

## L 5 KA 758/06

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

5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 KA 8450/04  
Datum

12.12.2005  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 758/06  
Datum

13.12.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1.  
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.

2.  
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.

3.  
Eine Zusammenarbeit zwischen mehreren Krankenhäusern verschiedener Fachrichtungen oder zwischen mehreren Fachärzten oder zwischen Hausärzten und Fachärzten stellt zwar jeweils 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:

Zwischen den Beteiligten steht die Berechtigung der beklagten Krankenkasse im Streit, die der klägerischen Kassenärztlichen Vereinigung zustehenden monatlichen Abschlagszahlungen auf die Gesamtvergütung für die Monate September bis November 2004 um insgesamt 79.001,88 EUR zu kürzen.

Die Beklagte zahlte im Jahr 2004 aufgrund einer Vereinbarung zwischen dem Landesverband der Angestellten-Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg (Rechtsvorgängerin der Klägerin) monatliche Abschlagszahlungen auf die Gesamtvergütung. Für den Monat September 2004 kürzte sie die Abschlagszahlung zunächst um 63.173,29 EUR, für die Monate Oktober und November 2004 um jeweils 100.083,17 EUR. Ausgangspunkt waren die von der Beklagten geschlossenen folgenden Verträge über integrierte Versorgung (IV): Vertragspartner Vertragsgegenstand Abzugsquote Nr.1: H. Klinik G. Knie-, Ellenbogengelenkseingriffe (I18Z) Uteruseingriff (N07Z): ambulant oder stationär mit Fallmanagement und Leitlinienbehandlung 0,012 % Nr.2: Klinik a. E. G. Knie-, Ellenbogengelenkseingriff (I18Z u.w.) einschl. Athroskopie/Uteruseingriff (N07Z u.w.) einschl. Endoskopie: ambulant oder stationär mit Fallmanagement und Leitlinienbehandlung 0,03 % Nr.3: Klinik a. E. G. / Rehaklinik Bad B. Eingriffe am Hüft-/Kniegelenk sowie Wirbelsäule/Wirbelkörper, operativ mit Gelenkersatz sowie ohne: Vernetzung stat. Behandlung/Reha, Patientenschulung, Qualitätssicherung, Garantie 0,149 % Nr.4: H. Klinik G. / Rehaklinik Bad B. Knieprothetik (I04Z): Vernetzung stat. Behandlung/Reha, Patientenschulung, Qualitätssicherung, Garantie 0,042 % Nr.5: V. Klinik / S. Klinik beide Bad R. Hüft- und Knieprothetik: Vernetzung stat. Behandlung/stat. Reha/ambul. Reha angestrebt, Patientenschulung, Qualitätssicherung, Garantie 0,289 % Wegen der weiteren Einzelheiten der Vereinbarungen wird auf die Kopien der Verträge in den Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Am 23. Dezember 2004 hat die Klägerin beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben auf Zahlung der einbehaltenen Beträge. Zur

Begründung hat die Klägerin geltend gemacht, die Beklagte sei nach [§ 85 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) gegenüber der Klägerin zur Entrichtung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung verpflichtet. Die Klägerin hat ursprünglich insgesamt für die Zeit von Juli 2004 bis November 2004 die Nachzahlung einbehaltener Anteile an der Gesamtvergütung in Höhe von 389.686,21 EUR geltend gemacht, hinsichtlich der Monate Juli und August 2004 hat sie die Klage wieder zurückgenommen, da insoweit eine Kürzung der Abschlagszahlungen nicht erfolgt sei und bezüglich eines Teilbetrages in Höhe von 184.337,75 EUR hat die Beklagte am 9. Februar 2005 ein Teilerkenntnis abgegeben, welches die Klägerin zur Erledigung des Rechtsstreites insoweit angenommen hat. Die Beklagte war hier beim Einbehalten nach ihrer eigenen Einlassung versehentlich von einer zu hohen Basis ausgegangen. Bezogen auf den unstrittig erledigten Teil der Klageforderung haben die Beteiligten wechselseitig auf Kostenanträge verzichtet.

Zur Begründung ihrer Klage im Übrigen hat die Klägerin geltend gemacht, dass hier der Abzug unter Berufung auf [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zu Unrecht erfolgt sei. Danach könne zur Förderung der integrierten Versorgung (IV) jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu eins vom Hundert 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, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140 b SGB V](#) geschlossenen Verträgen erforderlich seien. Die Voraussetzungen dieser Abzugsberechtigung seien von der Beklagten nicht dargetan. Nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) komme ein Abzug nur in Betracht, wenn insoweit ein Vertrag im Rahmen der integrierten Versorgung abgeschlossen worden sei. Unter integrierter Versorgung verstehe man nach [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Verträge, die dieses Anforderungsprofil erfüllten, seien seitens der Beklagten weder vorgelegt, noch sei substantiiert dargelegt worden, dass die nach Auskunft der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH vom 14. Oktober 2004 von der Beklagten abgeschlossenen Verträge solche im Rahmen der integrierten Versorgung seien. Es sei u. a. nicht dargelegt worden, weshalb ein Abzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgenommen worden sei, soweit die von der Beklagten abgeschlossenen Versorgungsverträge Leistungen des stationären Sektors umfassten. Die Abzugsberechtigung lasse sich auch nicht mit dem Beschluss des LSG für das Land Brandenburg vom 1. November 2004 ([L 5 B 105/04 KA-ER](#)) rechtfertigen. Denn das LSG für das Land Brandenburg habe hier ganz offensichtlich übersehen, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren in [§ 140 d Abs. 1 Satz 1](#) der Halbsatz 2 eingefügt wurde, wonach Mittel nur einbehalten werden dürfen, soweit diese zur Umsetzung von nach [§ 140 b](#) geschlossenen Verträgen auch tatsächlich erforderlich seien (mit Hinweis auf die amtliche Begründung in der [BT-Drs. 15/1600 Seite 14](#)). Hieraus werde ersichtlich, dass ausschließlich der Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages, der das Anforderungsprofil nach [§ 140 b SGB V](#) erfülle, einen Abzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung rechtfertige. Die ursprünglich begehrte Verzinsung der Klageforderung hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem SG im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 28. September 2005 - [B 6 KA 71/04 R](#) und [B 6 KA 72/04 R](#)) nicht weiter verfolgt.

Die Beklagte ist dem entgegen getreten und hat darauf verwiesen, dass sie gemäß [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#) berechtigt gewesen sei, Einbehalte auf die an die Klägerin für die vertragsärztliche Versorgung zu entrichtende Gesamtvergütung vorzunehmen, da diese einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140 b SGB V](#) geschlossenen Verträgen erforderlich seien. Diese mit Wirkung für den betroffenen Zeitraum geschlossenen insgesamt fünf Verträge hätten eine Abzugsquote von insgesamt 0,522 % begründet gehabt. Alle Verträge dieser integrierten Versorgungen seien bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) in D. gemäß [§ 3](#) der Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des [§ 140 d SGB V](#) für die Beklagte angemeldet. Die Klägerin habe auch vereinbarungsgemäß Auskunft von dort erhalten. Sie besitze durch diese Meldungen der BQS hinreichende Transparenz über die notwendigen Daten zur Ausgestaltung und Abrechnung sowie die Inhalte der IV-Verträge der Beklagten. Alle betroffenen und an die BQS gemeldeten Vereinbarungen seien Verträge im Sinne einer integrierten Versorgung nach [§ 140 a SGB V](#). Der Gesetzgeber habe bei der Neufassung des [§ 140 a SGB V](#) bewusst auf eine Definition der integrierten Versorgung verzichtet, um den Beteiligten Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume für die Ausgestaltung der Verträge zur integrierten Versorgung zu belassen. Entscheidend sei, dass die integrierte Versorgung entweder leistungssektorenübergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend erfolge. Dies sei in allen fünf durch die Klägerin angegriffenen Verträgen der Fall, in dem hier vorrangig interdisziplinär-fachübergreifend durch den jeweiligen Vertragspartner im einzelnen Behandlungsfall die prästationäre, stationäre und poststationäre Versorgung organisiert und auch noch eine erforderliche Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll und zeitnah eingegliedert sei. Zum Teil würden auch zusätzliche Leistungen in einzelnen Verträgen hinzutreten, die die medizinische Versorgung im Einzelfall optimierten. Dem stehe nicht entgegen, dass durch die betroffenen IV-Verträge vorrangig Versorgungen im stationären Bereich gestaltet würden und die ambulante Versorgung nicht direkt an den Vereinbarungen beteiligt sei. Schon der Wortlaut des Gesetzes widerspreche der Auffassung der Klägerin. Die einzig beschreibenden Merkmale in [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) - Leistungssektoren übergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend - stünden alternativ und eben nicht kumulativ zueinander. Daneben sei überwiegend die Rehabilitation eingebunden, sodass auch eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung einschlägig sei. Es sei auch keineswegs so, dass stets die ambulante Versorgung im Sinne der ärztlichen Behandlung nach [§ 28 SGB V](#) in die integrierte Versorgung einbezogen sein müsse, um die Anschubfinanzierung nach [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#) vorzunehmen. Es könne also sehr wohl der Fall eintreten, dass eine Anschubfinanzierung zu Lasten der ambulanten Versorgung erfolge, obwohl diese überhaupt nicht tangiert sei. Dies sei vom Gesetzgeber gewollt und von der Klägerin zu akzeptieren.

Mit Urteil vom 12. Dezember 2005 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte verpflichtet, an die Klägerin 79.001,88 EUR zu zahlen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die hier von der Klägerin erhobene Leistungsklage zulässig und in der Sache auch, soweit sie aufrecht erhalten worden sei, 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 scheidet 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 auszuführen. 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 vorliegenden 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 beispielsweise allein den orthopädischen oder den gynäkologischen Fachbereich (Verträge Nr. 1 und Nr. 2). Die Verträge Nr. 1 und Nr. 2 seien auch nicht Leistungssektoren übergreifend. In beiden Verträgen sei in [§ 1 Abs. 2](#) geregelt, dass die Leistungserbringung nach Prüfung der Ärzte im Krankenhaus als stationärer Stundenfall oder ambulant erfolge. Die Ärzte der Klinik würden dabei als Fallmanager im Einzelfall auftreten. Nach ihrer Einschätzung werde der jeweilige Behandlungsfall im Rahmen einer ambulanten Behandlung (integrierten Versorgung), eines stationären Stundenfalles (integrierte Versorgung) oder als vollstationäre Behandlung (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG -) erbracht (Hinweis auf Protokollnotiz zu den jeweiligen Verträgen). Damit sei zwar grundsätzlich der ambulante Bereich angesprochen. Krankenhäuser könnten im Rahmen der integrierten Versorgung durchaus auch ambulante Leistungen erbringen. Allerdings seien hier bei den Verträgen Nr. 1 und Nr. 2 Vertragspartner jeweils Krankenhäuser, die keinen ambulanten Versorgungsauftrag hätten. Schon aus diesem Grunde könnten für die Verträge mit diesen beiden Kliniken Abzüge im Rahmen der Anschubfinanzierung nicht in Betracht kommen.

Auch die Verträge Nr. 3, 4 und 5 stellten keine Leistungssektoren übergreifenden Verträge dar. 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 mit Empfangsbekanntnis am 24. Januar 2006 zugestellte Urteil am 16. Februar 2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht sie geltend, für den Begriff "Leistungssektoren übergreifend" gebe es keine Legaldefinition. Man könne durchaus unter Berücksichtigung der Regelungen in den [§§ 135 ff. bzw. § 137 SGB V](#) sowohl die ambulante vertrags(zahn)ärztliche Versorgung, die Krankenhausversorgung sowie die ambulante und stationäre Vorsorge nebst der ambulanten und stationären Rehabilitation jeweils als einen eigenen Leistungssektor verstehen. Rechtlich bedenklich sei daher die Annahme des SG zur rechtlichen Einordnung der Verträge auf eine "klassische Sektorenaufteilung in den ambulanten und den stationären Bereich" zurückgreifen zu können. Um eine Bestimmung der Sektoren vornehmen zu können, hätte auf das Leistungsrecht, insbesondere auf eine Differenzierung nach Leistungsarten zurückgegriffen werden können. So unterscheide der Gesetzgeber nach Leistungen zur Verhütung von Krankheit und deren Verschlimmerung, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und Leistungen zur Behandlung einer Krankheit. Denkbar sei auch eine Differenzierung nach den Gegenständen der Behandlung, um Leistungssektoren zu kennzeichnen. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) umfasse die Krankenbehandlung die - ärztliche Behandlung, psychotherapeutische Behandlung, - zahnärztliche Behandlung - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel - häusliche Krankenpflege - Krankenhausbehandlung - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Habe der Gesetzgeber keine Definition des Begriffs Leistungssektor vorgenommen, sei auf den Sinn und Zweck der Vorschriften abzustellen. Aus der Entstehungsgeschichte der [§§ 140 a bis 140 h SGB V](#) (alter Fassung) ergebe sich ein Hinweis auf die Leistungssektoren. In der Begründung des Gesetzentwurfes heiße es dort, dass die verschiedenen Versorgungssektoren mit Hilfe der integrierten Versorgung besser integriert und koordiniert und die Prinzipien "ambulant vor stationär" und "Rehabilitation vor Pflege" konsequent umgesetzt werden sollten (Hinweis auf den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen vom 23. Juni 1999 zum GKV-Gesundheitsreformgesetz, [BT-Drs. 14/1245 Seite 53](#)). Hieraus ergebe sich, dass es nach dem Willen des Gesetzgebers einen ambulanten und stationären Leistungssektor sowie einen Leistungssektor der Rehabilitation und der Pflege geben solle. Im Übrigen gebe es für jeden dieser Bereiche ein vom Gesetzgeber vorgegebenes Finanzierungssystem mit unterschiedlichen Anreizwirkungen für den Leistungserbringer, so sei etwa in den Rehabilitationseinrichtungen das Vergütungssystem in Form tagesbezogener Pflegesätze ausgestaltet, mit dem Anreiz damit einer eher längeren Verweildauer, während in einem zugelassenen Krankenhaus die Vergütung über die fallspezifische DRG-Pauschale erfolge, mit dem Anreiz, die Verweildauer hier eher zu verkürzen. Eine Pauschalvergütung innerhalb eines Integrationsvertrages führe nun zur Aufhebung der unterschiedlichen Anreizwirkungen. Bezogen auf die streitigen Verträge folge hieraus, dass im Rahmen einer stationären Versorgung im Krankenhaus als auch bei einer anschließend erbrachten stationären Rehabilitationsmaßnahme Leistungserbringer aus zwei unterschiedlichen Leistungssektoren involviert seien. Da die Verträge Nr. 3 bis Nr. 5 sowohl mit einem Krankenhaus als auch mit einer Reha-Einrichtung geschlossen worden seien, seien sie folglich nach Auffassung der Beklagten unstreitig gemäß [§ 140 a SGB V](#) Leistungssektoren übergreifend. Auch die Verträge Nr. 1 und Nr. 2, in denen die Beklagte jeweils mit einem Krankenhaus einen Vertrag über integrierte Versorgung geschlossen habe, erfüllten die gesetzlichen Vorgaben. Zu beachten sei hierbei, dass das Krankenhaus sowohl als Leistungserbringer im ambulanten Bereich als auch als stationärer Leistungserbringer fungiere, quasi eine Doppelrolle einnehme. Die Intention des Gesetzgebers zur Förderung der integrierten Versorgung bestehe darin, die Versorgung vom bisherigen kollektiv-vertraglichen System der Sicherstellung abzukoppeln. Dies ergebe sich u. a. aus der Gesetzesbegründung zu [§ 140 a](#), wonach die Anbindung der integrierten Versorgung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektivvertragssystems und insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unterbleibe. Die beiden hier betroffenen Krankenhäuser hätten sowohl eine Zulassung im Sinne von [§ 108 SGB V](#) und seien daher berechtigt, stationäre Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zu erbringen, als auch ambulante Maßnahmen im Rahmen des [§ 115 b SGB V](#). Im Gegensatz zur Ansicht des SG liege damit ein ambulanter Versorgungsauftrag vor. Des Weiteren sei hier bezüglich der streitigen Verträge auch die alternative Voraussetzung "interdisziplinär-

fachübergreifend" erfüllt. Eine Versorgungsform sei u. a. dann interdisziplinär-fachübergreifend, wenn Leistungen aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten bei der Versorgung des Patienten aufeinander abgestimmt würden (mit Hinweis auf einen Beschluss des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 20. Juni 2005 - L 4 B 20/05 KA-ER). Erfüllt sei das Kriterium interdisziplinär-fachübergreifend nach einer weiteren Ansicht, wenn mehrere Ärzte unterschiedlicher Gebietsbezeichnungen indikationsbezogen miteinander tätig werden würden. Gegenstand der Verträge Nr. 1 und Nr. 2 seien Maßnahmen, die indikationsgemäß im Rahmen einer ambulanten Operation erbracht werden könnten. Gleichwohl sei im Einzelfall - abhängig vom Patienten, seinem Alter, seiner Gesamtkonstitution und der exakten Diagnose - entscheidend, inwiefern dies tatsächlich erfolgen könne. Da es sich aber stets um Schnittstellen zwischen jeweiligem Facharzt und dem Anästhesisten handele, seien auch stets mindestens zwei Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten involviert. Schon dadurch sei für alle Verträge das Element des interdisziplinär-fachübergreifenden erfüllt. Auch die Tatsache, dass die Leistungen nach [§ 115 b SGB V](#) grundsätzlich nicht aus der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichteten Gesamtvergütung honoriert würden, spreche nicht gegen das Vorliegen des Merkmals Leistungssektoren übergreifend. So trage die Klägerseite selber vor, dass die "im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen nach § 115 b dem stationären Sektor zuzuordnen" seien, während "beispielsweise belegärztliche Leistungen dem ambulanten Sektor zuzuordnen seien, "obwohl sie in Krankenhäusern erbracht" würden. Hieraus werde schon die Doppelfunktion eines Krankenhauses deutlich. Zudem würden sämtliche Leistungen, die im Rahmen eines IV-Vertrages angeboten würden, unabhängig von der sonstigen Art der Kostentragung gerade separat vergütet ([§ 140 c Abs. 1 SGB V](#)).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12. Dezember 2005 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Weiter führt die Klägerin aus, dass in den Verträgen 3 bis 5 (Vertrag mit der Vulpiusklinik und der S. Bad R., Vertrag mit der Klinik a. E. G. und der Rehabilitationsklinik Bad B., Vertrag mit der H. G. und der Rehabilitationsklinik Bad B.) der Beklagten als Vertragspartner ausschließlich Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen gegenüber stünden. Das SG habe in seinem Urteil zutreffend erkannt, dass ein Vertrag zwischen einer Krankenkasse und Krankenhäusern sowie Rehabilitationseinrichtungen keine integrierten Versorgungsverträge nach [§ 140 a SGB V](#) darstellten. Weiter führt die Klägerin aus, es fehle zwar an einer Legaldefinition bezüglich der Leistungssektoren übergreifenden Versorgung. Insbesondere lasse sich auch aus dem Normenkomplex 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 keineswegs entnehmen, dass die ambulante und stationäre Versorgung nebst der ambulanten und stationären Rehabilitation jeweils als eigener Leistungssektor zu qualifizieren sei. Ein entsprechender Hinweis gehe schon deshalb fehl, da die Abzugsberechtigung nach [§ 140 d SGB V](#) erst mit dem GMG (GKV-Modernisierungsgesetz) zum 1. Januar 2004 eingeführt worden sei, sodass eine bis 31. Dezember 2003 existierende Normenkonstellation keinen Rückschluss auf das erst zu diesem Zeitpunkt relevant gewordene Merkmal der Leistungssektoren übergreifenden Versorgung im Sinne des [§ 140 a SGB V](#) zulasse. Ein Verweis in [§ 140 a SGB V](#) auf die klassischen, sich aus der Systematik des SGB V ergebende Aufteilung der Leistungssektoren sei indes überflüssig, 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 sei, dass die vertragliche Rechtsstellung "der anderen Einrichtungen", zu denen auch die Rehabilitationseinrichtungen gehörten ([§ 111, 111 b SGB V](#)), denen der Krankenhäuser entspreche. Eines entsprechenden Hinweises hätte es in [§ 140 a SGB V](#) nur dann bedurft, wenn von dieser Systematik hätte abgewichen werden sollen. Auch die von der Beklagten zitierte Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 14/1245 Seite 53](#)) führe zu keinem anderen Ergebnis. Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass es sich bei der zitierten Passage lediglich um den allgemeinen Teil und die hierin formulierten Ziele handele. Auch werde darin nicht die Rehabilitation als eigener Leistungssektor gegenüber dem Krankenhaus ausgestaltet. Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme der Krankenhäuser und der Rehabilitationsleistungen stünden ebenfalls nicht im Zusammenhang mit der Frage des Leistungssektors. Auch innerhalb der unstrittig als einheitlichen Leistungssektors zu begreifenden ambulanten ärztlichen Versorgung seien unterschiedliche Honorierungssysteme, wie der floatende Punktwert oder die Einzelleistungsvergütung, die sich von ihren Voraussetzungen und Folgen völlig unterschiedlich darstellten, möglich.

