

## L 5 KA 734/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 KA 8449/04

Datum  
12.12.2005  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 734/06

Datum  
13.12.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die Integrierte Versorgung setzt die Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer voraus. Wird ein Leistungserbringer (ein Krankenhaus) im Vertrag mit der Krankenkasse dazu ermächtigt, alternativ je nach der konkreten Situation eine Behandlung ambulant oder stationär auszuführen, genügt dies daher den Anforderungen an eine Integrierte Versorgung nicht.

Integrierte Versorgung im Sinne einer Leistungssektoren übergreifenden Versorgung setzt die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern aus den Sektoren "ambulant" und "stationär" voraus. Die Zusammenarbeit zwischen dem operierenden Krankenhaus und der die Anschlussheilbehandlung durchführenden stationären Rehabilitationseinrichtung stellt daher auch keine Leistungssektoren übergreifende Versorgung dar.

Eine Zusammenarbeit zwischen mehreren Krankenhäusern verschiedener Fachrichtungen oder zwischen mehreren Fachärzten oder zwischen Hausärzten und Fachärzten stellt zwar keine Leistungssektoren übergreifende Versorgung jedoch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung im Sinne der Integrierten Versorgung dar.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12. Dezember 2005 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Berechtigung der Beklagten, monatliche Abschlagszahlungen an die Klägerin für Oktober und November 2004 um insgesamt 6.800 EUR zu kürzen.

Am 23.12.2004 hat die Rechtsvorgängerin der Klägerin, die Kassenärztliche Vereinigung Nord-württemberg, beim Sozialgericht Stuttgart Klage erhoben. Sie hat von der Beklagten die vollständige Entrichtung der Abschlagszahlungen auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung in den Monaten Oktober und November 2004 beansprucht. Für diese Monate habe die Beklagte unter Berufung auf [§ 140d Abs. 1 SGB V](#) die Abschlagszahlung nach vorheriger Ankündigung um jeweils 3.400 EUR, zusammen 6.800 EUR gekürzt. Die Beklagte habe den Abzug unter Hinweis auf [§ 140d Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gerechtfertigt, wonach zur Förderung der integrierten Versorgung (IV) jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 Prozent von der nach [§ 85 Abs. 2 SGB V](#) an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einbehalten könne, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140b SGB V](#) geschlossenen Verträgen erforderlich seien.

Nach [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) komme ein Abzug nur in Betracht, wenn ein Vertrag im Rahmen der IV abgeschlossen worden sei. Unter IV verstehe man nach [§ 140a Abs. 1 SGB V](#) eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Verträge, die dieses Anforderungsprofil erfüllten, seien von der Beklagten weder vorgelegt worden noch habe die Beklagte substantiiert dargelegt, dass die von ihr abgeschlossenen Verträge solche im Rahmen der IV seien noch die Abzugsquote begründet. Der vorgelegte Vertrag (Bl. 42 ff. SG-Akte) sei ausschließlich mit stationären Einrichtungen geschlossen und habe nach dessen § 2 die komplette stationäre Krankenhausleistung gemäß [§ 39 SGB V](#), die notwendigen Transporte gemäß [§ 60 SGB V](#) und die stationäre Rehabilitation gemäß [§ 40 SGB V](#) zum Gegenstand. Verträge, die ausschließlich stationäre Leistungen beträfen und den ambulanten Bereich nicht einbezögen, berechtigten nicht zum Abzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Dies folge aus [§ 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) (wonach die einbehaltenen Mittel ausschließlich zur Finanzierung der vereinbarten Vergütungen zu verwenden seien) in

Verbindung mit [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (Erforderlichkeitsmerkmal). Auch [§ 140d Abs. 2 SGB V](#), der eine Bereinigung der Gesamtvergütung für den Fall vorsehe, dass die zur Förderung der IV verwandten Mittel die eingehaltenen Mittel überstiegen, spreche dafür, nur solche Integrationsverträge zur Kürzung der Gesamtvergütung als berechtigt anzusehen, die den vertragsärztlichen Leistungen zu Gute kämen. Denn die Bereinigung nach [§ 140d Abs. 2 SGB V](#) habe entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der IV teilnehmenden Versicherten sowie nach dem im Integrationsvertrag vereinbarten Versorgungsauftrag zu erfolgen.

Die Abzugsberechtigung lasse sich nicht mit der Rechtsauffassung aus dem Beschluss des LSG Brandenburg vom 01.11.2004 ([L 5 B 105/04 KA-ER](#)) rechtfertigen. In dieser Entscheidung habe das Gericht ausgeführt, dass die Krankenkassen unabhängig vom Abschluss konkreter integrierter Versorgungsverträge einen einprozentigen Abzug von der Gesamtvergütung vornehmen könnten. Dies folge aus [§ 140d Abs. 1 Satz 5 SGB V](#), wonach die nicht für die integrierten Versorgungsverträge verwendeten Mittel von den Krankenkassen nach drei Jahren auszuzahlen seien. Das LSG Brandenburg habe jedoch übersehen, dass [§ 140d Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) mit der Formulierung "soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind" erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eingefügt und diese Ergänzung mit folgender amtlicher Begründung ([BT-Drucks. 15/1600, S. 14](#)) versehen worden sei: "Mit dieser Regelung ... sichergestellt werden (soll), dass die vorgesehene Anschubfinanzierung nicht als zusätzliche Finanzreserve zeitweise einbehalten, sondern tatsächlich zur Förderung der integrierten Versorgung verwendet wird." Hieraus werde ersichtlich, dass ausschließlich der Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages, der das Anforderungsprofil nach [§ 140b SGB V](#) erfülle, einen Abzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung rechtfertige. Statt dessen sei auf den Beschluss des Sozialgerichts für das Saarland vom 14.12.2004 ([S 2 ER 89/04 KA](#)) hinzuweisen (vgl. Bl. 103 ff. SG-Akte).

Die ursprünglich begehrte Verzinsung der Klageforderung hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung des SG nicht weiter verfolgt.

Die Klägerin hat Auskünfte der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) über die von der Beklagten abgeschlossenen Verträge beigefügt (vgl. Bl. 81 ff. SG-Akte). Danach hat die Beklagte einen "Vertrag zur Integrierten Versorgung nach [§ 140a SGB V](#) zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung (stationäre Komplexversorgung): ARGE-Verträge 132/137/138/139/2003 und 02/05/43/2004 und 73/2004" zur Registrierung eingereicht, der die stationäre hüft- und knieendoprothetische Komplexversorgung zum Gegenstand hat. Vertragspartner sind neben der Beklagten das K.-O.-Krankenhaus in S., die Rehabilitationsklinik S., die Klinik H. in Bad M., die Orthopädische Klinik M., die Rehabilitationsklinik Gesundheitszentrum Bad W., die Klinik a. E. in G., das Kurhaus Bad B. (eine Fachklinik für Rehabilitation), das D.-Klinikum S., die V.klinik und die Sch.klinik in Bad R.; der Landkreis G. als Träger des Krankenhauses H.klinik und die V.-v.-P.-Kliniken gGmbH. Insgesamt acht Fälle seien betroffen (vgl. Bl. 7 und Aufstellung Bl. 23, 38 SG-Akte).

Der ARGE-Vertrag 132/2003 zwischen der V.klinik in Bad R. als Träger der stationären Akutbehandlung, der Sch.klinik in Bad R. als Träger der stationären Rehabilitation (Bl. 42 ff. SG-Akte) und der BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, der die Beklagte am 01.12.2003 beigetreten ist, wurde vorgelegt. Aus diesem ergibt sich als Ziel und Grundlage des Vertrags (§ 1) "die enge Verknüpfung der stationären Akutbehandlung mit der stationären Rehabilitationsbehandlung ( ...) bei sektorenübergreifender Zusammenarbeit mit medizinischem Gesamtkonzept und professionellem Übergabemanagement". Gegenstand (§ 2) des Vertrags sind hüft- und knieendoprothetische Leistungen, wobei die integrierte Versorgungsleistung nach dem Wortlaut des Vertrags den stationären Krankenhausaufenthalt, die stationäre Rehabilitation und den Krankentransport beinhaltet. Der Vertrag regelt darüber hinaus Vergütung, Verweildauer, die Wahlfreiheit des Versicherten, die Qualitätssicherung und Fragen der Vertragsgeltung.

Die Beklagte hat erwidert, sie praktiziere ab dem 3. Quartal 2004 im Bereich der KV Nord-Württemberg die Anschubfinanzierung nach [§ 140d SGB V](#). Grundlage für die ihrer Auffassung nach gesetzeskonforme Kürzung der Abschlagszahlungen für die Monate Oktober und November 2004 um jeweils 3.400 EUR seien die bestehenden Verträge nach [§ 140a SGB V](#) und die vertraglichen Regelungen auf Bundesebene.

Die Beklagte sei den zwischen dem BKK-Landesverband Baden-Württemberg sowie einzelnen niedergelassenen Ärzten, Krankenhausträgern und Rehabilitationseinrichtungen geschlossenen Verträgen zur IV beigetreten. Die Verträge beinhalteten die endoprothetische Versorgung und Akutversorgung als zusätzliche Leistungsmengen. Es handle sich um leistungssektorenübergreifende, interdisziplinäre Versorgungsleistungen, also medizinische Gesamtkonzepte, bei denen Krankenhausbehandlung und anschließende Rehabilitation zusammengefasst würden. Dazu vernetze man die medizinischen und therapeutischen Leistungen der beiden Sektoren, intensiviere die Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen und praktiziere ein professionelles Übergabemanagement. Man habe Komplexvergütungen vereinbart. Die Verträge beinhalteten die in [§ 140b Abs. 3 SGB V](#) festgelegten Regelungen zur Qualitätssicherung. Daraus habe sich für die Beklagte gemäß dem Wortlaut von [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) die Pflicht ergeben, Einbehalte zur Finanzierung der nach [§ 140c SGB V](#) vereinbarten Vergütungen zu machen. Die Beklagte habe den Mitteleinbehalt an die bestehenden Verträge gekoppelt und eine kalkulatorische Berechnung vorsichtig anhand von Echtzahlen und unter Beachtung des Regionalprinzips sowie der Organisationsstrukturen durchgeführt. Für die Kalkulation seien vergleichbare Krankenhaus-Abrechnungsfälle aus dem Jahr 2003 ermittelt und gemäß dem Anteil von Krankenhausauffällen in Nord-Württemberg und Gesamt Baden-Württemberg beziffert worden. Die Fallzahl sei mit dem Durchschnitt aller Komplexvergütungen der bestehenden Verträge nach [§ 140a ff. SGB V](#) multipliziert und so die Kostenplanung 2004 als Gesamtbetrag berechnet worden. Diese Kostenplanung sei der Summe der Haushaltsplanwerte 2004 aus voll- und teilstationärer Krankenhausbehandlung und der an die KV zu entrichtenden Gesamtvergütung gegenübergestellt und so der prozentuale Einbehalt von 1,06 Prozent festgestellt worden. Die Meldung der Vertragspartner durch die Beklagte an die Registrierungsstelle sei in dem Umfang erfolgt, wie es die Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Einrichtung der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des [§ 140d SGB V](#) vorsehe. Darüber sei die Klägerin rechtzeitig im Juni 2004 informiert worden.

Bei der Regelung der Anschubfinanzierung habe der Gesetzgeber die pauschale Bereinigung der Vergütungen für Leistungen der Regelversorgung zur Förderung der IV beabsichtigt. Die IV könne sich sowohl auf den ambulanten als auch auf den stationären Bereich beziehen. Für die Umsetzung der Anschubfinanzierung sei der Versorgungsbereich nicht relevant. Der Einbehalt habe in beiden Sektoren einheitlich zu erfolgen. Gemäß Satz 1 des Abs. 1 [§ 140d SGB V](#) habe die Krankenkasse eine Abzugsquote von höchstens einem Prozent anzuwenden, soweit die Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140a ff. SGB V](#) geschlossenen Verträgen notwendig seien. Die Kalkulation des voraussichtlichen Vergütungsvolumens für Verträge über die IV sowie die Art und Weise der Berechnung habe der Gesetzgeber in [§ 140d SGB V](#) ausschließlich in das Ermessen der Krankenkasse gelegt. Aufgrund des vorgegebenen Zeitraums von 2004 bis 2006 werde die

unverzügliche Bereitstellung von integrierten Versorgungsformen in der Krankenbehandlung bezweckt. Da die IV nach dem vor dem 01.01.2004 geltenden Recht nicht bzw. nur sehr eingeschränkt zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart worden sei, habe der Gesetzgeber die Regelungen in [§ 140a ff. SGB V](#) neu gefasst und dabei gerade auf die pauschale Bereinigung und den prospektiven Einbehalt von Mitteln gesetzt. Die Beklagte habe am 29.04.2004 mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziales Kontakt aufgenommen. Nach den Angaben des Referatsleiters des Referats Grundsatzfragen in der gesetzlichen Krankenversicherung sei vom Gesetzgeber ganz bewusst formuliert worden, dass eine vom Leistungssektor der Verträge nach [§ 140a ff. SGB V](#) unabhängige (ambulant oder stationär) und einheitliche Kürzung im jeweiligen KV-Bereich durch die Krankenkassen zu erfolgen habe. Aus den Erfahrungen der Vergangenheit sei es dem Gesetzgeber wichtig gewesen, die Arbeit der Krankenkassen durch verwaltungsökonomische Vereinfachungen zu unterstützen.

[§ 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) besage abschließend: "Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach [§ 140c Abs. 1 Satz 1](#) vereinbarten Vergütungen zu verwenden." Im Kontext mit [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) handele es sich um die Verwendung der jeweiligen Mittel, welche die Krankenkassen von den Gesamtvergütungen sowie Krankenhausrechnungen aufgrund von Planwerten einbehalten, ohne dass bereits integrierte Versorgungsformen durchgeführt würden. [§ 140d Abs. 1 SGB V](#) habe prospektiven Charakter. [§ 140d Abs. 2 SGB V](#) ermögliche den Krankenkassen für die Finanzierung der IV eine zusätzliche, nachträgliche kassenindividuelle Bereinigung der Gesamtvergütung der KV aufgrund eines Verhandlungsergebnisses. Die Regelungen des Gesetzgebers seien nur angemessen und konsequent, wenn er festlege, dass eine über die einheitliche Anschubfinanzierung nach [§ 140d Abs. 1 SGB V](#) hinausgehende und alleinige Bereinigung der Gesamtvergütung der KV ausschließlich für den adäquaten Versorgungsbedarf erfolgen könne. [§ 140d Abs. 2 SGB V](#) habe relativierend-nachfassenden Charakter. Abs. 1 und 2 des [§ 140d SGB V](#) setzten zwei grundlegend zu unterscheidende Situationen voraus, eine Verquickung für die von der Klägerin angestrebte Nachweisführung für die Berechtigung der Klage sei ausgeschlossen.

Der von der Beklagten praktizierte Mitteleinbehalt ergebe sich aus [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Der Wortlaut im Gesetzestext sei zweifelsfrei. Mit den Regelungen in [§ 140d SGB V](#) habe der Gesetzgeber seine Intentionen ganz deutlich zum Ausdruck gebracht. Dies beweise u.a. auch [§ 140d SGB V](#) Abs. 1 in Satz 2 durch die eindeutige und unmissverständliche Formulierung, dass die Regelungen in Satz 1 (Mitteleinbehalt) nicht die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen beträfen. Ein weiteres Indiz sei die ebenso unmissverständliche und gezielte Regelung hinsichtlich der Kürzung der Krankenhausabrechnungen für voll- und teilstationäre Versorgung. Dadurch sei beispielsweise eine Kürzung der Krankenhausabrechnungen für ambulante Versorgungen ausgeschlossen. Ebenso zweifelsfrei bestimme [§ 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) durch den Bezug auf [§ 140c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), dass die unabhängig vom Leistungssektor einbehaltenen Mittel ausschließlich zweckgebunden für IV (erneut unabhängig vom Leistungssektor) zu verwenden seien. Denn [§ 140c Abs. 1 Satz 1](#) sehe gleichfalls keine Unterscheidung der Vergütungsfestlegung nach Leistungssektoren vor. Zweck des [§ 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) sei es, dass eine Mittelverwendung für andere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausscheide. Im weiteren widerlege auch [§ 140d Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) die Rechtsauslegung der Klägerin, denn sinngemäß des [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) seien die einbehaltenen, innerhalb von drei Jahren nicht verwendeten Mittel an die KV sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen. Gerade durch die Wortbestimmung "sowie" in [§ 140d Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) setze der Gesetzgeber die Abzugsgrundlagen für die Umsetzung der Anschubfinanzierung durch die Krankenkassen auf eine Ebene ohne Differenzierung in der Handhabung. Im Übrigen verfolge die Beklagte den Abschluss und Beitritt zu weiteren Verträgen nach [§ 140a ff. SGB V](#), die sich auf die Verbesserung der Versichertenversorgung auch im ambulanten Sektor bezögen. So habe sie mittlerweile einen Vertrag zur ambulanten Behandlung bei akutem Hörsturz abschließen können. Anlaufschwierigkeiten habe es bei der Einbeziehung des ambulanten Bereichs deswegen gegeben, weil bis zum 01.01.2004 keine direkten Vertragsbeziehungen zwischen einzelnen Ärzten und Krankenkassen möglich gewesen seien.

Das SG hat der Klage mit Urteil vom 12.12.2005 statt gegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 6.800 EUR zu zahlen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die von der Klägerin erhobene Leistungsklage zulässig und in der Sache auch begründet sei. Es hat dazu ausgeführt, dass zunächst nach dem klaren Wortlaut des [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 letzter Halbsatz](#) Voraussetzung für das Einbehalten der Mittel für eine Anschubfinanzierung der auch tatsächliche Abschluss entsprechender IV-Verträge sei. Soweit das LSG Brandenburg in seinem Beschluss vom 1. November 2004 eine andere Auffassung vertreten habe, könne die vor dem Hintergrund der eindeutigen gesetzlichen Regelung, die das LSG Brandenburg offenkundig übersehen habe, nicht Bestand haben. Das SG hat weiter darauf verwiesen, dass schon der Wortlaut des [§ 140 d Abs. 1 Satz 1](#) durch die Formulierung des bis zu 1 %-Abzugs "von der an die KV zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung" für eine einheitliche Abzugsquote ohne Berücksichtigung des betroffenen Leistungssektors spreche. Damit scheide nicht etwa schon ein Einbehalten nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1](#) dann aus, wenn ein IV-Vertrag ausschließlich stationäre Leistungen betreffe. Auch zeige [§ 140 a Abs.1 Satz 1 SGB V](#) weiter, dass die IV-Verträge als entweder verschiedene Leistungssektoren übergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend definiert würden, also diese Voraussetzungen alternativ, aber nicht kumulativ zu verstehen seien. Auch spreche die Auszahlungsklausel in [§ 140 d Abs.1 Satz 5 SGB V](#) für einen einheitlichen und sektorunabhängigen Mitteleinbehalt bei der Anschubfinanzierung. Nach dieser Vorschrift seien die innerhalb von drei Jahren nicht für Zwecke der integrierten Versorgung verwendeten Mittel an die KV sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen. Auch hier werde gerade nicht danach differenziert, für welche Versorgungsbereiche die Mittel eingesetzt worden seien. Auch im übrigen würde diese Einschätzung bei einer Gesamtschau der gesetzlichen Regelungen unter Berücksichtigung der Gesetzesmaterialien bestätigt.

Im Weiteren ist das SG jedoch zu der Auffassung gelangt, dass keiner der hier streitigen Verträge die Voraussetzungen eines IV-Vertrages im Sinne von [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) erfülle. Zunächst seien die vorliegenden Verträge nicht interdisziplinär-fachübergreifend. Sie beträfen allein den orthopädischen Fachbereich. Sie seien auch nicht Leistungssektoren übergreifend. Bei diesen Verträgen gehe es um die Vernetzung der stationären Akutbehandlung mit der stationären Rehabilitationsbehandlung (Anschlussrehabilitation). Damit sei nur der stationäre Sektor betroffen. Eine Definition des Begriffs Leistungssektor enthalte das SGB V nicht. Die klassische Sektorenaufteilung in den ambulanten und den stationären Bereich ergebe sich aus der gesetzlichen Regelung der Beziehungen der Krankenkassen zu den ambulanten Leistungserbringern (Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren) in den [§§ 72 ff. SGB V](#) auf der einen und den Beziehungen zu den stationären Leistungserbringern (Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) in den [§§ 107 ff. SGB V](#) auf der anderen Seite. Der Gesetzgeber verfolge allerdings mit der Neuregelung der [§§ 140 a ff. SGB V](#) das Ziel, die integrierte Versorgung zu fördern. Es sollten hier entsprechende Gestaltungsspielräume geschaffen werden. Der Wettbewerb um eine sachgemäße und "kluge" Integration der verschiedenen Leistungsbereiche setze nach der Auffassung des Gesetzgebers weiter voraus, den Akteuren vor Ort Freiheiten zur Gestaltung in Eigenverantwortung einzuräumen. Berücksichtige man noch die möglichen Vertragspartner

der Krankenkassen nach [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) spreche nach Auffassung des SG alles dafür, die Leistungssektoren differenzierter zu betrachten. Danach wären die Krankenhausbehandlung und (ambulante und stationäre) Rehabilitation als verschiedene Leistungssektoren zu betrachten. Gleichwohl hat sich das SG auf den Standpunkt gestellt, eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung liege nur dann vor, wenn Leistungserbringer aus dem ambulanten und dem stationären Bereich beteiligt seien, da dies vorliegend nicht der Fall sei, hat das SG letztlich der Klage stattgegeben.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 18.01.2006 zugestellte Urteil am 15.02.2006 Berufung eingelegt. Sie hat auf ihr Vorbringen erster Instanz Bezug genommen, es wiederholt und vertieft. Die Krankenhausbehandlung und die ambulante und stationäre Rehabilitation seien als verschiedene Leistungssektoren zu definieren. Sie hätten - wie insbesondere im Schriftsatz vom 31.7.2006 sehr ausführlich dargelegt wird - unterschiedliche Behandlungsziele, beträfen andere Behandlungsstadien und entwickelten sich eigenständig, hinzukomme, dass die Inanspruchnahme durch Patienten von einander abweichenden rechtlichen Voraussetzungen abhingen.

Hätte der Gesetzgeber nur den ambulanten und den stationären Bereich im Auge gehabt, so hätte es nahe gelegen, dies im Gesetz auch so festzuschreiben. Gerade der Blick auf die in § 140b Abs. 1 genannten möglichen Vertragspartner zwingt dazu, die Leistungssektoren differenzierter zu betrachten. Verschiedene Leistungssektoren seien demnach die verschiedenen Bereiche, in denen Leistungen für die Versorgung von Versicherten erbracht würden. Zu differenzieren sei nach folgenden Leistungssektoren: - Krankenhausbehandlung - Versorgung mit Heilmitteln, Hilfsmitteln, Arznei- und Verbandmitteln, -Rehabilitationsleistungen (ambulant und stationär) - ambulante Versorgung mit Leistungen der fachärztlichen/vertragszahnärztlichen Versorgung - der Krankentransport - die Sozialtherapie - Hebammenleistungen - Pflegeleistungen

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen seien rechtlich autonome Leistungserbringer mit eigenen Strukturen und eigenen Vergütungsregelungen. Eine großzügige Auslegung des Begriffs des Leistungssektors führe dazu, die Gestaltungsspielräume beim Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung zu vergrößern und damit die in [§ 140b Abs. 1 SGB V](#) genannten möglichen Vertragspartner einzubeziehen. Die Schaffung derartiger Handlungs- und Gestaltungsspielräume habe der Gesetzgeber ausdrücklich gewollt. Ergänzend wurde eine Projektarbeit der Autoren Schwiedernoch und Özyurt vom Mibeg-Institut Medizin, Köln zur IV in Deutschland vorgelegt (vgl. Bl. 23 ff. LSG-Akte).

Auch müsse gerügt werden, dass einer der mitentscheidenden ehrenamtlichen Richter der Kammer des SG Geschäftsführer der AOK Baden-Württemberg und damit eines Mitbewerbers gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12.12.2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Eine vertragliche Verbindung zwischen einem Krankenhaus und einer Rehabilitationseinrichtung stelle keinen Leistungssektorenübergreif dar, da es hierzu der Einbeziehung sowohl des ambulanten als auch des stationären Sektors bedürfe. Eine explizite Regelung durch den Gesetzgeber sei nicht erforderlich gewesen, der Gesetzessystematik sei die Trennung zwischen einem ambulanten und einem stationären Sektor immanent. Der zweite Abschnitt des vierten Kapitels des SGB V regle die Beziehungen zu Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten, der dritte Abschnitt dieses Kapitels die Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen. Nur wenn hiervon hätte abgewichen werden sollen, hätte der Gesetzgeber eine eigene Definition des Begriffs der Leistungssektoren vornehmen müssen. Der Rückgriff auf die Leistungsbereiche des Leistungsrechts überzeuge nicht, weil Leistungsrecht und Leistungserbringerrecht im SGB V systematisch getrennt seien. Im Übrigen erschöpfe sich der Inhalt des Vertrags auf den rein organisatorischen Aufwand. Die Überlassung von Behandlungsunterlagen sowie die rechtzeitige Information des Patienten seien Selbstverständlichkeiten, die keiner gesonderten vertraglichen Vereinbarung bedürften.

Der Senat hat die Beklagte aufgefordert mitzuteilen, ob die ARGE-Verträge 137/138/139/2003 und 02/05/43/73/2004 mit dem vorgelegten ARGE-Vertrag 132/2003 wortgleich sind und ggf. abweichend formulierte Verträge vorzulegen. Die Beklagte hat daraufhin mitgeteilt, die Verträge 132/137/138/139/2003 und 02/05/43/73/2004 seien wortgleich. Die Beklagte hat dem Senat weiter mitgeteilt, sie habe ab dem Jahr 2005 viele weitere Vertragsmodelle in der integrierten Versorgung mit verschiedenen Konstellationen bei den Vertragspartnern und Leistungsinhalten abgeschlossen. So sei etwa der Vertrag 132/2003 am 15.07.2005 dahingehend ergänzt worden, dass nun auch niedergelassene Ärzte einbezogen worden seien. Nunmehr sei damit auch der ambulante Bereich erfasst. Gleiches gelte für die Verträge 138/2003 und 139/2003, in welche niedergelassene Ärzte seit dem 01.09.2005 einbezogen worden seien.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten, im Streit stehen Zahlungen in Höhe von 6.800 EUR.

II.

Soweit die Beklagte im Berufungsverfahren sinngemäß einen Verfahrensfehler des SG gerügt hat, weil einer der mitwirkenden ehrenamtlichen Richter der Kammer des SG Geschäftsführer der AOK Baden-Württemberg, also eines Mitbewerbers gewesen sei, hindert

dies den Senat nicht an seiner Entscheidung. Der ehrenamtliche Richter war nicht kraft Gesetzes ausgeschlossen. Zum anderen ist kein Ablehnungsgrund ersichtlich, denn er wurde von der Beklagten auch nicht wegen der Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Nach Abschluss der ersten Instanz geht der erst im Berufungsverfahren gestellte Befangenheitsantrag zudem ins Leere.

Der Umstand, dass ein ehrenamtlicher Richter Mitarbeiter einer konkurrierenden Krankenkasse ist, steht einer Entscheidung grundsätzlich nicht entgegen, dies ist vom Gesetz sogar ausdrücklich gewollt. Die Kammer ist in Angelegenheiten des Vertragsarztrechts nach [§ 12 Abs. 1 und 3 SGG](#) mit einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassen zu besetzen. Wäre der ehrenamtliche Richter Angehöriger der beklagten Krankenkasse, wäre er vom Richteramt gem. [§ 60 SGG](#) i.V.m. [§ 41 Abs. 1 und 4 ZPO](#) ausgeschlossen. Es wird also immer ein ehrenamtlicher Richter aus dem Kreis der Krankenkassen mitwirken müssen, der einer konkurrierenden Krankenkasse angehört.

Aber selbst wenn ein wesentlicher Verfahrensmangel vorläge, wäre der Senat nicht gezwungen, eine angefochtene Entscheidung aufzuheben und die Sache an das SG zurückzuverweisen. [§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) sieht nur die Berechtigung des Senats zur Zurückverweisung im Rahmen einer Ermessensentscheidung vor. Ein Landessozialgericht ist selbst dann, wenn das SG nicht vorschriftsmäßig besetzt gewesen sein sollte, nicht verpflichtet zurückzuweisen (vgl. schon BSG, Urteil vom 17.02.1956, [6 RKA 14/55](#), [BSGE 2, 201](#)). Die Zurückverweisung soll Ausnahme bleiben. Der Senat sieht hier wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Klärung der Frage, was genau unter integrierter Versorgung zu verstehen ist, die Notwendigkeit revisionsgerichtlicher Entscheidungsfindung in angemessener Zeit, was einer Zurückverweisung - so sie denn überhaupt in Betracht käme - entgegensteht.

### III.

Die Berufung der Beklagten ist unbegründet. Das SG hat die Beklagte richtigerweise zur Zahlung der einbehaltenen 6.800 EUR verurteilt. Denn die Verträge, wegen welcher die Beklagte den hier streitigen Betrag einbehalten hat, sind keine Verträge über integrierte Versorgung im Sinne von [§ 140 a SGB V](#).

A. Die Klage ist zulässig. Das Begehren der Klägerin ist auf Zahlung des hier streitigen einbehaltenen Betrages von 6.800 EUR gerichtet, es handelt sich damit um eine echte Leistungsklage im Sinne von [§ 54 Abs. 5 SGG](#). Hauptanwendungsfall der allgemeinen Leistungsklage, für die weder ein Vorverfahren noch eine Klagefrist gilt, ist der so genannte Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in denen eine Leistung nicht durch Verwaltungsakt einseitig festgesetzt werden kann, hier die von der Klägerin geltend gemachte vollständige Zahlung der Gesamtvergütung.

B. Die Klage ist auch begründet. Gemäß [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) entrichtet die Krankenkasse nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen (Satz 1).

Die Höhe der Gesamtvergütung wird gemäß [§ 85 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) im Gesamtvertrag

1. mit Wirkung für die Krankenkasse der jeweiligen Kassenarztart, für die Verträge nach [§ 83 Abs. 1 Satz 1](#) geschlossen sind, 2. mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen, für die Verträge nach [§ 83 Abs. 1 Satz 2](#) geschlossen sind, vereinbart. Die Gesamtvergütung ist gemäß [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.

Nach [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) (in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) - GMG - mit Wirkung ab 1. Januar 2004) können abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in [§ 140 b Abs. 1](#) genannten Vertragspartnern abschließen (Satz 1). Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach [§ 75 Abs. 1](#) eingeschränkt (Satz 2). Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung (Satz 3).

Die Krankenkassen können gemäß [§ 140 b Abs. 1](#) in der seit dem 1. Januar 2004 nach dem GMG maßgeblichen Fassung die Verträge nach [§ 140 a Abs. 1](#) nur mit 1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften 2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 Abs. 2](#) besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften, 3. Trägern von Einrichtungen nach [§ 95 Abs. 1 Satz 2](#) oder deren Gemeinschaften, 4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach [§ 140 a](#) durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten, 5. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften

abschließen.

Gemäß [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 2004 maßgeblichen Fassung nach dem GMG hat jede Krankenkasse zur Förderung der integrierten Versorgung in den Jahren 2004 bis 2006 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 [§ 140 b](#) geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen (Satz 2). Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach [§ 140 c Abs. 1 Satz 1](#) vereinbarten Vergütungen zu verwenden (Satz 3). Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden (Satz 4). Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen (Satz 5).



[§ 140 d Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung bestimmt, dass die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewandten Mittel die nach Abs. 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140 a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen haben; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Der Behandlungsbedarf nach § 85 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140 a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen (Satz 2). Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140 a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen (Satz 3).

Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben gemäß [§ 140 d Abs. 3 SGB V](#) die Ausgaben volumens rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgaben volumens sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern (Satz 2). Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden (Satz 3).

Aus den genannten Regelungen ergibt sich, dass ein Anspruch der Beklagten auf Einbehalt der hier streitigen Summe gemäß [§ 140 d SGB V](#) zwar unabhängig davon ist, aus welchem Bereich die Leistungserbringer im Einzelnen kommen, aber nur bestehen kann, wenn und soweit tatsächlich IV-Verträge im Sinne des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) vorliegen, das heißt entweder eine Leistungssektoren-übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung zum Inhalt haben.

1. Soweit das LSG Brandenburg noch in einem Beschluss vom 1. November 2004 ([L 5 B 105/04 KA-ER](#)) in [MedR 2005, 62](#) bis 63) die Auffassung vertreten hat, dass ein vorläufiger Einbehalt von 1 v. H. der Gesamtvergütung unabhängig davon zulässig sei, ob überhaupt entsprechende IV-Verträge geschlossen worden sind, kann dem aufgrund der Gesetzeslage in [§ 140 d Abs. 1 Satz 1](#) letzter Halbsatz SGB V nicht gefolgt werden. Das LSG Brandenburg hat diese gesetzliche Regelung im letzten Halbsatz zwar zitiert, jedoch wohl unzutreffend interpretiert, denn in seiner Begründung bezieht es sich auf die Gesetzesbegründung zu einer Fassung des [§ 140 d SGB V](#) in der [BT-Drs. 15/1525 Seite 130](#), die in Abs. 1 Satz 1 den entsprechenden Zusatz ("soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b geschlossenen Verträgen erforderlich sind") noch nicht enthielt. Diese Koppelung an den Nachweis eines auch entsprechenden geschlossenen IV-Vertrages wurde erst auf entsprechenden Änderungsantrag vom 24. September 2003 (siehe [BT-Drs. 15/1584 Seite 4](#) - Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung -) aufgenommen. Damit sollte sichergestellt werden, dass die vorgesehene Anschubfinanzierung nicht als zusätzliche Finanzreserve zeitweise einbehalten, sondern tatsächlich zur Förderung der integrierten Versorgung verwendet wird (siehe Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 25. September 2003, [BT-Drs. 15/1600 Seite 14](#) zu Art. 1 Nr. 116 -§ 140 d-).

2. Der Rechtmäßigkeit eines Einbehaltes nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) steht allerdings zunächst nicht entgegen, wenn unter den Leistungserbringern eines IV-Vertrages keine niedergelassenen Vertragsärzte beteiligt sind. In § 140 d Abs. 1 Satz 1 ist allein bestimmt, dass zur Förderung der integrierten Versorgung jede Krankenkasse jeweils in den Jahren 2004 bis 2006 Mittel bis zu 1 v. H. 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 hat. Dies heißt aber mit anderen Worten, dass zur Finanzierung dieser Anschubfinanzierung nach dem Willen des Gesetzgeber sowohl die Vertragsärzte über ihre Gesamtvergütung wie auch auf der anderen Seite die Vertragskrankenhäuser über die von ihnen erbrachten und geltend gemachten Leistungen für voll- und teilstationäre Versorgung grundsätzlich mitzufinanzieren haben, und zwar ohne dass es darauf ankommt, aus welchem Bereich die Leistungserbringer kommen, obwohl zumindest bei interdisziplinär-fachübergreifender Versorgung auch etwa die Möglichkeit besteht, dass die Leistungserbringer in diesem Fall entweder nur aus dem Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte oder nur aus dem Bereich der Krankenhäuser kommen (siehe dazu auch noch unter C.).

Wie vom SG in seiner Entscheidung zutreffend ausgeführt zeigen auch die weiteren Regelungen in § 140 d, dass eine Differenzierung des Gesetzgebers danach, in welchem Bereich nun tatsächlich die konkreten Vertragspartner des IV-Vertrages als Leistungserbringer tätig sind, bei der Abrechnung und Auszahlung bzw. Rückzahlung nicht verbrauchter Mittel ([§ 140 d Abs. 1 Satz 5 SGB V](#)) nicht vorgenommen wird.

Etwas anderes ergibt sich hier auch nicht aus [§ 140 d Abs. 2 SGB V](#), der für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewandten Mittel die nach Abs. 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, eine differenzierende Regelung trifft. Denn diese Regelung betrifft gerade nur die insoweit zusätzlich notwendigen Mittel zur Förderung der integrierten Versorgung, soweit die bereits nach Abs. 1 pauschal einbehaltenen Mittel nicht ausreichen. Bezüglich der nach § 140 d Abs. 1 einbehaltenen Mittel trifft § 140 d Abs. 2 auch bei diesen Konstellationen jedoch keine nachträglich differenziertere Berechnungsregel.

Soweit das SG des Weiteren auch die Auffassung vertreten hat, gerade der Vergleich bezüglich der Regelungen zur integrierten Versorgung gemäß den [§§ 140 a ff. SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung mit der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung bestätige noch mal, dass ein Abzug von der Gesamtvergütung im Rahmen der Anschubfinanzierung auch dann zu verlangen sei, wenn der IV-Vertrag den ambulanten Sektor nicht betreffe, vermag der Senat diesem Argument allerdings nicht zu folgen. Zwar waren in der bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung die Kassenärztlichen Vereinigungen noch im Gegensatz zum jetzt geltenden Recht als Vertragspartner in der integrierten Versorgung vorgesehen. Ebenso ist die Notwendigkeit von Rahmenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Abschluss von Integrationsverträgen weggefallen. Dies ist aber in aller erster Linie deshalb geschehen, da nach Einschätzung des Gesetzgebers die bislang nach altem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar gemacht habe. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass sich dies als eines der Hindernisse für den Abschluss für Verträgen zur integrierten Versorgung erwiesen habe. Aus diesem Grunde wird mit der Neuregelung nun die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben. Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140 d (a. F.) scheide damit aus (siehe Gesetzesbegründung in der [BT-Drs. 15/1525 Seite 129](#) zu Nr. 113 (§ 140 a) zu Buchstabe a). Die vom SG hierzu vertretende Schlussfolgerung zum Leistungssektor kann nach Auffassung des Senats aufgrund dessen hieraus nicht gezogen werden.

Letztlich aber bestätigt in der Gesamtschau auch die Intention des Gesetzgebers den pauschalen Einbehalt der Mittel für die Anschubfinanzierung. Denn das Ziel des GMG ist es, ein hohes Versorgungsniveau bei angemessenen Beitragssätzen auch in Zukunft zu gewährleisten. Hierzu sollen strukturelle Maßnahmen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Schwerpunktmäßig verfolgt die Reform die Weiterentwicklung u. a. der Versorgungsstrukturen ([BT-Drs. 15/1600 Seite 3](#) unter II 1.). Hierbei sollte der Ausbau der integrierten Versorgung durch die Anschubfinanzierung in § 140 d sichergestellt werden ([BT-Drs. 15/1600 Seite 11](#); [BT-Drs. 15/1525 Seite 131](#) zu Nr. 116 -§ 140 d-). Das heißt also mit anderen Worten nochmals, auch wenn - wie insbesondere bei interdisziplinär-fachübergreifender Versorgung im Sinne der integrierten Versorgung möglich - die Leistungserbringer etwa nur aus dem Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte oder nur aus dem Bereich der Krankenhäuser kommen können, sollen dennoch grundsätzlich sowohl die Krankenhäuser als auch die niedergelassenen Vertragsärzte ihren Anteil zur Anschubfinanzierung beitragen. Der Gesetzgeber hat hier also im Interesse der von ihm beabsichtigten Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung eine pauschale Finanzierungsregelung geschaffen, um so ohne größeren bürokratischen Aufwand kurzfristig im notwendigen Umfang auch tatsächlich die Geldmittel zur Verfügung zu haben. Die in [§ 140d SGB V](#) geregelte pauschale Anschubfinanzierung ist damit insgesamt nicht zu beanstanden, sondern bewegt sich in dem Gesetzgeber generell eingeräumten Gestaltungsspielraum.

C. Die hier streitigen Verträge erfüllen jedoch nicht die Voraussetzungen einer integrierten Versorgung im Sinne von [§ 140 a SGB V](#). Keiner der hier streitigen acht Verträge beinhaltet eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung (dazu im Folgenden unter 1.) oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten (dazu unter 2.). Damit aber fehlt es an der für die Einbehaltung von 1 v.H. der an die Klägerin zu entrichtenden Gesamtvergütung zur Finanzierung der integrierten Versorgung notwendigen Voraussetzung, nämlich entsprechender Verträge zur integrierten Versorgung im Sinne von [§ 140a SGB V](#).

1. Keiner der hier streitigen wortgleichen Verträge erfüllt die Bedingung einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung im Sinne von [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#).

a) Zunächst definiert das Gesetz selbst in [§ 140 a SGB V](#) nicht weiter, was es unter einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung versteht. Zur "Vorläuferregelung" der §§ 140 a bis 140 g in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung hat der Gesetzgeber in der Begründung ([BT-Drs. 14/1245 Seite 53](#), 55/56) u. a. ausgeführt:

Unter A) Allgemeiner Teil I. Ziel und Handlungsbedarf 1. Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Das Ziel eines effizienteren und qualitätsorientierten Gesundheitssystems wird nur zu erreichen sein, wenn es gelingt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren und die Prinzipien "ambulant vor stationär" und "Rehabilitation vor Pflege" konsequent umzusetzen ...

5. Handlungsbedarf in einzelnen Bereichen. In dem Zusammenhang werden als Mängel im System unter anderem genannt: - eine starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung mit der Folge nicht abgestimmter Behandlungsverläufe und unvermeidbarer Doppeluntersuchungen, ... - das Fehlen einer sektorübergreifenden Ausgabensteuerung, die die strikte sektorale Budgetierung ersetzt, Beitragsstabilität gewährleistet und zugleich die finanziellen Ressourcen dorthin steuert, wo eine bedarfsgerechte Leistungserbringung stattfindet ("Geld folgt der Leistung"), ...

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes 1. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung Die Verbesserung der Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen wird erreicht durch:

- integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und ihren bevollmächtigten Verbänden und Leistungserbringern bei freiwilliger Beteiligung der Versicherten; soweit die vertragsärztliche Versorgung betroffen ist, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage einer zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden zu schließenden Rahmenvereinbarung beteiligt, die Kassenärztlichen Vereinigungen können allerdings auch selbst Vertragspartner in integrierten Versorgungsformen werden.

Der Gesetzgeber hat des Weiteren im Hinblick auf die "Vorläuferregelung" in der [BT-Drs. 14/1245 Seite 91](#) zu Nr. 82 (§§ 140 a bis 140 g) ausgeführt:

Die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird gezielt durchbrochen, um die Voraussetzungen für eine starke, an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich.

Weiter ist in der Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 14/1245 Seite 91](#) zu § 140 a zu Abs. 1 ausgeführt, im Gegensatz zu den nach dem bisherigen Recht möglichen Praxisnetzen aufgrund von Strukturverträgen solle eine Versorgungsdichte erreicht werden, die über die bloße ambulante ärztliche Behandlung hinausgehen solle, aber nicht notwendigerweise gehen müsse. Auch integrierte Versorgungsformen, die sich auf eine fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer hausärztlichen Versorgung beschränken, seien möglich. Schon dies ist ein Hinweis darauf, dass der Gesetzgeber primär an die Leistungssektoren "ambulant" und "stationär" gedacht hat.

Auch in der Literatur wird offensichtlich von den Sektoren "ambulant" und "stationär" ausgegangen, so Becker noch zur Vorgängerregelung (in "Rechtliche Rahmenbedingungen der integrierten Versorgung" in NZS 2001, 505) wie auch - unter anderem unter Bezugnahme auf die Gesetzesbegründung - Udsching (in "Probleme der Verzahnung von ambulanter und stationärer Krankenbehandlung" in NZS 2003, 411) und Degener-Hencke (in "Integration von ambulanter und stationärer Versorgung - Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung" in NZS 2003, 629). Als Beispiele einer "sektorenübergreifenden" Versorgung werden (auch noch zur Vorgängerregelung) etwa eine indikationsspezifische integrierte Versorgung, gerichtet auf die Versorgung bestimmter meist chronischer Erkrankungen (z. B. Diabetes) in Versorgungsketten, oder auch eine umfassend auf die medizinische Betreuung von Versicherten durch einen Verbund von Leistungserbringern gerichtete Versorgung genannt (siehe etwa Hess in KassKomm Vor [§ 140a SGB V](#) Rdnr. 6 - Stand März 2001 -). § 2 der Rahmenvereinbarung gem. [§ 140d SGB V](#) (alte Fassung) definierte die integrierte Versorgung im Sinne von [§ 140a SGB V](#) a.F. als Leistungssektoren übergreifende Versorgung im Verbund mehrerer Leistungserbringer, die eine sektorübergreifende Verknüpfung von

Leistungs- und Vergütungsinhalten, z. B. durch kombinierte Budgets, umfasst.

b) Auch dem Gesetzentwurf zum GMG und der jetzt hier maßgeblichen Fassung von [§ 140 a SGB V](#) ist insoweit nichts anderes zu entnehmen. Dort ist u. a. unter der Überschrift Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ([BT-Drs. 15/1525 Seite 74](#) Nr. 3) ausgeführt, dass die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ein weiteres wesentliches Ziel der Reform sei. Weiter ist dort festgehalten, dass die integrierte Versorgung weiterentwickelt werde, juristische und ökonomische Hemmnisse beseitigt würden. Im Übrigen wird an anderer Stelle im Gesetzentwurf zum GMG ([BT-Drs. 15/1525 Seite 129](#) zu Nr. 113 (§ 140 a zu Buchst. a)) ausgeführt, die Neufassung verzichte auf die beschreibende Darstellung der integrierten Versorgung. Sie sei fokussiert auf den "Kern" der integrierten Versorgung: Krankenkassen und Leistungserbringer schließen danach autonome Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1.

c) Eine Legaldefinitionen zum Begriff des "Sektors" in den [§§ 140a ff SGB V](#) ist aber auch nicht erforderlich. Denn Leistungssektoren im Sinne des [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind die Versorgungssektoren, die das Leistungserbringerrecht in seiner jeweils spezifischen Ausprägung geschaffen hat (siehe Orlowski in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer SGB V Gesetzliche Krankenversicherung GKV Kommentar [§ 140a SGB V](#) Rdnr. 6, Stand November 2005). Dies ergibt sich aus Sinn und Zweck der Vorschrift, deren Ziel es ist, die gewachsenen, sektorübergreifenden, kollektivvertraglichen Regelungen des Leistungserbringerrechts durch andere als diese sektorspezifischen vertraglichen Regelungen zu ersetzen. Leistungssektoren wären daher typischerweise die akut stationäre Versorgung, die Heil- bzw. Hilfsmittelversorgung, die Arzneimittelversorgung sowie die vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Versorgung. Eine Aufspaltung des Sektors der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Sektor ist dabei nicht erforderlich, da eine vertragliche Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten nunmehr nach der Erweiterung der Begrifflichkeit durch das GMG durch das Merkmal der "interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung" erfasst wird (siehe Orlowski aaO m. w. N.; siehe dazu auch noch unter 2.). Auch wenn in der großen Zahl der Fälle der Versorgungssektor durch den für den jeweiligen Sektor relevanten Leistungserbringer erfasst werden wird, so ist doch der Leistungserbringer nicht in allen Fällen mit dem hier interessierenden Versorgungssektor identisch. Dies wird deutlich, wenn z. B. ein Krankenhaus als ermächtigte Einrichtung ambulante ärztliche Leistungen erbringt (und in soweit die Leistungen auch aus der Gesamtvergütung bezahlt werden - [§§ 116, 120 SGB V](#)). Hier handelt es sich nicht um sektorübergreifende Versorgung im Sinne des [§ 140a Abs. 1 SGB V](#), da das Krankenhaus als ermächtigte Einrichtung insoweit dem ambulanten Sektor zuzuordnen ist (Orlowski aaO). Ebenso beim ambulanten Operieren nach [§ 115b SGB V](#), das nach wie vor zur Krankenhausbehandlung gehört ([§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) und auch nicht aus der Gesamtvergütung (der niedergelassenen Vertragsärzte) sondern unmittelbar von den Krankenkassen vergütet wird ([§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)) bzw. umgekehrt beim Belegarzt gem. [§ 121 SGB V](#), der nach wie vor aus der Gesamtvergütung bezahlt wird (siehe dazu auch noch später).

Eine vertraglich vereinbarte Versorgung ist danach sektorenübergreifend, wenn der in dem Vertrag vereinbarte Versorgungsauftrag mindestens zwei Sektoren umfasst (Orlowski aaO Rdnr. 7). Eine Kooperation von Vertragsärzten (Hausärzten und/oder Fachärzte) mit Krankenhäusern ist damit typischerweise sektorenübergreifend. Eine Integrationsversorgung im Sinne des [§ 140a Abs. 1 SGB V](#) liegt immer dann vor, wenn eine Krankenkasse einen sektorenübergreifenden Versorgungsauftrag für ihre Versicherten vertraglich begründet, indem sie mit z. B. Vertragsärzten und einen oder mehreren Krankenhäusern (indikationsbezogen oder regional) einen derartigen besonderen Versorgungsauftrag vereinbart.

Zweifelhaft ist, ob es für eine sektorenübergreifende Versorgung ausreichend ist, wenn sich Vertragsärzte in einem Vertrag mit einer Krankenkasse verpflichten, Leistungen aus anderen Sektoren wie insbesondere Arzneimittel, Heil- oder Hilfsmittel oder Krankenhausbehandlung nur unter bestimmten Voraussetzungen zu erbringen, ohne dass Leistungserbringer aus diesen Sektoren der veranlassten Leistungen Partner des Integrationsvertrages sind. Dies muss hier allerdings auch nicht entschieden werden.

Auch der Umstand, dass zur Anschubfinanzierung sowohl der "ambulante Bereich" (Vertragsärzte/Gesamtvergütung) als auch der "stationäre Bereich" (Krankenhausvergütung) beitragen müssen, zeigt durchaus, dass der Gesetzgeber wohl davon ausgeht, dass im Regelfall die integrierte Versorgung auch durch Leistungserbringer aus beiden Bereichen erbracht wird. Auch wenn allerdings zu berücksichtigen ist, dass - wie dies später noch unter 2.) dargestellt wird - gerade im Bereich der interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung es vorkommen dürfte, dass hier alle beteiligten Leistungserbringer auch aus einem "Bereich" (z. B. Gruppe der niedergelassenen Vertragsärzte bzw. Gruppe der Krankenhäuser) kommen können. Nicht aber sind etwa noch gesondert Apotheken (Heilmittelversorgung) oder Rehabilitationskliniken aufgeführt. Vielmehr wird allein auf die Gesamtvergütung einerseits und die Krankenhausvergütung andererseits abgestellt.

d) Die hier zu beurteilenden acht wortgleichen Verträge sind nicht Leistungssektoren übergreifend im oben genannten Sinne. Zwar wird in der Gesetzesbegründung zum GKV-Gesundheitsreformgesetz ([BT-Drs. 14/1245](#)) -wie bereits zitiert- als Ziel genannt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren und die Prinzipien "ambulant vor stationär" und "Rehabilitation vor Pflege" konsequent umzusetzen. Dies könnte zunächst den Schluss nahe legen, dass nach der Vorstellung des Gesetzgebers auch an die Kombination ambulante/stationäre Operation im Krankenhaus einerseits und anschließende Rehabilitation ambulant oder stationär nebst Krankentransport gedacht ist, um zu verhindern, dass Versicherte nach einer Operation nicht mehr "auf die Beine kommen" und zum Pflegefall werden.

Soweit die Beklagte auf die Regelungen der [§§ 137 Abs. 1 Satz 2, 137 b Satz 1, 137 d Abs. 3 Satz 1](#) und [§ 137 e Abs. 4 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung (und mit Ausnahme von § 137e im Ergebnis weiterhin wortgleich fortbestehenden Regelungen) abstellt und die Auffassung vertritt, diesen sei zu entnehmen, dass die Akut-Krankenhäuser auf der einen Seite und die Rehabilitationskliniken auf der anderen Seite zwei Leistungssektoren im Sinne des [§ 140a SGB V](#) seien, greift diese Rechtsauffassung nicht durch. Zwar ist dort von "sektor- und berufsgruppenübergreifend" die Rede, diesen Regelungen lässt sich aber nicht entnehmen, dass neben der ambulanten und stationären Versorgung die ambulante und stationäre Rehabilitation als eigener Leistungssektor zu qualifizieren ist. Zum einen stehen die genannten Normen ausschließlich im Zusammenhang mit Vorgaben der Qualitätssicherung. Diese sind im Rehabilitationsbereich aufgrund des unterschiedlichen Leistungsspektrums/Anforderungsprofils selbstverständlich andere als in Akut-Krankenhäusern, sodass diesbezüglich Rehabilitationseinrichtungen auch gesondert genannt werden. Ein Zusammenhang dieser Regelungen mit der integrierten Versorgung besteht jedoch nicht.



Zum anderen ist diesen Vorschriften keine allgemeine gesetzliche Wertung zu entnehmen, wonach Rehabilitationseinrichtungen als eigenständiger Leistungssektor gegenüber den Krankenhäusern zu betrachten wären. Der Gesetzgeber hat gerade ausweislich der bereits zitierten Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 15/1525 Seite 129](#) zu Nr. 113 (§ 140 a) zu Buchst. a) bewusst auf eine entsprechende Legaldefinition verzichtet. Umgekehrt ist ein Verweis in [§ 140 a SGB V](#) auf die klassische sich aus der Systematik des SGB V ergebende Aufteilung der Leistungssektoren nicht notwendig, da aufgrund der gesetzlichen Gliederung des Vierten Kapitels des SGB V in einen zweiten Abschnitt (Beziehungen zu Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten) und einen dritten Abschnitt (Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen) offensichtlich ist, dass die vertragliche Rechtsstellung "der anderen Einrichtungen", zu denen auch die Rehabilitationseinrichtungen gehören ([§ 111, 111 b SGB V](#)), denen der Krankenhäuser entspricht. Die Beziehungen zu Rehabilitationseinrichtungen basieren genauso wie die Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern jeweils auf unmittelbar mit den Einrichtungen abgeschlossenen Versorgungsverträgen ([§ 109 bzw. § 111 SGB V](#)).

Noch deutlicher zeigt sich, dass Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen einem Leistungssektor im Sinne des Gesetzes zuzuordnen sind darin, dass gemäß der Legaldefinition in [§ 107 Abs. 2 Nr.1 Buchst b SGB V](#) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des SGB V Einrichtungen sind, die der stationären Behandlung der Patienten dienen, um u.a. eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation). Das heißt aber doch mit anderen Worten, die Rehabilitationseinrichtung/Rehabilitationsklinik setzt u.a. die im Akut-Krankenhaus begonnene (stationäre) Heilbehandlung fort.

Zu keiner anderen Bewertung führt auch der Umstand, dass ein im Rahmen des Versorgungsvertrages zugelassenes Krankenhaus als Vergütung eine fallspezifische DRG-Pauschale erhält, während eine nach [§ 111 SGB V](#) zugelassene Rehabilitationseinrichtung nach tagesbezogenen Pflegesätzen bezahlt wird. Denn wie oben bereits ausgeführt ist es gesetzgeberisches Ziel, die "Abschottung" der verschiedenen Leistungssektoren, wie sie ihren Ausdruck auch in den verschiedenen Vergütungssystemen findet, nämlich einerseits die Vergütung der niedergelassenen Vertragsärzte über die Gesamtvergütung und andererseits der Akut-Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken auf der Grundlage der jeweiligen Versorgungsverträge, der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelanbieter über die unmittelbare Vergütung durch die Krankenkasse in den jeweiligen Einzelfällen, zu überwinden. Auch dürfte wohl in dem Zusammenhang die Pauschalvergütung innerhalb eines Integrationsvertrages zur Aufhebung der unterschiedlichen Anreizwirkungen (beim Krankenhaus die Tendenz zu einer eher kurzen Verweildauer, in der Rehabilitationseinrichtung eher die Tendenz zu einer längeren Verweildauer) führen. Dies aber bedeutet nach Einschätzung des Senates aus den oben dargestellten Gründen dennoch nicht, es nun im Hinblick darauf (nämlich der hier unterschiedlichen Vergütungssysteme) mit leistungssektoren-übergreifender Versorgung i. S. v. [§ 140a SGB V](#) zu tun zu haben. Der Senat lässt an dieser Stelle offen, ob dieser Effekt im Zusammenhang mit der Rehabilitation überhaupt wünschenswert oder nicht sogar kontraproduktiv ist. Denn die im Akut-Krankenhaus angestrebten kürzeren Verweildauern sind medizinisch durchaus vor dem Hintergrund der immer weniger belastenden Operationsmethoden vertretbar. Ob allerdings medizinisch auch die mit Pauschalvergütungen bewirkte Verkürzung der Verweildauer im Rehabilitationsbereich medizinisch immer vertretbar und langfristig betrachtet sinnvoll ist, erscheint zumindest zweifelhaft.

Ebenso wenig kann das Merkmal "Leistungssektoren übergreifende Versorgung" unter Rückgriff auf die Leistungsarten des SGB V ([§ 11 SGB V](#)) bestimmt werden. Dort sind als Leistungsarten die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängerisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§ 11 Abs. 1 Nr. 2), zur Früherkennung von Krankheiten (Nr. 3), zur Behandlung einer Krankheit (Nr. 4) sowie auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 Satz 1) genannt. Die Leistungsarten aber finden sich im Leistungsrecht des SGB V, während die IV im Gegensatz dazu Gegenstand des Leistungserbringungsrechts ist. In dem Zusammenhang ist dem Senat durch die Klägerin nicht zu Unrecht vorgetragen worden, dass - wollte man der Argumentation der Beklagten folgen - beispielsweise ein Zahnarzt, der unter den Voraussetzungen des [§ 21 SGB V](#) Zahngesundheitspflege und im Übrigen zahnärztliche Behandlungen nach [§ 27 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) anbietet, bereits aus seinem eigenen Leistungsspektrum heraus in einer Person das Merkmal der Leistungssektoren übergreifenden Versorgung mit den entsprechenden Konsequenzen des [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#) erfüllen würde. Dies hat der Gesetzgeber so sicherlich auch nicht gemeint.

Aber auch wenn man den Bogen nicht ganz soweit spannt und sich auf die Leistungen zur Behandlung einer Krankheit ([§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#), [§§ 27 bis 52 SGB V](#)) beschränkt, führt dies zu keinem für die Beklagte günstigeren Ergebnis. Dort sind zwar die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)), die zahnärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#)), aber auch die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) und (gesondert) die Leistungen zur medizinische Rehabilitation ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) i. V. m. [§ 40 SGB V](#)) genannt. Die Schlussfolgerung allerdings, deshalb handele es sich bei der Konstellation stationäre Krankenhausbehandlung und anschließende stationäre Rehabilitationsbehandlung um eine "sektorenübergreifende" Versorgung, kann daraus nicht gezogen werden. Denn hier wird nur der gesamte Umfang der Krankenbehandlung, auf die jeder gesetzlich Versicherte nach dem SGB V Anspruch hat, dargestellt, einschließlich auch der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V](#)), der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#)) sowie der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V](#)). Eine Darstellung der "Leistungssektoren" im Sinne von [§ 140a SGB V](#) ist dies damit gerade nicht. Auch hier zeigt sich gerade am Beispiel eines Zahnarztes, der einerseits eine zahnärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#)) und andererseits noch daneben dann eine Versorgung mit Zahnersatz vornimmt ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V](#)), in einer Person "Leistungssektoren übergreifend" tätig werden würde, dass die in [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) aufgeführten Inhalte der Krankenbehandlung keine Beschreibung der Leistungssektoren darstellen.

Zu keinem anderen Ergebnis führt auch bei der hier zu beurteilenden Kombination von stationärer Operation und anschließender Rehabilitation die bereits zitierte Gesetzesbegründung zum GMG ([BT-Drs. 14/1245 Seite 53](#)), wo die Rede davon ist, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren und die Prinzipien "ambulant vor stationär" und "Rehabilitation vor Pflege" konsequent umzusetzen. Auch damit wird keineswegs die Rehabilitation als eigener Leistungssektor gegenüber dem Krankenhaus ausgestaltet. Es wird darin lediglich u.a. als allgemeines Ziel der Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege formuliert. Anhaltspunkte dafür, dass damit auch eine Aussage dahin getroffen werden sollte, bei der Rehabilitation und u. a. auch der Pflege handele es sich um verschiedene Leistungssektoren i. S. v. [§ 140a SGB V](#), ergeben sich an keiner Stelle. Diese Aussage ist im allgemeinen Teil der Begründung als "Programmsatz" aufgeführt im Zusammenhang mit dem gesetzgeberischen Ziel eines effizienteren und qualitätsorientierten Gesundheitssystems, zu dessen Verwirklichung die bessere Integration und Koordination verschiedener Versorgungssektoren sowie die Prinzipien "ambulant vor stationär" und "Rehabilitation vor Pflege" konsequent umzusetzen sind. Es handelt sich also im Endeffekt nur um

einen "Programmpunkt" neben anderen.

2. Keiner der hier streitigen Verträge beinhaltet eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Sämtliche wortgleichen Verträge betreffen knie- oder hüftendoprothetische Operationen, also orthopädisch-chirurgische Maßnahmen nebst anschließender Rehabilitation und den dazwischen notwendigen Krankentransport. Eine fachübergreifende-interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne der gesetzlichen Regelung findet damit aber im Rahmen dieser Verträge nicht statt.

a) Durch das GMG wurde [§ 140a Abs. 1 SGB V](#) neugefasst und alternativ zu dem Erfordernis der sektorenübergreifenden Versorgung das Erfordernis der "interdisziplinär-fachübergreifenden" Versorgung eingeführt. Das heißt auch dann, wenn die Voraussetzungen einer sektorenübergreifenden Versorgung (zu den Anforderungen siehe unter a.) nicht erfüllt sind, können der Anwendungsbereich und die Gestaltungsmöglichkeiten des [§ 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) eröffnet sein, wenn die vertraglich vereinbarte Versorgung interdisziplinär-fachübergreifend ist. Was eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung ist, ergibt sich weder aus dem Gesetzestext noch aus dessen Begründung. Eine sektorenübergreifende Versorgung kann in vielen Fällen auch als interdisziplinär-fachübergreifend begriffen werden. So wäre eine Kooperation von Vertragsärzten mit Krankenhäusern sektorenübergreifend und zugleich interdisziplinär-fachübergreifend so weit verschiedene ärztliche Fachgebiete im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechtes kooperieren (siehe etwa Orlowski aaO Rdnr. 10). Das heißt aber, relevant ist der Begriff der interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung nur, so weit nicht bereits eine sektorenübergreifende Versorgung im obigen Sinne vorliegt, also nur für Kooperationen innerhalb eines Versorgungssektors. Interdisziplinär-fachübergreifend ist damit eine Kooperation von Hausärzten und Fachärzten oder auch von Fachärzten miteinander soweit mit den Kooperationen die Fachgebietsgrenzen des ärztlichen Weiterbildungsrechtes überschritten werden (siehe Orlowski aaO Rdnr. 10, 11).

Weiter ist vorzuschicken, dass der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der ursprünglichen ersten (bis 31. Dezember 2003 gültigen) Fassung zur integrierten Versorgung nach dem GKV-Gesundheitsreformgesetz diese als eine Maßnahme zur "Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung" gesehen hatte. So ist auch in der Gesetzesbegründung im Allgemeinen Teil unter anderem die Rede von einer Verbesserung der Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen, unter anderem durch integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge. Die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung war hier zwar expressis verbis noch nicht angesprochen worden (siehe [BT-Drs. 14/1245 Seite 91](#) zu Nr. 82 (§§ 140 a bis 140 g)), so heißt es in der Begründung zum GKV-Gesundheitsreformgesetz u. a.:

Die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird gezielt durchbrochen, um die Voraussetzungen für eine starke, an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich ... Um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierten Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Versorgung anbieten ...

Weiter wird aber dort noch ausgeführt: Die integrierte Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Ziel ist es dabei, eine interdisziplinäre Versorgung (hervorgehoben durch den Senat) zu erreichen, die zumindest die hausärztliche Versorgung einschließt. Im Gegensatz zu den nach dem bisherigen Recht möglichen Praxisnetzen aufgrund von Strukturverträgen soll also eine Versorgungsdichte erreicht werden, die über die bloße ambulante ärztliche Behandlung hinausgehen soll aber nicht notwendigerweise gehen muss. Auch integrierte Versorgungsformen, die sich auf eine fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer hausärztlichen Versorgung beschränken, sind möglich.

Die an dieser Stelle in der Gesetzesbegründung aufgeführten Beispiele zeigen allerdings mit dem Hinweis auf die integrierte Versorgungsform zwischen Haus- und Fachärzten oder auch zwischen ärztlich und nichtärztlichen Leistungserbringern bereits den Gedanken der interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung. Ausdrücklich in den Gesetzestext aufgenommen ist allerdings diese Form erst in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung von [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#), ohne dies allerdings nun - wie bereits oben angesprochen - in der Begründung besonders zu problematisieren und herauszustellen.

Insgesamt zeigt dies jedoch, dass die Intention des Gesetzgebers schon hinsichtlich der Vorgängerregelungen in [§ 140 a ff. SGB V](#) wie aber auch der hier maßgeblichen seit 1. Januar 2004 geltenden Regelungen jedenfalls hinsichtlich der interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung dahin geht, die hausärztlich bzw. fachärztlich tätigen Leistungserbringer (insoweit ist hier wohl offensichtlich zunächst an die niedergelassenen Vertragsärzte gedacht) zu einer engeren aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit bei der Behandlung der Patienten zu bringen. Dem liegt die Absicht zu Grunde, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden, wie sie gerade häufiger beim Aufsuchen zunächst des Hausarztes und anschließend verschiedener Fachärzte vorkommt. An eine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit auch innerhalb eines Krankenhauses ist hier nicht gedacht (so auch Orlowski in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer SGB V Gesetzlichen Krankenversicherung GKV Kommentar [§ 140a SGB V](#) Rdnr. 12 - Stand November 2005), denn eine solche besteht eigentlich schon immer zwischen den einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses, soweit dies bei der Behandlung bestimmter Patienten notwendig ist. Was allerdings nicht bedeutet, dass nicht auch eine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern verschiedener Fachrichtungen oder zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen möglich wäre.

b) Soweit geltend gemacht wird, eine fachübergreifende-interdisziplinäre Versorgung liege schon im Hinblick darauf vor, dass im Zusammenhang mit den Operationen auch jeweils ein Anästhesist beteiligt ist, stellt dies nach Überzeugung des Senates keine fachübergreifend-interdisziplinäre Versorgung in der vom Gesetzgeber in der Regelung vorgestellten Form dar. Die schon immer übliche "fachübergreifende Zusammenarbeit" bei ambulanten oder stationären Operationen zwischen dem Operateur (Orthopäde/Chirurg/Gynäkologe/Augenarzt/HNO-Arzt/Zahnarzt) auf der einen Seite und dem Anästhesisten als für die Narkose zuständigen Arzt auf der anderen Seite hat der Gesetzgeber nach Überzeugung des Senates - aus den unter a.) u. a. dargestellten Gründen - hier keinesfalls gemeint. Dies ist eine Zusammenarbeit, wie sie im Zusammenhang mit den im Bereich der Vertragsärzte möglichen ambulanten Operationen (siehe etwa GNR 80ff EBM bzw. Nr.31.2. EBM 2000plus) zwischen dem jeweiligen operierenden Facharzt und dem ihm zurarbeitenden Anästhesisten schon immer notwendig war und lange besteht. Sie ist ebenso wenig gemeint ist wie die entsprechende Zusammenarbeit bei einer stationären Operation zwischen den Abteilungen eines Krankenhauses, einschließlich des Anästhesisten. Der Anästhesist ist bei einer Operation regelmäßig nur "Zuarbeiter" für den Operateur. Eine gemeinsame aufeinander abgestimmte (langfristige)

Behandlung des Kranken im eigentlichen Sinne führt der Anästhesist gemeinsam mit dem Operateur gerade nicht durch.

Ebenso wenig kann von einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung wegen der angeschlossenen Reha-Behandlung ausgegangen werden, denn diese betrifft ausweislich der vorliegenden Verträge jeweils gerade auch nur den orthopädischen Bereich, nämlich konkret bezogen auf die Anschlussheilbehandlung nach den vorausgegangenen operativen orthopädischen Eingriffen an Knie oder Hüfte. Das heißt, auch im Sinne des Weiterbildungsrechtes liegt kein anderes Fachgebiet vor, selbst wenn die an den Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte noch die Zusatzbezeichnung "Rehabilitationswesen" (Weiterbildungsordnung - WBO - der Landesärztekammer Baden-Württemberg Stand 1. Oktober 2003 Abschnitt II Nr. 17) führen sollten. Die Anschlussheilbehandlung betrifft in diesen Fällen nicht etwa jetzt z.B. den urologischen oder kardiologischen Bereich, sondern selbstverständlich die Fortsetzung der zunächst im Zusammenhang mit der durchgeführten Operation begonnenen orthopädischen Behandlung im Ausgangskrankenhaus.

Aus all diesen Gründen ist daher die Berufung der Beklagten zurückzuweisen. Keiner der hier streitgegenständlichen acht wortgleichen Verträge erfüllt die Voraussetzungen für eine integrierte Versorgung im Sinne von [§ 140 a SGB V](#).

IV.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-22