSG Thüringen und LSG Baden-Württemberg a.a.O.) und wenn auch die tatsächlichen Grundlagen der Kalkulation auf ihre Plausibilität hin überprüft werden können. Das ist vorliegend ohne die Vorlage des Vertrages zur integrierten Versorgung über neurochirurgische Leistungen mit der Gemeinschaftspraxis Dr. Hölken & Lintener und dem Landesverein für innere Mission in der Pfalz e.V. nicht möglich.

Die tatsächlichen Umstände, die der Kalkulation des Einhalts der Beklagten zugrunde liegen, lassen sich nicht feststellen und überprüfen. Die rechnerische Richtigkeit der Kalkulation ist nicht mit deren tatsächlicher Plausibilität gleichsetzbar. Dafür, genauer gesagt zur Überprüfung des kalkulierten Vertragsvolumens, muss der genaue Leistungsgegenstand des Vertrages zur integrierten Versorgung - d.h. die Inhalte der vereinbarten Leistungen - bekannt sein. Es muss feststehen, welche Leistungen im Rahmen des Vertrages erbracht werden können, um so das Vergütungsvolumen pro Leistungsfall (Behandlungskosten pro Fall) sowie die voraussichtliche Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistung als auch die Größe der Versorgungsregion als maßgebliche Kriterien für das kalkulierte Patientenaufkommen zumindest näherungsweise überprüfen zu können. Hierüber kann nur der Vertrag zur integrierten Versorgung selbst Auskunft geben. Wie notwendig eine solche Prüfung ist wird vorliegend dadurch belegt, dass die Beklagte die ursprüng-

liche Kürzungsquote von 0,10 %, nach dem das tatsächliche Behandlungsvolumen offenbar deutlich hinter der Kalkulation zurück blieb, ab dem 01.01.2006 auf 0,0235 % senkte. Die Verringerung der Kürzungsquote um mehr als $\frac{3}{4}$ ist ein Indiz für eine unzureichende und zu beanstandende Kalkulation des ursprünglich in Ansatz gebrachten Vergütungsvolumens, die nach einer Offenlegung des Vertrages und einer Preisgabe der Inhalte der vereinbarten Leistungen verlangt.

Daneben bedarf es der Vorlage des Vertrages auch (um wie in den vorgenannten Verfahren vor dem LSG Baden-Württemberg und dem LSG Thüringen geschehen) prüfen zu können, ob es sich bei dem Vertrag zur integrierten Versorgung über neurochirurgische Leistungen mit der Gemeinschaftspraxis Dr. Hölken & Lintener und des Landesverein für innere Mission in der Pfalz e.V. überhaupt um einen Vertrag im Sinne der §§ 140b, 140a SGB V handelt. Allein die Meldung der Vertragspartner und die allgemeine Bezeichnung des Vertragsgegenstandes ("Neurochirurgische Leistungen in Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus") erlaubt dazu keine abschließende Beurteilung, wie sie von den Gerichten vorzunehmen ist. (vgl. LSG Baden-Württemberg und LSG Thüringen a.a.O.).

Die notwendige Vertragsprüfung hat die Beklagte dem Gericht unmöglich gemacht, weil sie den Vertrag, trotz entsprechender Aufforderung, nicht in prozessual verwertbarer Form vorgelegt hat. Das Gericht konnte deshalb den genauen Leistungsinhalt der vertraglichen Vereinbarung nicht feststellen.

Die Vorlage des Vertrages zur ausschließlichen Einsichtnahme durch das Gericht genügt den prozessualen Anforderungen nicht. Dem Gericht war es nicht gestattet, den unter dieser Bedingung vorgelegten Vertrag auszuwerten. Es hat den Vertrag an die Beklagte mangels Verwertbarkeit zurückgesandt, weil die Beklagte die Kenntnisnahme durch die Klägerin ausgeschlossen hatte. Wegen des Grundsatzes des rechtlichen Gehörs (§ 62 SGG) ist die Verwertung von Angaben, die den

übrigen Prozessbeteiligten nicht zur Kenntnis gebracht werden dürfen, nicht zu deren Lasten möglich (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 08.02.2007 - L 5 ER 268/06 KR).

Die Beklagte kann sich zu ihrer Entlastung auch nicht auf die von ihr vorgelegte Schiedsgerichtsentscheidung des Landesschiedsammtes Berlin für die vertragsärztliche Versorgung (Beschluss vom 19.06.2007) berufen. Diese Entscheidung betrifft nur die vertraglichen Pflichten und Rechte der Krankenkassen im Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung, analog vielleicht auch zu den Vertragskrankenhäusern, sie hat hingegen nicht die prozessualen Obliegenheiten, die die Beklagte treffen, zum Gegenstand. Es mag sein, dass die Beklagte im vertraglichen Miteinander zu den Leistungserbringern nicht zur Offenlegung der Verträge zur integrierten Versorgung verpflichtet ist, sie trifft hingegen eine prozessrechtliche Obliegenheit zu deren Offenlegung, wenn sie eine Beweislastentscheidung zu ihren Ungunsten vermeiden will.

Die Beklagte trifft auch die objektive Beweislast (Feststellungslast). Es gilt der Grundsatz, dass jeder die Beweislast für die Tatsachen trägt, die den von ihm geltend gemachten Anspruch begründen. Der Einbehalt stellt ein selbständiges Recht der Beklagten um den bestehenden Vergütungsanspruch der Beklagten zu kürzen, er ist nicht Teil der Vergütungsforderung der Klägerin.

Schließlich steht der zulässigen Klageforderung auch nicht die Neuregelung des § 140d Abs. 1 SGB V entgegen. § 140d Abs. 1 Satz 4 SGB V in der vom 01.01.2004 bis 30.12.2006 geltenden Fassung sah zunächst vor, dass die von den Krankenkassen einbehaltenen Mittel, die nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung verwendet werden, an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen sind. In der seit dem 01.01.2007 geltenden Neufassung des § 140d Abs. 1 SGB V ist indes nur noch vorgesehen, dass die einbehaltenen Mittel, die nicht innerhalb von drei Jahren verwendet worden sind, spätestens zum 31.03.2009 an die Kassenärztliche

Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser, soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden, entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen ausbezahlen sind (§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V). Demnach sind die in den Jahren 2004 bis 2006 von den Vergütungsforderungen der Krankenhäuser einbehaltenen Beträge zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung, auch wenn sie nicht verwendet worden sind, nicht mehr an die Krankenhäuser ausbezahlen. Diese Regelung betrifft jedoch nur solche Geldmittel, die die Krankenkassen in rechtmäßiger Weise einbehalten haben und dennoch nicht verwenden konnten. Die Krankenkassen werden dadurch nicht von ihrer - weiterhin nach § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V fortbestehenden - Pflicht entbunden, Mittel nur insoweit einzubehalten, als sie zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung erforderlich sind.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits.