Aktenzeichen:
S 11 KR 188/07

Verkündet am: 11.12.2009

gez. Müller
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT MAINZ

Abschrift

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Kläger -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, -Abteilung Recht, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg

- Beklagte -

hat die 11. Kammer des Sozialgerichts Mainz auf die mündliche Verhandlung vom 11. Dezember 2009 durch

den Richter am Verwaltungsgericht Rehbein sowie die ehrenamtlichen Richter Kleinmann und Beck

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 68.710,70 € nebst Zinsen von 2 vH über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 42.387,42 € seit dem 22.08.2007, aus 16.578,65 € seit dem 24.08.2007, aus 6.154,30 € seit dem 30.08.2007, aus 2.857,39 € seit dem 07.09.2007 und aus 732,94 € seit dem 15.12.2008 zu zahlen. Die weiter gehende Klage wird abgewiesen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreites.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte in den Jahren 2004 bis 2006 zur anteiligen Kürzung von Vergütungsforderungen der Klägerin für stationäre Behandlungen von Versicherten zum Zweck der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung nach § 140d SGB V berechtigt war.

Im Krankenhaus der Klägerin wurden im streitigen Zeitraum regelmäßig Versicherte der Beklagten behandelt. Die Beklagte beglich die dafür entstandenen - zwischen den Beteiligten dem Grund und der Höhe nach unstreitigen - Vergütungsforderungen unter Abzug von Anteilen zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung von insgesamt 68.710,70 €. Wegen dieses Gesamtbetrags hat die Klägerin ursprünglich 8 Klagen erhoben, die zum vorliegenden Verfahren verbunden wurden.

Die Klägerin trug zunächst vor, sei habe keinen Einblick in die Verträge, die die Beklagte mit Leistungserbringern geschlossen haben wolle. Dies sei aber erforderlich, damit sie prüfen könne, ob es sich dabei um Verträge über Versorgungsformen der integrierten Versorgung handele, ob die Kürzungen dem Grunde nach gerechtfertigt seien und ob der Kürzungssatz zutreffend berechnet worden sei.

Nach allgemeinen Regeln der Beweislast habe die Beklagte zu beweisen, dass die Voraussetzungen der Kürzung von Vergütungsforderungen wegen des Abschlusses von Verträgen der integrierten Versorgung vorlägen. Sie habe zu diesem Zweck sowohl die Verträge als auch ihre Berechnungsweise offen zu legen. Nachdem die Beklagte auf Anforderung des Gerichts die einschlägigen Verträge vorgelegt hat, erfolgte kein weitere Äußerung der Klägerin.

Die Klägerin beantragt,

> die Beklagte zu verurteilen, an sie 68.710,70 € nebst 8 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

> die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die einbehaltenen Mittel hätten der Finanzierung von Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V gedient. Sie sei deswegen zu den Rechnungskürzungen berechtigt gewesen. Sie legt Kopien zahlreicher Verträge vor, die sie in den Jahren 2000 bis 2008 mit Leistungserbringern abgeschlossen hat und trägt vor, die streitigen Rechnungskürzungen seien zur Finanzierung der damit vereinbarten Leistungen vorgenommen worden.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der von der Beklagten vorgelegten Verträge verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist hinsichtlich der Hauptforderung begründet. Die Beklagte war nicht berechtigt, die streitigen Teilbeträge von den Vergütungsforderungen der Klägerin

einzubehalten, da die Verträge, aus denen sie ihre Berechtigung dazu herleitet, keine Leistungen der integrierten Versorgung regeln.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin findet seine Rechtsgrundlage in § 109 Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V i.V.m. dem zwischen den Beteiligten geltenden am 01.01.2000 durch Schiedsspruch in Kraft getretenen Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV). Die jeweils in Rechnung gestellten Vergütungsforderungen sind zwischen den Beteiligten dem Grunde und der Höhe nach nicht umstritten. Die Kammer sieht deswegen keinen Anlass, in diese Richtung Ermittlungen anzustellen.

Die Beklagte war nicht berechtigt, die der Klägerin zustehenden Vergütungen auf der Grundlage des § 140d Abs 1 Satz 1 SGB V in der hier maßgeblichen, vom 01.01.2004 bis 31.12.2006 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, BGBl I 2190, zu kürzen. Nach dieser Vorschrift hatte jede Krankenkasse zur Förderung der integrierten Versorgung in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der 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 geschlossenen Verträgen erforderlich waren. Ein Recht der Beklagten zum Einbehalt gemäß § 140d SGB V bestand demnach nur, wenn und soweit Verträge nach § 140b SGB V zur integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V vorlagen und der Einbehalt zur Förderung mindestens eines solchen Vertrags erforderlich gewesen ist (BSG, Urteile vom 06.02.2008 - B 6 KA 5/07 R und B 6 KA 27/07 R- zitiert nach Juris). Dabei müssen die einbehaltenen Vergütungsanteile der Finanzierung konkreter Integrationsverträge zugeordnet werden. Das ergibt sich mit hinreichender Deutlichkeit aus der Formulierung der Vorschrift, "soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind". Mit dieser Regelung wäre es nicht vereinbar, wenn Krankenkassen pauschal und ohne näheren Hinweis auf Inhalt und finanzielles

Volumen von Integrationsverträgen zunächst Gesamtvergütungsbestandteile einbehielten und allenfalls auf der Grundlage des § 140d Abs 1 Satz 5 SGB V nach drei Jahren (ganz oder anteilig) zurückerstatteten (BSG Urteil vom 06.02.2008 - B 6 KA 27/07 R -).

Bei den von der Beklagten vorgelegten Verträgen handelt es sich nicht um Verträge zur integrierten Versorgung iS des § 140a Abs 1 Satz 1 SGB V. Integrationsverträge können nach dieser Vorschrift nur über eine "interdisziplinär-fachübergreifende" oder über eine "verschiedene Leistungssektoren übergreifende" Versorgung geschlossen werden (1.). Als weitere Voraussetzung ist aus Zielsetzung und gesetzlicher Ausgestaltung der integrierten Versorgung abzuleiten, dass durch die Leistungen der integrierten Versorgung Leistungen der Regelversorgung ersetzt werden (BSG a.a.O., dazu 2.). Diese Voraussetzungen erfülllen die von der Beklagten vorgelegten Verträge nicht (3.).

1. Der gesetzlich nicht definierte Begriff der Leistungssektoren iS des § 140a Abs 1 Satz 1 SGB V ist durch eine am Zweck der integrierten Versorgung orientierte Auslegung zu bestimmen. Die Kammer bezieht sich insoweit auf die Rechtsprechung des BSG (a.a.O.), auf der die folgenden Ausführungen beruhen. Die neue Versorgungsform soll 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. Da die Zielsetzung dieser Versorgungsform demnach weiter geht, als nur die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu durchbrechen, 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 Versor-

gung inhaltlich und institutionell getrennt sind, nunmehr verknüpft. Behandlungsansatz und Ausrichtung des einzelnen Leistungsprozesses (zB hausärztliche Versorgung, ambulante Versorgung insgesamt, operative Behandlung, medizinische Rehabilitation) geben den entscheidenden Hinweis darauf, ob einzelne Behandlungsmaßnahmen Teil desselben Leistungssektors sind oder unterschiedlichen Sektoren angehören. Eine Operation (zB Implantation eines neuen Gelenks) und die anschließende Rehabilitation (zB Mobilisierung) dienen unterschiedlichen medizinischen Zwecken und sind in der Regelversorgung auch institutionell getrennt. Insoweit betreffen sie (auch) verschiedene Leistungssektoren iS des § 140a Abs 1 SGB V.

Wichtigster Anwendungsfall einer die verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung ist eine Versorgung, die ambulante und stationäre Behandlungen umfasst. Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung wird bei der Erläuterung der Ziele der Integrationsversorgung bereits in der Überschrift besonders hervorgehoben (Gesetzentwurf der Regierungsfraktionen zur GKV-Gesundheitsreform 2000, BT-Drucks 14/1245, S 55). 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 Versorgungsangebot ohne Einbeziehung des stationären Sektors ist etwa die Verzahnung von ambulanten Operationen und anschließender Versorgung der Patienten in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. Die Ziele der integrierten Versorgung, nämlich ua die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen, von Koordinationsproblemen im Behandlungsablauf und von Wartezeiten, können durch ein derartiges Angebot erreicht werden. Auch innerhalb des stationären Behandlungsbereichs ist eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung möglich und bisweilen vom Regelungszweck der Vorschriften über die integrierte Versorgung geboten. So kann etwa die Verknüpfung der

Akutbehandlung in einem Krankenhaus - zB Durchführung einer Operation oder Behandlung eines Schlaganfalls - mit der anschließenden medizinischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen Gegenstand eines Integrationsvertrages sein. Auch zwischen dem Akutkrankenhaus und dem Träger einer stationären Rehabilitationseinrichtung bestehen im traditionellen Versorgungssystem Schnittstellenprobleme, die im Interesse der betroffenen Patienten durch ein Versorgungsangebot aus einer Hand überwunden werden können. An diesem funktionellen Verständnis des Begriffs "Leistungssektor" ist die Prüfung auszurichten, ob ein Vertrag verschiedene Leistungssektoren erfasst.

2. Neben dem Erfordernis der leistungssektorenübergreifenden Versorgung sind Verträge der in § 140b Abs 1 SGB V idF des GMG genannten Vertragspartner jedoch nur dann solche der integrierten Versorgung, wenn durch sie auch Leistungen, die bislang Gegenstand eines der bestehenden Leistungssektoren sind, künftig ersetzt werden. Das ergibt sich aus der Konzeption der Integrationsversorgung als einer Alternative zur Regelversorgung, wie sie den Vorschriften der §§ 140a bis 140d SGB V seit ihrer Neufassung durch das GMG zugrunde liegt.

Die Ausgangsfassung der Regelungen über die integrierte Versorgung in den §§ 140a bis 140h SGB V idF der GKV-Gesundheitsreform 2000 war noch durch eine enge Verzahnung von Regel- und Integrationsversorgung gekennzeichnet. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) sollte durch die integrierte Versorgung unberührt bleiben, weshalb Integrationsverträge von der Zustimmung der KÄVen abhängig waren, soweit Vertragsärzte daran beteiligt waren. (Begründung des Gesetzentwurfs der Regierungsfraktionen, BT-Drucks 14/1245, S 92, Zu § 140b, Zu Abs 6). Diese Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber durch das GMG beseitigt. Seit der Neufassung durch das GKV-WSG zum 1.4.2007 ist der Sicherstellungsauftrag der KÄV gem. § 140a Abs 1 Satz 2 Satz 3 SGB V sogar ausdrücklich eingeschränkt, "soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird". Integrierende

Versorgungsformen umfassen nach der Konzeption des Gesetzes regelmäßig die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte und die voll- oder teilstationäre Behandlung im Krankenhaus. Das rechtfertigt die Beteiligung der KÄVen und der Krankenhäuser an der Bereitstellung der Mittel der Anschubfinanzierung nach § 140d Abs 1 SGB V. Für Verträge, die nach dem 1.4.2007 geschlossen werden, gilt sogar, dass die Finanzierungsmittel nur für voll- und teilstationäre Leistungen der Krankenhäuser sowie für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwandt werden dürfen (§ 140d Abs 1 Satz 2 und 3 SGB V). Zwar hat eine derart strikte Zweckbindung der Mittel der Anschubfinanzierung für Leistungen, die von denen erbracht werden, die die Finanzmittel bereitstellen, in der hier maßgeblichen Zeit vom 1.1.2004 bis zum 31.12.2006 nicht bestanden. Die Partner der Integrationsverträge sollten in der Anfangsphase mehr Spielraum für den unbürokratischen Einsatz der Mittel der Anschubfinanzierung haben (Begründung des Gesetzentwurfs zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100, S 152, Zu Nr 121, Zu Buchst a, Zu Doppelbuchst aa). Daraus ist jedoch nicht zu schließen, dass es für die Beurteilung der Frage, ob ein Vertrag den Anforderungen des § 140a Abs 1 SGB V entspricht, auch in den Jahren 2004 bis 2006 ohne Bedeutung war, wie sich die vertraglich vereinbarte Versorgung zur Regelversorgung verhält.

Die integrierte Versorgung steht nach der Intention des Gesetzgebers im "Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen für eine patienten-, bedarfsgerechtere und effizientere Versorgung" (BT-Drucks 16/3100, S 152, Zu Nr 120 <§ 140b>, Zu Buchst b). Ein derartiger Wettbewerb setzt voraus, dass in der Regelversorgung und in der neuen integrierten Versorgung prinzipiell derselbe Versorgungsumfang gewährleistet ist. Der Versicherte, der von einer Erkrankung bedroht oder betroffen ist, soll alternativ zur - regelmäßig in einzelne Sektoren unterteilten - Regelversorgung von seiner Krankenkasse ein Versorgungsangebot erhalten, in dem seine Behandlung unabhängig vom sektorenabhängigen Denken organisiert wird. Dieses alternative Versorgungs- und Vergütungskonzept beruht begrifflich wie systematisch auf dem Prinzip der Substitution: Vertragsärztliche Leistungen, die in der Regelversorgung aus der Gesamtvergütung iS des § 85

Abs 1 SGB V zu honorieren sind, werden durch Leistungen von Vertragsärzten im Rahmen eines vertraglich gesteuerten Versorgungsmanagements ersetzt und nicht mehr aus der Gesamtvergütung, sondern ausschließlich einzelvertraglich honoriert. Entsprechendes gilt für die stationären Krankenhausleistungen, die in der integrierten Versorgung nicht mit Fallpauschalen oder tagesgleichen Pflegesätzen nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bzw. § 13 der Bundespflegesatzverordnung, sondern mit den vertraglich vereinbarten Honoraren vergütet werden.

Die Beziehung zwischen Regel- und Integrationsversorgung findet ihren Niederschlag auch in den Vorschriften über den Leistungsumfang der integrierten Versorgung nach § 140b Abs 4 SGB V. Gemäß Satz 1 dieser Vorschrift können die Verträge nach § 140a Abs 1 SGB V ua von den Vorschriften im 4. Kapitel des SGB V abweichen, soweit das Sinn und Eigenart der integrierten Versorgung entspricht. Auch die Bindung der an den Verträgen beteiligten Leistungserbringer an den Zulassungsstatus ist bei der Durchführung der Versorgung gelockert (§ 140b Abs 4 Satz 3 sowie BT-Drucks 15/1525, S 130 zu § 140b). Der in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) angestellte Arzt kann damit im Rahmen eines von seinem Krankenhaus abgeschlossenen Integrationsvertrages ambulante Leistungen erbringen, für die er im Rahmen der Regelversorgung einer Ermächtigung (§ 116 SGB V) bedürfte. Diese Abweichungen von der Regelversorgung müssen vereinbart werden, weil und soweit im Rahmen der integrierten Versorgung prinzipiell dieselben Erkrankungen behandelt werden (sollen und müssen) wie in der Regelversorgung, nur eben auf der Basis abweichender rechtlicher Vorgaben. Ein Wettbewerb um Versorgungsmodelle bedingt, dass Leistungen der herkömmlichen 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.

Freilich können Gegenstände von Integrationsverträgen und der Vergütung iS des § 140c Abs 1 SGB V im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sein, die in der Regelversorgung (noch) nicht beansprucht werden können, weil der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) noch keine positive Empfehlung nach § 135 Abs 1 SGB V abgegeben hat. 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 GBA bereits eine ablehnende Entscheidung getroffen hat. An der grundsätzlichen Zuordnung der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur "traditionellen Versorgung" ändert dies jedoch nichts. Die Möglichkeit, Verträge über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu schließen, erweitert die Möglichkeiten der Vertragspartner nicht grundsätzlich dahin, zusätzliche Leistungen, die im Rahmen der herkömmlichen Versorgungssektoren nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können, als Leistungen der integrierten Versorgung zu vereinbaren.

Schließlich lassen die Vorschriften über die Bereinigung der Gesamtvergütungen erkennen, dass Gegenstand von Integrationsverträgen zumindest ganz überwiegend Leistungen sind, die bisher in der Regelversorgung erbrachten wurden. Nach § 140d Abs 2 SGB V idF des GMG haben die Gesamtvertragspartner die Gesamtvergütungen zu bereinigen, wenn die von Krankenkassen "zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel" das Volumen der Anschubfinanzierung nach Abs 1 übersteigen. Das setzt zwingend voraus, dass die vertraglich geregelte Versorgung nach § 140a Abs 1 SGB V Leistungen erfasst, die in der Regelversorgung durch die Gesamtvergütung abgegolten werden. Sachgrund für die große Zahl von Bereinigungsvorschriften im SGB V (zB § 73b Abs 7, § 73c Abs 6, § 85 Abs 2 Satz 8) ist die Verhinderung von Doppelleistungen durch die jeweilige Krankenkasse. Was diese einzelvertraglich vergütet bzw vergüten muss, soll sie nicht auch noch über die Gesamtvergütung honorieren. Bereinigungsvorschriften setzen immer eine (partielle) Identität der Leistungen voraus, die zu vergüten sind; andernfalls könnte sich das Problem der Doppelzahlung nicht stellen. Auch die in

§ 140d Abs 3 SGB V vorgeschriebene Bereinigung der Arznei- und Heilmittelbudgets iS des § 84 Abs 1 SGB V für den Fall, dass die integrierte Versorgung die Gewährung von Arznei- und Heilmitteln an die Versicherten mit einschließt, verweist zwingend auf die Substitution der Regelversorgung durch die Integrationsversorgung.

Aus dieser Gesamtbetrachtung ist abzuleiten, 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 Gegenschluss 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 zB 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.

3. Die von der Beklagten zur Begründung der streitigen Vergütungskürzungen angeführten Verträge regeln zum Teil fach- oder sektorenübergreifende Leistungen, erfüllen aber nicht die Voraussetzung der Substitution von Leistungen der Regelversorgung durch die Integrationsversorgung. Die vertraglich vereinbarten Leistungen stellen in diesen Fällen zumindest zum Teil neuartige Leistungen dar, die ohne die vertraglichen Abmachungen nicht vergütungsfähig wären. Diese Leistungen treten neben diejenigen der Regelversorgung und werden daneben zusätzlich vergütet. Die in dem entsprechenden Leistungssektor anfallende Leistungsmenge wird demnach nicht durch die Verlagerung von Leistungen in die integrierte Versorgung vermindert. Damit besteht keine rechtliche Grundlage für die Beklagte, die hierfür benötigten Mittel von den in der Regelversorgung geschuldeten Vergütungen abzuzweigen. Soweit die Verträge Leistungen der Regelversorgung durch

die Integrationsversorgung ersetzen, werden diese neben neu geschaffenen Leistungen erbracht.

In Betracht kommen hier nur solche Verträge, die in dem hier streitigen Zeitraum 2004 bis 2006 gültig waren. Da Rechnungskürzungen bestimmten Verträgen zugeordnet werden müssen, können die später in Kraft getretenen Verträge die hier streitigen Rechnungskürzungen nicht rechtfertigen. Die von der Beklagten vorgelegten Verträge aus den Jahren 2007 und 2008 (vgl. die Aufstellung Bl. 207 der Gerichtsakte) bleiben daher außer Betracht.

a. Verträge nach Nr. 821 der Aufstellung Bl. 207 GA

Die Kooperationsverträge zwischen der Beklagten, dem Clemens-August-Krankenhaus Bitburg und der Internistin Dr. Grundheber bzw. dem Internisten Dr. Rendenbach sollen laut ihren Präambeln dazu dienen, im Rahmen einer integrierten Versorgungsform die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung onkologischer Patienten durch niedergelassene Vertragsärzte in qualitativer Hinsicht und sozialmedizinischer Hinsicht zu verbessern und darüber hinaus eine wirtschaftliche Patientenversorgung sicherzustellen. Nach § 1 des Vertrages sollen die onkologischen Patienten aus dem Landkreis Bitburg-Prüm bevorzugt im Rahmen des Modells behandelt werden. Das Krankenhaus verpflichtet sich, bei der stationären Versorgung "die Fachkompetenz des niedergelassenen onkologisch tätigen Internisten mit einzubeziehen und dessen Therapievorschläge mit zu berücksichtigen" (§ 2 Abs. 1). Umgekehrt verpflichten sich die niedergelassenen Ärzte zur "Mitwirkung bei der stationären Versorgung von onkologischen Patienten" (§ 2 Abs. 2). Hierfür müssen die Fachärzte jeweils mindestens ein mal pro Woche im Krankenhaus zur Verfügung stehen (Abs. 4). Die teilstationäre und ambulante Behandlung der Patienten wird von den teilnehmenden Fachärzten in den Räumen des Krankenhauses unter Nutzung der dort vorhandenen Sachmittel und Mitwirkung des Krankhauspersonals eigenverantwortlich ausgeführt (§ 3 Abs. 1-4). Die Durchführung der Therapie ist in der Regel an das Krankenhaus zu delegieren (§ 3 Abs. 5 S. 2). Zur Durchführung der teilstationären Behandlungen muss der

Facharzt mindestens einmal pro Woche anwesend sein (S. 1). Die für die teilstationären Behandlungen benötigten Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie Verbrauchsmaterialien werden vom Krankhaus zur Verfügung gestellt (§ 3 Abs. 2). Für die ambulante Versorgung enthält der Vertrag keine entsprechenden Regelungen.

Das Krankenhaus erhält nach der zusätzlich zum Vertrag abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung für die Behandlung teilstationärer und ambulanter Patienten eine pauschale Vergütung je Behandlungstag für sämtliche Leistungen mit Ausnahme der Arzneimittel. Weitere Beträge können für teilstationäre Behandlungen nicht abgerechnet werden (§ 2 Abs. 1 der Vergütungsvereinbarung). Die Vergütung der Arzneimittel erfolgt einzelfallbezogen nach den Vorschriften des § 2 Abs. 2 der Vergütungsvereinbarung. Die teilnehmenden Fachärzte erhalten gem. § 2 der mit ihnen geschlossenen Vergütungsvereinbarungen für ihre "projektärztliche Tätigkeit" eine "Aufwandsentschädigung in Form eines Staffelhonorars", das nach Stunden bemessen wird. Die Berechnung weiterer Honorare für ambulante Leistungen wird nicht ausgeschlossen.

Die Verträge regeln zunächst keine fachübergreifenden Leistungen. Auch eine Integration der beteiligten Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung findet nicht statt. Hierfür fehlt es an einer fallbezogenen Zusammenführung der Leistungssektoren auf der Behandlungs- und/oder Vergütungsebene. Die Behandlungsfälle werden nicht integrierend zu einer einheitlichen Leistung zusammengefasst, sie bleiben vielmehr den verschiedenen Leistungssektoren in herkömmlicher Weise zugeordnet und werden unter jeweils unterschiedlichen rechtlichen Vorgaben behandelt. Die herkömmliche Trennung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungserbringung bleibt erhalten. Die Verträge regeln lediglich die Teilnahme der Leistungserbringer am jeweils anderen Leistungssektor. Allein durch die "projektärztliche Tätigkeit" der beteiligten Fachärzte wird aber keine fallbezogene Verzahnung der Leistungssektoren im oben dargelegten Sinne bewirkt,

da eine Zusammenführung der Leistungen verschiedener Sektoren zu einer einheitlichen Leistung nicht stattfindet.

b. Verträge Nr. 823

Die Kooperationsverträge zwischen der Beklagten und der Gemeinnützigen Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH für die Paritätische Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Mainz sowie mehreren Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Psychiatrie sind ebenfalls keine Verträge über integrierte Versorgungsformen. Nach der Präambel soll der Vertrag dazu dienen, im Rahmen einer integrierten Versorgung die stationäre und ambulante Versorgung psychisch kranker Patienten durch das Krankenhaus, die Psychiatrische Institutsambulanz und durch niedergelassene Vertragsärzte in qualitativer und sozialmedizinischer Hinsicht zu verbessern und eine wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Unter ambulanten Bedingungen soll eine langfristige Stabilität der Krankheit gefördert und die jeweils richtige Therapieform ausgewählt werden, "ohne dass es direkt zu einer teuren Krankenhausbehandlung kommt." Die Paritätische Tagesklinik und deren Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) sowie die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur Vernetzung ihrer Maßnahmen zur Behandlung psychisch kranker Menschen.

Die Tagesklinik verpflichtet sich, bei der stationären Versorgung "die Fachkompetenz der PIA-Ärzte und des Projektarztes mit einzubeziehen und deren Therapievorschläge angemessen mit zu berücksichtigen" (§ 3 Abs. 1). Der Projektarzt soll gem § 3 Abs. 3 des Vertrags im Rahmen seiner Aufgabe als PIA-Arzt Pateinten behandeln und betreuen, die Einzelheiten sollen die Beteiligten unter sich regeln. Ziel des Einsatzes des Projektarztes ist es, die ambulante Versorgung der Patienten zu verbessern und darüber hinaus eine wirtschaftlichere Versorgung sicherzustellen (§ 5 Abs. 1). Für seine Projekttätigkeit erhält der teilnehmende Facharzt gem. § 7 Abs. 2 "den Arztkostenanteil in Höhe von 45 v.H. der Quartalspauschale der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 SGB V" zwischen der Beklagten und der PIA vom 01.08.2000. Die Abrechnung erfolgt durch die PIA, wobei die Beklagte den Arztkostenanteil direkt an den Projektarzt überweist (§ 8 Abs. 1 und 4).

Die zuletzt genannten Bestimmungen verdeutlichen augenfällig, dass hier keine integrierte Versorgung im o.g. Sinne durchgeführt wird. Die Beklagte hat hier lediglich ihren Versorgungsvertrag mit der PIA für die Teilnahme niedergelassener Ärzte geöffnet. Diese erhalten als Vergütung den für Arztkosten bestimmten Anteil, den die PIA ohnehin erhalten hätte. Dasselbe gilt für die Vergütung der PIA. Die vertraglichen Bestimmungen laufen darauf hinaus, die von der Beklagten aus ihrem Vertrag mit der PIA geschuldeten Vergütungen unter dem Titel der integrierten Versorgung durch Kürzung der Vergütungen in anderen Leistungsbereichen zu refinanzieren. Zudem kann auf die Ausführungen zu a. verwiesen werden. Auch hier werden nicht Behandlungsfälle integrierend zu einer einheitlichen Leistung zusammengefasst. Der Vertrag trifft belastbare Bestimmungen nur zur ambulanten Versorgung der Patienten, die Teilnahme der ambulant tätigen Ärzte bzw. der PIA an der stationären bzw. der teilstationären Versorgung wird nur vage angesprochen. Ohnehin bleiben die Versorgungsbereiche in jedem Behandlungsfall getrennt. Welche Leistungen die "integrierte Versorgung" ausmachen sollen, bleibt offen.

c. Vertrag Nr. 824

Der Vertrag "Integrierte Versorgung" der Beklagten mit dem Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich und den Mitgliedern der Netzpraxis Mittelmosel dient seiner Präambel zufolge der integrierten Versorgung multimorbider Menschen. Unter ambulanten Bedingungen soll eine langfristige Stabilität des Krankheitsverlaufs gefördert und die "richtige medizinische Hilfe initiiert werden, ohne dass es direkt zu einer stationären Krankenhausbehandlung kommt." Wird dennoch eine Krankenhausbehandlung notwendig, soll diese möglichst kurz gehalten werden. Das Krankenhaus verpflichtet sich nach § 3 Abs. 1 des Vertrags, bei der stationären Versorgung "die Fachkompetenz des niedergelassenen im Projekt tätigen Ärzte mit einzubeziehen und deren Therapievorschläge entsprechend des Versorgungsbedarfs der ProjektpatienInnen angemessen mit zu berücksichtigen" (§ 2 Abs. 1). Umgekehrt verpflichten sich die niedergelassenen Ärzte, "die Kompeten-

zen der im Krankenhaus tätigen ÄrztInnen zu beachten und mit den MitarbeiterInnen des Krankenhauses (insbesondere der integrierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft), dem Krankenhausträger sowie der Krankenhausleitung vertrauensvoll zusammenzuarbeiten" (§ 3 Abs. 2 des Vertrags).

Die vertraglichen Bestimmungen betreffen schwerpunktmäßig die Betreuung der teilnehmenden Patienten nach Beendigung einer stationären Behandlung. Hierzu wird eine examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft des Krankenhauses in einer Betreuungsphase von maximal 24 Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Hausbesuchen beauftragt. Ihre Tätigkeit konzentriert sich insbesondere auf die koordinierende und sozialmedizinische Betreuung, sie erbringt selbst keine medizinischen oder pflegerischen Leistungen (§§ 3 Abs. 3 und 4 Abs. 1-5 des Vertrags). Der teilnehmende Hausarzt ist nach § 5 Abs. 1 des Vertrags verpflichtet, "mindestens einen Hausbesuch in den ersten 7 Tagen nach der stationären Krankenhausbehandlung/Projektaufnahme" durchzuführen. Weitere Maßnahmen sind mit der "integrierenden Pflegekraft" abzustimmen. Das Krankenhaus erhält für die Tätigkeit seiner Pflegekraft eine Vergütung nach § 2 der Vergütungsvereinbarung. Die Vergütung der teilnehmenden Ärzte ist in einer eigenen Vergütungsvereinbarung dahin geregelt, dass der Projektarzt nur für den ersten Einsatz bzw. Hausbesuch eine besondere Pauschalvergütung und für seinen Administrationsaufwand eine weitere Pauschalvergütung für jedes Projektjahr erhält (§ 1 S. 2 und § 2 Abs. 1 und 2 der Vergütungsvereinbarung). Alle weiteren ärztlichen Leistungen sind über die Gesamtvergütung abzurechnen (§ 2 Abs. 3). Gem. § 8 Abs. 3 des Vertrags sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass die Leistungen der integrierten Versorgung nach diesem Vertrag, soweit sie "im Rahmen des Sicherstellungsauftrags erfolgt", mit der Gesamtvergütung abgegolten sind. Nur die zusätzlichen Projektleistungen sollen aus den zur Anschubfinanzierung einbehaltenen Mitteln vergütet werden.

Eine integrierte Versorgungsform ist auch hier nicht erkennbar. Eine fach- oder sektorenübergreifende Integration der Behandlungsfälle findet nicht statt, geregelt

wird lediglich die ambulante Behandlung der teilnehmenden Patienten im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. Die Beteiligung der Ärzte des ambulanten und des stationären Sektors am jeweils anderen beschränkt sich auf die Verpflichtung zur gegenseitigen Hochachtung. Neu an der hier vorgesehenen Versorgung ist die nachstationäre "koordinierende und sozialmedizinische Betreuung" durch eine Pflegekraft des Krankenhauses. Damit wird nicht eine bisher in einem Leistungssektor erbrachte Leistung in einen neue Versorgungsform eingebracht, sondern eine neue Leistung geschaffen, die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen ist. Hierfür ist das Instrument der integrierten Versorgung nach den hier anzuwendenden gesetzlichen Vorgaben freilich nicht vorgesehen. Die Beklagte kann sich nicht auf § 140d Abs. 1 S. 2 2. Halbsatz SGB V berufen, wonach "Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben" eigens erhoben werden können. Diese Vorschrift wurde erst durch Gesetz vom 26.03.2007 mit Wirkung vom 01.04.2007 eingefügt und galt somit im hier zu beurteilenden Zeitraum nicht.

Auch vergütungsrechtlich findet eine Integration der Behandlungsfälle nicht statt. Die ambulanten ärztlichen Leistungen werden weit überwiegend innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Dies gilt insbesondere auch für die von der "integrierenden Pflegekraft" veranlassten Arztbesuche oder sonstigen Leistungen. Lediglich der erste Hausbesuch des Arztes wird eigens vergütet. Auch dabei handelt es sich aber um eine zusätzliche Leistung, die über das im Rahmen des Versicherungsverhältnisses in der GKV geschuldete hinausgeht. Denn insoweit wird auf die Prüfung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung verzichtet, da der erste Hausbesuch innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus ohne Rücksicht auf diese Erfordernisse durchzuführen ist. Diese neuartige Leistung kann nicht mit Mitteln finanziert werden, die unter dem Titel der integrierten Versorgung aus den vorhandenen Leistungssektoren abgezogen werden.

d. Vertrag Nr. 825

Der mit "Integrierte Versorgung" überschriebene Vertrag zwischen der Beklagten, der DaimlerChrysler Betriebskrankenkasse, den Asklepios Südpfalzkliniken und der MEDI Dienstleistungs GmbH regelt die ambulante Behandlung durch von Versicherten der beteiligten Krankenkassen, die Beschäftigte der Daimler AG in Wörth und Germersheim sind, durch Ärzte des beteiligten Krankenhauses oder der MEDI-GmbH in den Räumen des werksärztlichen Dienstes in den beiden Betriebsstätten. Es sollen internistische, orthopädische und dermatologische Sprechstunden abgehalten werden. Dadurch sollen weitere ambulante oder stationäre Behandlungen und Arbeitsunfähigkeiten vermieden werden. Die Beteiligten verpflichten sich zur Zusammenarbeit untereinander und mit dem werksärztlichen Dienst. Verordnungen von Arznei- Heil- und Hilfsmitteln können nur "im Rahmen des jeweiligen Vertragsstatus" erfolgen (§ 6 Abs. 1 des Vertrags). Der Hausarzt des Patienten erhält "für die erstmalige Entgegennahme der Kopie des Arztberichts vom Projektarzt" eine einmalige Vergütung (§ 9 Abs. 2). Die Leistungen der Projektärzte werden gesondert aus Mitteln der integrierten Versorgung vergütet (ebenda).

Der Vertrag schafft für die teilnahmeberechtigten Versicherten ein neues Angebot der ambulanten ärztlichen Behandlung auf drei Fachgebieten, ohne die Behandlungsleistungen in irgend einer Weise zu integrieren. Er entspricht offenkundig nicht den oben dargelegten Anforderungen an eine integrierte Versorgung.

e. Vertrag Nr. 826

Der Vertrag "integrierte Versorgung psychisch kranker Menschen" zwischen der Beklagten, der Fachklinik Barmherzige Brüder Saffig und den Psychiatern Dr. Loos und Dr. Wilcke bezweckt seiner Präambel nach die "optimale Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung" und eine "Reduzierung der Schnittstellenproblematik." Durch verbesserte Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus soll mittelfristig die stati-

onäre Verweildauer vermindert und der so genannte Drehtüreffekt vermieden werden. In § 4 des Vertrags verpflichtet sich das Krankenhaus, die Fachkompetenz des niedergelassenen Psychiaters mit einzubeziehen und dessen Therapievorschläge angemessen mit zu berücksichtigen. Umgekehrt verpflichten sich die niedergelassenen Ärzte zur Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus. Zentrales Element ist die Verpflichtung des Krankenhauses zur Bildung eines multiprofessionellen Versorgungsteams Psychiatrie (IVP-Team) aus Ärzten, Fachpflegekräften, Sozialarbeitern und Psychologen/Psychotherapeuten des Krankenhauses nach § 6 des Vertrags. Mitglieder dieses Teams besuchen die Patienten nach Entlassung aus der stationären Behandlung für maximal 24 Monate nach Absprache mit dem behandelnden Psychiater in regelmäßigen Zeitabständen zur Überprüfung des Krankheitszustands. § 7 regelt die Phasen der Behandlung, wobei schon bei der Aufnahme des Patienten in das Projekt die stationäre Behandlung weitgehend vermieden und durch eine teilstationäre Behandlung (Phase 2) ersetzt werden soll. Während der voll- oder teilstationären Behandlung erhält der Projektarzt die Möglichkeit, seine Patienten zu beobachten. Nach Beendigung der stationären Behandlung findet für bis zu 3 Wochen eine "poststationäre IV-Intensivnachbehandlung" (Phase 3) statt, die medizinisch vom teilnehmenden niedergelassenen Arzt verantwortet wird. Daran schließt sich die ambulante "IV-Weiterbehandlung mit Nachbetreuung durch Klinikmitarbeiter und den niedergelassenen Facharzt" statt. Die Teilnehmer verpflichten sich zur Abhaltung regelmäßiger Fallkonferenzen (§ 14). Die zu diesem Vertrag abgeschlossene Vergütungsvereinbarung sieht vor, dass das Krankenhaus eine Pauschalvergütung für die ambulante Betreuung jedes Patienten sowie für jeden Hausbesuch des IVP-Teams eine weitere Vergütungspauschale erhält. Der Projektarzt erhält eine einmalige Pauschale für die erste Tätigkeit im Rahmen des Vertrags und eine weitere Pauschale für den Dokumentations- und Administrationsaufwand pro angefangenem Projektjahr. Alle weiteren ärztlichen Leistungen sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.

Der Vertrag regelt in ähnlicher Weise wie der Vertrag Nr. 824 (dazu oben c) eine neuartige Form der nachstationären Betreuung von Patienten, hier durch das "IVP-Team", die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen war und daher nicht im Rahmen der integrierten Versorgung finanziert werden konnte. Zudem werden die damit verbundenen ambulanten ärztlichen Leistungen weit überwiegend innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Dies gilt insbesondere auch für die vom IVP-Team veranlassten Arztbesuche oder sonstigen Leistungen. Auf die Ausführungen unter c. zum Vertrag Nr. 824 wird ergänzend verwiesen.

f. Verträge Nrn. 827, 828, 829, 831, 832, 834, 835, 837, 839

Der Vertrag "Hausarztorientierte integrierte Versorgung multimorbider Menschen" wurde nach einheitlichem Muster mit mehreren Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bzw. Ärzteorganisationen abgeschlossen. Die Verträge entsprechen inhaltlich im Wesentlichen dem oben unter c. behandelten Vertrag Nr. 824. Es geht um die Behandlung bestimmter multimorbider Patienten nach Entlassung aus einer stationären Krankenhausbehandlung. Kennzeichen ist die Einführung einer "integrierenden Pflegekraft" des Krankenhauses, die koordinierende und sozialmedizinische Betreuungsleistungen erbringt. Auch die Vergütungsvereinbarungen zu den hier in Rede stehenden Verträgen entsprechen denen zu Vertrag Nr. 824, so dass im Ganzen auf die Ausführungen zu c. verwiesen werden kann.

g. Verträge Nrn. 830 und 833

Der Vertrag "Hausarztorientierte integrierte Versorgung - Grundmodell - regelt ebensowenig Leistungen der integrierten Versorgung. An dieser Vereinbarung beteiligt sind die dem Ärztenetz MEDI bzw. dem Ärztenetz Mittelahr e.V. angehörenden Haus- und Fachärzte. Diese verpflichten sich, die Disease-Management-Programme ((DMP) der Beklagten nach den dafür jeweils geltenden Verträgen durchzuführen (§ 6 des Vertrags). Dem Patienten soll die Inanspruchnahme eines Facharztes grds. nur nach Maßgabe der hausärztlichen Entscheidung möglich

sein (§ 2 Abs. 7). Planbare stationäre Behandlungen sollen nur nach Durchführung eines "Zweitmeinungsverfahrens" zwischen Haus- und Facharzt durchgeführt werden (nur Vertrag Nr. 830, § 9). Gem. § 10 Abs. 3 (Nr. 830) bzw. § 9 Abs. 3 (Nr. 833) sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass die Leistungen der integrierten Versorgung nach diesem Vertrag, soweit sie "im Rahmen des Sicherstellungsauftrags erfolgt", mit der Gesamtvergütung abgegolten sind. Nur die zusätzlichen Projektleistungen sollen aus den zur Anschubfinanzierung einbehaltenen Mitteln vergütet werden. Diese bestehen aus der Information und Beratung der Versicherten über die Bestimmungen des Vertrags sowie die Wahrnehmung der über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehenden Aufgaben des Projektarztes, das Facharztverfahren nach § 2 Abs. 7 und das Zweitmeinungsverfahren nach § 9 des Vertrags. Hierfür werden jeweils in der Vergütungsvereinbarung geregelte Honorare gezahlt. Die ärztlichen Behandlungsleistungen sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen (§ 2 der Vergütungsvereinbarung).

Die ärztlichen Leistungen der an diesem Vertrag beteiligten Haus- und Fachärzte werden weit überwiegend innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Die speziellen "Projektleistungen" stellen neuartige, über die gesetzlich vorgesehenen Versorgung hinausgehende Leistungen dar, die nicht Gegenstand der integrierten Versorgung sein können. Auf die Ausführungen unter c. wird verwiesen. Hauptsächlich scheint der Vertrag der günstigeren Finanzierung der DMP der Beklagten durch deren Überführung in die integrierte Versorgung zu dienen.

h. Verträge Nrn. 841, 844 und 846

Die Verträge stellen Kombinationen der Vertragsmuster Nrn. 827 und 830 dar. Auf die Ausführungen zu diesen Verträgen kann verwiesen werden.

i. Vertrag Nr. 838

Der Vertrag "Integrierte Versorgung adipöser Kinder und Jugendlicher" regelt ärztliche Leistungen der teilnehmenden Mitglieder des Arztnetzes Gesundheitsorgani-

sation Ludwigshafen eG (GO-LU). Diese sind allerdings weit überwiegend im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und abzurechnen (§ 6 Abs. 3). Die darüber hinausgehenden Leistungen werden im Vertrag nicht näher definiert, lediglich in § 5 Abs. 2 und § 11 ist unbestimmt von Kooperations- und Abstimmungspflichten die Rede. Hierfür erhält GO-LU pro Patient eine Pauschale von 750,00 €, ohne dass die Verwendung dieser Zahlung geregelt wäre (§ 2 der Vergütungsvereinbarung). Mit dem Vertrag werden Zahlungen an GO-LU vereinbart, ohne konkrete Gegenleistungen zu definieren. Er kann schon wegen dieser Unbestimmtheit die von der Beklagten vorgenommenen Leistungskürzungen nicht rechtfertigen.

j. Vertrag Nr. 840

Der Vertrag "Integrierte Versorgung Sozialpsychiatrie" zwischen der Beklagten, einer Psychiaterin und drei niedergelassenen Kinderärzten dient der "Etablierung einer besonderen Koordination zur qualifizierten sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch unterschiedliche Leistungserbringer" durch interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte mit anderen Leistungserbringern, anderen Einrichtungen und den Erziehungsberechtigten. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt überwiegend im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 8 Abs. 3), nur für die darüber hinausgehenden Leistungen werden besondere Vergütungen nach der Vergütungsvereinbarung gezahlt. Dabei handelt es sich um die Abstimmung der verschiedenen Leistungen u.a. durch Fallbesprechungen (§ 4). Für die rechtliche Bewertung dieser Vereinbarungen kann auf die Ausführungen zu g. verwiesen werden.

k. Vertrag Nr. 842

Der Vertrag "Integrierte Versorgung - Fibromyalgie und Rückenschmerzen -" zwischen der Beklagten, dem Medizinischen Versorgungszentrum Koblenz GbR (MVZ) sowie mehreren niedergelassenen Ärzten bezieht sich nach seiner Präambel und § 7 bzw. § 8 Abs. 1 auf die ambulante fachärztliche Versorgung der Pati-

enten im teilnehmenden MVZ ("Projektarzt"). Gleichwohl sollen nach § 7 Abs. 6 bzw. § 8 Abs. 6 auch tagesklinische Behandlungen durchgeführt werden. Der Umfang der vom MVZ zu erbringenden Leistungen ist in den Anlagen 1 und 2 geregelt. Danach umfassen die Behandlungen sowohl ärztliche Leistungen als auch nicht ärztliche Therapiemaßnahmen und klinische Sozialarbeit sowie Ernährungsberatung. Nach den Punkten 1.1 der Anlagen werden bei der "täglich ganztätige integrierte tagesklinische Versorgung - Fibromyalgie (TIV-F)" und bei der "tagesklinischen integrierten Versorgung Rückenschmerzen (TIV-R)" Leistungen des fachübergreifenden MVZ, seiner Praxis für Physiotherapie und seines Rehabilitationszentrums integriert.

Nach § 11 Abs. 3 des Vertrags sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass die Leistungen der integrierten Versorgung, soweit sie "im Rahmen des Sicherstellungsauftrags erfolgt", mit der Gesamtvergütung abgegolten sind. Nur die zusätzlichen Projektleistungen sollen aus den zur Anschubfinanzierung einbehaltenen Mitteln vergütet werden. Nach der einschlägigen Vergütungsvereinbarung erhält der teilnehmende Hausarzt pro Projektpatient eine einmalige Aufwandsentschädigung für den Dokumentations- und Administrationsaufwand. Alle weiteren ärztlichen Leistungen sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen (§ 2 der Vergütungsvereinbarung). Das MVZ erhält nach § 3 Abs. 1 und 2 der Vergütungsvereinbarung für die "ambulante integrierte Komplexbehandlung - Rückenschmerzen (AIK-R)" sowie für die "täglich ganztätige integrierte tagesklinische Versorgung - Fibromyalgie (TIV-F) oder Rückenschmerzen (TIV-R)" jeweils Pauschalhonorare für 20 Behandlungstage. Alle weiteren ärztlichen Leistungen, die nicht Bestandteil der beiden Behandlungsprogramme sind, sind "über die Gesamtvergütung" abzurechnen.

Demnach erfüllen die genannten Behandlungskomplexe des MVZ zum Teil die Anforderungen an eine integrierte Versorgungsform, da sektorenübergreifend ärztliche und nichtärztliche Akutbehandlungen mit Rehabilitationsmaßnahmen und nichtmedizinischen Leistungen zu einem Leistungskomplex zusammengefasst und

mit einer Fallpauschale vergütet werden. Der Vertrag kann dennoch nicht die Einbehaltung von Vergütungsanteilen der Klägerin rechtfertigen. Zum einen werden auch in diesem Vertrag Teile der definierten "integrierten Versorgung" aus der Vergütung für den Fallkomplex herausgenommen. Dies betrifft vor allem die ambulante Vorbereitungsphase nach Nr. 1.1 der Anlagen 1 und 2. Zum anderen wird auch hier dem Hausarzt in § 2 der Vergütungsvereinbarung ein Honorar aus Mitteln der Anschubfinanzierung gewährt für eine Leistung, die nach dem Leistungsrecht der GKV nicht Bestandteil der ambulanten Heilbehandlung ist und dementsprechend nicht in die integrierte Versorgung überführt werden kann. Der Vertrag kann somit insgesamt nicht zur Mittelbeschaffung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung herangezogen werden.

I. Verträge Nrn. 845, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 856, 857, 858, 864, 865, 866, 871, 878, 885, 890, 891.

Die sämtlich nach dem selben Muster abgefassten Verträge "Integrierte Versorgung - ambulantes Operieren -" wurden von der Beklagten mit jeweils einem ambulanten Operationszentrum bzw einer ambulanten Operationspraxis und anderen Haus- oder Fachärzten bzw. Ärztevereinigungen für deren Mitglieder geschlossen. Gem. § 3 Abs. 1 der Verträge umfasst der Versorgungsauftrag jeweils "die besonderen IV-Betreuungsleistungen der in der Anlage 1 der Vergütungsvereinbarung aufgeführten Operationen und die damit verbundenen Anästhesien, ggf. erforderliche Nachbetreuung" und die "prä- und postoperative Untersuchung sowie Behandlungen durch IV-Ärzte." Die "Behandlungskette" erfasst nach § 3 Abs. 4 die "Betreuung/Behandlung/operative Versorgung beim Hausarzt und Facharzt/ambulanten Operateur vor, während und nach der ambulanten Operation bis zum Abschluss dieser Behandlung." Als besondere Leistungen der integrierten Versorgung werden in § 3 Abs. 5 definiert:

"Hausarzt: Besonderer Projektaufwand bei der Eingangsuntersuchung und Überweisung an Facharzt/ambulanten Operateur/ambulantes Operationszentrum;

Facharzt: Besonderer Projektaufwand bei der Durchführung der ambulanten Behandlung und/oder Operation bzgl. Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und dem ambulanten Operationszentrum;

ambulantes Operationszentrum:

Besonderer Projektaufwand bei der Durchführung der ambulanten Operation bzgl. Zusammenarbeit mit dem Haus- und/oder Facharzt und dem ambulanten Operateur

in der präoperativen, operativen und postoperativen Phase bis zum Abschluss der Behandlung. Lediglich für diese Leistungen erhalten die teilnehmenden Ärzte bzw. Zentren eine Vergütung aus Mitteln der Anschubfinanzierung (§ 9 Abs. 4 des Vertrags). Die zu diesem Vertrag abgeschlossene Vergütungsvereinbarung regelt die Honorarpauschalen für den "besonderen Projektaufwand" der zuweisenden bzw. ausführenden Ärzte bei im Einzelnen bezeichneten Operationen. Alle weiteren ärztlichen Leistungen bei den Projektpatienten sind "über den jeweils gültigen EBM im Rahmen der Gesamtvergütung (KV-Karte) abzurechnen" (§ 2 Abs. 5 der Vergütungsvereinbarung).

Demnach werden die Operationen selbst und die dabei erforderlich werdenden ärztlichen Leistungen weiterhin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Gesamtvergütung erbracht. Bei der darüber hinaus durch die Verträge vorgesehene "projektärztlichen Tätigkeit" handelt es sich abermals nicht um Leistungen, die ansonsten im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit abrechenbar wären. Es hat vielmehr den Anschein, dass damit nur ein finanzieller Anreiz für die beteiligten Ärzte zur Erhöhung des Anteils ambulanter Operationen geschaffen werden sollte. Die hierfür erforderlichen Mittel können nicht durch Kürzung der Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütungen aufgebracht werden. Auf die oben schon mehrfach dargelegten Erwägungen kann verwiesen werden.

m. Verträge Nrn. 855, 859, 860, 861, 862, 863, 867, 868, 889, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 979, 880, 881, 882, 883, 884, 886, 888, 889

Die Verträge "Integrierte Versorgung - ambulantes Operieren - Katarakte" wurden von der Beklagten jeweils mit einer augenärztlichen Operationspraxis und niedergelassenen Haus- oder Fachärzten geschlossen. Sie entsprechen in den hier entscheidenden Merkmalen inhaltlich den unter I. behandelten Verträgen zum ambulanten Operieren. Auf die Ausführungen zu I. kann deswegen verwiesen werden.

Die sonstigen von der Beklagten vorgelegten Verträge wurden nach dem 31.12.2006 abgeschlossen und können somit nicht als Grundlage der hier streitigen Vergütungskürzungen in Betracht kommen.

Die Leistungsklage hat daher mit der Hauptforderung in vollem Umfang Erfolg. Die Zinsforderungen sind nach Maßgabe des § 9 Abs. 7 KBV auf Verzugszinsen von "2% über dem jeweiligen Basiszinssatz bzw. dem jeweils geltenden Referenzzinssatz" beschränkt, die Vorschriften der §§ 288 und 291 BGB sind insoweit abbedungen. Die Klage ist somit hinsichtlich der überschießenden Zinsforderung abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 SGG iVm §§ 154 Abs. 1, 155 Abs. 1 S. 3 VwGO. Das geringfügige Unterliegen der Klägerin hinsichtlich der Zinsforderung rechtfertigt keine Kostenquotelung.