Erst recht stellten die Verträge Nr. 1 und 2 keine Leistungssektoren übergreifenden Verträge im Sinne von [§ 140 a SGB V](#) dar. Vertragspartner seien hier ausschließlich Krankenhäuser. Aus dem Umstand, dass Krankenhäuser sowohl stationäre Leistungen als auch im Rahmen des [§ 115 b SGB V](#) ambulante Leistungen erbringen würden, lasse sich nicht folgern, dass Krankenhäuser als solche bereits eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung anbieten würden. So seien die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen nach § 115 b dem stationären Versorgungssektor zuzuordnen. So würden diese nicht aus der von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung entrichteten Gesamtvergütung honoriert. Die Honorierung dieser Leistung sei vielmehr Gegenstand dreiseitiger Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bzw. dem Bundesverband der Krankenhausträger. Umgekehrt seien beispielsweise belegärztliche Leistungen dem ambulanten Sektor zuzuordnen, obwohl sie in Krankenhäusern erbracht würden. Auch die in der Gesetzesbegründung formulierte Unabhängigkeit der im Rahmen der integrierten Versorgung verbundenen Leistungserbringer von ihrem Zulassungsstatus führe nicht dazu, dass ein zur Erbringung von ambulanten Leistungen nach [§ 115 b SGB V](#) berechtigtes Krankenhaus in den ambulanten Versorgungssektor hineinrage. Ein integrierter Versorgungsvertrag stecke lediglich den äußeren Rahmen der am Vertrag beteiligten Leistungserbringer ab und ermögliche innerhalb dessen eine Leistungserbringung unabhängig vom Zulassungsstatus. Wenn aber ausweislich der amtlichen Gesetzesbegründung ein Leistungserbringer gerade nicht berechtigt sei, sich einen nicht vorhandenen Zulassungsstatus anzueignen, bedeutet dies, dass Krankenhäuser aufgrund eines IV-Vertrages, an dem keine ambulanten Leistungserbringer beteiligt seien, sich deren Rechte nicht bemächtigen dürften.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

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 79.001,88 EUR.

II.

Die Berufung der Beklagten ist jedoch unbegründet. Das SG hat im Ergebnis zutreffend die Beklagte zur Zahlung der einbehaltenen 79.001,88 EUR verurteilt, da die Verträge, bezüglich derer die Beklagte den hier streitigen Betrag einbehalten hat, keine Verträge über integrierte Versorgung im Sinne von [§ 140 a SGB V](#) darstellen.

A. Die Klage ist zulässig. Das Begehren der Klägerin ist auf Zahlung des hier streitigen einbehaltenen Betrages von 79.001,88 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 aufgewendeten 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 Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen 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).

Auf der Grundlage der oben dargestellten Regelungen heißt dies aber, dass ein Anspruch der Beklagten auf Einbehalt der hier streitigen Summe gemäß [§ 140 d SGB V](#) einerseits unabhängig davon besteht, aus welchem Bereich die Leistungserbringer im Einzelnen kommen, aber andererseits nur besteht, wenn und soweit IV-Verträge im Sinne des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) vorliegen, d. h. entweder eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder (alternativ) eine interdisziplinär-fachübergreifende 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 hier klaren 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 enthält. 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 insoweit zutreffend ausgeführt zeigen auch die weiteren Regelungen in § 140 d, dass eine Differenzierung 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 aufgewendeten 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 von 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.) scheidet 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 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 z. B. 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 ganz offensichtlich 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.

Diese hier in [§ 140d SGB V](#) geregelte pauschale Anschubfinanzierung ist damit insgesamt nicht zu beanstanden, sondern bewegt sich in

dem 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 fünf 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 vH 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 Verträge erfüllt die Bedingung einer verschiedene 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 verschiedene 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 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. Schon dies ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Gesetzgeber hier 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 Orłowski 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 Orłowski 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 (Orłowski 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 (Orłowski aaO Rdnr. 7). Eine Kooperation von Vertragsärzten (Hausärzten und/oder Fachärzten) 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.

Damit aber kann es nach Auffassung des Senates nicht als sektorenübergreifend im Sinne der gesetzlichen Regelung in [§ 140 a SGB V](#) verstanden werden, wenn ein Krankenhaus (wie in den Fällen der Verträge Nrn.1 und 2) eine Operation je nach der Einschätzung des Arztes (als "Fallmanager") ambulant oder stationär durchführt.

Dem dürfte schon zum einen entgegen stehen, dass jedenfalls [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) auch die ambulanten Operationen an Krankenhäusern ([§ 115 b SGB V](#)) als Krankenhausbehandlung sieht. Eine sektorenübergreifende Behandlung im dem Sinne, dass auf der einen Seite die Krankenhausbehandlung und auf der anderen Seite die Behandlung durch die niedergelassenen Vertragsärzte erfolgt, ist also hier bei den Verträgen Nrn. 1 und 2, die bereits nur einen Vertragspartner, nämlich ein Krankenhaus haben, mit Sicherheit nicht gegeben.

Zum anderen hat der Gesetzgeber auch schon bisher mit [§ 115 b SGB V](#) eine Regelung geschaffen, wonach Krankenhäuser auch "ambulante Leistungen" (ambulante Operationen) erbringen können. Dies ist also insoweit nichts Neues. Den ambulanten Operationsmöglichkeiten nach [§ 115 b SGB V](#) liegt ein zuvor vereinbarter Katalog entsprechender Operationen, die hierunter fallen, zugrunde (Anl. 1 zum Vertrag nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) vom 29. April 2005 -DÄ 2005 Heft 17, Seite A-1232 -). Auch in den Verträgen hier sind bestimmte Indikationen vereinbart, bei denen es dem Arzt als "Fallmanager" überlassen bleibt im Einzelfall zu entscheiden, ob ambulant oder stationär operiert werden kann. Dies gilt aber auch für die Fälle nach [§ 115b SGB V](#) i. V. m. der Anlage 2 - Allgemeine Tatbestände - zum Vertrag nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) vom 29. April 2005 (DÄ 2005 Heft 17, Seite A-1232), sodass selbstverständlich auch in den nach [§ 115 b SGB V](#) katalogmäßig genannten Fällen, in denen grundsätzlich eine ambulante Operation am Krankenhaus möglich ist, im Einzelfall aus besonderen (in der Anlage 2 genannten) medizinischen Gründen auch eine stationäre Behandlung und Operation notwendig sein kann. Daneben sieht auf der anderen Seite [§ 121 SGB V](#) schon seit langem (allerdings mit wenig Erfolg) die Möglichkeit der belegärztlichen Tätigkeit vor, das heißt, nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten ([§ 121 Abs. 2 SGB V](#)). Die Abrechnung der belegärztlichen Leistungen erfolgt über die Gesamtvergütung ([§ 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), wird also dem ambulanten Bereich zugeordnet.

Der Gesetzgeber hat insgesamt mit dem GKV-Modernisierungsgesetz - GMG - eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung vornehmen wollen. Im einzelnen: - Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung - [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) - institutionelle Öffnung der Krankenhäuser bei Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich - [§ 116a Abs. 1 SGB V](#) - Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Leistungserbringung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen - [§ 116b Abs. 1 SGB V](#) - ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen - [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) - Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen in der Integrationsversorgung - [§§ 140a ff SGB V](#) (siehe hierzu auch Degener-Hencke aaO).

Dies sind allesamt Maßnahmen, die der engeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung dienen. Da aber mit diesen Möglichkeiten in den [§§ 95 Abs. 1, 116a Abs. 1, 116b Abs. 1 und Abs. 2 SGB V](#) schon spezielle Regelungen zur ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser geschaffen worden sind, sind mit den weiteren Bestimmungen zur integrierten Versorgung gem. den [§§ 140a ff SGB V](#) mit "Leistungssektoren übergreifend" gerade nicht die Fälle gemeint, in denen ein Krankenhaus alleiniger Vertragspartner ist und durch seinen Arzt/"Fallmanager" entscheidet, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Zur integrierten Versorgung gehört gerade im Unterschied zu den anderen hier oben dargestellten Neuregelungen die unter anderem Leistungssektoren übergreifende Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer in einem Verbund zur besseren Versorgung der Versicherten.

Bei einer Gesamtschau bleibt damit jedenfalls festzuhalten, dass der Gesetzgeber hier wirklich die engere Verzahnung zwischen dem ambulanten Bereich (als vertragsärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte) und dem stationären Bereich (durch die Vertragskrankenhäuser - einschließlich Rehabilitationskrankenhäuser) über die schon jetzt bestehenden Möglichkeiten des ambulanten Operierens an den Krankenhäusern einerseits ([§ 115b SGB V](#)) und die belegärztliche Tätigkeit andererseits ([§ 121 SGB V](#)) hinaus herbeiführen wollte. Was nämlich dem Gesetzgeber ganz offensichtlich als Ideal vorschwebt ist die kooperative Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer in einem "Verbund", innerhalb dessen die Versicherten/Patienten u.a. dank eines entsprechenden Datenaustausches/einer gemeinsamen Dokumentation ([§ 140a Abs. 2 Satz 2, § 140b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#)) umfassend betreut werden, um so die vorhandenen Ressourcen effektiver und kostengünstiger einzusetzen.

Die Verträge Nrn. 1 und 2 erfüllen damit keinesfalls die Voraussetzung für die Anerkennung als integrierte Versorgung unter dem Aspekt "Leistungssektoren übergreifend". Hinzukommt hier noch, dass es auch an einem weiteren Kriterium fehlt, nämlich dem Verbund mehrerer Leistungserbringer. Bei diesen Verträgen steht der beklagten Krankenkasse jeweils nur ein Leistungserbringer, ein Krankenhaus gegenüber.

d.) Ebenso wenig sind auch die Verträge Nrn. 3, 4 und 5 als Leistungssektoren übergreifend einzustufen. 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 hier nach der Vorstellung des Gesetzgebers auch an die Kombination ambulante/stationäre Operation im Krankenhaus einerseits und anschließende Rehabilitation ambulant oder stationär 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 dies nicht durch. Zwar ist dort von "sektor- und berufsgruppenübergreifend" die Rede, diesen Regelungen lässt sich aber keineswegs entnehmen, dass neben der ambulanten und stationären Versorgung die ambulante und stationäre Rehabilitation als eigener Leistungssektor zu qualifizieren ist. Zum einen stehen die hier zitierten Normen ausschließlich im Zusammenhang mit Vorgaben der Qualitätssicherung. Diese sind - wie von der Klägerin zutreffend ausgeführt - 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 von der Beklagten angeführte Umstand, dass einerseits 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 zwar 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) - wie von der Beklagten geltend gemacht - 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) auch hier mit Leistungssektoren übergreifender Versorgung i. S. v. [§ 140a SGB V](#) zu tun zu haben. Der Senat lässt an dieser Stelle offen, ob der hier von der Beklagten angeführte Effekt im Zusammenhang mit der Rehabilitation überhaupt so wünschenswert oder nicht gar 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 dann mit Pauschalvergütungen bewirkte Verkürzung der

Verweildauer im Rehabilitationsbereich immer vertretbar und letztlich 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 genannt, Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, 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). Die Leistungsarten aber finden sich im Leistungsrecht des SGB V, wo hingegen die integrierte Versorgung Gegenstand des Leistungserbringungsrechts ist. In dem Zusammenhang hat die Klägerin auch nicht zu Unrecht darauf hingewiesen, 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 hinsichtlich insbesondere der Verträge Nrn.3 bis 5, also hier der Kombination zwischen stationärer OP 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 "Programm punkt" neben anderen. So weit im Übrigen im Vertrag Nr. 5 noch im § 3 Abs. 3 - Anschlussrehabilitation - (Blatt 32 VA) die Einbindung ambulanter Rehabilitationszentren "angestrebt" wird, kann auch unter dem Aspekt ambulant/stationär eine Leistungssektoren übergreifende integrierte Versorgung nicht angenommen werden. Denn ein "anstreben ambulanter Rehabilitation" stellt gerade (noch) keine Kombination stationär/ambulant in welcher Form auch immer dar.

2. Keiner der hier streitigen Verträge beinhaltet auch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. So enthalten die Verträge Nrn.1 und 2 bestimmte Behandlungsindikationen auf orthopädischem bzw. gynäkologischem Gebiet, ambulant oder stationär und die Verträge Nrn. 3, 4 und 5 jeweils Behandlungsindikationen ausschließlich auf orthopädischem Gebiet in Verbindung mit anschließender Rehabilitation. Eine fachübergreifende-interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne der gesetzlichen Regelung findet damit aber im Rahmen dieser Verträge in keinem Fall 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 Orłowski 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 Fachbereichsgrenzen des ärztlichen Weiterbildungsrechtes überschritten werden (siehe Orłowski aaO Rdnrn. 10, 11).

Zunächst ist weiter vor auszuschicken, 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 Orłowski 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 die Beklagte geltend macht, eine fachübergreifende-interdisziplinäre Versorgung liege schon im Hinblick darauf vor, dass im Zusammenhang mit den (ambulanten oder stationären) 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. D. h. mit anderen Worten, 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 zuarbeitenden Anästhesisten schon lange besteht und hier offensichtlich ebenso wenig gemeint ist wie die entsprechende Zusammenarbeit bei einer stationären Operation zwischen den Abteilungen eines Krankenhauses, einschließlich Anästhesist. Der Anästhesist ist auch im konkreten Fall der Operation nur "Zuarbeiter" für den Operateur, aber eine gemeinsame aufeinander abgestimmte (langfristige) Behandlung des Kranken im eigentlichen Sinne führt der Anästhesist gemeinsam mit dem Operateur gerade nicht durch.

Ebenso wenig kann hier auch von einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung bezüglich der Verträge Nrn.3 bis 5 im Hinblick auf die angeschlossene 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. 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 Verträge erfüllt die Voraussetzungen für eine integrierte Versorgung im Sinne von [§ 140 a SGB V](#).

III.

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

2007-01-22