

## L 4 KA 362/06

Land  
Freistaat Thüringen  
Sozialgericht  
Thüringer LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Gotha (FST)  
Aktenzeichen  
S 7 KA 2784/05  
Datum  
08.03.2006  
2. Instanz  
Thüringer LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 362/06  
Datum  
24.01.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 27/07 R  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 8. März 2006 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Zahlungsklage über die Rechtmäßigkeit eines Vertrages der integrierten Versorgung nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Die Beklagte als gesetzlicher Krankenversicherungsträger schloss mit der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e. G. (HÄVG) und der Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker mbH (MGDA) im Dezember 2004 für die Zeit ab Januar 2005 einen "Vertrag zur integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken (im Folgenden: Integrationsvertrag) nach den [§§ 140 a ff SGB V](#). Laut Vertragstext ist eine Unterstützung durch den Deutschen Hausärzterverband e. V. und den Deutschen Apothekerverband e. V. ausgewiesen.

Nach § 1 des Integrationsvertrages steht im Mittelpunkt des Regelwerkes die Koordinierung, Steuerung und Begleitung der Versorgung des Patienten durch den Hausarzt nach [§ 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V](#) im Zusammenwirken mit dem Hausapotheker und anderen Leistungserbringern. Der Versorgungsauftrag beinhaltet dabei im Wesentlichen die individuelle Betreuung des Patienten durch den Hausarzt hinsichtlich eines optimalen Behandlungsablaufs, falls der Patient unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungsebenen (z. B. Fachärzte, andere Therapeuten, stationäre Behandlung) in Anspruch nehmen müsse. Der Hausarzt betreue seinen Patienten, indem er Behandlungsschritte koordiniere sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse zusammenführe. Dabei gelte der Arzneimittelversorgung besondere Aufmerksamkeit. Weiterhin beinhalte der Versorgungsauftrag die aktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker bei der Arzneimittelversorgung. Das bedeute, dass der Apotheker für eingeschriebene Patienten eine Medikationsliste anlege, der Hausarzt im konkreten Behandlungsfall Daten aus der Medikationsliste vom Apotheker anfordern könne und sich Arzt und Apotheker gemeinsam über die Medikation verständigten. Zudem gehöre dazu die patientenindividuelle Beratung durch den Hausarzt hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die Beratung des Patienten über die integrierte Versorgung durch Hausärzte oder Hausapotheken, eine aktive Einbindung des Patienten in den Behandlungsablauf durch die beteiligten Leistungserbringer und die Einschreibung der Patienten. Ziel des Integrationsvertrages sei die bundesweite Etablierung und Umsetzung einer integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken auf der Grundlage der [§§ 140 ff SGB V](#) (§ 2 Integrationsvertrag). Die Vereinbarung gilt im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (§ 3 des Integrationsvertrages). Die Vergütung der Hausärzte und Hausapotheken (Einschreibepauschale, Integrationspauschalen I und II, Präventionsscheck und Apothekenintegrationspauschale) regelt sich nach § 12 des Integrationsvertrages. Nach § 13 des Integrationsvertrages sind sich die Parteien darüber einig, dass die Etablierung einer hausarzt- und hausapothekenbasierten Versorgung zu Einsparungen bei veranlassten Leistungen führe. An den realisierten Einsparungen werden alle Vertragspartner beteiligt (§ 13 Nr. 1 des Integrationsvertrages). Den teilnehmenden Versicherten wird die Zuzahlung nach [§ 28 Abs. 4 SGB V](#) ermäßigt (§ 15 Nr. 1 des Integrationsvertrages). Danach müssen die Versicherten die Praxisgebühr nur einmal pro Jahr zahlen.

Mit Schreiben vom 26. Januar 2005 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie als Krankenversicherungsträger nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) verpflichtet sei, für Verträge zur integrierten Versorgung in den Jahren 2004 bis 2006 bis zu 1 v. H. von den nach [§ 85 Abs. 2 SGB V](#) an die kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichteten Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der in den relevanten Versorgungsregionen liegenden Krankenhäusern für voll- und teilstationäre Behandlung einzubehalten. Derzeit sei in der Versorgungsregion

Thüringen ein Vertrag nach [§ 140 b SGB V](#) geschlossen worden. Es solle nicht versäumt werden mitzuteilen, dass ab dem Quartal I/2005 die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote in Höhe von 0,58 v. H. in Ansatz zu bringen sei.

Mit Datum vom 07. Februar 2005 wurde nach [§ 140 d SGB V](#) die Budgetsumme um 0,58 v. H. gekürzt. In einem weiteren Schreiben vom 28. Februar 2005 wies die Beklagte darauf hin, dass die in [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#) normierte Anschubfinanzierung von 1 v. H. nach einem Urteil des Landessozialgerichts Brandenburg (mit dem Az.: [L 5 B 105/04 KA ER](#)) unabhängig vom Bestehen von Integrationsverträgen realisiert werden dürfe.

Auf die vor dem Sozialgericht erhobene Zahlungsklage hat dieses die Beklagte mit Urteil vom 08. März 2006 verpflichtet, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 407.886,46 EUR an rückständiger Gesamtvergütung für das Jahr 2005 sowie das erste Quartal 2006 zu zahlen und die Sprungrevision zum Bundessozialgericht zugelassen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Einbehaltung der Vergütungsanteile rechtswidrig sei. Die Vorschriften über die integrierte Versorgung im 11. Abschnitt des SGB V (in der Fassung der ab dem 01. Januar 2004 in Kraft getretene Neuregelung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003) rechtfertigten den vorgenommenen Einbehalt nicht. Nach [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) könnten die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) genannten Vertragspartnern abschließen. [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) bestimme zur Anschubfinanzierung dieses Versorgungsmodells, dass zur Förderung der integrierten Versorgung jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zur Höhe von 1 v. H. 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 einzubehalten habe, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140 b SGB V](#) geschlossenen Verträgen erforderlich sei. Entgegen der Auffassung der Beklagten scheitere der Klageanspruch nicht bereits daran, dass es für die Anschubfinanzierung nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) schon nicht darauf ankomme, dass die Krankenkasse zum Zeitpunkt des Einbehalts bereits einen entsprechenden Integrationsvertrag abgeschlossen habe. Die in diesem Zusammenhang von der Beklagten zitierte Entscheidung des Landessozialgerichts Brandenburg, dass ein Vertragsabschluss für den Honorareinbehalt nicht erforderlich sei, überzeuge nicht. Entscheidend sei, dass der streitgegenständliche Integrationsvertrag keine integrierte Versorgung i. S. des [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) darstelle. Dies ergebe sich nicht von vornherein aus dem Umstand, dass die Apotheken nicht zu den nach [§ 140 b SGB V](#) zum Vertragsschluss berechtigten Leistungserbringern gehörten. Nach [§ 140 b Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) könnten die Krankenkassen die Verträge nach [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) nur mit einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und einzelnen sonstigen in Kapitel IV des SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften abschließen. Hierzu gehörten die Apotheken nicht, denn deren Versorgungsberechtigung folge nicht aus dem 4. Kapitel des SGB V, sondern aus den Vorschriften des Arzneimittel- und Apothekengesetzes (vgl. § 1 Abs. 1 und 2 des Arzneimittel- und Apothekengesetzes). Hieran ändere nichts die Vorschrift des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#), denn diese Regelung begründe nicht die Versorgungsberechtigung der Apotheken nach dem SGB V, sondern regule die Art der Beteiligung der Apotheken an Verträgen zur integrierten Versorgung. Der Gesetzgeber habe in dieser Vorschrift bestimmt, dass die Krankenkassen Apotheken an den vertraglich vereinbarten Versorgungsformen beteiligen könnten und habe in den Gesetzesmaterialien unter Hinweis auf [§ 140 b SGB V](#) insoweit klargestellt, dass Apotheken und Versandapotheken Vertragspartner von Vereinbarungen über die Weiterentwicklung in der integrierten Versorgung sein könnten. Entscheidend sei jedoch, dass die von der Beklagten gewählte Vertragskonstellation inhaltlich nicht die vom Gesetzgeber in [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) im Hinblick auf die integrierte Versorgung gemachten Vorgaben erfülle. Das im Integrationsvertrag vereinbarte Zusammenwirken zwischen Hausärzten und Apotheken begründe keine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten i. S. dieser Vorschrift. Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung als weitere Alternative des [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) komme von vornherein nicht in Betracht. Sinn einer integrierten Versorgung sei vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Dass der Gesetzgeber im Bereich der integrierten Versorgung mit einzelnen Leistungssektoren bzw. Leistungsbereichen die ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Blick habe, sei nicht zweifelhaft. Bereits bei der Einführung der integrierten Versorgung im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes zum 01. Januar 2000 habe der Gesetzgeber aufgrund einer starren Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung mit der Folge nicht abgestimmter Behandlungsverläufe und vermeidbarer Doppeluntersuchungen Handlungsbedarf gesehen und als Gegenmaßnahme die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung vorgesehen. An dieser grundsätzlichen Zielrichtung der integrierten Versorgung einschließlich der in diesem Zusammenhang vom Gesetzgeber geübten Trennung der ärztlichen Versorgung in einen ambulanten und stationären Versorgungsbereich, habe auch die Neufassung durch das am 01. Januar 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz nichts geändert, weshalb [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) folgerichtig als potentielle Vertragspartner im Wesentlichen Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich einschließlich der ambulanten und stationären Vorsorge sowie Rehabilitation als in Betracht kommende Träger der integrierten Versorgung benenne. Ein mit den in [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) genannten Leistungserbringern vergleichbarer Stellenwert komme den Apotheken, die nicht an der ambulanten und stationären Versorgung des Versicherten mitwirkten, im Rahmen der integrierten Versorgung nicht zu, mit der Folge, dass ein vertragliches Zusammenwirken der Apotheken mit einem Leistungserbringer in Ermangelung einer über verschiedene Leistungssektoren übergreifenden Versorgung grundsätzlich nicht geeignet sei, dem streitgegenständlichen Vertrag die Versorgungsqualität nach [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zu verleihen. Hätte der Gesetzgeber auch den Leistungssektor "Apotheken" oder andere, wie auch immer zu benennende Versorgungsbereiche als einen neben dem ambulanten und stationären Bereich für die integrierte Versorgung maßgebenden Leistungsbereich einbeziehen wollen, sei kein Grund ersichtlich, weshalb dies nicht durch eine Einbeziehung der Apotheken bzw. deren Verbänden in den, im Übrigen abschließend definierten, Kreis der potentiellen Vertragspartner nach [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) realisiert worden sei. Hiervon habe der Gesetzgeber jedoch Abstand genommen und mit der Einführung des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#) gesondert eine Beteiligungsform für die Apotheken geschaffen, für das Gericht erkennbar mit der Absicht, diese mangels einer Einbeziehung in den Beteiligtenkreis des [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) nicht an einer Mitwirkung an den Verträgen zur integrierten Versorgung auszuschließen und damit den Arzneimittelsektor jedenfalls insoweit, wie ihn die Mitwirkung von Apotheken beeinflussen könne, nicht unberücksichtigt zu lassen. Die Schaffung eines Sonderwegs für die Beteiligung der Apotheken verdeutliche aber, dass der Gesetzgeber im Rahmen der integrierten Versorgung für die Apotheken lediglich eine dieser Versorgungsformen begleitende Rolle vorgesehen habe. Bereits aus dem Wortlaut des [§ 129 Abs. 5 b Satz 1 SGB V](#), wonach Apotheken an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen beteiligt werden könnten und auch aus der Gesetzesbegründung (an den vertraglich vereinbarten Versorgungsformen kann die Krankenkasse auch Apotheken durch Vertrag beteiligen) sei zu folgern, dass die Apotheken in einen bereits bestehenden Vertrag zur integrierten Versorgung eingebunden werden könnten bzw. diese Versorgungsform unabhängig von einer Beteiligung der Apotheken Inhalt der vertraglichen Vereinbarung sein müsste. Ziel einer solchen Beteiligung solle nach [§ 129 Abs. 5 b Satz 2 SGB V](#) die Vereinbarung von Maßnahmen zur qualitätsgesicherten Beratung der Versicherten durch die Apotheke und eine Regelung von Qualität und Struktur der

Arzneimittelversorgung auch abweichend von Vorschriften des SGB V sein. Der streitgegenständliche Vertrag sei damit im Kern keine integrierte Versorgung, sondern eine Art der hausarztzentrierten Versorgung i. S. des [§ 73 b SGB V](#).

Mit der dagegen eingelegten Berufung macht die Beklagte geltend, dass die auf der Grundlage des [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#) vorgenommene Kürzung der zu zahlenden Gesamtvergütung zu Recht erfolgt sei. Das Sozialgericht habe rechtsfehlerhaft angenommen, die Voraussetzungen des [§ 140 d Abs. 1 SGB V](#) lägen mangels eines wirksamen Integrationsvertrages i. S. des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) nicht vor. Es sei unzutreffend, dass der Gesetzgeber Apotheken nicht in den Kreis der potentiellen Vertragspartner nach [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) aufgenommen habe. Bei der rechtlichen Beurteilung der Einbeziehung der Apotheken in die integrierte Versorgung habe das Sozialgericht die Bedeutung des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#) verkannt. Für die Untersuchung der Bedeutung der Sondervorschrift des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#) und die rechtliche Stellung von Apotheken bei der Beteiligung an Integrationsverträgen stellten die Regelungen in [§ 140 a ff SGB V](#) in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, mit dem die integrierte Versorgung in das SGB V eingeführt worden sei, den maßgeblichen Ausgangspunkt dar. Damals hätte [§ 140 b Abs. 2 SGB V](#) (a. F.) wie folgt gelautet: Die Verträge nach Abs. 1 können nur mit Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften abgeschlossen werden. Es seien also sämtliche Leistungserbringer erfasst, die an der Versorgung der Versicherten teilnehmen. Auf die rechtliche Grundlage des Teilnahmestatus komme es unstreitig nicht an. Apotheken erfüllten damit als an der Versorgung der Versicherten teilnehmende Leistungserbringer die Teilnahmevoraussetzung des [§ 140 b Abs. 2 SGB V](#) (a. F.). Aufgrund des insoweit eindeutigen Wortlautes fände sich in der gesamten rechtswissenschaftlichen Literatur, die sich auf die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes beziehe, auch nicht ein einziges Mal die Ansicht, Apotheken seien keine zulässigen Vertragspartner i. S. des [§ 140 b Abs. 2 SGB V](#) (a. F.). Es dürfte daher kein Zweifel daran bestehen, dass Apotheken zumindest bis zum Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 zulässige Vertragspartner von Integrationsverträgen nach [§ 140 b Abs. 2 SGB V](#) (a. F.) gewesen seien. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sei [§ 140 b Abs. 2 SGB V](#) (a. F.) mit Wirkung zum 01. Januar 2004 aufgehoben worden. Stattdessen habe der Gesetzgeber in [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) eine Neuregelung aufgenommen. Zu dieser Neuregelung habe der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ([BT-Drucksache 15/2525, Seite 129](#)) ausgeführt, dass "der Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen erweitert werde". Die Ausdehnung des Kreises der Vertragspartner der Krankenkassen diene dazu, in Berücksichtigung der vielfältigen Interessen der Beteiligten die Möglichkeiten für eine spezifiziertere integrierte Versorgung zu erweitern. Wie schon nach geltendem Recht stünden im Übrigen alle sonstigen zur Versorgung im System des SGB V zugelassenen Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als potentielle Vertragspartner eines Integrationsvertrages mit den Krankenkassen zur Verfügung. Nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers sollte durch die gesetzliche Neuregelung in [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) daher keine Einschränkung auf Seiten der möglichen Vertragspartner erfolgen, sondern eine Erweiterung. Eine Einschränkung des Kreises der möglichen Vertragsbeteiligten sollte ausschließlich hinsichtlich der kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Dies werde auch durch die Gesetzesbegründung insoweit gestützt, als es dort heiße: "Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die neue Vorschrift des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#), die für Apotheken nicht nur noch einmal ausdrücklich regelt, dass diese an Integrationsverträgen beteiligt werden können, sondern darüber hinaus konkrete Regelungen für eine solche Beteiligung der Apotheken vorsieht". Die vom Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung gewählte Formulierung "nicht nur noch einmal ausdrücklich" zeige deutlich auf, dass die rechtliche Stellung der Apotheken auch durch das GKV-Modernisierungsgesetz nicht verschlechtert werden sollte. Es sollte vielmehr der Status quo beibehalten werden. Dies gehe letztlich auch aus der Gesetzesbegründung der Sonderregelung in [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#) hervor. Dort heiße es ausdrücklich: "Apotheken und Versandapotheken können Vertragspartner von Vereinbarungen über die Weiterentwicklung in der integrierten Versorgung sein". Durch die hier erneut erfolgte ausdrückliche Inbezugnahme des [§ 140 b SGB V](#) werde ebenfalls deutlich, dass Apotheken als Vertragspartner nicht anders zu behandeln seien, als andere nach dem 4. Kapitel des SGB V zugelassenen Leistungserbringer, die nach [§ 140 b SGB V](#) an der integrierten Versorgung als Vertragspartner teilnehmen könnten. Entgegen der Ansicht des Sozialgerichts könne das Vorliegen einer Leistungssektoren übergreifenden Versorgung nicht unter Hinweis auf eine angeblich untergeordnete Beteiligungsform von Apotheken in der integrierten Versorgung verneint werden. Es sei richtig, dass der Begriff "Leistungssektor" vom Gesetzgeber nicht näher definiert worden sei. Berücksichtige man, dass es nach der Gesetzesbegründung vor allem Sinn und Zweck der integrierten Versorgung sei, bei primärer Orientierung am medizinischen Leistungsgeschehen die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme besser in den Griff zu bekommen, so zeige dies eine bewusste Ausrichtung an dem tatsächlichen medizinischen Leistungsgeschehen auf, dass sämtliche medizinische Versorgungsbereiche als Leistungssektoren i. S. des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) zu verstehen seien. Der Begriff der Beteiligung in [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#) beinhalte dabei zwei Regelungsaspekte, erstens dass Apotheken an ein- und derselben Versorgungsform gleichberechtigt mit anderen Leistungserbringern teilnehmen dürften, zweitens dass Apotheken an allen Versorgungsformen teilnehmen dürften, genauer an allen Versorgungsformen, die nach dem Gesetz vertraglich vereinbart werden könnten. Dabei könnten Apotheken originäre Vertragspartner jeglicher vertraglich vereinbarten Versorgungsform sein, insbesondere auch solcher nach [§ 140 a ff SGB V](#). Das Fehlen einer eigenständigen Definition zum Begriff Leistungssektor sei dadurch zu erklären, dass der Gesetzgeber die bestehenden Regelungen zur Bestimmung der Leistungssektoren als ausreichend erachte. Damit bleibe festzuhalten, dass auch die Arzneimittelversorgung einen eigenständigen Leistungssektor i. S. des [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) darstelle. Dieses Auslegungsergebnis werde auch dadurch bestätigt, dass nach [§ 140 d Abs. 3 SGB V](#) in den Vereinbarungen nach [§ 84 Abs. 1 SGB V](#) die Ausgabenvolumen für Arznei- und Heilmittel zu bereinigen seien, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließe. Da die Arzneimittelversorgung zwingend durch Apotheken erfolge, stellten diese einen eigenständigen Leistungssektor dar. Dagegen lasse sich auch nicht anführen, dass die Abgabe von Arzneimitteln auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolge. Auch andere Leistungen (wie z. B. die Hilfsmittelversorgung, häusliche Krankenpflege, medizinische Rehabilitation, Soziotherapie etc.) würden ausschließlich auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung nach [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) erbracht. Im Übrigen komme dem Apotheker bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln sehr wohl ein gewisser Entscheidungsspielraum zu. So habe der Apotheker in den Fällen, in denen der Vertragsarzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordne oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen habe, ein preisgünstigeres Arzneimittel an den Versicherten abzugeben. Aufgrund dieser dem Apotheker gesetzlich eingeräumten Entscheidungskompetenz entscheide dieser in einer Vielzahl von Fällen über die Auswahl des Arzneimittels. Weiter habe der Apotheker nach [§ 17 Apothekenbetriebsordnung](#) bei Bedenken gegen Verschreibungen von Arzneimitteln vor Abgabe des Arzneimittels an den Versicherten die aufgeworfene Unklarheit zu beseitigen. Auch insofern sei der Apotheker in die Verantwortung mit einbezogen. Es sei also keinesfalls so, dass der Apotheker bezüglich der Verordnung des Arztes bloßes Ausführungsorgan sei, indem er lediglich "eine Schublade ziehe" und das vom Arzt vorgegebene Medikament an den Versicherten aushändige. Die vom Sozialgericht gegebene Begründung für die vorgenommene Beschränkung der Leistungssektoren auf die Leistungsbereiche der ambulanten und stationären Versorgung sei auch in sich selbst nicht schlüssig. Schließlich beziehe sich [§ 140 b Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) bereits nach seinem Wortlaut auf sämtliche nach dem 4. Kapitel des SGB V zugelassenen Leistungserbringer. Auch aus

medizinischer Sicht mache es Sinn, die Arzneimittelversorgung als eigenständigen Leistungssektor i. S. des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) anzuerkennen. Schließlich gehe es ausweislich der Gesetzesbegründung ausdrücklich um die Behebung von Schnittstellenproblemen und eine Verbesserung der medizinischen Qualität. Diese Schnittstellen bezeichneten den Punkt, an dem die Versorgungsbereiche der beteiligten Leistungserbringer bei der Behandlung des Patienten zusammenwirkten, d. h. die Versorgung durch den einen Leistungserbringer ende und die Versorgung durch einen anderen ansetze. Bei diesen Schnittstellen könnten sich Probleme ergeben. Vor diesem Hintergrund spreche alles dafür, dass es sich bei den jeweiligen krankensicherungsrechtlichen Versorgungsbereichen um eben jene Sektoren handele, deren Schnittstellenproblematiken durch sektorübergreifende (= integrierte) Versorgung gebunden werden sollten. Die Annahme, eine sektorübergreifende Versorgung beschränke sich auf das Zusammenwirken zwischen ambulanter bzw. ambulanter vertragsärztlicher Versorgung einerseits und stationärer Versorgung andererseits, greife bereits vor diesem Hintergrund zu kurz. Eine derartige Beschränkung liege auch nicht in der Intention des Gesetzgebers. So habe dieser bei Einführung der integrierten Versorgung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 zu den Zielen der integrierten Versorgung ausgeführt, hierzu bedürfe es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Die solcherart durch den Gesetzgeber ausdrücklich als zulässig dargestellten Beispiele für eine Zusammenarbeit setzten einerseits das Bestehen von ärztlichen und nicht ärztlichen Sektoren voraus und stellten andererseits klar, dass das Zusammenwirken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nur eine Variante integrierter Versorgung sei. In Anbetracht der eindeutigen gesetzlichen Abgrenzung beider Leistungserbringungsbereiche könne auch keine Rede davon sein, dass die ambulante ärztliche Behandlung und die ambulante Arzneimittelversorgung demselben Versorgungssektor angehörten. Auch die haftungsrechtlichen Unterschiede verdeutlichten, dass die ambulante Arzneimittelversorgung keineswegs nur ein Annex zur vertragsärztlichen Tätigkeit darstelle. Im Übrigen zeigten die vorgelegten Erfahrungsberichte das Integrationspotential der angegriffenen Regelung. Gerade im Bereich der Arzneimittelversorgung sei ein erheblicher Handlungsbedarf gegeben gewesen. Sowohl Politik, Kassenvertreter, Apotheker, Pharmaindustrie als auch Ärzteschaft hätten inzwischen erkannt, dass in dem Bereich der Arzneimitteltherapie Gefahren für den Patienten laueren. Insofern bestehe ein erheblicher Verbesserungsbedarf, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu steigern und dadurch die Gesundheit der Patienten zu schützen. Die notwendige Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung bedürfe zwingend einer Zusammenführung von Daten. Genau an dieser Stelle setze, wie z. B. auch die derzeit viel diskutierte E-card, der streitgegenständliche Integrationsvertrag an. Nach § 1 Abs. 1 des Integrationsvertrages sei eine aktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker vereinbart. Der Apotheker habe für den Patienten eine Medikationsliste anzulegen. Dabei enthalte die Medikationsliste auch Angaben über Darreichungsform, Stärke, Dosierung und Packungsgröße. Auf der Grundlage dieser Medikationsliste könne sich der Arzt, ggf. im Zusammenwirken mit dem Apotheker, ein umfassendes Bild über die Medikamenteneinstellung des Patienten machen und die Arzneimitteltherapie optimal auf den Patienten einstellen. Auf diese Weise ließe sich ein Zusammenwirken zwischen Hausärzten und Apotheken zum Wohle des Patienten erzielen. Darüber hinaus könne der Arzt bei der Beklagten ein Medikationskonto anfordern, um seine Arzneimitteltherapie auf die Medikationseinstellung des Patienten anpassen zu können. Es bleibe festzustellen, dass die Arzneimittelversorgung der Versicherten durch die eng abgestimmte Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Hausapotheke erheblich verbessert werde. Die bestehenden Schnittstellenprobleme würden behoben. Dies führe zur Optimierung des medizinischen Leistungsgeschehens. Soweit das Sozialgericht in dem Versorgungsmodell eine hausarztzentrierte Versorgung nach [§ 73 b SGB V](#) sehen wolle, sei dies nicht zutreffend. Die im streitgegenständlichen Integrationsvertrag festgelegte Lotsenfunktion des Hausarztes schließe das Vorliegen einer integrierten Versorgung nicht aus. Dem Gesetz lasse sich an keiner Stelle entnehmen, dass die Verträge zur integrierten Versorgung nicht auch zusätzlich eine Lotsenfunktion von Hausärzten festschreiben dürfe. Es sei vielmehr ein typisches Gestaltungsmerkmal von Integrationsverträgen, dass einzelne Leistungen nur auf Veranlassung eines anderen Leistungserbringers in Anspruch genommen werden dürften. Schließlich werde auch auf die Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 22. Dezember 2002 hingewiesen, in der die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung wörtlich ausgeführt habe, dass das Hausarztmodell der Barmer-Ersatzkasse, dem Deutschen Hausärzterverband und Deutschen Apothekerverband auf der Basis der integrierten Versorgung ausschlaggebend dafür sei, dass Veränderungen im Gesundheitswesen für viele Menschen erlebbar würden. Die amtierende Bundesgesundheitsministerin, die die durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Änderungen im Bereich der integrierten Versorgung entscheidend mitzuverantworten habe, habe also ausdrücklich festgestellt, dass das hier streitgegenständliche Modell eine integrierte Versorgung darstelle. Es mute daher merkwürdig an, wenn nunmehr das Sozialgericht meine, die Vorschriften über die integrierte Versorgung anders auslegen zu müssen, als es dem Verständnis der Bundesgesundheitsministerin entspreche.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 08. März 2006 aufzuheben und die Klage zuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass die von der Beklagten vorgenommenen Kürzungen der Gesamtvergütung rechtswidrig seien, weil ein Einbehaltungsrecht nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht bestehe. Das Sozialgericht habe zutreffend festgestellt, dass es sich bei dem sog. Integrationsvertrag nicht um einen Vertrag der integrierten Versorgung nach [§ 140 a SGB V](#) handele. Im Wege der systematischen Auslegung könne die Auskopplung des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#) aus dem 11. Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V (Abschnitt der Beziehung zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung) nur so verstanden werden, dass der Gesetzgeber für die Teilnahme der Apotheken an der integrierten Versorgung einen Sonderweg vorgesehen habe. Die Regelung des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#) mache deutlich, dass nach dem Willen des Gesetzgebers die Apotheken an der integrierten Versorgung zu beteiligen seien. Ziel einer solchen Beteiligung sei es, abweichende Regelungen bezüglich der Qualität und Struktur in der Arzneimittelversorgung zu ermöglichen. Daraus sei zu folgern, dass die Apotheken lediglich in einen bereits bestehenden Vertrag zur integrierten Versorgung eingebunden werden könnten, um z. B. eine qualitätsgesicherte Beratung der Versicherten zu gewährleisten. Eine Beteiligung der Apotheken an integrierten Versorgungsverträgen sei danach nur dann möglich, wenn bereits ein Integrationsvertrag i. S. der [§§ 140 a ff SGB V](#) vorliege. Dies sei beispielsweise dann der Fall, wenn niedergelassene Vertragsärzte einen Integrationsvertrag mit einem Krankenhaus vereinbarten und daran Apotheker beteiligt würden. Im Übrigen könne aus der Beteiligtenfähigkeit nicht auf eine Sektoreigenschaft der Arzneimittelversorgung geschlossen werden. Ausschlaggebend sei vielmehr, ob der streitgegenständliche Vertrag die Voraussetzungen der integrierten Versorgung nach [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erfülle. Dies sei nicht der Fall, weil die vereinbarte Zusammenarbeit von Hausärzten und Apothekern weder eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten darstelle. Eine interdisziplinär-

