

Die Integrierte Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ein Leitfaden

von

Bernd Wiegand

Rechtsanwalt

Präsident des Hessischen Landessozialgerichts a.D.

Prof. Dr. Eberhard Jung

apl. Professor an der Universität Gießen

Hauptabteilungsleiter a.D. bei der

Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft

und

Volker Heuzeroth

Krankenkassenfachwirt

(Vertragsrecht, Kostenmanagement)

ERICH SCHMIDT VERLAG

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

Weitere Informationen zu diesem Titel finden Sie im Internet unter

[ESV.info/978 3 503 11232 6](http://ESV.info/9783503112326)

ISBN 978 3 503 11232 6

Alle Rechte vorbehalten

© Erich Schmidt Verlag GmbH & Co., Berlin 2009

www.ESV.info

Dieses Papier erfüllt die Frankfurter Forderungen
der Deutschen Bibliothek und der Gesellschaft für das Buch
bezüglich der Alterungsbeständigkeit und entspricht sowohl den
strengen Bestimmungen der US Norm Ansi/Niso Z 39.48-1992
als auch der ISO Norm 9706.

Satz: multixtext, Berlin

Druck: Hubert & Co., Göttingen

Zum Geleit

Der hier vorgelegte Leitfaden erscheint zu einem Zeitpunkt, der für die Weiterentwicklung des Gesundheits- und Krankenversicherungsrechts insgesamt, vor allem aber des Rechts der integrierten Versorgung von besonderer Bedeutung ist. Nach einer Vielzahl von Reformansätzen seit der Einführung des SGB V stehen jetzt erstmals konkrete Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung durch die Einführung wettbewerbsorientierter, qualitätssichernder und wirtschaftlicher Selektivverträge an. Dies betrifft die neuartigen Strukturverträge, die Ärztenetzwerke, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus, die Medizinischen Versorgungszentren, die Telemedizin, die Einbeziehung von Managementgesellschaften und schließlich – eng damit verknüpft auf vielfältige Weise – die integrierte Versorgung der §§ 140a ff. SGB V.

Wenn auch diese umfassende Öffnung des Gesundheits- und Krankenversicherungsrechts für Innovationen zu begrüßen ist, so bleibt doch festzustellen, dass der Gesetzgeber hierzu letztlich nur Rahmenbedingungen zur Verfügung stellt, die durch die einzelnen Vertragspartner auszufüllen und zu ergänzen sind. Um hier allen interessierten Personen und Institutionen, vor allem der Ärzteschaft, den Krankenhäusern und den Krankenkassen, eine Hilfestellung zu geben, wurde im Jahre 2003 die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) gegründet, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die integrierte Versorgung als Regelfall der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung durchzusetzen sowie die dazu erforderlichen innovativen Konzepte und ihre Verknüpfung mit der Alltagspraxis zu entwickeln und zu fördern.

Der Vorstand der DGIV begrüßt es daher ausdrücklich, dass hier drei Vertreter von Praxis und Wissenschaft einen aktuellen Leitfaden zur integrierten Versorgung vorlegen, der sowohl eine Einführung in die Entwicklung und in die Grundlagen dieses neuartigen Versorgungstyps umfasst als auch eine ausführliche Kommentierung der einschlägigen Vorschriften, und zwar an Hand der dazu ergangenen neuesten (und auch in den wesentlichen Teilen in vollem Wortlaut wiedergegebenen) höchstrichterlichen Rechtsprechung. Einen besonderen Praxisbezug weisen dabei die vier abgedruckten Musterverträge zur integrierten Versorgung sowie ein Überblick über alle beim Abschluss von Verträgen dieser Art zu beachtenden Punkte auf. Dargestellt werden auch bislang umstrittene verfassungs- und europarechtliche Fragestellungen sowie die wett-

bewerbs- und vergaberechtliche Problematik von Selektivverträgen im Gesundheitswesen.

Insgesamt unterstützt der neue Leitfaden die aktuellen Bestrebungen der DGIV zur Förderung der integrierten Versorgung: So findet am 23./24. Oktober 2008 bereits der 5. DGIV-Kongress statt, der diesmal unter dem Motto steht „Integrierte Versorgung – Sackgasse oder Königsweg – die Vielfalt besonderer Versorgungsformen“. Außerdem ist von der DGIV erstmals eine Weiterbildung zum Manager für innovative Versorgungsformen angeboten worden. Da die integrierte Versorgung eng mit dem Begriff der Qualität verbunden ist, war es auch ein wichtiges Anliegen für die DGIV, ein spezielles, vom TÜV Rheinland geprüftes DGIV-Qualitätssiegel zu vergeben, das die zukünftige Bedeutung der integrierten Versorgung vorantreibt und einen qualitativen Wettbewerb im Sinne der Versicherten und der Patienten fördern wird.

Der Vorstand der DGIV wünscht dem vorliegenden Leitfaden eine möglichst weite Verbreitung – zur Information der interessierten Öffentlichkeit über die integrierte Versorgung und deren Ausgestaltung in der Praxis.

Berlin, im September 2008

Deutsche Gesellschaft
für Integrierte Versorgung
– Der Vorstand –

Vorwort

Die integrierte Versorgung führt zu mehr Vertragsfreiheit und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – verbunden mit Qualitätsverbesserungen und Kostenreduzierungen bei der Gesundheitsversorgung. Den Leistungserbringern, insbesondere den Ärzten und den Krankenhäusern, vor allem aber den das System finanzierenden Krankenkassen wird es jetzt ermöglicht, außerhalb der durch das Vertragsarztrecht kollektivvertraglich bestimmten und durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gesteuerten Regelversorgung neuartige Einzelverträge über eine fach- und sektorenübergreifende Kooperation, so genannte IV-Verträge, abzuschließen. Der Gesetzgeber hat dazu mit den §§ 140 a bis 140 d SGB V Vorschriften entwickelt, die ganz im Sinne einer Förderung von Vertragsfreiheit und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen den Partnern dieser Verträge einen großen Freiraum bei der konkreten Vertragsausgestaltung einräumen – einschließlich der Finanzierung.

Die Verfasser des hier vorliegenden Werkes haben es sich zur Aufgabe gemacht, die im Gesundheitswesen tätigen Personen und Institutionen, insbesondere die mit dem Abschluss von IV-Verträgen befassten Krankenkassen und Leistungserbringer, über den Sinn und Zweck der neuen Vorschriften sowie über die wesentlichen Grundsätze der integrierten Versorgung und die neuen Verantwortlichkeiten zu informieren. An die umfassende Darstellung der Entwicklung und der Grundsätze der integrierten Versorgung (im Folgenden I. und II.) schließt sich eine detaillierte Kommentierung der Neuregelungen der §§ 140 a–140 d SGB V an (im Folgenden III.). Sodann wird unter IV. die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der LSG-Vorinstanzen abgedruckt. Unter V. folgt ein für die Praxis besonders wichtiger Überblick zur Vorgehensweise bei der Gestaltung von Verträgen über integrierte Versorgungsformen (IV-Verträge) und unter VI. als Beispiele vier Original-IV-Musterverträge.

Im September 2008

Die Verfasser

Inhaltsübersicht

	Seite
Geleitwort	5
Vorwort	7
Inhaltsverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	19
Literaturverzeichnis	23
I. Einleitung: Was bedeutet integrierte Versorgung	29
1. Der Begriff der integrierten Versorgung	31
2. Die Notwendigkeit integrierter Versorgung	32
3. Statistische Angaben zur integrierten Versorgung	33
4. Die integrierte Versorgung als Neubeginn	34
II. Die Entwicklung und die Grundsätze der integrierten Versorgung	37
1. Allgemeines	39
2. Erste Ansätze zu Modellvorhaben und deren Weiter- entwicklung nach §§ 63 bis 68 SGB V	42
3. Strukturverträge, Praxisnetze, hausarztzentrierte und besondere ambulante ärztliche Versorgung nach §§ 73 a – 73 d SGB V	42
4. Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)	45
5. Die Verlagerung der medizinischen Versorgung von „ambulant“ nach „stationär“ auf Grund der §§ 115–115 c SGB V	47
6. Die Verlagerung der medizinischen Versorgung von „stationär“ nach „ambulant“ auf Grund von §§ 116 bis 120, 121 a, 137 f, 137 g SGB V	50
7. Die traditionelle und zukünftige Stellung der Beleg- und Konsiliarärzte als Mittler zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich	53
8. Die zum 1. 1. 2000 in Kraft getretenen Regelungen zur integrierten Versorgung (Phase 1 der integrierten Versorgung)	56
9. Die Neugestaltung der integrierten Versorgung zum 1. 1. 2004 (Phase 2 der integrierten Versorgung) und deren Ergänzung zum 1. 1. 2007 bzw. 1. 4. 2007 (Phase 3 der integrierten Versorgung)	62

10. Die Bedeutung des Wettbewerbs- und Vergaberechts für den Abschluss von IV-Verträgen	67
11. Die Bedeutung des Verfassungsrechts für den Abschluss von IV-Verträgen zur integrierten Versorgung	75
12. Europäisches Recht und integrierte Versorgung	84
III. Die gesetzlichen Grundlagen	
Gesamtdarstellung – Gesetzestext und Kommentierung der §§ 140 a – 140 d SGB V	91
1. Einleitung	93
2. § 140 a SGB V Integrierte Versorgung	96
3. § 140 b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen.	106
4. § 140 c SGB V Vergütung	120
5. § 140 d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung	129
IV. Die Rechtsprechung zu §§ 140 a – 140 d SGB V	145
1. Einleitung	147
2. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. 12. 2006 – L 5 KA 758/06 –	150
3. BSG, Urteil vom 6. 2. 2008 – B 6 KA 7/07 R –	176
4. LSG Thüringen, Urteil vom 24. 1. 2007 – L 4 KA 362/06 –	183
5. BSG, Urteil vom 6. 2. 2008 – B 6 KA 27/07 R –	206
6. LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 20. 6. 2005 – L 4 B 20/05 KA ER –	217
V. Überblick zur Vorgehensweise bei der Gestaltung von Verträgen über die integrierte Versorgung	221
1. Anforderungen an den Inhalt eines IV-Vertrages, die sich direkt aus den §§ 140 a–d SGB V ergeben	223
2. Anforderungen an den Inhalt eines IV-Vertrages, die sich nicht aus den §§ 140 a–d SGB V ergeben	226
VI. Musterverträge	229
1. DIABETIVA VERTRAG (Diabetes Mellitus-Telemedizin)	231
2. ENDOPROTHETIKVERTRAG	249
3. WUNDVERSORGUNGSVERTRAG	265
4. PAXIVA Vertrag (Herzerkrankungen – Telemedizin)	283
Stichwortverzeichnis	301

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Geleitwort	5
Vorwort	7
Inhaltsübersicht.	9
Abkürzungsverzeichnis	19
Literaturverzeichnis	23
I. Einleitung: Was bedeutet integrierte Versorgung	29
1. Der Begriff der integrierten Versorgung	31
2. Die Notwendigkeit integrierter Versorgung	32
3. Statistische Angaben zur integrierten Versorgung	33
4. Die integrierte Versorgung als Neubeginn	34
II. Die Entwicklung und die Grundsätze der integrierten Versorgung	37
1. Allgemeines	39
a) Das Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988	39
b) Der Gemeinsame Bundesausschuss	39
c) Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.	40
d) Die ärztliche Tätigkeit	41
2. Erste Ansätze zu Modellvorhaben und deren Weiter- entwicklung nach §§ 63 bis 68 SGB V	42
a) Das Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988	42
b) Die weitere Entwicklung	42
3. Strukturverträge, Praxisnetze, hausarztzentrierte und besondere ambulante ärztliche Versorgung nach §§ 73 a–73 d SGB V	42
a) Die Strukturverträge/Praxisnetze nach § 73 a SGB V	42
b) Die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V.	43
c) Die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V.	44
d) Die Verordnung besonderer Arzneimittel nach § 73 d SGB V	45
4. Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)	45
a) Die Schaffung der MVZ	45
b) Die Organisation der MVZ	46
5. Die Verlagerung der medizinischen Versorgung von „ambulant“ nach „stationär“ auf Grund der §§ 115–115 c SGB V	47

a)	Die Verträge nach § 115 SGB V	47
b)	Die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V	48
c)	Das ambulante Operieren nach § 115 b SGB V	49
d)	Die Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach § 115 c SGB V	50
6.	Die Verlagerung der medizinischen Versorgung von „stationär“ nach „ambulant“ auf Grund von §§ 116 bis 120, 121 a, 137 f, 137 g SGB V	50
a)	Die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 116 SGB V	50
b)	Die besondere Situation bei Unterversorgung nach § 116 a SGB V	51
c)	Die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b Abs. 1 und 2	51
d)	Die besondere ambulante Behandlung nach § 116 b Abs. 3 SGB V	52
e)	Sonstige Behandlungsformen	53
7.	Die traditionelle und zukünftige Stellung der Beleg- und Konsiliarärzte als Mittler zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich	53
a)	Der Belegarzt	53
b)	Der Konsiliararzt	55
8.	Die zum 1. 1. 2000 in Kraft getretenen Regelungen zur integrierten Versorgung (Phase 1 der integrierten Versorgung)	56
a)	Die Entwicklung der integrierten Versorgung	56
b)	Die Fassung der Vorschriften vom 1. 1. 2000 bis zum 31. 12. 2003	57
c)	Der Entwicklungsstand zum 31. 12. 2003	62
9.	Die Neugestaltung der integrierten Versorgung zum 1. 1. 2004 (Phase 2 der integrierten Versorgung) und deren Ergänzung zum 1. 1. 2007 bzw. 1. 4. 2007 (Phase 3 der integrierten Versorgung)	62
a)	Die Neufassung der IV-Regelungen zum 1. 1. 2004 (Phase 2)	62
b)	Die Neufassung der IV-Regelungen zum 1. 1. bzw. 1. 4. 2007 (Phase 3)	64
10.	Die Bedeutung des Wettbewerbs- und Vergaberechts für den Abschluss von IV-Verträgen	67
a)	Das Wettbewerbs- und Kartellrecht	67
b)	Das Vergaberecht	70
aa)	Die allgemeinen Grundsätze	70
bb)	Die öffentlichen Auftraggeber nach § 98 Nr. 2 GWB	71

cc) Die öffentlichen Aufträge nach § 99 GWB	72
dd) Die entsprechende Anwendung der Vergaberegeln auf IV-Verträge	74
11. Die Bedeutung des Verfassungsrechts für den Abschluss von IV-Verträgen zur integrierten Versorgung	75
a) Die Fragestellung	75
b) Allgemeines zum Verfassungsrecht	77
c) Das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 GG)	79
d) Der Allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG)	82
e) Verfassungsrecht und IV-Verträge	84
12. Europäisches Recht und integrierte Versorgung	84
a) Integrierte Versorgung in Europa	84
b) Europäische Gesundheitspolitik	84
c) Die vier Grundfreiheiten des EGV	85
d) Verordnungen und Richtlinien	86
e) Die Grundsätze des Art. 152 EGV	86
f) Die Auswirkungen des EGV auf die nationalen Gesundheitssysteme	87
g) Das Wettbewerbs- und Vergaberecht des EGV	88
h) Die Auswirkungen des europäischen Rechts auf die integrierte Versorgung	88

III. Die gesetzlichen Grundlagen

Gesamtdarstellung – Gesetzestext und	
Kommentierung der §§ 140 a – 140 d SGB V	
1. Einleitung	91
2. § 140 a SGB V Integrierte Versorgung	93
a) Vorbemerkung	96
aa) Die Zielsetzung der Vorschrift	97
bb) Die Entstehungsgeschichte	97
b) Die Grundsätze der integrierten Versorgung nach Abs. 1 Satz 1	97
aa) Die integrierte Versorgung als Alternativangebot zur Regelversorgung	97
bb) Die verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten	98
cc) Die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung nach Abs. 1 Satz 1	103
c) Der Umfang der integrierten Versorgung	103
aa) