

L 12 KA 57/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 28 KA 1516/08

Datum

26.01.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 57/12

Datum

15.01.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 16/14 B

Datum

02.07.2014

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Ob Verträge die Voraussetzungen der [§§ 140 a ff.](#) SGB V erfüllen, unterliegt der gerichtlichen Kontrolle. Der Prüfungsmaßstab ist insoweit nicht auf die Angaben der Krankenkasse gegenüber der BQS beschränkt.

2. Verträge sind dann keine IV Verträge, wenn die darin geregelte Versorgung nur auf die Regelversorgung aufsetzt, diese jedoch nicht auch nicht in Teilen ersetzt.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 26.01.2012 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Einbehalt von Gesamtvergütungsanteilen des Quartals 4/04 in Höhe von 39.734,21 EUR. Der Einbehalt basiert auf dem als "Vertrag über eine integrierte Versorgung nach [§ 140a SGB V](#) für Versicherte der DAK zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD I)" bezeichneten Vertrag (im Folgenden "COPD-Vertrag").

Die Beklagte hat nach Auskunft der Gemeinsamen Registrierungsstelle BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) mit dem Pneumologischen Netzwerk Südbayern e.V. zum 01.10.2004 einen Vertrag über eine integrierte Versorgung nach [§ 140a SGB V](#) für DAK-Versicherte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD I) abgeschlossen (BQS Nr. 00089). Vertragsgegenstand ist danach die Indikation Chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). Der Vertrag sieht als Vergütungsform eine leistungsabhängige Modulvergütung vor. Der Auskunft der BQS ist ein geschätztes Vergütungsvolumen für die Klägerin i.H.v. 116.930,00 EUR zu entnehmen sowie eine geschätzte Anzahl von 75 teilnehmenden Versicherten für den Zeitraum 01.10.2004 bis 31.12.2004. Zur Anschubfinanzierung hatte die Beklagte im Quartal 4/04 den streitgegenständlichen Betrag einbehalten.

Am 23.12.2008 erhob die Klägerin wegen dieses Einhalts Klage zum Sozialgericht München (SG). Die Voraussetzungen für den Einbehalt seien nicht erfüllt, da es sich bei dem streitgegenständlichen Vertrag nicht um einen Vertrag zur integrierten Versorgung im Sinne von [§§ 140a ff.](#) SGB V handle. Der Vertrag beinhalte weder eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Die ambulanten Behandlungsmodule stellten im Vergleich zur Regelversorgung Add-on Leistungen dar, die zusätzlich erbracht, aber nicht die Regelversorgung ersetzen würden. Darüber hinaus würden die ambulanten Module nicht vollständig über den Vertrag vergütet. Die neben den Modulen notwendigen Behandlungsmaßnahmen der Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde würden wie üblich über die Klägerin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet. Dies entspräche nicht den Vergütungsvorgaben in [§ 140 c SGB V](#). Die Beklagte habe es versäumt, ausreichend geeignete Vertragsauszüge vorzulegen, die den vereinbarten Versorgungsauftrag und die Kriterien eines IV-Vertrages belegten.

Die Beklagte wandte ein, sie sei ihrer Nachweispflicht dadurch nachgekommen, dass sie die für die Prüfung notwendigen Daten an die BQS übersandt habe, zudem habe sie Teile des streitgegenständlichen Vertrages im Laufe des gerichtlichen Verfahrens vorgelegt. Sie sei auch aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie aus Gründen des Konkurrenzschutzes nicht verpflichtet, den vollständigen COPD-Vertrag gegenüber der Klägerin offenzulegen. Zur Behebung von Versorgungsdefiziten im südbayerischen Raum habe die Beklagte den

streitgegenständlichen Vertrag mit dem Pneumologischen Netzwerk geschlossen. Leistungserbringer seien - zum Vertragsbeginn - 15 niedergelassene Vertragsärzte für den ambulanten Bereich, die A. Fachklinik A-Stadt und das Krankenhaus R. für den akutstationären Bereich sowie die Fachklinik A. in B-Stadt und das Klinikum B., C-Stadt für den rehabilitativen Sektor gewesen. Die Leistungserbringer seien Mitglieder in dem als eingetragener Verein organisierten Pneumologischen Netzwerk Südbayern e.V. Ziel des streitgegenständlichen Vertrages sei die sektorenübergreifende Vernetzung akutstationärer, rehabilitativer und ambulanter Leistungen im Rahmen einer integrativen Zusammenarbeit im Sinne der §§ 140a ff. SGB V. Darüber hinaus solle durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit eine effektive und effiziente Versorgung der DAK-Versicherten erfolgen. Im Rahmen des Vertrages würden daher Leistungssektoren miteinander verknüpft, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell typischerweise getrennt seien. Abweichend von der Regelversorgung seien im Rahmen des Vertrages insbesondere folgende Leistungsmodule vereinbart worden: Raucherentwöhnung, COPD-Schulung, PneumoFit-Trainingstherapie, Bewegungstraining/Lungensport, Shared-decision-making, leitliniengerechte Behandlung/GOLD-Standard, Netzwerkmanager/Koordinator, interne Fortbildungsveranstaltungen, akutstationäre Behandlung, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (Direkteinweisung), Nachuntersuchungen, Telefon-Hotline, Qualitätsmessung. Es werde durch die Leistungsmodule ein umfassendes und besonderes Angebot geschaffen, das die Regelversorgung ersetze und erhebliche Abweichungen zur traditionellen Versorgung enthalte. Die vereinbarten Leistungen würden mittels innovativer Pauschalen, teilweise differenziert nach Schweregrad, in Rechnung gestellt und vergütet. Es sei die Vergütung aller Vertragsbestandteile festgelegt worden.

Das SG verurteilte die Beklagte mit Urteil vom 26.01.2012, an die Klägerin 39.734,21 EUR an rückständiger Gesamtvergütung für das Quartal 4/04 nebst Prozesszinsen zu zahlen. Die Frage, ob ein Vertrag vorliege, der die Voraussetzungen nach § 140a ff. SGB V erfüllt und damit den Einbehalt von Gesamtvergütungsanteilen rechtfertigt, unterliege der vollen gerichtlichen Kontrolle. Sofern das Vorliegen eines Vertrages zur integrierten Versorgung substantiiert bestritten werde beziehungsweise sich aus der Auskunft der Registrierungsstelle selbst Zweifel an der rechtlichen Qualität des Vertrages ergeben würden, sei die Beklagte nach den allgemeinen Regeln hinsichtlich des Nachweises der Erfüllung der Voraussetzungen der §§ 140a ff. SGB V beweispflichtig und habe den streitigen Vertrag vorzulegen. Im vorliegenden Fall bestünden Zweifel an der rechtlichen Qualität des streitgegenständlichen Vertrages. Den im Laufe des Gerichtsverfahrens vorgelegten Vertragsteilen könne nicht entnommen werden, ob die Voraussetzungen für einen IV-Vertrag erfüllt seien. Die Kammer gehe zwar davon aus, dass der Vertrag eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung zum Gegenstand habe, indem er Leistungen des ambulanten, des akutstationären und des medizinischen Rehabilitationsbereichs regle. Allerdings fehle es an einer weiteren Voraussetzung, denn essenzielle ambulante Leistungen, die in dem Vertrag näher geregelt seien, würden nach Überzeugung der Kammer im Rahmen der bisherigen Regelversorgung vorgenommen. § 2 des streitgegenständlichen Vertrages, der dem Gericht vorliege, regelt, welche Leistungen Vertragsgegenstand sind. Zu diesen zählten u.a., dass die Behandlungsziele dem Erkrankungsschweregrad angemessen zu definieren seien. Dafür ist für jeden Patienten eine Bewertung nach GOLD (Global Initiative of Chronic Obstructive Lung Disease) durch den Erstbehandler dieses Versorgungsvertrages vorzunehmen und zu dokumentieren (§ 2 Abs. 6). Gem. § 2 Abs. 9 des Vertrages sind die Leistungen (Diagnostik und Therapie) an den Leitlinien und Empfehlungen nach GOLD auszurichten. § 2 Abs. 11 des COPD-Vertrages schreibt vor, dass regelmäßig Nachuntersuchungen der eingeschriebenen Versicherten zu erfolgen haben, um den Behandlungsprozess im Rahmen der Zielsetzung weiter zu verbessern. Die Nachuntersuchungen finden 6 Monate nach einer stationären Behandlung und/oder nach dem Ende einer PneumoFIT-Schulung statt. Vorrangig erfolge diese durch die niedergelassenen Pneumologen. Für die in § 2 Abs. 6, 9 und 11 des Vertrages geregelten (zumeist) ambulanten Leistungen enthielten die dem Gericht offen gelegten Vertragsteile keine Vergütungsregelung. Vergütungsregelungen für "Ambulante Behandlungsmodule" seien zwar in der dem Gericht vorliegenden Anlage A 2 aufgeführt. Diese bezögen sich jedoch nur auf die "Module" Raucherentwöhnung, COPD-Schulung, Pneumo-FIT (incl. COPD-Schulung) und Lungensport, also auf Leistungen, die nur teilweise ärztlicher Natur seien. Da eine darüber hinaus gehende Vergütungsregelung für ambulante Leistungen fehle bzw. nicht vorgelegt worden sei, gehe die Kammer davon aus, dass die in § 2 Abs. 6, 9 und 11 des Vertrages geregelten (zumeist) ambulanten Leistungen im Rahmen der Regelversorgung erbracht und vergütet würden. Auch durch die zusätzlichen Leistungen, die nur zum Teil ärztlicher Natur seien und vollständig auf die vertragsärztliche Regelversorgung aufsetzten, finde ein Wettbewerb um Versorgungsmodelle, wie er vom Gesetzgeber im Rahmen der §§ 140a ff. SGB V beabsichtigt sei, nicht statt. Da nicht sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrages in Anspruch genommen würden, aus der Vergütung für die integrierte Versorgung vergütet würden, entspreche der Vertrag nicht den Vorgaben für einen IV-Vertrag. Würde man im Übrigen die nicht Regelversorgung ersetzenden ambulanten Leistungen ausblenden und lediglich die (soweit dem Gericht vorliegend) vertraglich vereinbarten akutstationären Leistungen analysieren, wäre nicht ersichtlich, welches alternative Versorgungsmodell nach dem streitgegenständlichen Vertrag die Regelversorgung in der stationären Versorgung (überwiegend) ersetzen sollte. Offen lassen könne die Kammer die Frage, ob die Beklagte aufgrund des Vertrages überhaupt in der Lage wäre, den insoweit auf sie übergegangenen Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten, denn es sei nicht ersichtlich, wie die einzelnen Leistungserbringer vertraglich verpflichtet würden und welche Pflichten sie übernehmen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 01.03.2012, die sie wie folgt begründet: Das Sozialgericht habe bereits einen falschen Prüfungsmaßstab angelegt. Für die Einbehaltung der Anschubfinanzierung sei nach § 140d SGB V nach Auffassung des BSG lediglich zu verlangen, dass die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b geschlossenen Verträgen erforderlich sei. Eine weitergehende Detailprüfung verlange das Gesetz nicht. Unter Berücksichtigung des vom Gesetzgeber angestrebten Wettbewerbs sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen den Leistungserbringern reduziere sich der Prüfungsmaßstab demnach auf die Zielrichtung und den tatsächlichen Abschluss eines IV-Vertrages. Eine weitergehende Analyse und Interpretation des Vertrages - wie vom SG vorgenommen - sei nicht zulässig. Die integrierte Versorgung sei zudem schon dadurch gegeben, dass durch den Vertrag eine Verknüpfung der beteiligten Leistungserbringer sektorenübergreifend erfolgt sei. Im stationären Bereich sei die akutstationäre Behandlung sowie stationäre Rehabilitationsmaßnahmen vereinbart worden. Bei der Vorbereitung auf die Reha-Maßnahmen profitiere der Patient von den Absprachen der beteiligten Leistungserbringer untereinander und der Vermeidung von Doppeluntersuchungen durch den Austausch der Informationen über den Patienten unter Nutzung der Internetplattform "healthbase". Im ambulanten Bereich habe das SG zu Unrecht nur auf Add-on-Leistungen erkannt. Es seien vielmehr eine Vielzahl von zusätzlichen Leistungsmodulen vereinbart worden, nämlich zum Beispiel Raucherentwöhnung, COPD-Schulung, PneumoFit-Trainingstherapie, Bewegungstraining/Lungensport usw. Außerdem sei diesem Zusammenhang bereits fraglich, wann ein Vertrag als Add-on-Vertrag zu bewerten sei, da der Begriff rechtlich nicht definiert sei. Im streitgegenständlichen Vertrag würden mehrere Sektoren miteinander verzahnt und eine Vielzahl von Mehrleistungen aufgenommen, so dass die Regelversorgung in den Hintergrund träte, mithin ein alternatives Versorgungskonzept vereinbart worden sei. Zentraler Inhalt des Vertrages sei eine Komplettversorgung des Patienten sowie den für ihn entstehenden Mehrnutzen. Von Bedeutung seien insbesondere das seitens des Pneumologen entworfene individuelle Versorgungskonzept sowie die Vernetzung von einzelnen Sektoren durch das Zusammenwirken der beteiligten Leistungserbringer. Hinsichtlich der Vergütungsregelung stelle die Beklagte nicht in Abrede, dass im

Rahmen der Vergütungsregelung hinsichtlich der ambulanten Leistungen nicht sämtliche Module über eine gesonderte IV-Vergütung pauschal abgerechnet würden. Dennoch sei eine genaue Abgrenzung der Vergütungen vorgenommen worden. Auch die Kommentarliteratur (Hess im Kassler-Kommentar und auch Orlowski) vertrete die Auffassung, dass eine Vergütungsvereinbarung eines IV-Vertrages die mit den Gesamtvergütungen vergüteten ärztlichen Leistungen als gegeben voraussetze und im Integrationsvertrag diese ambulanten ärztlichen Leistungen nur durch zusätzliche Leistungen ergänzt würden. Aus der Integrationsvergütung seien in dieser Konstellation nur die zusätzlich zu dem mit der Gesamtvergütung abgegoltenen zusätzlich vereinbarten Integrationsleistungen zu vergüten.

Die Beklagte und Berufungsklägerin stellt den Antrag,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 26.01.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte stellt den Antrag,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin hält das Urteil des SG für zutreffend. Das SG sei zu Recht von einer vollen gerichtlichen Überprüfbarkeit des Vertrages ausgegangen. Die Auffassung des Beklagten, der Begriff "regelversorgungsetzend" sei im angefochtenen Urteil zu eng ausgelegt worden, sei nicht tragfähig. Nach der Rechtsprechung des BSG sei vielmehr die Integrationsversorgung als Alternative zur Regelversorgung konzipiert. Bleibe der Vertrag mit seinen integrativen Elementen im Wesentlichen innerhalb der Versorgung, erfülle er damit nicht die aus Zielsetzung und gesetzlicher Ausgestaltung der integrierten Versorgung abzuleitenden Voraussetzungen, dass Leistungen der Regelversorgung ersetzt würden. Im vorliegenden Fall träten die integrativen Elemente des Vertrages in den Hintergrund beziehungsweise würden die entsprechenden Leistungen im Rahmen der Regelversorgung erbracht. Die Beklagte selbst trage in ihrer Berufungsbegründung vor, dass zentraler Inhalt des Vertrages die Komplettversorgung des Patienten sowie der für ihn entstehende Mehrnutzen sei. Insoweit hätten alle diese Leistungen auch über den Vertrag vergütet werden müssen.

Im Rahmen des Berufungsverfahrens legte die Beklagte auf Bitte des Gerichts den Vertragstext mit den Anlagen A, B und C vor.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, [§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), aber nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zutreffend zur Zahlung des einbehaltenen Betrages in Höhe von 39.734,21 EUR nebst Prozesszinsen verurteilt, da die Beklagte nicht berechtigt war, den streitigen Betrag auf der Grundlage von [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 14.11.2003 von der an die Klägerin zu zahlenden Gesamtvergütung nach [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) einzubehalten.

Anspruchsgrundlage für das Zahlungsbegehren ist [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) iVm dem zwischen den Beteiligten geschlossenen Gesamtvertrag. Die Beklagte hat Einbehalte von dem der Klägerin zustehenden Anspruch auf Zahlung der Gesamtvergütung nach [§ 85 Abs. 2 SGB V](#) vorgenommen. Das "Einbehalten" von Mitteln umschreibt dabei den Vorgang, dass die Krankenkasse einen gegen sie gerichteten Anspruch - sei es aus nach [§ 85 Abs. 2 SGB V](#) an die KÄV zu entrichtender Gesamtvergütung, sei es aus abgerechneter Krankenhausbehandlungsvergütung - als berechtigt ansieht, die hierfür geschuldeten Mittel in Höhe des Einbehalts aber nicht leistet, sondern mit einem Gegenrecht auf Mitteleinbehaltung zur Anschubfinanzierung aufrechnet und die auf diese Art und Weise "einbehaltenen Mittel" zur zweckgebundenen Verwendung verbucht (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.2010, [B 1 KR 11/10 R](#)). Die von einer Krankenkasse nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung des GMG vom 14.11.2003, BGBl 2190) einbehaltenen Mittel dürfen gemäß Satz 3 ausschließlich zur Finanzierung der nach [§ 140 c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbarten Vergütungen verwendet werden. Nach dieser Vorschrift legen die Verträge zur integrierten Versorgung die Vergütung der in diesem Rahmen erbrachten Leistungen fest. Die Beklagte und Berufungsklägerin war damit nach den allgemeinen Beweisregeln beweispflichtig im Hinblick auf das Vorliegen von Verträgen nach [§ 140 a bis c SGB V](#) sowie das Erfordernis des Einbehalts nach [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#).

Ob Verträge die Voraussetzungen von [§ 140 d SGB V](#) (hier in der Fassung des GMG, aaO) erfüllen, unterliegt der gerichtlichen Kontrolle. Die Beklagte kann sich daher nur bei entsprechender Offenlegung der Verträge erfolgreich auf diese berufen. Denn gemäß [§ 140 b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind Krankenkassen nur zur Finanzierung konkreter Integrationsverträge berechtigt, Vergütungsanteile einzubehalten. Mit dieser Regelung wäre es nicht vereinbar, dass Krankenkassen pauschal und ohne näheren Hinweis auf Inhalt und finanzielles Volumen von Integrationsverträgen zunächst Vergütungsbestandteile einbehielten und allenfalls auf der Grundlage des [§ 140 d Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) nach drei Jahren (ganz oder anteilig) zurückerstatteten. Die gemeinsame Registrierungsstelle (BQS) prüft weder, noch stellt sie verbindlich fest, dass ein Vertrag im Sinne des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) vorliegt (vgl. BSG, Urteil vom 6. Februar 2008 - [B 6 KA 27/07 R](#)). Daher sind im Streitfall die Verträge daraufhin zu überprüfen, ob ein Vertrag vorliegt, der eine integrierte Versorgung zum Gegenstand hat (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 15.04.2010, [L 5 KR 12/08](#); LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.09.2009, [L 9 KR 470/08](#); LSG Hessen, Urteil vom 05.02.2013, [L 1 KR 222/10](#); a.A. Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 24.06.2009, [L 1 KR 76/08](#)). Da aufgrund der Angaben der BQS die rechtliche Qualität des Vertrages als rechtskonformer Integrationsvertrag nach [§ 140 b SGB V](#) nicht zweifelsfrei geprüft werden kann, umfasst der Prüfungsmaßstab des Gerichts die Prüfung des gesamten Vertrages. Der Prüfungsmaßstab ist insoweit nicht auf die Angaben der Krankenkasse gegenüber der BQS beschränkt.

Der streitgegenständliche COPD-Vertrag ist kein Vertrag zur integrierten Versorgung im Sinne des [§ 140 a Abs. 1 S. 1 SGB V](#). Verträge zur integrierten Versorgung iS des [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) können nur über eine "interdisziplinär-fachübergreifende" oder über eine "verschiedene Leistungssektoren übergreifende" Versorgung geschlossen werden. Der Begriff der interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung setzt eine Kooperation von Hausärzten und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete voraus. Die Kooperationen müssen die Fachgebietsgrenzen des ärztlichen Weiterbildungsrechts überschreiten. Sie müssen zudem im ambulanten Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit durch Überweisungen an Ärzte eines anderen Fachgebiets bzw. im stationären Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit der Abteilungen der unterschiedlichen Fachgebiete innerhalb eines Krankenhauses hinausgehen. Hierfür unzureichend ist insbesondere die Zusammenarbeit zwischen dem Arzt bzw. der Abteilung des operierenden Fachgebiets und dem Anästhesisten bzw. seinem Fachgebiet, wie sie traditionellerweise ohnehin in jeder Einrichtung stattfindet. Erforderlich ist vielmehr ein Konzept längerfristiger, gemeinsam aufeinander abgestimmter Behandlungen von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten

unterschiedlicher Gebiete. Das Vorliegen einer dieser Formen interdisziplinär-fachübergreifender Versorgung ist für den COPD-Vertrag zu verneinen. Welcher Fachrichtung die nach Anlage A 1 innerhalb des ambulanten Sektors beteiligten Vertragsärzte angehören, lässt sich dem Vertrag nicht entnehmen. Auch ist eine ggf. fachübergreifende Zusammenarbeit der Vertragsärzte nicht vertraglich geregelt. Nach der Präambel des Vertrages ist Ziel der Vereinbarung vielmehr die sektorübergreifende Vernetzung akutstationärer, rehabilitativer und ambulanter Leistungen. Auf das Vorliegen einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung beruft sich auch die Beklagte nicht. Zu den Voraussetzungen eines leistungssektoren-übergreifenden Integrationsvertrages hat sich das Bundessozialgericht ebenfalls mit Urteilen vom 06.02.2008, [B 6 KA 27/07 R](#) und [B 6 KA 5/07 R](#) geäußert:

"Der Begriff der Leistungssektoren iS des [§ 140a Abs 1 Satz 1 SGB V](#) ist gesetzlich nicht definiert (so Senatsurteil, aaO, RdNr 15 mit Hinweis auch auf die Begr des Gesetzentwurfs zum GMG, [BT-Drucks 15/1525, S 129](#), Zu Nr 113 , Zu Buchst a). Sein Inhalt ist deshalb nur durch eine am Zweck der integrierten Versorgung orientierte Auslegung zu bestimmen (Beule, Rechtsfragen der integrierten Versorgung, 2003, S 25). Die Zielrichtung dieser Versorgungsform besteht vor allem darin, die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu durchbrechen und den Krankenkassen die Möglichkeit zu eröffnen, außerhalb der bisherigen Regelversorgung eine alternative Versorgungsstruktur zu entwickeln. Es soll eine Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren stattfinden, zum einen, um eine wirtschaftlichere Versorgung zu ermöglichen, zum anderen aber auch, um für die Versicherten die medizinischen Behandlungsabläufe zu verbessern, zB Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und Behandlungsdiskontinuitäten zu vermeiden (vgl Baumann , jurisPK-SGB V, § 140a RdNr 2). Ausgehend von dieser allgemeinen Zielsetzung des Gesetzes ist der Begriff der "leistungssektorenübergreifenden Versorgung" funktionell zu bestimmen. Ausgangspunkt ist jeweils das Leistungsgeschehen und dessen inhaltlicher Schwerpunkt. "Übergreifend" ist dementsprechend eine Versorgung, die Leistungsprozesse, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind, nunmehr verknüpft. Behandlungsansatz und Ausrichtung des einzelnen Leistungsprozesses (zB hausärztliche Versorgung, ambulante Versorgung insgesamt, operative Behandlung, medizinische Rehabilitation) geben den entscheidenden Hinweis darauf, ob einzelne Behandlungsmaßnahmen Teil desselben Leistungssektors sind oder unterschiedlichen Sektoren angehören. Eine Operation (zB Implantation eines neuen Gelenks) und die anschließende Rehabilitation (zB Mobilisierung) dienen unterschiedlichen medizinischen Zwecken und sind in der Regelversorgung auch institutionell getrennt. Insoweit betreffen sie (auch) verschiedene Leistungssektoren iS des [§ 140a Abs 1 SGB V](#).

Wichtigster Anwendungsfall einer Versorgung, die verschiedene Leistungssektoren miteinander verknüpft, ist die Verzahnung von ambulanten und stationären Behandlungen (vgl Senatsurteil vom 6.2.2008, aaO, RdNr 17). Diese Art von Verknüpfungen wird bei der Erläuterung der Ziele der Integrationsversorgung bereits in der Überschrift besonders hervorgehoben (Gesetzentwurf der Regierungsfractionen zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 , [BT-Drucks 14/1245 S 55](#)). Diese Versorgungsstruktur soll "Brücken über die Gräben der Versorgung schlagen". Neben das mehr als 100 Jahre bestehende Versorgungssystem alter Art soll eine Innovation gestellt werden, in der eine bessere, effektivere, die Angebote der Sektoren integrierende und die Ressourcen schonende Versorgung der Versicherten bewirkt wird (von Schwanenflügel, NZS 2006, 285, 287).

Daraus kann allerdings nicht abgeleitet werden, nur solche Verträge seien von [§ 140a Abs 1 SGB V](#) erfasst, die Leistungen aus den beiden "Hauptsektoren" anbieten (vgl Senatsurteil vom 6.2.2008, aaO, RdNr 18). Vielmehr sind unter Zugrundelegung eines funktionellen Ansatzes sowohl innerhalb des ambulanten als auch innerhalb des stationären Hauptsektors weitere Leistungssektoren zu unterscheiden, die Gegenstand von Integrationsverträgen sein können. Beispiel für ein integriertes Versorgungsangebot ohne Einbeziehung des stationären Sektors ist etwa die Verzahnung von ambulanten Operationen und anschließender Versorgung der Patienten in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. Die Ziele der integrierten Versorgung, nämlich ua die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen, von Koordinationsproblemen im Behandlungsablauf und von Wartezeiten, können durch ein derartiges Angebot erreicht werden. Auch innerhalb des stationären Behandlungsbereichs ist eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung möglich und bisweilen vom Regelungszweck der Vorschriften für die integrierte Versorgung geboten. So kann etwa die Verknüpfung der Akutbehandlung in einem Krankenhaus - zB Durchführung einer Operation oder Behandlung eines Schlaganfalls - mit der anschließenden medizinischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen Gegenstand eines Integrationsvertrages sein. Auch zwischen dem Akutkrankenhaus und dem Träger einer stationären Rehabilitationseinrichtung bestehen im traditionellen Versorgungssystem Schnittstellenprobleme, die im Interesse der betroffenen Patienten durch ein Versorgungsangebot aus einer Hand überwunden werden können."

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze ist der COPD-Vertrag grundsätzlich ein leistungssektoren-übergreifender Vertrag. Dies hat das SG bereits zutreffend anhand der ihm vorliegenden Vertragsbestandteile festgestellt. Denn die Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors über das Informationssystem "Healthcare" mit dem Ziel, medizinische Behandlungsabläufe zu verbessern und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, ist grundsätzlich geeignet, eine neue Versorgungsstruktur aufzubauen, die "Brücken über die Gräben der Versorgung schlägt". Ob der Austausch der Informationen über das Informationssystem "Healthcare" diesen Anforderungen tatsächlich gerecht wird, kann der Senat mangels Vorlage entsprechender näherer vertraglicher Regelungen nicht abschließend beurteilen. Dem vorgelegten Vertrag ist hierzu nur in § 12 Abs. 6 zu entnehmen, dass diese webbasierte Kommunikationsform bereits innerhalb des Universitätsklinikums G. sowie projektmäßig an mehreren Standorten eingesetzt wird. Sie besteht aus einer multimedialen Patientenakte sowie einer Kommunikationsinfrastruktur. Die Ausstattung und Schulung aller am Vertrag teilnehmenden Mitglieder des Netzwerks regelt § 12 Abs. 7 des COPD-Vertrages. Nähere Angaben zum Umfang der gesammelten Daten macht der Vertrag nicht. Einer abschließenden Beurteilung der Frage, ob bereits diese Vernetzung allein ausreicht, um den Vertrag als sektorenübergreifend zu qualifizieren, bedarf es aber nicht. Denn entgegen der Auffassung der Beklagten reicht allein die Einbeziehung verschiedener Leistungssektoren in einen Vertrag nicht, um diesen als IV-Vertrag zu qualifizieren.

Über das Erfordernis einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung hinaus sind Verträge der in [§ 140b Abs 1 SGB V](#) genannten Vertragspartner nur dann solche der integrierten Versorgung, wenn durch sie auch Leistungen, die bislang Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, künftig ersetzt werden. Das ergibt sich aus der Konzeption der Integrationsversorgung als einer Alternative zur Regelversorgung, wie sie den Vorschriften der [§§ 140a bis 140d SGB V](#) seit ihrer Neufassung durch das GMG zugrunde liegt (vgl. umfassend BSG, Urteil vom 06.02.2008, [B 6 KA 27/07 R](#)). Der Versicherte, der von einer Erkrankung bedroht oder betroffen ist, soll alternativ zur - regelmäßig in einzelne Sektoren unterteilten - Regelversorgung von seiner Krankenkasse ein Versorgungsangebot erhalten, in dem seine Behandlung unabhängig "vom sektorenabhängigen Denken" organisiert wird. An die Stelle einer vom Vertragsarzt auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) gegenüber der KÄV abzurechnenden ambulanten Behandlung, die im Bedarfsfall ([§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)) durch eine auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes von der Krankenkasse zu vergütende stationäre Behandlung ergänzt wird, soll fakultativ ein einheitliches Versorgungsangebot treten können, das insgesamt auf der Grundlage des [§ 140c Abs 1 SGB V](#) nach vertraglichen Vereinbarungen vergütet wird. Dieses alternative Versorgungs-

und Vergütungskonzept beruht begrifflich wie systematisch auf dem Prinzip der Substitution: Vertragsärztliche Leistungen, die in der Regelversorgung aus der Gesamtvergütung iS des [§ 85 Abs 1 SGB V](#) zu honorieren sind, werden durch Leistungen (auch, aber nicht notwendig) von Vertragsärzten im Rahmen eines vertraglich gesteuerten Versorgungsmanagements ersetzt und nicht mehr aus der Gesamtvergütung, sondern ausschließlich einzelvertraglich honoriert. Finden die Behandlungsleistungen, die vertraglich näher geregelt werden, weiterhin im Rahmen der bisherigen Regelversorgung statt, ergibt sich im Gegenschluss daraus, dass kein Fall der integrierten Versorgung vorliegt. Wie das SG auch hier zu Recht ausgeführt hat, werden die wesentlichen ambulanten Leistungen weiterhin im Rahmen der Regelversorgung vorgenommen. Eine andere Bewertung ergibt auch nicht die Prüfung des vorliegenden Vertrages samt der Anlagen A bis C. Insbesondere ergibt sich aus § 3 Abs. 2 S. 2 des Vertrages, dass lediglich die in diesem Vertrag geregelten besonderen Leistungen von der Beklagten gesondert vergütet werden, die bisherigen Leistungen jedoch im Rahmen der Regelversorgung über die Klägerin abgerechnet werden. Auch bestimmt § 7 des Vertrages ausdrücklich, dass die niedergelassenen beziehungsweise KV-ermächtigten Ärzte, die an der Versorgung teilnehmen, wie bisher ihre üblichen Leistungen über die zuständige KV abrechnen. Der Vertrag ist damit im ambulanten Bereich keine Alternative zur Regelversorgung, sondern setzt nur die in Anlage A 2 genannten ambulanten Behandlungsmodule Raucherentwöhnung, COPD-Schulung, Pneumo-FIT und Lungensport auf die Regelversorgung auf. Auch aus den in Anlage A3 genannten ergänzenden Leistungen sind keine die Regelversorgung ersetzenden Leistungen ersichtlich. Die ergänzenden Leistungen betreffen lediglich organisatorische Leistungen (Netzwerkmanagement), eine Telefonhotline sowie eine Dokumentation zur Qualitätssicherung. Weitere ärztliche Leistungen, insbesondere solche der Regelversorgung, werden nicht angeboten. Der Patient kann sich daher nicht zwischen der Regelversorgung und der integrierten Versorgung als Alternative zur Regelversorgung entscheiden. Denn im ambulanten Bereich bietet der Vertrag nur Leistungen, die bisher nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind.

Gleiches gilt für den stationären Sektor. Nach Anlage B 1 versorgen die beiden Akutkliniken die in den Vertrag eingeschriebenen Patienten mit leitlinienkonformer Diagnostik und Therapie im Rahmen des geltenden Versorgungsauftrages. Die Vergütung erfolgt entsprechend der jeweils geltenden Regelungen (entweder nach Pflegesatzvereinbarung oder DRG-Fallpauschalen). Inhaltlich erfolgt eine Vernetzung mit den übrigen Leistungserbringern des Vertrages durch "besondere Vernetzung" nach § 2 Abs. 5 des Vertrages sowie Dokumentationen, die weiteren Leistungserbringern für den gleichen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Über die - sicherlich zu begrüßende - Vernetzung der einzelnen Sektoren untereinander ergibt sich jedoch aus dem Vertrag nicht, welche Leistungen insbesondere im stationären Bereich zusätzlich erbracht werden, die über die Regelversorgung hinausgehen oder eine Alternative zu dieser bieten. Ein Konzept gemeinsam aufeinander abgestimmter Behandlungen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren ist dem Vertrag über die Dokumentation und Vernetzung hinaus nicht zu entnehmen.

Auch im Bereich der stationären Rehabilitation lässt sich dem Vertrag nicht entnehmen, welche alternativen Versorgungsleistungen erbracht werden sollen. Zwar erfolgt hier eine pauschalierte Vergütung entsprechend der Vergütungsvereinbarung Anlage C2 abhängig vom Schweregrad nach Leistungs differenzierung nach GOLD mit einem Verweildauerkorridor, jedoch sind auch hier weitergehende Leistungen bis auf einen eigenständigen Transport bezüglich Verlegung und Abholung des Patienten sowie unentgeltliche Serviceleistungen wie TV Nutzung nicht ersichtlich. Die Beklagte selbst verweist auch lediglich darauf, dass bei der Vorbereitung auf die Rehabilitation der Patient von den Absprachen der beteiligten Leistungserbringer untereinander und der Vermeidung von Doppeluntersuchungen durch den Austausch von Informationen über den Patienten unter Nutzung der Internet Plattform "healthcare" sowie die Vermeidung des Drehtüreffektes profitiert. Dies allein reicht für eine Alternativversorgung durch IV-Vertrag nicht aus. Aus dem Vertrag ergibt sich vielmehr, dass zum Beispiel nach § 2 Abs. 10 zur Durchbrechung des Drehtüreffekts zwar eine direkte Zuweisung des Facharztes zur Reha-Klinik möglich ist, jedoch ist nach wie vor eine Antragstellung des Versicherten und eine leistungrechtliche Entscheidung der Beklagten im Sinne des [§ 40 SGB V](#) unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach [§ 12 SGB V](#) erforderlich. Auch findet insgesamt eine Abrechnung der jeweiligen Leistungen jeweils getrennt für den ambulanten, den stationären sowie den rehabilitativen Sektor statt, Komplexpauschalen für alle im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen sind nicht vorgesehen.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass nach [§ 140 a Abs. 1 S. 2 SGB V](#) der Sicherstellungsauftrag der KÄV nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt ist, soweit die Versorgung der Versicherten nach IV-Verträgen durchgeführt und in Bezug auf welche Versorgung konkret der Sicherstellungsauftrag eingeschränkt ist, ist im Vertrag nicht geregelt.

Zudem kann der Senat nicht erkennen, auf welche Weise die Leistungserbringer in den Vertrag einbezogen werden. Entsprechende "Kooperationsvereinbarungen" werden von der Beklagten behauptet, aber nicht vorgelegt, so dass nicht nachvollziehbar ist, wie die einzelnen Leistungserbringer vertraglich verpflichtet werden und welche Pflichten sie konkret übernehmen. Auch aus den im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegten Anträgen auf Mitgliedschaft im Pneumologischen Netzwerk Südbayern ergeben sich außer einer Zahlungsverpflichtung keine weiteren Erkenntnisse.

Der COPD- Vertrag entspricht damit nicht den Anforderungen an eine integrierte Versorgung im Sinne der [§§ 140 a ff SGB V](#).

Der Anspruch auf Prozesszinsen ergibt sich aus der analogen Anwendung des [§ 291 BGB](#) iVm [§ 288 Abs. 1 BGB](#). Die hier streitige Gesamtvergütung beruht auf einem öffentlich-rechtlichen Vertragsverhältnis. Da sich weder aus den [§§ 53 bis 60 SGB X](#) noch den sonstigen Vorschriften des SGB X eine ausdrückliche Regelung über Prozesszinsen ergibt ([§ 61 Satz 1 SGB X](#)), gelten gemäß [§ 61 Satz 2 SGB X](#) ergänzend die Bestimmungen des BGB (vgl. BSG, Urteil vom 28.09.2005, [B 6 KA 71/04 R](#)).

Die Kostenentscheidung stützt sich auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)). Das BSG hat sich zu IV-Verträgen umfassend in den Urteilen vom 6.2.2008 geäußert.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-07-30