

S 36 KR 2137/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
36
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 36 KR 2137/10
Datum
29.08.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 21.705,68 nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten seit dem 16.7.2010 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens tragen die Klägerin zu 56 % und die Beklagte zu 44%.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten nach teilweiser Klagerücknahme zuletzt noch über den Einbehalt von Krankenhausvergütungsanteilen in Höhe von insgesamt 45.988,88 EUR nebst Zinsen im Rahmen der Anschubfinanzierung gemäß [§ 140d SGB V](#) a.F. für die Jahre 2006 bis 2008. Die Klägerin ist Trägerin des -Krankenhauses Berlin. Im Rahmen der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung kürzte die Beklagte die von der Klägerin für die Jahre 2006 bis 2008 in Rechnung gestellten Krankenhausvergütungen (zumindest) um die noch streitbefangenen Beträge von 12.917,78 EUR für das Jahr 2006, 18.389,72 EUR für 2007 und 14.681,38 EUR für 2008. Wegen der einzelnen Behandlungsfälle und der Kürzungsbeträge wird Bezug genommen auf die von der Klägerin mit E-Mail vom 30.11.2011 übersandte Liste. Die Kürzungen erfolgten für folgende, von der Beklagten zur Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) gemeldeten, Verträge: Nr. Bezeichnung des Vertrages Kurzbezeichnung Kürzungsbeginn 1 Vereinbarung über die integrierte Versorgung nach [§ 140a bis d SGB V](#) von Patienten mit chronischen Herzerkrankungen Telemedizin Herzinsuffizienz 1.4.2006 2 Integrative ambulante und stationersetzende Versorgung und deren Qualitätssicherung von kinderchirurgisch zu behandelnden Kindern und Jugendlichen Kinderchirurgie N klinik 1.12.2006 3 Vertrag zur Versorgung nach [§ 140a](#) ff. SGB V zur Verbesserung der Versorgung von Asthma bronchiale Telemedizin Asthma bronchiale 1.6.2008 4 Vertrag zur integrierten Versorgung nach [§ 140d SGB V](#) (B Kardiologie) B Kardiologie 1.4.2008 5 Vertrag zur integrierten Versorgung bei akuten und chronischen Rückenschmerzen (IVR) nach [§ 140a](#) ff. SGB V IVR Rückenschmerzen 1.8.2007 6 Vertrag zur Etablierung und Erprobung Interdisziplinärer Schmerzkonzferenzen (ISK) ISK 1.7.2006 7 Vereinbarung zur integrierten Versorgung nach [§ 140a](#) ff. SGB V über die Sektoren übergreifende qualitätsgesicherte Behandlung von an Brustkrebs erkrankten Versicherten Brustkrebs 1.11.2004 8 Vereinbarung einer integrierten Versorgung gemäß [§ 140b SGB V](#) über die Erbringung des Leistungskomplexes Geburtshilfe Ganzheitsmedizin Geburtshilfe 1.1.2005 9 Vertragswidrige Versorgung gemäß [§ 140b SGB V](#) über ambulant durchführbare (und stationersetzende) Operationen und deren Qualitätssicherung Varizen-Operationen (Dr. W Venen OP) 1.12.2004 10 Vertrag zur integrierten Versorgung gemäß [§ 140b SGB V](#) über ambulant durchführbare (und stationersetzende) Operationen und deren Qualitätssicherung Ambulante Operationen AOP Sp. 1.3.2005 11 Vertrag zur integrierten Versorgung nach [§ 140b SGB V](#) - Lipid-Apherese - Lipid-Apherese 1.5.2005 12 Vertrag zur integrierten Versorgung gemäß [§ 140b SGB V](#) über stationersetzende kurzzeitstationäre und ambulant durchführbare Operationen und deren Qualitätssicherung AOP Medizinzentrum L 1.9.2005 13 Vertrag zur ambulanten Brachytherapie am Krankenhaus gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) i.V.m. [§ 140a SGB V](#) über permanente Seed-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) Brachytherapie 1.7.2005 14 Vereinbarung einer integrierten Versorgung nach [§ 140b SGB V](#) über die Erbringung des Leistungskomplexes Depression Leistungskomplex Depression 1.12.2006 15 Vertrag zur integrierten Versorgung nach [§§ 140a](#) ff. SGB V Qualitätsoffensive Darmkrebs (Charité) 1.10.2005 16 Vertrag zur integrierten Versorgung gemäß [§ 140b SGB V](#) über die Behandlung des chronischen Tinnitus Chronischer Tinnitus 1.11.2005 17 Vertrag zur integrierten Versorgung gemäß [§ 140b SGB V](#) über stationersetzende und ambulant durchführbare Operationen und deren Qualitätssicherung AOP chirurgisch-orthopädischer Verbund Berlin P 1.1.2006 18 Vertrag zur integrierten Versorgung gemäß [§ 140b SGB V](#) über stationersetzende und ambulant durchführbare gynäkologische und HNO-Operationen mit deren Qualitätssicherung Ambulante gynäkologische und HNO-Operationen OP-Zentrum Sp straße 1.8.2006 19 Vertrag zur integrierten Versorgung nach [§§ 140a](#) ff. SGB V zur ambulanten Durchführung von PET/CT bei Versicherten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) PET/CT BronchialCa 1.4.2007 20 Vertrag zur integrierten neuro-psychiatrischen Versorgung nach [§ 140b SGB V](#) NeuroKonzept C 1.6.2007 21 Vertrag zur integrierten Versorgung nach [§ 140a SGB V](#) zur weiterführenden Diagnostik und zur optimierten Nachsorge beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen B Darmkrebs Familien vor Darmkrebs schützen 1.1.2007

Wegen des Inhalts sämtlicher Verträge und der beteiligten Leistungserbringer wird vollumfänglich auf den von der Beklagten übersandten

Anlagenordner sowie die mit Schriftsatz vom 10.11.2011 übersandten weiteren Anlagen (Anlagenordner II) Bezug genommen. Wegen der von der Beklagten geschätzten Vergütungsvolumina und der sich daraus ergebenden Kürzungsquoten wird auf die von der Beklagten ebenfalls übersandten BQS-Daten (Bl. 41ff. d.A.) Bezug genommen, wegen der Anzahl der an den Verträgen jeweils beteiligten Leistungserbringer auf die Anlage zum Schriftsatz vom 11.10.2011 (Bl. 117, 117R d.A., Anlagenordner). Mit Schreiben vom 27.3.2009 erteilte die Beklagte der Klägerin eine Abrechnung über die Verwendung der einbehaltenen Mittel der Anschubfinanzierung. Wegen des Inhalts der Abrechnung wird auf die Gerichtsakten (Bl. 171f. d.A.) Bezug genommen. Mit Schreiben vom 21.6.2010 forderte die Klägerin die Beklagte zur Übersendung der für die Jahre 2006 bis 2008 abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung und zur Darlegung der Mittelverwendung, sowie vorsorglich zur Auszahlung der einbehaltenen Mittel auf. Die Beklagte lehnte die Offenlegung und die Auszahlung ab. Am 12.11.2010 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie ursprünglich die Zahlung von 49.134,79 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.7.2010 forderte. Auf Anforderung des Gerichts übersandte die Beklagte die Verträge. Auf die von der Beklagten für das Jahr 2005 erhobene Verjährungseinrede hat die Klägerin die Klage mit Schriftsatz vom 5.3.2012 in Höhe eines Betrages von 3.146,41 EUR zurückgenommen. Der verbleibende Kürzungsbetrag von 45.988,88 EUR für die Jahre 2006 bis 2008 ist zwischen den Beteiligten der Höhe nach unstreitig. Die Klägerin ist der Ansicht, die durch die Beklagte vorgenommenen Vergütungskürzungen seien nicht rechtmäßig gewesen. Bei den von der Beklagten zwischenzeitlich vorgelegten Verträgen handele es sich nicht um Verträge zur integrierten Versorgung im Sinne der §§ 140a ff. SGB V und der hierzu ergangenen Rechtsprechung. Im Einzelnen: Nr. 1 - Telemedizin Herzinsuffizienz und Vertrag Nr. 3 - Telemedizin Asthma bronchiale: Der Vertrag gebe keine konkreten Hinweise auf die Leistungserbringung der Versorgung. Er gebe auch den spezifischen Inhalt der für die Leistungserbringer abzuschließen Teilnahmevereinbarung nicht wieder. Es würden keine Leistungen der Regelversorgung ersetzt. Nr. 2 - Kinderchirurgie N Klinik: Der Vertrag sei nicht fachübergreifend und auch nicht sektorenübergreifend ausgestaltet. Das Leistungsspektrum umfasse Regelleistungen. Die Leistung der Anästhesisten stelle keine eigene therapeutische Leistung dar, sondern biete nur den Rahmen für die jeweilige Operation. Im Übrigen sei es auch in Operationszentren nicht so, dass immer derselbe operierende Arzt mit denselben Anästhesisten zusammenarbeite. Nr. 4 - B Kardiologie: Zusätzlich zu der Abrechnung nach EBM, Tagessatz oder DRG werde an die B noch eine Pauschale gezahlt. Den Löwenanteil erhalte die B für ausgelagerte, administrative Tätigkeit. IV-Leistungen würden nicht vergütet. Der Vertrag benenne zudem keine Kooperationspartner. Nr. 5 - IVR Rückenschmerzen: Die Bonus/Malus-Regelung könne nicht Gegenstand eines IV-Vertrages sein. Die Krankenkassen seien hier als Berater, Selektierer und Steuerer Teil der Leistungserbringer. Die sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Gestaltung des Konzeptes sei nicht erkennbar. Die Umsetzung des Konzeptes in Berlin sei nicht erkennbar. Nr. 6 - ISK: Vertragspartner und Leistungserbringer seien deckungsgleich. Das Konzept sei nicht sektorenübergreifend auch nicht interdisziplinär ausgestaltet. Das Vergütungssystem berücksichtige nur Ärzte. Die Vergütungsregelungen des § 6 seien nicht mit konkreten Leistungen hinterlegt. Beispielsweise erkläre sich die Pauschale für Konsiliarteilnehmer nicht. Definierte therapeutische oder diagnostische Leistungen seien hier nicht ersichtlich. Es sei lediglich ein fachlicher Austausch definiert. Nr. 8 - Ganzheitsmedizin Geburtshilfe: Geregelt sei hier lediglich die Vernetzung der Regelbereiche unter dem Aspekt der Anthroposophie. Nr. 9 - Varizen-Operationen: Die Leistungsbeschreibung weise lediglich operative Leistungen aus. Es liege weder eine interdisziplinär-fachübergreifende Leistung noch eine sektorenübergreifende Leistung vor. Nr. 10 - Ambulante Operationen (AOZ Sp.): Es lägen keine interdisziplinär-fachübergreifenden und auch keine sektorenübergreifenden Leistungen vor. Die Konzessionierung nach § 30 Abs. 1 Gewerbeordnung sei nicht ersichtlich. Nr. 11 - Lipid-Apherese: Seit 2008 sei die Leistung nach Festlegung des GBA Kassenleistung. Die Leistungen der Kardiologie seien nicht Leistungen der integrierten Versorgung, da die Abrechnung über die Krankenversicherungskarte erfolge (Anlage B des Vertrages). Nr. 12 - AOP Medizinzentrum L: Es handele sich um Leistungen eines OP-Zentrums mit Kurzzeitbetreuungsmöglichkeit ohne interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Versorgung. Nr. 13 - Brachytherapie: Es würden ambulante Operationen durch nicht hauseigene Operateure im Krankenhaus erbracht. Diese Leistungen stellten jedoch keine sektorenübergreifende/interdisziplinäre Versorgung dar. Es sei auch kein Versorgungsvorteil für die Patienten erkennbar. Die behandelnden Urologen nähmen ausschließlich die Räumlichkeiten des Klinikums am Urban in Anspruch. Die Leistung hätten sie auch ambulant in der Praxis erbringen können. Es gehe hier offensichtlich nur darum, den grundsätzlich bestehenden Leistungsausschluss nach § 135 SGB V über einen IV-Vertrag zu umgehen. Nr. 16 - Chronischer Tinnitus: Das Tinnitus-Zentrum der Charité biete dieses Konzept als Kassenleistung an. Eine sektorale Vernetzung liege nicht vor; der beteiligte Radiologe Dr. S solle in weniger als 30 % der Fälle konsultiert werden, also eher im Ausnahme- als im Regelfall. Nr. 18 - Ambulante gynäkologische und HNO-Operationen (OP-Zentrum Sp Straße): Es werde allein die Regelleistung ambulantes Operieren beschrieben. Nr. 19 - PET/CT BronchialCa: Bei stationären Patienten sei die PET bereits Bestandteil der DRG, so dass sich die Vereinbarung einer IV-Leistung nicht erschließe. Der integrative Ansatz sei zudem nicht erkennbar. Die zusätzliche Vergütung für das Krankenhaus erfolge allein für die Dokumentationsleistung. Nr. 20 - NeuroKonzept C: Der Vertrag enthalte keine Benennung der Kooperationspartner der C GmbH. Der Vertragsinhalt weiche von der Teilnahmeerklärung der Ärzte/Nervenärzte ab (eingeschränkt auf neuro-psychiatrisch-depressive Erkrankungen). Es liege zudem keine Teilnahmeerklärung für Erbringer anderer Sektoren vor. Die Aufteilung der Leistungspauschale sei nicht ersichtlich. Nr. 21 - B Darmkrebs (Familien vor Darmkrebs schützen): Die Abrechnung der Leistungen erfolge über einen Abrechnungsdienstleister, der nicht Partner eines IV-Vertrages sein könne. Es werde keine Pauschale abgerechnet. Die Leistungserbringer würden nicht genannt. Das Konzept sei nicht sektorenübergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend, sondern stelle eine Regelleistung dar. Die bevorzugte Terminvergabe und Minimierung der Wartezeiten seien standeswidrig. Die Service-Leistung der Managementgesellschaft außerhalb einer Pauschale sei nicht gesondert vergütungsfähig. Die Klägerin ist ferner der Ansicht, die Abrechnung der Beklagten vom 27.3.2009 über die einbehaltenen Vergütungsanteile genüge nicht den gesetzlichen Anforderungen. Es handele sich überdies nur um eine vorläufige Aufstellung. Die Einnahmen und Ausgaben seien im Einzelnen nicht ansatzweise nachvollziehbar. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 45.988,88 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.7.2010 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie ist der Ansicht, die Klage sei bereits unzulässig, weil verspätet. Es handele sich nicht um einen Streit im Gleichordnungsverhältnis, sondern um einen Streit darum, ob die Beklagte von den Rechnungen Mittel zur Anschubfinanzierung einbehalten durfte. Die Einbehalte stellten deshalb Verwaltungsakte dar. Zum Zeitpunkt der Klageerhebung seien die Rechtsmittelfristen abgelaufen gewesen. Die Klage sei auch unbegründet. Die Forderungsaufstellung der Beklagten entspreche nicht den Anforderungen des § 301 SGB V und sei daher nicht verwertbar, weshalb die Forderung bereits dem Grunde nach nicht bestehe. Hinsichtlich des Zeitraums vor 2007 bestehe wegen § 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V a.F. keine Rückzahlungsverpflichtung der Beklagten. Die Abrechnung über die Mittelverwendung sei nicht zu beanstanden. Tatsächlich habe die Beklagte deutlich mehr ausgegeben, als durch die Mittel der Anschubfinanzierung gedeckt worden sei. Der Einbehalt sei in vollem Umfang berechtigt gewesen. Bei sämtlichen abzugsrelevanten Verträgen handele es sich um zulässige Integrationsverträge im Sinne der §§ 140a ff. SGB V. Die Verträge betreffend ambulante Operationen seien jedenfalls interdisziplinär-fachübergreifend im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und Operateur, die anders als im Rahmen der ambulanten Regelversorgung nicht nur punktuell, sondern längerfristig im Rahmen einer übergeordneten und aufeinander abgestimmten Verbindung erfolge. Im Übrigen trägt die Beklagte zu den einzelnen Verträgen Folgendes vor: Nr. 1- Telemedizin Herzinsuffizienz: Zweck des Vertrages sei, herzinsuffiziente Patienten anzuleiten,

sich gesundheitsbewusst zu verhalten, Warnsignale ihres Körpers zu erkennen und damit langfristig den Gesundheitszustand zu stabilisieren. Die Vergütung finde außerhalb der Regelversorgung statt. Vertragspartner sei eine Managementgesellschaft, die sich eines telemedizinischen Zentrums bediene. Die Versorgung sei wegen der Teilnahme von Ärzten verschiedener Fachgruppen und von Krankenhäusern sowohl interdisziplinär-fachübergreifend als auch sektorenübergreifend. Die teilnehmenden Leistungserbringer nähmen unter anderem im Rahmen der Eingangsuntersuchung umfangreiche diagnostische Maßnahmen vor und müssten ihre Versorgungsmaßnahmen dokumentieren. Eingeschriebene Patienten würden dann im Programm medizinisch behandelt. Während des Programms fänden darüber hinaus ein regelmäßiger Informationsaustausch und Konsile zwischen den Ärzten der Stiftung und den behandelnden Ärzten statt. Durch die im häuslichen Bereich erfolgenden Messungen, die an das telemedizinische Zentrum übertragen werden, würden diagnostische Leistungen der behandelnden Ärzte, die ansonsten insbesondere nach stationären Aufenthalten anfallen würden, ersetzt. Nr. 2 - Kinderchirurgie N klinik: Gegenstand des Vertrages sei die Durchführung verschiedener chirurgischer Eingriffe unter Beteiligung verschiedener Fachrichtungen. Aus Berlin seien Kinderchirurgen, Anästhesisten und das S Klinikum L beteiligt. Die Operationen der niedergelassenen Ärzte fänden zum Teil auch im Krankenhaus statt. Damit sei der Vertrag sowohl interdisziplinär-facharzt- als auch sektorenübergreifend. Es handle sich um einen bundesweiten Vertrag, der durch die N klinik koordiniert werde und an dem aktuell 575 Ärzte und Kliniken teilnähmen. Es sei hier ein Netzwerk aufgebaut worden, indem die ambulanten Operationen übergreifend koordiniert und durchgeführt würden. Insofern handele es sich um einen außerhalb der Regelversorgung bestehenden rechtlichen Rahmen. Nr. 3 - Telemedizin Asthma bronchiale: Zweck des Vertrages sei die Überwachung Asthmapatienten im häuslichen Bereich im telemedizinischen Verfahren. Hierzu bediene sich die Managementgesellschaft eines telemedizinischen MonitorCenters. Die Versorgung sei wegen der Teilnahme von Hausärzten und Pneumologen interdisziplinär-fachübergreifend. Aufgabe der Ärzte sei es, geeignete Patienten in das Programm einzuschreiben, die Diagnose zu stellen und insbesondere eine Einstufung in die Asthma-Klassen vorzunehmen. Die Patienten erhielten ein Peakflowmeter, dessen Daten regelmäßig aufgezeichnet würden und den behandelnden Ärzten zur Verfügung stünden und zudem erhielten sie Notfallstufenpläne. Die Ärzte würden regelmäßig über den Krankheitsverlauf informiert und könnten so ihr Therapieschema an die Ergebnisse der telemedizinischen Betreuung anpassen. Ergebe sich aus dem Therapieverlauf die Notwendigkeit fachärztlicher Mit- bzw. Weiterbetreuung, würden die Pneumologen in die Behandlung einbezogen. Nr. 4 - B Kardiologie: Inhalt des Vertrags mit der Managementgesellschaft B Service GmbH seien Leistungen niedergelassener Kardiologen, Krankenhäuser und Einrichtungen stationärer sowie ambulanter Rehabilitation. Der integrative Ansatz bestehe in dem Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur und der übergreifenden elektronischen Patientenakte. Nr. 5 - IVR Rückenschmerzen: Die G sei als Managementgesellschaft zulässige Vertragspartnerin. Nr. 6 - ISK: Jede Schmerzkonzferenz finde interdisziplinär durch mindestens einen Vertreter dreier verschiedener Fachrichtungen statt. Nr. 7 - Brustkrebs: Beteiligt seien der Verein niedergelassener Hämatologen und schwerpunktmäßig onkologisch tätiger Internisten und das Krankenhaus W. Es handle sich um regelleistungsersetzende Behandlungen. Nr. 8 - Ganzheitsmedizin Geburtshilfe: Bei diesem Vertrag werde die Geburt der Regelversorgung ersetzt durch entsprechende, aber gesonderte Leistungen. Nr. 9 - Varizen-Operationen: Dieser Vertrag sei interdisziplinär-facharztübergreifend. Dr. W erbringe die chirurgische Leistung, Dr. J die anästhesistische. Zudem sei das Sanitätshaus als sonstiger Leistungserbringer beteiligt. Nr. 10 - Ambulante Operationen (AOZ Sp.): Leistungserbringer des Vertrages seien verschiedene Fachärzte für Orthopädie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Chirurgie neben Anästhesisten. Über die ambulanten Operationen hinaus werde auch die kurzzeitpflegerische Versorgung geregelt. Die Versicherten hätten die Möglichkeit, über Nacht in der Einrichtung zu verbleiben und unter Beobachtung betreut zu werden. Hierdurch werde ein vollstationärer Aufenthalt vermieden. Nr. 11 - Lipid-Apherese: Es würden Leistungen der Regelversorgung ersetzt. Interessen der Kassenärztlichen Vereinigung würden nicht verletzt. Bei der Kalkulation der Kosten (51.139,20 EUR pro Fall bei 48 Apheresen pro Jahr) sei für die Leistungen, die über die Krankenversicherungskarte abzurechnen sind, keinerlei Abzug kalkuliert worden. Nr. 12 - AOP Medizinzentrum L: Das P sei ein Medizinisches Versorgungszentrum, die P GbR eine Gemeinschaft von zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzten. Letztere erbringen in dem Medizinischen Versorgungszentrum ihre Leistung unter Zuhilfenahme der Räumlichkeiten und des Personals des Versorgungszentrums. Dies sei eine bereits vom LSG Rheinland-Pfalz bestätigte Form der integrierten Versorgung. Nr. 13 - Brachytherapie: Es handle sich um einen Vertrag der integrierten Versorgung und nicht der ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Die ambulante Leistung werde durch nicht hauseigene Operateure in den Räumen und mit den Mitteln des Krankenhauses erbracht. Es würden auch Leistungen der Regelversorgung ersetzt, nämlich die ansonsten erforderliche Entfernung der Prostata. Nr. 14 - Leistungskomplex Depression: Auch hier würden die Regelleistungen ersetzt. Nr. 15 - Qualitätsoffensive Darmkrebs (Charité): Die Rüge der Klägerin sei nicht nachvollziehbar. Regelleistungen würden durch integrierte Versorgung ersetzt. Nr. 16 - Chronischer Tinnitus: Leistung des Vertrages seien Untersuchungen durch den HNO-Facharzt, eine psychosomatische-psychologische Behandlung bzw. Untersuchung und Physiotherapie sowie Untersuchungen durch einen Radiologen. Nr. 17 - AOP chirurgisch-orthopädischer Verbund Berlin P: Der chirurgisch-orthopädische Verbund sei eine Gemeinschaft von zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten. Der Sektorenübergreifend ergebe sich aus der Beteiligung sowohl des Sanitätshauses Seeger wie aus der Beteiligung der Reha-Tagesklinik im Forum P. Nr. 18 - Ambulante gynäkologische und HNO-Operationen (OP-Zentrum Sp straße): Vertrag verschiedene Fachärzte für Gynäkologie, Hals- Nasen und Ohrenheilkunde. Mit dem Eingriff nebst Kurzbetreuungsmöglichkeit könne die vollstationäre Krankenhausbehandlung ersetzt werden. Der Versicherte habe die Wahl, ob er sich vollstationär behandeln lasse oder die Leistungen dieses Angebotes wahrnehme. Dies sei integrierte Versorgung in Form sowohl des interdisziplinären wie auch des Sektorenübergreifens. Nr. 19 - PET/CT BronchialCa: Der Leistungssektorenübergreifend ergebe sich aus dem Zusammenwirken des Diagnostisch Therapeutischen Zentrums am Frankfurter Tor einerseits und des Helios Klinikums Emil von Behring. Es handle sich um eine ambulante Leistung. Die Anlage C regelte die Leistungen des teilnehmenden Krankenhauses. Dieses sei für die Vordiagnostik verantwortlich und entscheide eigenverantwortlich, ob ein PET/CT im Einzelfall durchgeführt werden müsse. Bei Vertragsabschluss sei die Leistung vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht anerkannt gewesen. Es existiere bis zum heutigen Tage keine Bewertung dieser Leistung im EBM, so dass diese bisher von den Ärzten noch nicht abgerechnet werden könne, es sei denn über eine Kostenerstattung bzw. nach GOÄ oder aber - wie hier - über einen Integrationsvertrag. Nr. 20 - NeuroKonzept C: Die C-Management GmbH sei gemäß § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V beteiligt. Die Leistungen würden durch zugelassene Nervenärzte, Hausärzte, Krankenhäuser mit entsprechendem Schwerpunkt sowie Einrichtungen zur stationären und ambulanten Rehabilitation erbracht. Nr. 21 - B Darmkrebs (Familien vor Darmkrebs schützen): Die B Management und Service GmbH sei Vertragspartner nach § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V. Die Leistungen selbst würden durch Gastroenterologen, Humangenetiker und Pathologen erbracht. Die Integration finde zwischen Gastroenterologen und Humangenetikern statt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses auf die Gerichtsakten nebst der Anlagenkonvolute der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage zulässig und hat in dem tenorierten Umfang teilweise Erfolg. Entgegen der Ansicht der Beklagten stehen sich die Beteiligten im vorliegenden Rechtsstreit um die Auszahlung von (Rest-)Vergütungsansprüchen im Gleichordnungsverhältnis

gegenüber, weshalb die echte und nicht fristgebundene Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und die Klage dementsprechend nicht wegen Verfristung unzulässig ist. Der Einbehalt der Vergütungsanteile zur Anschubfinanzierung von Integrationsverträgen durch die Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt durch Aufrechnung im Gleichordnungsverhältnis und nicht durch Verwaltungsakt (BSG, Urteil vom 2.11.2010 – [B 1 KR 11/10 R](#), juris Rdnr. 15; vgl. auch BSG, Urteil vom 25.11.2010 – [B 3 KR 6/10 R](#), juris Rdnr. 9f.). Rechtsgrundlage des mit der Klage verfolgten restlichen Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG sowie § 17b KHG und dem Krankenhausbehandlungsvertrag für das Land Berlin. Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Zweifel am Vorliegen dieser Voraussetzungen hat die Kammer nicht und wurden seitens der Beklagten auch nicht substantiiert geltend gemacht. Soweit die Beklagte zuletzt gerügt hat, dass die von der Klägerin vorgelegte Aufstellung der Behandlungsdaten und der Kürzungssummen nicht den Anforderungen des [§ 301 SGB V](#) genüge und daher der Vergütungsanspruch schon am Fehlen einer wirksamen Abrechnung scheitere, ist dies schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil die Beklagte selbst sämtliche Behandlungsfälle – bis auf die streitbefangenen Einbehalte – vergütet hat und insofern davon auszugehen ist, dass der Zahlung ordnungsgemäße Datenmeldungen i.S.d. [§ 301 SGB V](#) zu Grunde lagen, die stationären Behandlungen jeweils notwendig und die Abrechnungen korrekt waren. Die Vertreterin der Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung auch unbestritten erklärt, dass für den streitbefangenen Zeitraum keine Prüfverfahren mehr anhängig sind. Angesichts des Umstandes, dass die Beklagte die Rechnungen – bis auf den Einbehalt – beglichen hat, hätte es ihrerseits jedenfalls substantiierter Darlegung bedurft, dass im jeweiligen Einzelfall keine den Anforderungen des [§ 301 SGB V](#) entsprechenden Daten übermittelt wurden bzw. die Voraussetzungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht vorlagen oder die Abrechnung nicht korrekt war und warum die Rechnungen gleichwohl beglichen wurden. Die Klägerin hat im vorliegenden Verfahren sämtliche Behandlungsdaten – wie von der Beklagten gefordert – vorgelegt, so dass der Beklagten eine entsprechende Prüfung auch möglich gewesen wäre. Dem geltend gemachten Klageanspruch steht für das Jahr 2006 auch nicht die Regelung in [§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V](#) (in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des Gesetzes vom 26.3.2007, [BGBl. I, S. 378](#)) entgegen, wonach nicht verwendete Mittel nur insoweit zurückzuzahlen sind, als sie für die Jahre 2007 und 2008 einbehalten wurden. Die Vorschrift betrifft nur die zweite Stufe der Verwendung der (rechtmäßig) einbehaltenen Mittel. Vorliegend geht es aber um die vorgelagerte Frage der Rechtmäßigkeit des Einbehalts. Auf nicht rechtmäßig einbehaltene Vergütungsanteile gilt [§ 140d Abs. 1 Satz 8 SGB V](#) a.F. jedoch keine Anwendung. Der danach grundsätzlich bestehende Restvergütungsanspruch der Klägerin ist nur teilweise, nämlich in Höhe von 24.283,20 EUR, durch Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch im Hinblick auf die Anschubfinanzierung nach [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erloschen. Gemäß [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) hatte jede Krankenkasse zur Förderung der integrierten Versorgung in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 % 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, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach [§ 140b SGB V](#) geschlossenen Verträgen erforderlich waren. Diese Gesetzesnorm trägt die hier von der Beklagten vorgenommenen Vergütungskürzungen nur in Höhe des vorgenannten Betrages von 24.283,20 EUR. Auf der Grundlage des [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind Krankenkassen nur berechtigt, Vergütungsanteile zur Finanzierung konkreter und bereits geschlossener Integrationsverträge einzubehalten (BSG, Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), juris Rdnr. 12; BSG, Urteil vom 2.11.2010 – [B 1 KR 11/10 R](#), juris Rdnr. 22 m.w.N. (auch zur Gegenansicht); Urteil vom 25.11.2010 – [B 3 KR 6/10 R](#), juris Rdnr. 15; a.A. SG Berlin, Urteil vom 18.01.2012 – S 211 KR 2707/08, nicht veröffentlicht). Insofern sieht die Kammer mit dem 1. und dem 3. Senat des BSG (Urteil des 1. Senats vom 2.11.2010, [a.a.O.](#), juris Rdnr. 24; Urteil des 3. Senats vom 25.11.2010, juris Rdnr. 17) jedoch eine bloß überschlägige, die Grundvoraussetzungen eines Vertrages über integrierte Versorgung einbeziehende Prüfung als ausreichend an. Andernfalls würde jeder einzelne Rechtsstreit über die Einbehaltung von Mitteln zur Anschubfinanzierung einen Anreiz für Konkurrenten der integrierten Versorgung bieten, Verträge über die integrierte Versorgung im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung von Einbehaltenen zu Fall zu bringen. Um dies zu verhindern, begnügt sich [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) damit, für Einbehaltenen lediglich zu verlangen, dass die einbehaltenen Mittel "zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen" erforderlich sind. Eine weitergehende Detailprüfung verlangt das Gesetz dagegen nicht (BSG, Urteil vom 2.11.2010, [a.a.O.](#)). Dies muss erst recht gelten, wenn – wie vorliegend – eine Vielzahl von Verträgen betroffen sind und das von der Kürzung betroffene Krankenhaus selbst nur summarische Einwände gegen die Verträge vorbringt. Integrationsverträge können nach [§ 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des GMG 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 (BSG, Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 5/07 R](#), juris Rdnr. 17). Der Begriff der Leistungssektoren i.S. des [§ 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist gesetzlich nicht definiert (so ausdrücklich die Begründung des Gesetzentwurfs zum GMG, [BT-Drucks. 15/1525, S. 129](#), unter: Zu Nummer 113 [§ 140a], zu Buchstabe a). Sein Inhalt ist deshalb nur durch eine am Zweck der integrierten Versorgung orientierte Auslegung zu bestimmen. Die Zielrichtung dieser Versorgungsform besteht zunächst 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, Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und Behandlungsdiskontinuitäten zu vermeiden (vgl. Baumann, Ju-risPK-SGB V, § 140a Rdnr. 2). Ausgehend von dieser allgemeinen Zielsetzung des Gesetzes ist der Begriff der "Leistungssektoren übergreifenden 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. Insofern ist eine Verzahnung zwischen unterschiedlichen Leistungssektoren erforderlich, die deutlich über das Maß hinausgeht, das normalerweise in der traditionellen Versorgung besteht. Behandlungsansatz und Ausrichtung des einzelnen Leistungsprozesses (z.B. 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 (z.B. Implantation eines neuen Gelenks) und die anschließende Rehabilitation (z.B. Mobilisierung) dienen unterschiedlichen medizinischen Zwecken und sind in der Regelversorgung auch institutionell getrennt. Insofern betreffen sie (auch) verschiedene Leistungssektoren i.S.

des [§ 140a Abs. 1 SGB V](#) (vgl. hierzu allgemein BSG, Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 27/07 R](#) – Juris Rn. 19 ff; Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 5/07 R](#) – Juris Rn 18 ff.). Wichtigster Anwendungsfall einer die verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Ver–sorgung ist eine Versorgung, die ambulante und stationäre Behandlungen umfasst. Die Ver–zahnung von ambulanter und stationärer Versorgung wird bei der Erläuterung der Ziele der Integrationsversorgung bereits in der Überschrift besonders hervorgehoben (Gesetzentwurf der Regierungsfractionen zur GKV-Gesundheitsreform 2000, [BT-Drucks. 14/1245, S. 55](#)). Die integrierte Versorgung 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. 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 Versorgungs–angebot 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 u. a. die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen, von Koordinationsproblemen im Behandlungsablauf und von Warte–zeiten, 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 über die integrierte Versorgung ge–boten. So kann etwa die Verknüpfung der Akutbehandlung in einem Krankenhaus – z.B. Durchführung einer Operation oder Behandlung eines Schlaganfalls – mit der anschließenden medizinischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen Gegenstand eines Integrationsver–trages sein. Auch zwischen dem Akutkrankenhaus und dem Träger einer stationären Rehabili–tationseinrichtung bestehen im traditionellen Versorgungssystem Schnittstellenprobleme, die im Interesse der betroffenen Patienten durch ein Versorgungsangebot aus einer Hand überwun–den werden können (BSG, Urteile vom 6.2.2008 [a.a.O.](#)). Neben dem Erfordernis der leistungssektorenübergreifenden Versorgung sind Verträge der in [§ 140b Abs. 1 SGB V](#) i.d.F. des GMG genannten Vertragspartner jedoch nur dann solche der integrierten Versorgung, wenn durch sie auch Leistungen, die bislang Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, künftig ersetzt werden (eingehend dazu BSG, Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), juris Rdnrn. 22ff.). 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. BSG, Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), juris Rdnrn. 22ff.). Das schließt nicht aus, dass Gegenstand eines Integrationsvertrages und der Vergütung i.S. des [§ 140c Abs. 1 SGB V](#) auch Leistungen sein können, die im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (noch) nicht beansprucht werden können. Diese Möglichkeit folgt mittelbar aus [§ 140b Abs. 3 Satz 4 SGB V](#), wonach nur ambulante Leistungen in der Integrationsversorgung ausgeschlossen sind, über deren Eignung der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bereits eine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) erfordert im Rahmen der Regelversorgung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dagegen eine positive Empfehlung des GBA. Ein Wettbewerb um Versorgungsmodelle bedingt jedoch, dass Leistungen der traditionellen Versorgung durch solche der integrierten Versorgung ersetzt werden. Wenn Gegenstand der integrierten Versorgung ausschließlich Leistungen sind, die zusätzlich zur Regelversorgung erbracht werden, ist ein bewertender Vergleich beider Versorgungssysteme von vornherein unmöglich (BSG, a.a.O.). Das BSG hat insofern aus einer Gesamtbetrachtung der Konzeption der Integrationsversorgung als Alternative zur Regelversorgung abgeleitet, dass Behandlungsleistungen, die im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden, solche der Regelversorgung in der vertragsärztlichen oder in der stationären Versorgung zumindest überwiegend ersetzen müssen. Finden die Behandlungsleistungen, die vertraglich näher geregelt werden, hingegen weiterhin im Rahmen der bisherigen Regelversorgung statt, ergibt sich im Gegensatz daraus, dass kein Fall der integrierten Versorgung vorliegt. Ein wichtiges Indiz für das Vorliegen einer Versorgung außerhalb der Regelversorgung ist es, wenn den Leistungserbringern eine verschiedene Vergütungsregime überschreitende Budgetverantwortung obliegt, sie also z.B. für die Gesamtbehandlungsmaßnahmen eine Vergütungspauschale erhalten. Die unterschiedlichen Regelungen über die Vergütung etwa in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung kommen dann nicht zur Anwendung (BSG, a.a.O., juris Rdnr. 25). Die vorgenannten Grundsätze bedürfen für den Fall der Verknüpfung verschiedener Leistungsangebote von und mit Krankenhäusern weiterer Differenzierung (vgl. dazu BSG, Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 5/07 R](#), juris Rdnrn. 22ff.). Solche Verzahnungen reichen, da eine integrierte Versorgung die Verknüpfung verschiedener Leistungssektoren bedeutet, die in der traditionellen Regelversorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind, nur unter bestimmten Voraussetzungen für die Anerkennung als integrierte Versorgung i.S. der [§§ 140a ff. SGB V](#) aus. Eine integrierte Versorgung kann z.B. durch Verknüpfung von stationärer Akutbehandlung und stationärer Rehabilitation erreicht werden, weil diese Leistungssektoren in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell typischerweise getrennt sind. Diese Trennung ist in den bisherigen Strukturen immer dann gegeben, wenn es sich um unterschiedliche Einrichtungen handelt, sodass sich deren Verknüpfung für eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung eignen kann. Aber auch in den selteneren Fällen, in denen ein Träger übergreifend sowohl ein Krankenhaus als auch eine Rehabilitationseinrichtung betreibt, können Verknüpfungen dieser unterschiedlichen Angebote eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung gemäß [§§ 140a ff. SGB V](#) bilden. Denn Art und Inhalt der jeweils zu erbringenden Leistungen sind im Krankenhaus einerseits und in der Rehabilitationseinrichtung andererseits unterschiedlich; insoweit werden im Übrigen im Regelfall auch verschiedene Leistungserbringer tätig, selbst wenn einzelne Personen in beiden Bereichen zum Einsatz kommen sollten (BSG, a.a.O.). Unzureichend für eine integrierte Versorgung ist es dagegen, wenn innerhalb eines Krankenhauses nur die stationär und die ambulant erbrachten ärztlichen Behandlungen miteinander verknüpft werden, es sei denn, dass die Verzahnung deutlich über das Maß hinausgeht, das normalerweise in der traditionellen Versorgung besteht. Grundsätzlich unzureichend sind die krankenhaustypischen Verknüpfungen zwischen einerseits der stationären Krankenversorgung und andererseits den ambulanten Behandlungen, die im Krankenhaus durch Hochschul- und Institutsambulanzen und durch ermächtigte Ärzte erfolgen. Verknüpfungen zwischen der im Krankenhaus stattfindenden ambulanten und der hier erfolgenden stationären Versorgung können nur in besonderen Fällen für eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung i.S. der [§§ 140a ff. SGB V](#) geeignet sein, etwa bei Krankheitsbildern, bei denen ein Wechsel zwischen der z.B. in der Institutsambulanz regelmäßig stattfindenden ambulanten und den zwischenzeitlich erforderlichen stationären Behandlungen typischerweise gehäuft vorkommt. Dies kann möglicherweise bei psychiatrischen Patienten in Betracht kommen, bei denen kontinuierliche ambulante Betreuung stattfinden, aber in Abständen bei Schüben der Grunderkrankung auch stationäre Betreuungen erforderlich werden. Wird hier eine reibungslose Verzahnung der unterschiedlichen Behandlungen in den verschiedenen Phasen z.B. durch eine einheitliche Fallpauschale erreicht und werden zusätzlich weitere Verbindungen geschaffen, so kann eine solche Verknüpfung als eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung i.S. der [§§ 140a ff. SGB V](#) zu qualifizieren sein (BSG, a.a.O.). Erforderlich für einen abzugsrelevanten Integrationsvertrag ist (insbesondere bei der Einbeziehung von Managementgesellschaften) ferner, dass vertraglich sichergestellt ist, dass die Vertragspartner eine integrierte Versorgung auch rechtlich leisten können. Dies setzt eine vertragliche Einbindung der einzelnen Leistungserbringer voraus (BSG, Urteil vom 2.11.2010 – [B 1 KR 11/10 R](#), juris Rdnr. 27). Es reicht nicht aus, die Einbindung etwa über Absprachen mit einer Managementgesellschaft herzustellen, ohne dass eine klare, rechtlich verbindliche

Verpflichtung zur Leistungserbringung, gerade auch gegenüber der Krankenkasse, geregelt wird (SG Marburg, Urteil vom 3.8.2011 – [S 12 KA 962/09](#), juris). Ausgehend von den vorgenannten Grundsätzen haben von den streitbefangenen 21 Verträgen lediglich die Verträge Nrn. 5,6,7,8,14,16,17,21 eine integrierte Versorgung im Sinne der [§§ 140a ff. SGB V](#) zum Gegenstand (dazu unter 2.). Bei den übrigen Verträgen (Nrn. 1-4,9-13,15, 18-20) handelt es sich dagegen nicht um Integrationsverträge mit der Folge, dass der darauf beruhende Einbehalt der Beklagten unzulässig, die diesbezügliche Aufrechnung folglich mangels bestehender Aufrechnungsforderung ins Leere ging (dazu unter 1.).

1. Bei den Verträgen Nr. 1 (Telemedizin Herzinsuffizienz) und Vertrag Nr. 3 (Telemedizin Asthma bronchiale) ist die Deutsche Stiftung für Herzranke zwar als Managementgesellschaft tauglicher Vertragspartner im Sinne des [§ 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) (a.F.) und der Vertrag ist wegen der Einbeziehung von Vertragsärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken auch leistungssektoren-übergreifend. Es werden jedoch keine Leistungen der Regelversorgung in der vertragsärztlichen oder in der stationären Versorgung ersetzt. Wesentliche Vertragsleistung sind lediglich das Telemonitoring, die Führung einer elektronischen Patientenakte und die Durchführung von Schulungen durch das telemedizinische Zentrum. Die Leistungserbringer werden zwar in den Vertrag eingebunden, übernehmen aber nur koordinatorische Aufgaben und die Rekrutierung der Versicherten und nehmen an einem Erfahrungsaustausch teil. Ihre medizinischen Leistungen erbringen sie dagegen weiterhin im Rahmen der Regelversorgung. Dementsprechend heißt es auch in § 6 Ziff. 1 Satz 2 des Vertrages Nr. 1 und § 5 S. 2 des Vertrages Nr. 3: "Alle in dieser Integrierten Versorgung erbrachten Leistungen bauen auf den regulären Leistungen auf, auf die der Versicherte einen Anspruch bereits im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nach dem SGB V hat." In der von der Beklagten mit Schriftsatz vom 8.8.2012 übersandten Teilnahmevereinbarung zu Vertrag Nr. 3 (Asthma bronchiale) zwischen der Managementgesellschaft und den ärztlichen Leistungserbringern heißt es im 2. Absatz: "Die Betreuung des Patienten durch den niedergelassenen Arzt wird durch dieses Zusatzangebot nicht tangiert. Der Arzt rechnet seine erbrachten Leistungen wie gewohnt ab. Für die im Rahmen des medizinischen Programms erbrachten Zusatzleistungen erhält er von der Stiftung eine extrabudgetäre Vergütung." Eine entsprechende Formulierung findet sich auch in der Teilnahmevereinbarung zum Vertrag Nr. 1 (Telemedizin Herzinsuffizienz). Sofern der Beklagtenvertreter in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen hat, dass durch die Messung der entsprechenden Parameter durch den Patienten selbst im häuslichen Umfeld und die Übermittlung der entsprechenden Daten an das telemedizinische Zentrum ärztliche Untersuchungen erspart und damit auch ersetzt werden, hat die Klägerin nachvollziehbar und zutreffend darauf hingewiesen, dass auch im Rahmen der Regelversorgung die entsprechenden Messungen (z.B. Blutdruckmessung, spirometrische Messung) durch den Patienten selbst erfolgen und in der Regel selbst aufgezeichnet werden. Insofern ist nicht erkennbar, dass in nennenswertem Umfang Leistungen der Regelversorgung ersetzt werden.

Nr. 2 - Kinderchirurgie N klinik: Der Vertrag regelt verschiedene ambulante Operationen, die nach gesonderten Pauschalen vergütet werden. Die N Klinik koordiniert die Leistungserbringung. Umfasst werden nach § 2 Abs. 2 des Vertrages alle Leistungen vom Tag der Teilnahme bis zum Abschluss der Behandlung (i.d.R. 12. postoperativer Tag), einschließlich der Anästhesie, der Operation selbst, der Nachbetreuung, der prä- und postoperativen Untersuchungen sowie der Arznei-, Verband- und Heilmittel. Auch hier werden jedoch keine Leistungen der Regelversorgung ersetzt. Der Vertrag regelt vielmehr ausschließlich die Durchführung verschiedener ambulanter Operationen, wie sie nach [§ 115b SGB V](#) in Verbindung mit dem AOP-Vertrag Bestandteil der Regelversorgung sind. Das SG München führt hierzu aus (Urteil vom 19.5.2010 – [S 38 KA 1517/08](#), juris Rdnrn. 38ff.): "Unabhängig davon, ob von einer sektorenübergreifenden Versorgung oder einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung auszugehen ist, muss es sich um ein Novum handeln, das sich konzeptionell mehr als nur unwesentlich von den Leistungen der Regelversorgung abhebt. So fordert das Bundessozialgericht (BSG Urf. v. 06.02.2008, Az.: [B 6 KA 5/07 R](#)) ein "Konzept" längerfristiger, gemeinsam aufeinander abgestimmter Behandlungen von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete). Mit der "verschiedene Leistungssektoren übergreifenden "Versorgung" sollen die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchbrochen werden und eine Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren stattfinden, zum einen um eine wirtschaftliche Versorgung zu ermöglichen, zum anderen aber auch, um für die Versicherten die medizinischen Behandlungsabläufe zu verbessern. Soweit der Vertragsinhalt aus der Meldebestätigung und den zusätzlichen Angaben der Beklagten bekannt ist, handelt es sich nach Auffassung des Gerichts bei der vertraglich vorgesehenen "Zusammenarbeit" zwischen Hausarzt und Operateur um Selbstverständlichkeiten, die nicht über das Versorgungsgeschehen in der Regelversorgung hinausgehen bzw. nicht so entscheidend darüber hinausgehen, dass von einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung gesprochen werden kann. Ein Konzept im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist ebenfalls nicht erkennbar. Dafür, dass es sich bei der "Zusammenarbeit" zwischen Hausarzt und Operateur um eine sektorenübergreifende Versorgung handeln soll, ergeben sich ebenfalls keine Anhaltspunkte. Das Gleiche gilt für die vertraglich vorgesehene – soweit bekannt – "Zusammenarbeit" zwischen Operateur und Anästhesisten. Hierbei sind ebenfalls keine Einzelheiten einer Zusammenarbeit bekannt. Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 06.05.2008 (a. a. O.) die Auffassung vertreten, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Arzt bzw. der Abteilung des operierenden Fachgebiets und dem Anästhesisten bzw. in seinem Fachgebiet keine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung darstelle. Es handle sich vielmehr um eine Versorgung, wie sie traditioneller Weise ohnehin in jeder Einrichtung statfinde. In dem Zusammenhang ist sicherlich einzuräumen, dass diese Entscheidung nur bedingt auf den streitgegenständlichen Fall übertragbar ist. Denn zu beurteilen war dort eine integrierte Versorgung im Bereich eines Krankenhauses ("Einrichtung"). Nach Auffassung des Gerichts handelt es sich ebenfalls nicht um eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung, wenn Operateur und Anästhesist nicht in einer Einrichtung, d.h. in einem Krankenhaus zusammenarbeiten. Denn für die Vornahme von ambulanten Eingriffen ist stets eine enge Zusammenarbeit der Fachdisziplinen des operierenden Bereichs und des anästhesiologischen Bereichs nötig. Die zu erbringenden Leistungen sind nur miteinander und nicht nebeneinander denkbar. Insofern kann von einem Novum, das über die Regelversorgung hinausgehen soll, nicht die Rede sein. Im Übrigen sind Details der "Zusammenarbeit" zwischen dem Operateur und dem Anästhesisten ebenfalls nicht bekannt. Was die Nachsorgeleistungen betrifft, d.h. das Verhältnis Hausarzt-Operateur so handelt es sich auch diesbezüglich nicht um eine integrierte Versorgung im Sinne von [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#). Dass entweder der Hausarzt die Nachsorge übernimmt oder der Operateur dürfte auch in der Regelversorgung üblich sein. Jedenfalls handelt es sich um kein Konzept, das die Bezeichnung "integrierte Versorgung" verdient. Soweit durch die Beklagte auf die gewerberechtlich konzessionierte "Kurzzeitpflege" hingewiesen wird, ist näheres hierzu nicht bekannt. Auch Überwachungsbetten nach Vornahme eines Eingriffes dürften üblich sein und nicht über die Regelversorgung hinausgehen. Insofern ist eine leistungssektorenübergreifende Versorgung im Sinne von [§ 140 a Abs. 1 SGB V](#) nicht ersichtlich." Die Kammer schließt sich diesen Ausführungen des SG München nach eigener rechtlicher Prüfung an. Ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen: Entgegen der Ansicht der Beklagten reicht allein eine längerfristige Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und Operateur bei ambulanten Operationen nicht für eine integrierte Versorgung aus. Im Rahmen des ambulanten Operierens müssen zwingend ein Operateur und ein Anästhesist zusammenarbeiten. Unabhängig davon, dass es sich auch im Rahmen der Regelversorgung regelmäßig um dauerhafte Kooperationen handeln dürfte (erst recht in Operationszentren) und dass andererseits auch im Einzelfall nicht stets derselbe Operateur mit demselben Anästhesisten zusammenarbeiten dürfte, ist allein der Unterschied zwischen einer jeweils punktuellen und einer dauerhaften Zusammenarbeit nicht so gewichtig, dass allein deshalb von einem Novum gesprochen werden kann, das sich mehr als nur unwesentlich von der Regelversorgung abhebt. Das gilt auch für die Nutzung der sächlichen und personellen Mittel des Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte, die ebenfalls Bestandteil der Regelversorgung ist (vgl. Absatz 2 der Grundsätze zum AOP-Vertrag: "Er zielt darauf ab, auf der Basis des [§ 39 SGB V](#) zur Vermeidung nicht notwendiger

vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus."). Auch eine übergreifende Budgetverantwortung und die Vergütung über Pauschalen machen die Verträge über Leistungen des ambulanten Operierens nicht zu Integrationsverträgen (a.A. wohl LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 15.4.2010 – [L 4 KR 12/08](#), juris Rdnr. 17). Eine übergreifende Budgetverantwortung kann zwar Indiz für das Vorliegen einer Integrierten Versorgung sein, reicht hierfür aber allein nicht aus. Überdies werden Leistungen des ambulanten Operierens auch im Rahmen der Regelversorgung gesondert und zum Teil pauschaliert abgerechnet (vgl. § 7 des AOP-Vertrages in der ab dem 1.1.2007 geltenden Fassung). Gegen die weitgehende Zulässigkeit einer Regelung ambulanter Operationen nebst der Begleitleistungen, wie sie auch in [§ 115b SGB V](#) und dem AOP-Vertrag geregelt sind, im Rahmen der integrierten Versorgung, spricht auch, dass hierdurch letztlich eine Umgehung der in [§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) (für ambulante Operationen durch das Krankenhaus) bzw. (für ambulante Operationen durch niedergelassene Ärzte) in § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag (in der ab dem 1.1.2007 geltenden Fassung) geregelten extrabudgetären Vergütung der AOP-Leistungen außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen (vgl. zur (Un-)Wirksamkeit der Regelung in § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag aber SG Berlin, Urteil vom 19.1.2011 – [S 79 KA 977/06](#), juris) ermöglicht würde. Die Krankenkassen könnten über die Anschubfinanzierung auf Kosten der von den Kürzungen betroffenen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen Leistungen (mit-)finanzieren, die sie im Rahmen der Regelversorgung vollständig selbst vergüten müssten. Die vorstehenden Ausführungen gelten in gleicher Weise auch für die Verträge Nr. 9 (Varizen-Operationen), Nr. 10 (Ambulante Operationen [AOZ Sp.]), Nr. 12 (AOP Medizinzentrum L) und Nr. 18 (Ambulante gynäkologische und HNO-Operationen [OP-Zentrum Sp. straße]). Auch diese Verträge haben jeweils lediglich ambulante Operationen nebst der Begleitleistungen zum Gegenstand, wie sie auch Bestandteil der Regelversorgung gemäß [§ 115b SGB V](#) i.V.m. dem AOP-Vertrag sind. Hinsichtlich der im Vertrag Nr. 10 (AOZ Sp.) zusätzlich geregelten Möglichkeit einer Kurzzeitpflege mit medizinischer Betreuung und Übernachtungsmöglichkeit ist ergänzend auszuführen, dass diese Leistung wohl tatsächlich über die Regelleistung des ambulanten Operierens hinausgehen und geeignet sein dürfte, in noch weitergehendem Umfang vollstationäre Behandlungen entbehrlich zu machen. Indes ist die kurzzeitpflegerische Betreuung nicht wesentlicher Vertrags- und Leistungsbestandteil, sondern sie kommt nach dem Vertrag "nur im Ausnahmefall bei enger, in der Anlage 2a beschriebener Indikationsstellung mit besonderer Begründung in Frage" (§ 10 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages). Für den Regelfall bleibt es dagegen dabei, dass ausschließlich die ambulante Operation selbst einschließlich der auch in [§ 115b SGB V](#) und dem AOP-Vertrag geregelten prä- und postoperativen Leistungen in dem Vertrag geregelt ist. Insofern heben sich die in dem Vertrag vereinbarten Leistungen nicht "mehr als nur unwesentlich" von der Regelversorgung ab. Im Rahmen des Vertrages Nr. 4 (B Kardiologie) werden – wie bei den Verträgen Nr. 1 (Herzinsuffizienz) und 3 (Asthma bronchiale) – ebenfalls keine Leistungen der Regelversorgung ersetzt, sondern es werden ausschließlich zusätzliche Leistungen vereinbart, namentlich die Führung einer elektronischen Patientenakte, Beratung, Information und Qualitätszirkel. Vergütet werden den teilnehmenden Leistungserbringern nach Anlage 6 lediglich die Nutzung der elektronischen Patientenakte, die Dokumentation, ein Abschlussgespräch und die Therapieplanung. Dementsprechend heißt es auch in § 14 Abs. 3 des Vertrages: "Für die übrigen Leistungen erfolgt die Vergütung nicht auf Grundlage dieses Vertrages sondern nach den für diese Leistungserbringer geltenden Abrechnungsgrundsätzen unter Berücksichtigung der Anlage 6." Ein Wettbewerb um Versorgungsmodelle und ein bewertender Vergleich beider Versorgungssysteme (vgl. dazu BSG, Urteil vom 6.2.2008 – [B 6 KA 27/07 R](#), juris Rdnr. 22) ist hier nicht möglich. Ebenfalls keine zum Abzug berechtigenden Integrationsverträge stellen die Verträge Nr. 11 – (Lipid-Apherese), Nr. 13 (ambulante Brachytherapie) und Nr. 19 (PET/CT) dar. An dem Vertrag Nr. 11 (Lipid-Apherese) sind zwar mit der Charité, einer kardiologischen Gemeinschaftspraxis und dem Sportgesundheitspark Berlin Leistungserbringer verschiedener Leistungssektoren beteiligt. Es handelt sich jedoch nicht um eine die Leistungssektoren "übergreifende" Vereinbarung. Die Leistungen der beteiligten Leistungserbringer stehen vielmehr zusammenhanglos nebeneinander. Die Leistungen der Praxisgemeinschaft R. werden über die Krankenversichertenkarte abgerechnet und damit im Rahmen der Regelversorgung erbracht. Der Sportgesundheitspark dürfte kein zugelassener Vertragspartner nach [§ 140b SGB V](#) sein. Es besteht keine einheitliche Budgetverantwortung. Vielmehr werden allein die Leistungen der Charité über den Integrationsvertrag vergütet. Auch ist nicht ersichtlich, welche Schnittstellenprobleme hier beseitigt werden sollen. Ein integratives Konzept ist nicht erkennbar. Die Verzahnung der stationären und ambulanten Leistungen der Charité geht nicht über das im Rahmen eines Krankenhauses mit angeschlossener Institutsambulanz übliche Maß hinaus. Zweck des Vertrages ist, was der Beklagtenvertreter in der mündlichen Verhandlung letztlich selbst eingestanden hat, weniger die Verzahnung verschiedener Leistungssektoren oder Fachbereiche, sondern insbesondere die Regelung einer verbindlichen Indikationsliste und eines verbindlichen Verfahrens hinsichtlich der (teuren) Lipid-Apherese bei seinerzeit bestehenden erheblichen rechtlichen Unsicherheiten (vgl. dazu z.B. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 30.1.2008 – [L 9 B 639/07 KR ER](#), juris). Dies geht hinreichend deutlich auch aus der Präambel des Vertrages hervor. Ähnlich verhält es sich mit Vertrag Nr. 13 (ambulante Brachytherapie). Durch diesen Vertrag werden keine Leistungen der Regelversorgung ersetzt, sondern es geht ausschließlich darum, die Brachytherapie trotz fehlendem positiven Votum durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und damit entgegen [§ 135 SGB V](#) (vgl. dazu z.B. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.5.2010 – [L 9 KR 1228/05](#), juris), den Versicherten der Beklagten als ambulante Leistung zur Verfügung zu stellen. Zwar sind nach [§ 140b Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) im Rahmen der integrierten Versorgung ambulante Leistungen auch bei fehlendem positivem Votum des GBA grundsätzlich zulässig. Dies kann aber nicht dazu führen, dass ein Integrationsvertrag über eine einzige, vom GBA nicht anerkannte, ambulante Leistung allein mit dem Ziel geschlossen wird, den ansonsten bestehenden Leistungsausschluss nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) zu umgehen. Insofern greift wieder der vom BSG hervorgehobene Aspekt, dass ein Wettbewerb um Versorgungsmodelle bedingt, dass Leistungen der traditionellen Versorgung durch solche der integrierten Versorgung ersetzt werden. Wenn Gegenstand der integrierten Versorgung aber ausschließlich Leistungen sind, die zusätzlich zu Regelversorgung erbracht werden, ist ein bewertender Vergleich beider Versorgungssysteme von vornherein unmöglich (BSG, Urteil vom 6.2.008 – [B 6 KA 27/07 R](#), juris Rdnr. 22). Insofern verfängt auch der Hinweis des Beklagtenvertreters in der mündlichen Verhandlung nicht, dass durch die ambulante Brachytherapie die operative Entfernung der Prostata als alternative Regelleistung ersetzt werde. Es handelt hierbei um unterschiedliche Leistungen, die keinen bewertenden Vergleich beider Versorgungssysteme, sondern allein einen Vergleich dieser beiden unterschiedlichen Leistungen ermöglichen. Die vorstehenden Ausführungen gelten in ähnlicher Weise auch für den Vertrag Nr. 19 (PET/CT). Unabhängig davon, ob diese Leistung für die in dem Vertrag vereinbarte Indikation im Zeitpunkt des Vertragsschlusses bereits vom GBA anerkannt war (die Anerkennung für das nicht kleinzellige Bronchialkarzinom erfolgte mit Beschluss vom 18.1.2007, der Vertragsschluss erfolgte am 31.1.2007), ist auch hier ein die Leistungssektoren "übergreifender" Ansatz nicht erkennbar. Zwar werden in dem Vertrag neben der eigentlichen Leistung des PET/CT auch die dieser vorausgehenden diagnostischen Leistungen des Krankenhauses geregelt. Diese Leistungen werden jedoch nicht über den Vertrag vergütet, sondern sind offenbar Bestandteil der stationären Leistungen des Krankenhauses und werden mit diesen zusammen über die entsprechende DRG abgerechnet. Das Krankenhaus erhält aus dem Vertrag lediglich 75,00 EUR für Dokumentationsleistungen (Anlage H zum Vertrag, von der Beklagten nachgereicht mit Schriftsatz vom 11.10.2011). Letztlich geht es auch bei diesem Vertrag in erster Linie darum, die Erbringung einer neuen ambulanten ärztlichen Leistung zu ermöglichen, die vom GBA noch nicht anerkannt war bzw. für die trotz Anerkennung noch keine Gebührenordnungsziffer im EBM existiert. Unabhängig von der grundsätzlichen Zulässigkeit von Selektivverträgen

zur Behebung eines derartigen Systemversagens (eine ähnliche Problematik besteht hinsichtlich der Vergütung der intravitrealen Injektion von Lucentis®, vgl. dazu LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 15.4.2010 – [L 10 KR 5/10 B ER](#), juris) ist dies kein tauglicher und einen Abzug nach § 140d SGB V berechtigender Vertragszweck einer integrierten Versorgung. Der Vertrag Nr. 15 (Qualitätsoffensive Darmkrebs [Charité]) ist weder leistungssektorenübergreifend noch interdisziplinär-fachübergreifend. Gegenstand des Vertrages ist die operative Versorgung von Patienten mit einem Rektum- oder einem Kolonkarzinom einschließlich präoperativer Diagnostik und ambulanter Nachsorge. Vertragspartnerin ist allein die Charité. Die Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten und von Rehabilitationseinrichtungen ist zwar in dem Vertrag ausdrücklich vorgesehen. Teilnehmende Ärzte hat die Beklagte jedoch auch auf ausdrückliche Nachfrage des Gerichts nicht benannt. Insofern kann nicht von einer wirksamen Einbeziehung ausgegangen werden, die aber Voraussetzung für das Vorliegen eines zum Abzug berechtigenden Vertrages ist (vgl. BSG, Urteil vom 2.11.2010 – [B 1 KR 11/10 R](#), juris Rdnrn. 26ff.). Rehabilitation und ambulante Nachbetreuung sind nach dem Vertrag (§ 3 Abs. 2 des Vertrages, zu Modul IV) lediglich optional möglich. Die Leistungen der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen werden in dem Vertrag zudem überhaupt nicht geregelt. Insofern heißt es in § 5 lediglich: "Die Vertragsklinik prüft während des akutstationären Aufenthalts, ob grundsätzlich die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfüllt sind. Die Vergütung ist Bestandteil dieses Vertrages. Teilnehmende Rehakliniken werden in Anlage 10 (Rehabilitationseinrichtungen) aufgeführt. Die Rehabilitationsform (ambulante, stationäre Rehabilitation) und die Rehabilitationsdauer richten sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf. Daneben sind auch die Faktoren Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziel und Rehabilitationsprognose entsprechend der Rehabilitationsrichtlinie bei der Entscheidung über Art und Umfang der Rehabilitation zu berücksichtigen. Die ambulante Rehabilitation des Versicherten setzt eine wohnortnahe Inanspruchnahme voraus." Insofern ist ein integratives Element, das über die übliche Kooperation von Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung hinausgeht, nicht erkennbar. Auch besteht insofern keine übergreifende Budgetverantwortung. Die Vergütung der Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen wird in dem Vertrag nicht geregelt (vergleiche § 9 des Vertrages und Anlage 3). Der Vertrag Nr. 20 (NeuroKonzept – C) Regel keine Leistungen, durch die Leistungen der Regelversorgung ersetzt werden. Teilnehmende Leistungserbringer sind Ärzte verschiedener Fachgruppen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Die Vertragspartnerin als Managementgesellschaft koordiniert die Leistungen, pflegt die Datenbank und rechnet die Leistungen ab. Die Vergütung erfolgt jeweils pauschal pro Monat und Versicherten. Insofern ist zwar ein interdisziplinär-fachübergreifender und auch ein leistungssektorenübergreifender Ansatz erkennbar. Allerdings werden keine Leistungen der Regelversorgung ersetzt. Zu den Leistungen der teilnehmenden Leistungserbringer zählen nach §§ 5 bis 7 des Vertrages nur die Zusammenarbeit mit den übrigen beteiligten Leistungserbringern, Therapieplanung, Dokumentation, Übermittlung therapierelevanter Informationen und die Teilnahme an Qualitätszirkeln. Die eigentlichen Untersuchung- und Behandlungsleistungen werden damit weiterhin im Rahmen der Regelversorgung erbracht, so dass es sich bei den im Vertrag geregelten Leistungen lediglich um zusätzliche Leistungen handelt. 2. Zulässige und den Abzug rechtfertigende Integrationsverträge sind dagegen die Verträge Nr. 5 (IVR Rückenschmerzen), Nr. 6 (ISK – interdisziplinäre Schmerzkongressen), Nr. 7 (Brustkrebs), Nr. 8 (Ganzheitsmedizin Geburtshilfe), Nr. 14 (Leistungskomplex Depression), Nr. 16 (Tinnitus), Nr. 17 (chirurgisch orthopädischer Verbund P) und Nr. 21 (B Darmkrebs). Bei dem Vertrag Nr. 5 (IVR Rückenschmerzen) handelt es sich um einen Vertrag zur integrierten Versorgung, was auch seitens der Klägerin in der mündlichen Verhandlung nicht mehr bestritten wurde. Gegenstand des Vertrages ist eine intensive schmerztherapeutische Behandlung in einer schmerztherapeutischen Schwerpunkteinrichtung von Patienten, die wegen orthopädischer Schmerzen bereits mindestens 20 Tage arbeitsunfähig sind. Diese Patienten werden von der Krankenkasse in das Programm gesteuert und dann einem interdisziplinären Screening unterzogen und bei Vorliegen der Voraussetzungen in eine Schwerpunkteinrichtung eingewiesen. Der Vertrag ist wegen der Einbeziehung von Ärzten, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten leistungssektorenübergreifend und wegen der Einbeziehung von Ärzten verschiedener Fachgruppen auch interdisziplinär-fachübergreifend ausgestaltet und es werden auch Leistungen der Regelversorgung ersetzt. Ob die in § 9.3 enthaltene Bonus-Malus-Regelung, wonach sich die Höhe der Vergütung unter anderem auch am Erfolg der Behandlung im Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit orientiert, zulässiger Inhalt eines Integrationsvertrages sein kann bzw. berufsrechtlich zulässig ist, ist im vorliegenden Zusammenhang unerheblich. Allein entscheidend ist insofern, ob es sich um einen geschlossenen Integrationsvertrag handelt. Die Unwirksamkeit einzelner Vertragsklauseln würde hieran nichts ändern. Dass die Krankenkassen selbst als Berater, Selektierer und Steuerer die Vertragsleistungen mit beeinflussen, steht der Einordnung als Integrationsvertrag ebenfalls nicht entgegen. Zudem handeln die Krankenkassen insofern im Rahmen der ihnen bereits durch das Gesetz zugewiesenen Aufgaben (vgl. [§ 10 SGB IX](#), [§§ 13, 14 SGB I](#)). Auch der Vertrag Nr. 6 (ISK – interdisziplinäre Schmerzkongressen) stellt einen abzugsrelevanten Integrationsvertrag dar, was seitens der Klägerin zuletzt ebenfalls nicht mehr bestritten wurde. Der Vertrag ist interdisziplinär-fachübergreifend, weil an den Schmerzkongressen jeweils ein Moderator und mindestens zwei weitere Ärzte anderer Fachrichtungen beteiligt sind (Ziff. 2.2.1 lit. b des Vertrages). Es werden auch Leistungen der Regelversorgung ersetzt. Nach § 6 des Vertrages erfolgt die Vergütung unter anderem für die Teilnahme an einer interdisziplinären Schmerzkongress einschließlich der Untersuchung des Versicherten und der Erörterung der Ergebnisse mit dem Patienten. Untersuchung, Beratung und Erörterung sind auch wesentlicher Bestandteil der Regelversorgung (vgl. z.B. den fakultativen Leistungsinhalt der Versichertenpauschalen gem. Ziffern 03111 und 03112 EBM). Der Vertrag Nr. 7 (Brustkrebs) hat ebenfalls eine zulässige integrierte Versorgung zum Gegenstand. Es werden Leistungen der stationären und der ambulanten Versorgung geregelt mit dem Ziel der Verkürzung stationärer Aufenthalte und der gemeinsamen Koordination der Weiterbehandlung im Anschluss an eine stationäre operative Versorgung. Der Vertrag ist wegen der Teilnahme von Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten leistungssektorenübergreifend und es werden auch Leistungen der Regelversorgung ersetzt. Dasselbe gilt auch für den Vertrag Nr. 8 (Ganzheitsmedizin Geburtshilfe). Regelungsgegenstand ist die Geburt einschließlich der Schwangerschaftsbetreuung, der Geburtsvorbereitung und der Nachsorge. Sämtliche Leistungen werden im Rahmen eines ganzheitlichen Betreuungsansatzes koordiniert. Der Vertrag ist durch die Einbeziehung der Geburtsklinik, der Hebammen und der niedergelassenen Gynäkologen leistungssektorenübergreifend. Der Vertrag Nr. 14 (Leistungskomplex Depression) regelt im Rahmen einer ganzheitlichen integrierten Vollversorgung Diagnostik, Therapieplanung und intensivierte ambulante Therapie von an Depression erkrankten Patienten, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden bzw. zu verkürzen und/oder eine Verschlechterung/Komplizierung des Zustandes zu verhindern (vgl. § 2 Ziff. 1 des Vertrages). Durch die Teilnahme von Hausärzten, Internisten und Psychotherapeuten, die jeweils ganzheitsmedizinisch ausgerichtet sind, ist der Vertrag jedenfalls interdisziplinär-fachübergreifend ausgestaltet. Anders als bei dem Vertrag Nr. 20 (Neurokonzept) werden hier auch Leistungen der Regelversorgung ersetzt, nämlich unter anderem stationäre Leistungen, teilstationäre Leistungen sowie Einzel- und Gruppentherapie. Die Vergütung erfolgt auf Grundlage von Komplexpauschalen, welche die drei Vertragspartner intern an die Beteiligten Leistungserbringer weiterleiten. Der Vertrag Nr. 16 (Chronischer Tinnitus) ist durch die Einbeziehung verschiedener Fachbereiche der Charité jedenfalls interdisziplinär-fachübergreifend ausgestaltet. Auf die Frage, ob der geringe Umfang der Leistungen des ebenfalls beteiligten niedergelassenen Radiologen Dr. S auch die Annahme eines leistungssektorenübergreifenden Vertrages rechtfertigt, kommt es daher nicht an. Zwar können nach der oben genannten Rechtsprechung des BSG Leistungen, die in einem Krankenhaus und/oder der angeschlossenen Institutsambulanz erbracht werden, nur ausnahmsweise als interdisziplinär-fachübergreifende Leistungen angesehen werden, wenn die Verzahnung deutlich über das Maß hinausgeht, das normalerweise in der traditionellen Versorgung besteht (BSG, Urteil

vom 6.2.2008 – [B 6 KA 5/07 R](#), juris Rdnrn. 22ff.; siehe dazu oben). Ein solcher Ausnahmefall liegt hier aber vor. Es wird ein übergreifendes Therapiekonzept geregelt, in dem eine über sieben Tage dauernde ambulante tagesstationäre Intensivbehandlung unter Zusammenwirkung mehrerer verschiedener Kliniken der Charité (HNO-Klinik, medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie und Klinik für physikalische Medizin und Rehabilitation) geregelt wird, die übergreifend durch Komplexpauschalen vergütet wird. Die Verzahnung des ambulanten und des stationären Bereichs und der einzelnen Fachbereiche und Kliniken der Charité geht insofern deutlich über das in einem Krankenhaus übliche Maß hinaus. Dass die Charité dieses Konzept auch im Rahmen der Regelversorgung anbietet, ist insofern unerheblich. Überdies werden hier durch die pauschale Vergütung mit Komplexpauschalen Schnittstellenprobleme gelöst. Der Vertrag Nr. 17 (chirurgisch orthopädischer Verbund P) regelt zwar wie die oben unter 1. aufgeführten Verträge ebenfalls Leistungen aus dem Bereich des ambulanten Operierens. Anders als die oben aufgeführten Verträge sind an diesem Vertrag jedoch auch eine Reha-Tagesklinik und ein Sanitätshaus beteiligt und der Vertrag regelt neben den ambulanten Operationen auch die Nachsorge, die erweiterte ambulante Physiotherapie und die Versorgung mit Hilfsmitteln (Orthesen). Die Vergütung aller drei Module erfolgt jeweils pauschal. Insofern handelt es sich um einen leistungssektorenübergreifend Vertrag, der konzeptionell über die im Rahmen der Regelversorgung erbrachten ambulanten Operationen hinausgeht. Der Vertrag Nr. 21 (B Darmkrebs) ist durch die Einbeziehung von Humangenetikern, Pathologen und Gastroenterologen interdisziplinär-fachübergreifend ausgestaltet. Die Leistungen der genannten Fachgruppen werden koordiniert und es wird eine elektronische Patientenakte geführt. Die Vergütung erfolgt nach Pauschalen für die einzelnen Leistungen der drei Leistungsbereiche. Dass die Abrechnung der Leistungen über einen externen Dienstleister erfolgt, ist insofern unerheblich, da dieser nicht selbst unmittelbar Vertragspartner ist. Eine etwaige Standeswidrigkeit einer bevorzugten Terminvergabe lässt den Charakter des Vertrages als Integrationsvertrag unberührt (siehe oben). Waren nach alledem die Vergütungskürzungen nur im Hinblick auf die Verträge mit den Nrn. 5, 6, 7, 8, 14, 16, 17, 21 gerechtfertigt, ergibt sich hieraus ein Gesamtkürzungsbetrag von 24.283,20 EUR, und zwar für 2006 von 5.530,99 EUR, für 2007 von 10.448,42 EUR und für 2008 von 8.303,79 EUR. Die Berechnung stellt sich unter Berücksichtigung der von der Klägerin und der Beklagten übersandten Abrechnungsdaten wie folgt dar:

2006 Jan Feb Mär April Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez ISK 0,0034 0,0034 0,0034 0,0034 0,0034 0,0034 Familien vor DK schützen Brustkrebs KHS Waldfriede 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 Ganzheitmedizin Geburt Berlin 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 0,095 Ganzheitmedizin Depressionen Berlin 0,0793 Charité Berlin Tinitus 0,04 0,04 0,0487 0,0487 0,0487 0,0487 0,0487 0,0487 0,0487 0,0487 0,0487 0,0487 Chir./Orth.Verbund Berlin P 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 0,233 GAF Rückenschmerz Berlin Summe Kürzungsquote 0,3823 0,3823 0,391 0,391 0,391 0,391 0,3944 0,3944 0,3944 0,3944 0,3944 0,4737 abgerechnete Vergütung 140980,324 115654,12 137475,507 95060,52 171632,92 106401,8 106523,9 111872,628 109374,423 100637,9 93168,91 104.801,00 EUR 1.393.583,97 EUR Kürzungssumme 538,97 EUR 442,15 EUR 537,53 EUR 371,69 EUR 671,08 EUR 416,03 EUR 420,13 EUR 441,23 EUR 431,37 EUR 396,92 EUR 367,46 EUR 496,44 EUR 5.530,99 EUR

2007 Jan Feb Mär April Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez ISK 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 Familien vor DK schützen Brustkrebs KHS Waldfriede 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 Ganzheitmedizin Geburt Berlin 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 Ganzheitmedizin Depressionen Berlin 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 Charité Berlin Tinitus Chir./Orth.Verbund Berlin P 0,3061 0,3061 0,3061 0,3061 0,3061 0,3061 0,3061 0,3061 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 GAF Rückenschmerz Berlin 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 Summe Kürzungsquote 0,5544 0,5544 0,5544 0,5544 0,5544 0,5544 0,5544 0,5544 0,6138 0,6138 0,5735 0,5735 abgerechnete Vergütung 125.508,00 EUR 182.493,00 EUR 147.086,00 EUR 152.318,00 EUR 159.334,00 EUR 217.279,00 EUR 136.590,00 EUR 102.959,00 EUR 184.764,00 EUR 63.412,00 EUR 286.244,00 EUR 80.985,00 EUR 1.838.972,00 EUR Kürzungssumme 695,82 EUR 1.011,74 EUR 815,44 EUR 844,45 EUR 883,35 EUR 1.204,59 EUR 757,25 EUR 631,96 EUR 1.134,08 EUR 363,67 EUR 1.641,61 EUR 464,45 EUR 10.448,42 EUR

2008 Jan Feb Mär April Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez ISK 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 0,0016 Familien vor DK schützen Brustkrebs KHS Waldfriede 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 0,0143 Ganzheitmedizin Geburt Berlin 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 0,1911 Ganzheitmedizin Depressionen Berlin 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 0,0334 Charité Berlin Tinitus Chir./Orth.Verbund Berlin P 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 0,2658 GAF Rückenschmerz Berlin 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 0,0594 Summe Kürzungsquote 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 0,5656 abgerechnete Vergütung 132.650,00 EUR 125.374,00 EUR 169.450,00 EUR 154.076,00 EUR 97.999,00 EUR 202.247,00 EUR 128.148,00 EUR 141.293,00 EUR 87.788,00 EUR 151.591,00 EUR 74.381,00 EUR 3.141,00 EUR 1.468.138,00 EUR Kürzungssumme 750,27 EUR 709,12 EUR 958,41 EUR 871,45 EUR 554,28 EUR 1.143,91 EUR 724,81 EUR 799,15 EUR 496,53 EUR 857,40 EUR 420,70 EUR 17,77 EUR 8.303,79 EUR

Dagegen, dass die einbehaltenen Mittel in der vorgenannten Höhe zur Finanzierung der geschlossenen Integrationsverträge erforderlich waren, bestehen keine Bedenken. [§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) a.F. räumte den Krankenkassen eine weitreichende Einschätzungsprärogative hinsichtlich des zu erwartenden Finanzbedarfs ein (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 15.4.2010 – [L 5 KR 12/08](#), juris Rdnr. 18). Es reicht daher aus, wenn die Mittel nach den plausiblen prognostischen Berechnungen der Krankenkasse zur Umsetzung einer konkreten integrierten Versorgungsform erforderlich sind (LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O., unter Hinweis auf Baumann, in: juris PK-SGB V, § 140d Rdnr. 23). Hiergegen bestehen vorliegend keine Bedenken. Mangels substantiierter Rüge der Klägerin reichen insofern die von der Beklagten der BQS übermittelten Daten, in denen die Zahl der voraussichtlich teilnehmenden Versicherten und die voraussichtlichen Kosten dargelegt sind, sowie die im Klageverfahren übersandte Liste der Anzahl der jeweils teilnehmenden Leistungserbringer, für eine plausible prognostische Kostenschätzung aus. Im Rahmen der insofern allein vorzunehmenden summarischen Prüfung hat die Beklagte damit ihrer Darlegungspflicht hinsichtlich der prognostischen Schätzung der Ausgaben Genüge getan. Ob die Abrechnung der Beklagten vom 27.3.2009 (Bl. 171f. d.A.) den gesetzlichen Anforderungen genügt, ist im vorliegenden Streit über den Einbehalt der Mittel nicht zu entscheiden. Nach [§ 140d Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) a.F. müssen die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Bei der von der Beklagten erstellten Abrechnung, die lediglich die Gesamtsummen der Einnahmen und der Ausgaben aufführt (die jeweils exakt gleich hoch sind) dürfte es sich kaum um eine "Darlegung" der Verwendung der einbehaltenen Mittel handeln, die zumindest eine vertragsbezogene Aufstellung voraussetzen dürfte (vgl. SG Marburg, Urteil vom 3.8.2011 – [S 12 KA 962/09](#), juris Rdnr. 28). Hierauf kommt es aber vorliegend deshalb nicht an, weil das Fehlen einer (ausreichenden) fristgemäßen

Abrechnung auf die Berechtigung des Einbehalts keinen Einfluss hat und nicht automatisch dazu führt, dass der Rechtsgrund für den Einbehalt entfällt und die einbehaltenen Mittel in voller Höhe zurückzuzahlen sind (a.A. wohl SG Marburg, a.a.O.). Eine rechtliche Grundlage für eine derartige Rückzahlungsverpflichtung ist nicht ersichtlich. Im Abrechnungsverfahren besteht nur ein Anspruch auf Rückzahlung der nicht verwendeten Mittel. Um diese Höhe zu ermitteln, könnte die Klägerin ggf. im Wege einer Stufenklage zunächst die Erteilung einer vollständigen Abrechnung erwirken und dann (in der zweiten Stufe) auf Auszahlung der ggf. nicht verwendeten Mittel klagen. Dies ist jedoch nicht Streitgegenstand des hiesigen Verfahrens. Der Zinsanspruch der Klägerin, den diese in der mündlichen Verhandlung zutreffend der Höhe nach auf 2 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz beschränkt hat, findet seine rechtliche Grundlage in § 12 Nr. 5 des Krankenhausbehandlungsvertrages für das Land Berlin. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1](#), [155 Abs. 1](#) und 2 VwGO. Soweit die Klägerin die Klage hinsichtlich eines Teilbetrages von 3.145,91 EUR zurückgenommen hat, hat sie gemäß [§ 155 Abs. 2 VwGO](#) die Kosten zu tragen. Im Übrigen folgt die Kostenquote dem Verhältnis des jeweiligen Obsiegens in der Hauptsache.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-09-18