fachübergreifende Versorgung liege vor, wenn mehrere Ärzte unterschiedlicher Gebietsbezeichnungen indikationsbezogen miteinander tätig würden. Eine Versorgungsform sei demnach interdisziplinär-fachübergreifend, wenn Leistungen aus mindestens zwei verschiedenen medizinischen Fachgebieten bei der Versorgung der Patienten aufeinander abgestimmt würden. Da die Apotheker nicht dem medizinischen Fachbereich angehörten, liege mit dem Vertrag keine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten i. S. des [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vor. Entgegen der Auffassung der Berufungsklägerin stelle das Zusammenwirken von Hausärzten und Apothekern auch keine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten i. S. des [§ 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dar, denn die hausärztliche Versorgung und die Arzneimittelversorgung seien keine verschiedenen Leistungssektoren in diesem Sinne. Auch wenn der Gesetzgeber auf eine ausdrückliche Definition hinsichtlich des charakterisierenden Merkmals der integrierten Versorgung verzichtet habe, so sei aus den Gesetzesmaterialien erkennbar, dass mit einzelnen Leistungssektoren nur die ambulante und die stationäre medizinische Versorgung gemeint sein könnten. Ein eigener Leistungssektor der Arzneimittelversorgung durch den Apotheker ergebe sich auch nicht im Wege der teleologischen Auslegung unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzessystematik. Nach Vorstellung des Gesetzgebers solle durch die integrierte Versorgung die Abschottung einzelner Leistungsbereiche überwunden werden. Ein Bereich lasse sich jedoch nur dann als Sektor bezeichnen, wenn er von anderen Bereichen inhaltlich abgrenzbar sei. Um den Begriff Leistungssektor zu definieren, sei es also notwendig, dass verschiedene Leistungsbereiche voneinander abgrenzbar seien, wie es typischerweise bei dem ambulanten und dem stationären Sektor der Fall sei. Da die Abgabe von Arzneimitteln zwingend nach [§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#) an die vertragsärztliche Verordnung gebunden sei, könne aufgrund der bestehenden Abhängigkeit von Arzneimittelabgabe und Verordnung gerade nicht von zwei abgrenzbaren Bereichen gesprochen werden. Eine Überwindung der Abschottung der verschiedenen Leistungsbereiche werde hier gerade nicht erfüllt, da keine unterschiedlichen Leistungsbereiche existierten. Eine Sektoreigenschaft der Arzneimittelversorgung lasse sich entgegen den Ausführungen der Beklagten auch nicht mit dem Integrationspotential bezogen auf die Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker begründen. Insoweit müsse infrage gestellt werden, ob die propagierte Optimierung der aktiven Zusammenarbeit von Hausärzten und Apothekern tatsächlich erzielt werde. Insbesondere umschreibe der in § 1 des streitgegenständlichen Vertrages festgelegte Versorgungsauftrag im Wesentlichen die dem Hausarzt ohnehin nach [§ 73 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB V](#) obliegenden Pflichten. Darüber hinaus enthalte der Vertrag jedoch keine Regelungen, die den Arzt verpflichteten, mit dem Apotheker über die Medikation des Patienten Rücksprache zu halten. Somit bestehe auch keine zwingende vertragliche Verpflichtung des Arztes, sich dementsprechend zu verhalten. Ebenso werde bezweifelt, dass sich der Arzt aufgrund der bestehenden vertraglichen Regelungen mit dem Apotheker in Verbindung setze, um die Medikation der am Vertrag teilnehmenden Patienten zu überprüfen. Dies sei dem Vertragsarzt im Rahmen der täglichen Praxisarbeit und aufgrund des damit verbundenen Zeitaufwandes auch kaum möglich. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausarzt und Apotheker werde demnach aufgrund des Vertrages weder rechtlich noch tatsächlich erzielt. Nach seinem Wesen stelle der Integrationsvertrag eine hausarztzentrierte Versorgung i. S. des [§ 73 b SGB V](#) dar.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird verwiesen auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -). Auch die übrigen Zulässigkeitsvoraussetzungen liegen vor.

Die Berufung der Beklagten ist jedoch unbegründet. Die erstinstanzliche Entscheidung ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Rückzahlung der einbehaltenen Vergütung für das Jahr 2005 sowie das erste Quartal 2006 in Höhe von 407.886,46 EUR (386.740,37 EUR zuzüglich anteiliger Abschlagszahlung für das 1. Quartal 2006 bis zur streitgegenständlichen Höhe von 407.886,46 EUR).

Die Voraussetzungen für die Einbehaltung der Vergütung nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) liegen nicht vor. Bei dem zwischen der Beklagten, dem HÄVG und der MGDA geschlossenen so genannten Integrationsvertrag handelt es sich nicht um integrierte Versorgung im Sinne des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#). Inhalt der vertraglichen Regelungen ist weder eine Leistungssektoren übergreifende noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung.

Zu Recht hat die Vorinstanz in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassenmitarbeiter und den Reihen der Vertragsärzte entschieden, weil es sich bei der Rechtsstreitigkeit nicht um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt. Die Zahlung von Gesamtvergütung stellt eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts im Sinne des [§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG](#) dar. Die Auszahlung der Gesamtvergütungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch die jeweiligen Krankenversicherungsträger aus dem Beitragsaufkommen vorgenommen. Ist die Zahlung der Gesamtvergütung oder eines Teils davon streitig, ist dies Vertragsarztrecht mit der Folge der paritätischen Besetzung. Nur in Angelegenheiten der Vertragsärzte im Sinne von [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#) haben die Gerichte zwei Vertragsärzte als ehrenamtliche Richter zur Entscheidung heranzuziehen. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor, weil nicht ausschließlich Interessen der Vertragsärzte betroffen sind. Dementsprechend hat auch der erkennende Senat in paritätischer Besetzung der ehrenamtlichen Richter entschieden.

Zutreffend geht das Sozialgericht davon aus, dass eine Beiladung der weiteren Beteiligten des Integrationsvertrages unterbleiben kann. Es liegt kein Fall der notwendigen Beiladung nach [§ 75 Abs. 2 SGG](#) vor. Nach dieser Norm ist zwingend beizuladen, wenn an dem streitigen Rechtsverhältnis Dritte derart beteiligt sind, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Die Entscheidung über den Anspruch der Klägerin auf Rückzahlung einbehaltener Gesamtvergütung betrifft ausschließlich das Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin als Kassenärztlicher Vereinigung und der Beklagten als gesetzlichem Krankenversicherungsträger. Rückgriffsrechte auf die hausärztliche Vertragsgemeinschaft beziehungsweise die Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker und ihre Mitglieder, die am Vertragsschluss beteiligt waren und von dem Vertragsschluss entscheidend profitiert haben, bestehen nicht. Ein Rechtsverhältnis besteht ausschließlich zwischen der Klägerin und der Beklagten und zwar über die Regelungen im SGB V sowie die vertraglichen Regelungen zur Gesamtvergütung. Ein Rückzahlungsanspruch der Klägerin lässt die vertraglichen Ansprüche der Vertragspartner des Integrationsvertrages gegenüber der Beklagten unberührt. Deren Ansprüche bestehen nach wie vor fort, auch wenn es sich nicht um integrierte Versorgung handelt. Ausweislich des Vertragstextes haben die Vertragspartner geregelt, dass der Vertrag auch dann wirksam ist, wenn einzelne Vertragspassagen unwirksam sein sollten. Das hat rechtlich zur Folge, dass der Vergütungsanspruch der Ärzte und Apotheker gegenüber der Beklagten sowie die Bonusregelung bezüglich der Patienten auch dann ihre Geltung beibehalten, wenn es sich nicht um integrierte Versorgung im rechtlichen Sinne handelt und ein Anspruch auf Beteiligung an der Anschubfinanzierung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenhäusern nicht besteht. Rückgriffsrechte für den Fall der Rechtswidrigkeit des Integrationsvertrages gegenüber

den vertraglich Begünstigten sind nicht vorgesehen.

Gegenstand der Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#), für deren Zulässigkeit kein Vorverfahren erforderlich ist, ist ausschließlich die einbehaltene anteilige Honorarvergütung für das Jahr 2005 (in Höhe von 386.740,37 EUR) sowie anteilig für das erste Quartal 2006 (und zwar bis zur streitgegenständlichen Höhe von 407.886,46 EUR). Weitere Rückforderungen für das Jahr 2006 hat die Klägerin in diesem Verfahren nicht geltend gemacht. Insoweit ist ein eigenständiges Verfahren vor dem Sozialgericht anhängig und (wohl) ruhend gestellt. Im Rahmen einer echten Leistungsklage wird dieser Streitstoff auch nicht Gegenstand des hiesigen Verfahrens. Die Regelung des [§ 96 SGG](#) (Folgen bei Abänderung oder Ersetzen eines Verwaltungsaktes) greift im Falle der echten Leistungsklage naturgemäß nicht. Insofern wäre, wie bereits erstinstanzlich, eine Klageerweiterung nach [§ 99 SGG](#) möglich gewesen. Davon hat die Klägerin jedoch Abstand genommen. Dies liegt im Rahmen der ihr zustehenden Dispositionsbefugnis und ist nicht angreifbar.

Die Klägerin hat auf der Grundlage der zwischen ihr und den von den zuständigen Verbänden der Krankenversicherungsträger abgeschlossenen Gesamtverträge einschließlich der ergänzenden Vergütungsvereinbarungen einen Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten restlichen Gesamtvergütung für die Quartale I/2005 bis einschließlich I/2006 (anteilig). Dabei ist weder die Höhe der Gesamtvergütung streitig noch die Höhe der eingehaltenen Beträge. Auch die Fälligkeit der einbehaltenen Honorare wird nicht bestritten.

Entscheidend für den Zahlungsanspruch der Klägerin ist der Umstand, dass die von der Beklagten vorgenommene Kürzung der Gesamtvergütung nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) rechtswidrig ist und die Klägerin einen rechtswidrigen Einbehalt hinzunehmen nicht verpflichtet ist.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für das Einbehaltungsrecht nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) liegen nicht vor. Es handelt sich bei dem Integrationsvertrag nicht um ein im Rahmen der integrierten Versorgung zulässiges Vertragswerk. Es fehlt an der Erfüllung der unabdingbaren Anforderungen an ein solches Regelwerk, das den Forderungseinbehalt zu rechtfertigen in der Lage wäre. Die Voraussetzungen des [§ 140 a SGB V](#) sind nicht erfüllt. Dabei kommt es nicht darauf an, dass seitens der Thüringer Krankenhausträger der Einbehalt zur Anschubfinanzierung des streitgegenständlichen Integrationsvertrages augenscheinlich akzeptiert wird. Wenigstens ist insoweit nichts über anhängige Verfahren im Freistaat bekannt. Die Klägerin ist jedenfalls berechtigt, den von ihrem Honorarvolumen rechtswidrig einbehaltenen Honoraranteil von der Beklagten zurückzufordern. Dem steht auch nicht entgegen, dass ein Teil der Vertragsärzte der Klägerin von dem Integrationsvertrag profitiert haben. Bei dem Abschluss der Verträge zur integrierten Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen in keiner Form zu beteiligen, so dass sie auch nicht in der Lage sind, den Vertragsabschluss zu verhindern oder ihre Vertragsärzte zu beraten. Genauso wenig müssen sie aber die ihren Vertragsärzten gewährten Zahlungen gegen sich gelten lassen

[§ 140 d SGB V](#) regelt, dass jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 zur Förderung der integrierten Versorgung jeweils Mittel bis zur Höhe von 1 v. H. 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 einzubehalten hat; soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140 b SGB V](#) geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach [§ 140 c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbarten Vergütungen zu verwenden ([§ 140 d Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)).

Um überhaupt einen Einbehalt durch den Krankenversicherungsträger von der geschuldeten Honorarsumme rechtfertigen zu können, bedarf es des Abschlusses eines Vertrages über eine integrierte Versorgung. Nur wenn ein solcher Vertrag vorliegt, können die Kassenärztlichen Vereinigungen (und auch die Krankenhäuser) rechtswirksam zur Anschubfinanzierung herangezogen werden. Entgegen der Auffassung der Beklagten, die einen Vertragsabschluss als solchen schon nicht für erforderlich erachtet (so dass es nicht darauf ankommt, ob er rechtswidrig ist) und sich bei dieser Argumentation auf einen Beschluss des Landessozialgerichts für das Land Brandenburg (mit dem Az.: [L 5 B 105/04 KA](#)) beruft, vertritt der Senat die Auffassung, dass in Anbetracht der komplexen Regelung der [§§ 140 a bis d SGB V](#) unter Berücksichtigung der Gesetzesmotive ein konkreter Vertragsabschluss zu fordern ist, um Einbehalte rechtfertigen zu können. Wer dies anders bewertet, sieht die Kostentragungsregelung zur integrierten Versorgung als bloßes Honorarkürzungsinstrument an, was der Gesetzgeber jedoch nicht wollte. Auch wenn nach [§ 140 d Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) im Rahmen der integrierten Versorgung nicht verbrauchte Mittel nach drei Jahren vom Krankenversicherungsträger zurückzuerstatten sind, so kann diese Norm nicht als Rechtfertigung dienen, ohne einen Rechtsgrund schon mal vorab Honoraranteile einzubehalten. Von ihrer Rechtsnatur wäre eine solche Vorgehensweise als gesetzlich normierte Pflicht zur Darlehensgewährung an den Krankenversicherungsträger für die Dauer von maximal drei Jahren zu bewerten. Das will der Gesetzgeber mit der Regelung des [§ 140 d Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) erkennbar nicht erreichen. Vielmehr soll nach Ablauf von drei Jahren lediglich eine Abrechnung dergestalt erfolgen, dass tatsächlich nicht verbrauchte Mittel nicht weiter einbehalten werden bedürfen. Das erfordert aber immer einen rechtmäßigen Einbehalt, der wiederum eine Maßnahme der integrierten Versorgung voraussetzt, die wiederum nur auf einer konkreten (und letztlich auch rechtmäßigen) Vertragsgestaltung beruhen kann.

Diese Interpretation steht auch im Einklang mit der Gesetzesbegründung. Zu [§ 140 d SGB V](#) heißt es in der [Bundestagsdrucksache 15/1525](#) (Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG)) S. 133: "Der neugefasste § 140 d verfolgt in Abs. 1 das Ziel, zur Förderung der integrierten Versorgung den Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 finanzielle Mittel zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsverträge zur Verfügung zu stellen. Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 bestimmt zu diesem Zweck, dass jede Krankenkasse von der für ambulante ärztliche Behandlung nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung bis zu 1 v. H. (das heißt bezogen auf das Jahr 2002 maximal zirka 220 Millionen Euro) einzubehalten. Ebenso hat sie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu 1 v. H. (das heißt bezogen auf das Jahr 2002 maximal 460 Millionen Euro) einzubehalten. Die Krankenkasse kann also weniger als 1 v. H. einbehalten. Die so einbehaltenen finanziellen Mittel werden gesondert verbucht. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung richtet hierzu die notwendigen Konten im Kontenrahmen der GKV ein. Die Mittel dürfen ausschließlich zur Finanzierung für in Integrationsverträgen vereinbarte Vergütung verwendet werden. Zudem ist vorgesehen, dass die Mittel in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden sollen, bei der sie einbehalten wurden. Eine Verwendung der Mittel für integrierte Versorgungsverträge, an der Leistungserbringer aus Bezirken anderer Kassenärztlicher Vereinigung beteiligt sind, ist damit nicht von vornherein ausgeschlossen. Satz 5 bestimmt, dass diejenigen Mittel, die nicht innerhalb von drei Jahren für den vorgegebenen Zweck verwendet werden, entsprechend dem jeweiligen Anteil der Gesamtmittel an die Kassenärztliche Vereinigung und die einzelnen Krankenhäuser auszuzahlen sind. Satz 4 regelt das Verhältnis der bislang im Krankenhausbudget (Gesamtvertrag) vergüteten Leistungen zu den nach [§ 140 c SGB V](#) vergüteten Leistungen. Die

Integrationsvergütung umfasst nur die nicht im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungen wie zum Beispiel zusätzliche Leistungsmengen der integrierten Versorgung oder zusätzlichen Dokumentations- oder Koordinierungsaufwand. Die bisher im Gesamtbetrag enthaltenen Leistungsbestandteile werden weiterhin über das Krankenhausbudget finanziert."

[§ 140 d SGB V](#) setzt dabei voraus, dass eine wirksame Vereinbarung zur integrierten Versorgung nach [§ 140 a SGB V](#) getroffen wurde. Daran scheitert es hier deshalb, weil weder eine interdisziplinär-fachübergreifende noch eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung betroffen ist.

Nach [§ 140 a SGB V](#) können abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels (gemeint ist das 4. Kapitel des SGB V; Beziehungen der Krankenkassen) die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) genannten Vertragspartnern abschließen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung ([§ 140 a Abs. 1 SGB V](#)).

Dabei kommt es nicht entscheidend darauf an, ob die Apotheker zu den in [§ 140 b Abs. 1 SGB V](#) genannten Leistungserbringern gehören. Im Sinne von [§ 140 b Abs. 1 Nrn. 1 bis 5 SGB V](#) können Krankenkassen die Verträge nach [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) nur mit einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften (Nr. 1), 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 SGB V](#) besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften (Nr. 2), Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder deren Gemeinschaften (Nr. 3), Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach [§ 140 a SGB V](#) durch zur Versorgung der Versicherten nach dem 4. Kapitel berechtigten Leistungserbringer anbieten (Nr. 4), Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften (Nr. 5) abschließen. Die Beklagte ist der Auffassung, dass die Apotheker zum Kreis der Leistungserbringer im Sinne dieser Vorschrift zählen, was seitens der Klägerin und des Sozialgerichts verneint wird. Die Frage kann jedoch offenbleiben, weil es nicht darauf ankommt, wenn die Voraussetzungen des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) schon nicht vorliegen.

Ein Vertragswerk wird auch nicht dadurch zum wirksamen Vertrag zur integrierten Versorgung, wenn für bestimmte Leistungserbringer eine außerhalb der Gesamtvergütung stehende Honorarvereinbarung bzw. für die Versicherten eine besondere Vergütung vorgesehen ist. Nach [§ 140 c SGB V](#) legen die Verträge zur integrierten Versorgung die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrages in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies liegt hier alles vor, ändert aber nichts daran, dass es an der zwingend notwendigen integrierten Versorgung im Sinne des [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) fehlt. In der Kooperation zwischen Hausärzten und Apothekern ist weder eine interdisziplinär-fachübergreifende noch eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung des Patienten zu sehen.

Nach [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung abschließen (so genannte integrierte Versorgung). Interdisziplinär-fachübergreifend ist als Begriff im Gesetz selbst nicht definiert. Zunächst müssen hier die Begrifflichkeiten "interdisziplinär" und "fachübergreifend" getrennt werden. Als fachübergreifend in diesem Sinne ist vor allem eine Kooperation von Ärzten verschiedener Fachgebiete anzusehen. Sinn und Zweck einer Integrationsversorgung ist allerdings eine Zusammenarbeit verschiedener Leistungsbereiche, ein Ziel, das sich bei einer derart beschränkten Bandbreite der Beteiligten aus nur dem hausärztlichen Lager oder nur dem fachärztlichen Lager angehörenden Ärzten, nicht erreichen ließe. Der Begriff "interdisziplinär" beschreibt demgegenüber eine Kooperation von Leistungserbringern aus verschiedenen Bereichen, wie z. B. die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und sonstigen zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern. Dies können insbesondere Apotheken sein. Da im Gesetz die Begriffe "interdisziplinär" und "fachübergreifend" nicht in einer Oder-Beziehung stehen, sondern aufgrund ihrer sprachlichen Verknüpfung mit einem Bindestrich gleichzeitig erfüllt sein müssen, erfordert integrierte Versorgung in diesem Sinne eine Beteiligung von Haus- und Fachärzten sowie weiterer (nichtärztlicher) Leistungserbringer. Diese Voraussetzungen erfüllt der streitgegenständliche Vertrag nicht. Zu Erfüllung des Merkmals fehlt es an der Einbindung der fachärztlichen Versorgung.

Ein wesentliches Ziel integrierter Versorgungsformen ist die Ermöglichung einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung der Versicherten und dabei die Beseitigung von Schnittstellenproblemen. Allerdings findet sich nach wie vor im Gesetz keine nähere Erläuterung zum Begriff des Leistungssektors. Ausgehend von dem SGB V als Grundlage, sind als Leistungssektoren die Bereiche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Leistungen anderer (nichtärztlicher) Leistungserbringer und Ähnliches anzusehen. Hierfür spricht auch die einheitliche Betrachtung von haus- und fachärztlicher Versorgung als vertragsärztliche Versorgung ([§ 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) sowie die sektorenübergreifende Zuständigkeit des neu geschaffenen gemeinsamen Bundesausschusses (vgl. [§ 91 SGB V](#)), die über den Bereich der ambulanten Versorgung hinausgeht. Schließlich wollte der Gesetzgeber ursprünglich mit der integrierten Versorgung die starre Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufbrechen und insbesondere eine stärkere Verzahnung zwischen diesen Bereichen erzielen. Danach ist die vertragsärztliche Versorgung insgesamt, also die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung als Einheit einem Leistungssektor zuzuordnen. Integrierte Versorgung in Form der Leistungssektoren übergreifenden Versorgung ausschließlich unter Beteiligung niedergelassener Ärzte ist nicht möglich.

Eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung liegt nicht schon deshalb vor, weil der streitgegenständliche Integrationsvertrag die Apotheker in das Vertragswerk einbezieht. Diese sind nicht dem ambulanten, stationären oder rehabilitativen Sektor zuzuordnen, sondern stehen als eigenständiger Leistungssektor neben diesen, ohne Verzahnungsbereiche aufzuweisen, die eine integrierte Versorgung voraussetzt. Daran ändert nichts die Regelung des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#). Diese Regelung stellt gerade nicht klar, dass die Apotheker ein eigener Leistungssektor im Sinne von [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) sind. Allein zur Klarstellung bedürfte es der Regelung des [§ 129](#)

[Abs. 5](#) b SGB V nicht, weil sich dies - folgte man der Argumentation der Beklagten - zwangsläufig schon aus [§ 140 a SGB V](#) selbst ergeben würde. Die Regelung des [§ 129 Abs. 5](#) b SGB V bedeutet nur, dass Apotheker an einem Vertrag zur integrierten Versorgung beteiligt werden können. Dies wird von Seiten des erkennenden Senats nicht bezweifelt. Die Form der Beteiligung ist, anders als die Klägerin darstellt, auch nicht nur in Form eines späteren Hinzutretens möglich. Vielmehr können die Apotheker originär von Beginn an einbezogen werden, wenn es sich um einen Vertrag zur integrierten Versorgung handelt. Zum Beispiel hätte es vorliegend keine Probleme gemacht, wenn man seitens der Beklagten noch ein Krankenhaus einbezogen hätte (Leistungssektoren übergreifend) oder die Facharztgruppe z.B. der Augenärzte (interdisziplinär-fachübergreifend). Für diese Interpretation spricht letztlich auch, dass die Regelung des [§ 129 Abs. 5](#) b SGB V im Bereich der Beziehung der Krankenkassen "zu den Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen" steht. Die [§§ 140 a ff](#) SGB V sind dahingegen übertitelt mit "Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung". Wollte man darin keinen Unterschied sehen, so wäre dieser Regelungskomplex unsystematisch und damit irreführend. Es ist aber nicht davon auszugehen, dass der Gesetzgeber dies nicht bedacht haben sollte.

Die systematische Interpretation, dass ein Zusammenwirken allein der Hausärzte und Apotheker keine integrierte Versorgung darstellt, wird gestützt durch Sinn und Zweck der Regelung der [§§ 140 a ff](#) SGB V. Das Ziel eines effizienten und qualitätsorientierten Gesundheitssystems soll dadurch erreicht werden, dass die verschiedenen Versorgungssektoren besser integriert und koordiniert werden und die Prinzipien "ambulant vor stationär und Rehabilitation vor Pflege" konsequent umgesetzt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die in [§ 140 b SGB V](#) genannten Leistungserbringer die Möglichkeit haben, direkte Versorgungsverträge abzuschließen, ohne dass die kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbände als Vertragspartner der Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung nach [§ 83 SGB V](#) daran beteiligt werden müssten. Die integrierte Versorgung nach den [§§ 140 a bis d](#) SGB V soll eine neue Form der Regelversorgung werden; sie kann, wenn sie von den Versicherten und den Vertragspartnern angenommen wird, die sektorale Versorgungsform durchbrechen und unter Umständen sogar ersetzen. Parallel dazu besteht allerdings auch die Möglichkeit, durch Modellversuche nach den [§§ 63 ff.](#) SGB V oder Strukturverträge nach [§ 73 a SGB V](#) die integrierte Versorgung zu erproben sowie Erfahrungen und Daten zu sammeln, die für die Einführung als Regelversorgung wichtig wären. Die integrierte Versorgung ist so angelegt, dass aus der vorhandenen Geldmenge der sektoralen Versorgung die Gelder für Leistungen ausgegliedert werden, die für Leistungen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der integrierten Versorgungsform notwendig sind. Insoweit stehen keine zusätzlichen Finanzmittel zur Verfügung, sondern lediglich umgeschichtete Gelder. Die Leistungserbringer finanzieren die Startphase einer integrierten Versorgung faktisch selbst. Inhaltlich muss die integrierte Versorgung die Leistungsansprüche der Versicherten gegenüber deren Krankenkassen ebenso als Sachleistung und in mindestens gleicher Qualität erfüllen wie die herkömmliche sektorale Versorgung. Die zu erwartenden Verbesserungen resultieren damit allein aus einer optimierten Zusammenarbeit der Leistungserbringer. Allerdings lässt das Gesetz auch zu, finanzielle Anreize für die Versicherten und die Leistungserbringer zu setzen, die aus den tatsächlichen Einsparungen der integrierten Versorgung resultieren (Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Kommentar, Stand Dezember 2005, [§ 140 a SGB V](#), C 140 a - 2). In diesen Kontext passt kein Vertrag, der nur die ambulante Seite einbezieht und einen sonstigen Leistungserbringer, der aber weder dem ambulanten, noch dem stationären oder dem rehabilitativen Bereich zuzuordnen ist.

Das Konzept der so genannten integrierten Versorgung wurde in das SGB V durch das GKV-Reformgesetz 2000 eingeführt. Zu den Zielsetzungen integrierter Versorgung führt der Gesetzgeber aus ([Bundestagsdrucksache 14/1245 S. 91](#)): "Die integrierte Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Ziel ist es dabei, eine interdisziplinäre Versorgung zu erreichen, die zumindest die hausärztliche Versorgung einschließt. Im Gegensatz zu den nach den bisherigen Recht möglichen Praxisnetzen aufgrund von Strukturverträgen soll also eine Versorgungsdichte erreicht werden, die über die bloße ambulante ärztliche Behandlung hinausgehen soll, aber nicht notwendiger Weise gehen muss. Auch integrierte Versorgungsformen, die sich auf eine fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer hausärztlichen Versorgung beschränken, sind möglich. Grundlage von Integrationsverträgen werden Rahmenempfehlungen und Rahmenvereinbarungen, die die Spitzenverbände auf Bundesebene abschließen." Zu den [§§ 140 a bis 140 g SGB V](#) heißt es auf Seite 91 der [Bundestagsdrucksache 14/1245](#): "Die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird gezielt durchbrochen, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten und Patientinnen orientierten Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungsträgern, zwischen den ambulanten und stationären Bereichen. Dabei muss insbesondere darauf geachtet werden, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten. Um die dafür notwendigen Rahmenbedingung zu schaffen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern beziehungsweise Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierten Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Versorgung anbieten. Mit dem neu eingeführten Abschnitt wird damit die rechtliche Grundlage für die Einführung der integrierten Versorgung geschaffen."

Bei diesen Regelungen, eingeführt durch das GKV-Reformgesetz 2000 handelte es sich um einen ersten Schritt zur Überwindung der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Neu war, dass solche Verträge auch ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden konnten. Um die Parallelität der vertragsärztlichen Versorgung und solcher besonderer Vertragsbeziehungen zu ordnen, sah das Gesetz noch besondere Rahmenbedingungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der deutschen Krankenhausgesellschaft vor. Solche Rahmenvereinbarungen und Rahmenempfehlungen sind abgeschlossen worden. Auch wenn in der Politik und auch in der Literatur mit dieser Regelung gleichsam eine "Aufbruchstimmung" für innovative Verträge - möglichst ohne Kassenärztliche Vereinigungen - zwischen leistungsbereiten Partnern und Krankenkassen über neue Versorgungskonzepte verbunden wurde, hat sich in der Praxis kaum etwas bewegt. Als Ursache wurden im Wesentlichen die Rahmenvereinbarungen nach [§ 140 d SGB V](#) a.F. um das komplexe Gebilde der Bereinigung und Ausgleichs bei Verträgen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf die Gesamtvergütung und die Arzneimittelbudgets ausgemacht. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber dementsprechend Veränderungen des Konzepts eingeführt, wobei es ihm am einfachsten erschien, die [§§ 140 d bis 140 h](#) alter Fassung SGB V aufzuheben. Dazu heißt es in dem Gesetzgebungsmotiven ([Bundestagsdrucksache 15/1525 S. 131](#)): "Diese bislang geltenden Vorschriften werden aufgehoben, weil sie Hemmnisse, Defizite und Handicaps unterschiedlichster Art für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung enthalten. Die die Vertragspartei des Vertrages zur integrierten Versorgung bindende Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen griff in die autonome Entscheidung der Vertragspartner der integrierten Versorgung erheblich ein." Daher habe es nicht ferngelegen, dass der GMG-Gesetzgeber weiter ausführt: "Es ist nunmehr Sache der Gestaltungsmacht, Innovationskraft und Kreativität der Vertragspartner zur integrierten Versorgung, in Orientierung an Sinn und Zweck einer integrierten Versorgung die Vertragsinhalte zu vereinbaren und eine adäquate Vergütung für die zugesagten Leistungen festzusetzen"

(vgl in Schirmer, Vertragsarztrecht Kompakt, Köln 2006, S.144, 145).

Zu dem geänderten Gesamtkomplex der integrierten Versorgung, wie sie mit dem 1. Januar 2004 wirksam geworden ist, heißt es in der [Bundestagsdrucksache 15/1525](#) (Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz- GMG)) S. 129, 130: "Die Neufassung verzichtet auf die beschreibende Darstellung der integrierten Versorgung. Sie ist fokussiert auf den Kern der integrierten Versorgung. Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonome Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1. Die Versorgung wird auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchgeführt. Die Anbindung der integrierten Versorgung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektivvertragssystems insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der krankenärztlichen Vereinigungen unterbleibt. Die bislang nach geltendem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung machte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar. Sie erweist sich als eines der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung. Aus diesem Grunde wird die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben. Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherige Rahmenvereinbarung nach § 140 d scheidet aus. Den Vertragspartnern wird so auch die Bedeutung ihrer alleinigen Verantwortung für die Versorgung der Versicherten verdeutlicht. Auch erhalten damit die am Aufbau integrierter Versorgung Beteiligten die Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume, die für die Ausgestaltung der Integration konstituierenden Verträge und für innovatives unternehmerisches Handeln notwendig sind. Der Wettbewerb um eine sachgemäße und kluge Integration der verschiedenen Leistungsbereiche setzt voraus, den Akteuren vor Ort Freiheit zur Gestaltung in Eigenverantwortung einzuräumen." Ferner heißt es zu § 140 b: "Der Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen wird erweitert. Ärzte werden nicht mehr nur als Mitglieder einer Gemeinschaft als Vertragspartner zur integrierten Versorgung zugelassen. Die Krankenkassen können auch mit Trägern der medizinischen Versorgungszentren und mit Trägern, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften), Verträge zur integrierten Versorgung abschließen. Die Ausdehnung des Kreises der Vertragspartner der Krankenkassen dient dazu, in Berücksichtigung der vielfältigen Interessen der Beteiligten die Möglichkeiten für eine spezifizierte integrierte Versorgung zu erweitern. Wie schon nach geltendem Recht stehen im Übrigen alle sonstigen zur Versorgung im System des SGB V zugelassenen Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als potentielle Vertragspartner eines Integrationsvertrages mit den Krankenkassen zur Verfügung. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die neue Vorschrift des [§ 129 Abs. 5 b SGB V](#), die für Apotheken (hierzu gehören auch Versandapotheken) nicht nur noch einmal ausdrücklich regelt, dass diese an Integrationsverträgen beteiligt werden können, sondern darüber hinaus konkrete Regelungen zur solcher Beteiligung der Apotheken vorsieht. Dadurch, dass Beteiligte in unterschiedlichsten Gesellschaftsformen an einer integrierten Versorgung teilnehmen können, wird der Wettbewerb gestärkt. Sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen stehen zur Verfügung, insbesondere also die Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereine. Auf die Anbindung an Rahmenvereinbarungen Dritter wird verzichtet. Dies ist bedingt durch die klarstellende Ablösung vom Sicherstellungsauftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Aus diesem Grund wird auch davon abgegangen, dass sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen können oder ihre Kassenärztliche Vereinigung mit der Verteilung der Vergütungen oder Vergütungsanteile in der integrierten Versorgung beauftragen können."

Unter Berücksichtigung des gesetzgeberischen Willens sind Verträge zur integrierten Versorgung gedacht, um eine Verzahnung von hausärztlich ambulanter, fachärztlich ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung zu erreichen. Damit soll der Patient optimal, aber auch kostenbewußt versorgt werden. Die Arzneimittelversorgung gehört nicht in diesen Komplex. Sie ist weder ärztlicher (ambulanter oder stationärer) noch rehabilitativer Natur. Sie kann aber, wie bereits ausgeführt, über [§ 129 a Abs. 5 SGB V](#) an einer integrierten Versorgungsform zusätzlich beteiligt werden.

Dieser Auslegung entspricht letztlich auch die Intention der Kostentragung nach [§ 140 d SGB V](#). Danach werden die zur Förderung der integrierten Versorgung erforderlichen Mittel in den Jahren 2004 bis 2006 (verlängert bis 2008) von der zu entrichtenden Gesamtvergütung einbehalten. Kostenträger der integrierten Versorgung sind ausschließlich die beiden Sektoren ambulante und stationäre Versorgung. So werden alle ambulant tätigen Ärzte über die kassenärztlichen Vereinigungen an der Finanzierung beteiligt und die Krankenhäuser über ihren Honorarabschluss. Den Defiziten stehen Einsparungseffekte gegenüber und auch Entgelte, die nach [§ 140 c SGB V](#) vom Krankenversicherungsträger direkt, ohne Umweg über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Vertragspartner zu entrichten sind. Bei der hier streitgegenständlichen integrierten Versorgung werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser zur Finanzierung herangezogen. Anreize bestehen jedoch nur für die Hausärzte und die Apotheker. Letztere sind dabei in keiner Form an der Kostenlast beteiligt. Krankenhäusern jedoch, die einen Teil der Kostenlast zu tragen haben, werden weder Entgelt- noch Kompensierungsmöglichkeiten eröffnet. Es drängt sich der Eindruck auf, dass es sich in dieser Ausgestaltung um einen Vertrag zu Lasten eines Dritten handelt. Der Dritte, hier die Gesamtheit der Krankenhäuser, hat weder den Nutzen durch anderweitige Einsparungen noch einen direkten Anreiz durch Vergütungen in einem Bereich oder Teilbereich. Dies führt zu einem Ungleichgewicht und zwar aufgrund der bundesweiten Regelung in einem ganz erheblichen Ausmaß.

Alle Reformen im Gesundheitswesen haben sozialpolitisch den Sinn, Kosten einzusparen und die Beitragshöhe möglichst stabil zu halten, wenn nicht sogar zu senken (um damit die Lohnnebenkosten zu beeinflussen und Arbeitsplätze nicht zu gefährden). Ein großes Problem ist dabei im Gesundheitswesen die Vielzahl von Leistungserbringern, die in der Lage sind, Art und Umfang ihrer Tätigkeit zu steuern. Das System als solches beinhaltet, und zwar ganz legal, die Gefahr der Erbringung von Mehrfachleistungen bei ein und demselben Patienten, was das Gesundheitssystem und die Versicherten kostenmäßig stark belastet und was vermeidbar wäre. An diesem Punkt setzt die integrierte Versorgung an. Sie soll zu einer besseren Abstimmung bei der Leistungserbringung führen und damit zur Kostendämpfung beitragen. Der Patient soll die erforderliche Versorgung erhalten, aber nicht über den Umfang des medizinisch Notwendigen hinaus. Mehrfachleistungen sollen verhindert werden (so genannte Schnittpunktproblematik). Dort, wo die Leistungserbringer Schnittpunkte haben, kommt es zu Erbringung von Mehrfachleistungen, die Kosten verursachen und medizinisch überflüssig sind. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn bestimmte Leistungen beim Hausarzt, beim Facharzt, im Krankenhaus und in der Rehabilitation erbracht werden. Hier ist durch geschicktes Zusammenwirken ein nicht unerhebliches Einsparungspotential gegeben, dessen Realisierung über Verträge zur integrierten Versorgung forciert werden kann und muss. Zwischen Apothekern und Hausärzten gibt es solche Schnittpunkte nicht. Ein Schnittpunkt ist entgegen der Auffassung der Beklagten nicht der Punkt, wo die Leistung des einen Erbringers aufhört und die des anderen anfängt. Das ist ein Berührungspunkt. Schnittpunkt ist der Punkt, wo sich zwei Bereiche überschneiden bzw. das Leistungsangebot überlappt. Dort gibt es mathematisch gesehen eine gemeinsame Schnittmenge, die der Summe der gleichartigen Leistungen entspricht. Ein Schnittpunkt im

Leistungsangebot von Hausärzten und Apothekern ist nicht vorhanden und auch nicht denkbar. Sie haben lediglich Berührungspunkte, die darin bestehen, dass der eine den Patienten ärztlich betreut und der andere die ärztliche Verordnung, wenn auch eigenverantwortlich, ausführt. Kurz gesagt bedeutet dies, dass der Apotheker weder Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte erbringt, noch der Arzt Medikamente zu Lasten des Krankenversicherungsträgers ausgibt. Hier sind Doppelleistungen bereits begrifflich ausgeschlossen. Wenn aber Doppelleistungen nicht in Betracht kommen, dann gibt es auch keine Schnittstellen und keine Notwendigkeit, die dadurch geschaffene Problematik zu entschärfen. Dann liegt in der Kooperation gerade keine integrierte Versorgung.

Wollte man der Argumentation der Beklagten folgen, dass es für eine rechtmäßige Form der integrierten Versorgung vor allem darauf ankommt, in [§ 140 b SGB V](#) als möglicher Vertragspartner genannt zu werden, dann wäre eine integrierte Versorgung rechtlich zulässig, bei der sich der Patient verpflichtet, seine freie Arztwahl auf einen bestimmten Hausarzt und einen bestimmten Zahnarzt zu beschränken. Unstreitig sind unterschiedliche Leistungssektoren im Sinne von [§ 140 a SGB V](#) betroffen. Haus- und Zahnarzt gehören zu den in [§ 140 b SGB V](#) genannten Vertragspartnern, eine Entgeltregelung wäre ähnlich wie beim vorliegenden Integrationsvertrag denkbar, Synergieeffekte könnten erreicht werden und eine Qualitätssteigerung der Versorgung wäre ebenfalls zu erwarten. So hätte das fiktive Hausarzt/Zahnarzt/Modell den Vorteil, das komplexe Krankheitsgeschehen unter Berücksichtigung beider medizinischer Fachrichtungen zu bewerten. Dadurch könnten Ursachen schneller gefunden und Symptome besser behoben werden. Auch ein Datentransfer zwischen den beiden Arztgruppen wäre im Sinne des Patientenwohls denkbar. Gleichwohl können diese Aspekte aus einer solchen Kooperation noch keine integrierte Versorgung im Rechtssinne machen. Auch wenn hier augenscheinlich alle Anforderungen erfüllt sind, so wäre dies keine integrierte Versorgung im Sinne von [§ 140 a SGB V](#). Es fehlt an der Verzahnung der Leistungsbereiche. Ebenso wie die Apotheker erbringen auch die Zahnärzte Leistungen am Patienten, die mit den Leistungen des Hausarztes in keiner Form konkurrieren. In beiden Fällen kann es gerade nicht zur Erbringung von Doppelleistungen kommen, die es von der Intention des Gesetzgebers her zu vermeiden gilt. Kurz gesagt, gibt es zwar Berührungspunkte, aber keine Schnittpunkte. Schnittpunkte setzen zumindest eine gemeinsame Schnittmenge voraus. Eine gemeinsame Schnittmenge (Erbringung gleicher Leistungen) gibt es zwischen Hausarzt und Zahnarzt ebenso wenig wie zwischen Hausarzt und Apotheker.

Auch an dem Beispiel von Hausarzt und Zahnarzt zeigt sich wieder, dass der Gesetzgeber aus der Art der Finanzierung die Grenzen für die Gestaltung von Verträgen zur integrierten Versorgung zu ziehen beabsichtigt. Sollte es allein schon ausreichen, dass es sich bei den Leistungserbringern um zwei unterschiedliche Sektoren im Bereich der Patientenversorgung handelt, dann hätte dies zur Konsequenz, dass Hausarzt und Zahnarzt außerhalb des Gesamtbudgets von der Vereinbarung profitierten. Finanziert würde das jedoch ausschließlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser. Auf Seiten der Ärzte ginge dies - über die Minderung der Gesamtvergütung - zu Lasten aller Vertragsärzte, während die Vertragszahnärzte davon unberührt blieben, weil [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen gilt. Wenn jedoch der Gesetzgeber eine solche Konstellation für zulässig erachtet hätte, hätte er zumindest auch die Vertragszahnärzte an der Kostentragungspflicht beteiligen müssen. Dies ist jedoch nicht geschehen. Die Bereinigung der Ausgabenvolumen nach [§ 140 d Abs. 3 SGB V](#), die vorzunehmen ist, wenn die integrierte Versorgung Arznei- und Heilmittel einschließt ist nicht als Anschubfinanzierung zu sehen.

Konsequenterweise hat der Gesetzgeber gerade auch dort, wo eine Beteiligung des stationären Bereiches rein zahlenmäßig nachrangig ist, wie im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, nicht nur auf eine paritätische Anschubfinanzierung, sondern sogar gänzlich auf eine solche verzichtet. Daran wird deutlich, dass Art und Ausgewogenheit der Finanzierung Einfluss auf die Möglichkeiten der Vertragsgestaltung nehmen. Ein Sonderopfer der Krankenhäuser sollte niemals gefordert werden, wenn auch die Einbehaltungssumme gegenüber der Gesamtvergütungssumme scheinbar wohl gering sein dürfte, worauf die fehlenden Reaktionen der Krankenhäuser schließen lassen.

In dem Gesamtkontext wird nicht verkannt, dass das durch den im allgemeinen Sprachgebrauch als "Hausarztvertrag" bezeichnete Modell wohl gute Erfolge zu erzielen in der Lage ist und auch zu Einsparungsmöglichkeiten geführt haben kann. Es wird auch nicht angezweifelt, dass diese Regelung von den Patienten und den beteiligten Hausapotheken und Hausärzten gerne angenommen wurde. Inwieweit tatsächlich die von der Beklagten dargelegte Kooperation zwischen Arzt und Apotheker durch das Modell verbessert worden ist, kann dahingestellt bleiben, weil der mögliche Erfolg einer Maßnahme keinen Einfluss auf deren rechtliche Einordnung haben kann.

Es wird der Vorinstanz beigegeben, dass diese Regelung in Teilbereichen an das hausarztzentrierte Modell erinnert, wenn auch dessen Voraussetzungen nicht vorliegen. So bedarf es beim hausarztzentrierten Modell des besonders qualifizierten Hausarztes, der als Lotse durch das System führt. Das Qualifizierungsmerkmal hat man im Integrationsvertrag nicht zur Basis gemacht, wohl um keine Auswahlkriterien schaffen zu müssen, so dass alle interessierten Hausärzte flächendeckend an dem Projekt teilnehmen konnten (je mehr Teilnehmer desto offensichtlicher der Erfolg der Maßnahme und desto schwieriger für die Kritiker). Wenn jedoch das hausarztzentrierte Modell über eine zusätzlich geschaffene Hürde (besondere Qualifikation) Schwierigkeiten in der Umsetzung bereiten sollte, so kann dies nicht zum Anlass genommen werden, das gewünschte Ziel über die integrierte Versorgung mit deren Vorzügen umsetzen zu wollen, ohne die dafür erforderlichen sonstigen Voraussetzungen zu erfüllen. Das wäre eine Umgehung. Dabei drängt sich im Übrigen die Frage auf, weshalb man in dem Bereich der hausarztzentrierten Versorgung die Lotsenrolle nur dem besonders qualifizierten Hausarzt zugesteht und in dem Bereich der integrierten Versorgung auf die Qualifikation kein Augenmerk legt. Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung, wie in der Präambel des Integrationsvertrages niedergelegt, kann dadurch wohl nicht unbedingt erreicht werden. Ausweislich der Präambel des Integrationsertrages ist mit dem Ziel der individuellen Beratung der Weg über den Hausarzt die beste und wirtschaftlichste Form des Umgangs mit vielen Erkrankungen. Der Hausarzt koordiniert und steuert die Versorgung des Patienten über alle Versorgungsebenen hinweg und bindet dabei den Patienten aktiv ein. Dies ist doch gerade das Kernstück des hausarztzentrierten Modells ohne jedoch dessen Nachteile in Kauf nehmen zu müssen. Die Option zur Beitragserhöhung, die für den Bereich des hausarztzentrierten Modells nicht vorgesehen ist, ist im Rahmen der integrierten Versorgung vorhanden.

Nicht entscheidend für die Rechtsnatur des Vertrages kann sein, dass der Integrationsvertrag in der Praxis die Patientenversorgung verbessert haben soll. So dürfte es eine Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Apothekern in der Realität nicht erst seit Bestehen des Integrationsvertrages geben und auch nicht nur für Versicherte der Beklagten. Bei der Verordnung von wechselwirkenden Medikamenten wird seitens der Apotheken allein unter dem haftungsrechtlichen Aspekt Rücksprache mit dem verordnenden Arzt genommen. Das ist so und das war so. Dem gegenüber muss sich der Hausarzt - auch aus haftungsrechtlicher Sicht - immer einen genauen Überblick über die Medikamentierung des Patienten verschaffen und bewahren, ohne dass es dafür einer Medikationsliste durch den Apotheker bedarf. Hier eine noch engere Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Apothekern annehmen zu wollen, geht an der Realität erkennbar vorbei. Der

mit allen ihn treffenden Aufgaben überfrachtete Hausarzt wird die zeitlichen Kapazitäten dazu nicht haben. Wenn das von der Beklagten favorisierte Modell den gewünschten Qualitätsstandard erst schaffen und gewährleisten sollte, so müsste man doch fragen, weshalb andere Krankenversicherungsträger ihre Versicherten einer unzureichenden Situation aussetzen.

Bei alledem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass es seitens der Krankenversicherungsträger zum Januar 2005 für die Frage der Finanzierung ihrer Aufgaben und die Möglichkeit der Beitragserhöhung auf den Abschluss von Integrationsverträgen ankam. Dabei kam es zu Problemen, wer mit wem einen Vertrag abzuschließen bereit war (und zu welchen Konditionen) und natürlich auch zu Engpässen bei potentiellen Vertragspartnern. Eine Vielzahl von Verträgen ist geschlossen worden und erfüllt ganz offensichtlich auch die Voraussetzungen, die an die integrierte Versorgung zu stellen sind. Nicht jedoch der Vertrag der Beklagten mit den Hausärzten und Apothekern. Auch die Macht des Faktischen in Form der Akzeptanz durch alle Beteiligten vermag an dieser Einschätzung nichts zu ändern.

Kein sachliches Argument für die Rechtmäßigkeit des streitgegenständlichen Vertragswerkes kann der Vortrag der Beklagten sein, dass der Integrationsvertrag ausdrücklich seitens der Bundesgesundheitsministerin gelobt wurde und diese an der Gesetzgebung mitgewirkt habe. Im Rahmen der verfassungsrechtlich garantierten Gewaltenteilung müssen die Gerichte als Judikative gesetzgeberische Vorgaben (Legislative) und Verwaltungshandeln (Exekutive) prüfen und tun dies in unabhängiger Funktion. Nichts anderes ergibt sich aus der von der Beklagten vorgelegten ministeriellen Äußerung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) in der ab dem 2. Januar 2002 bis zum 30. Juni 2004 geltenden Fassung.

Die Revision wird zugelassen, weil die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2007-06-25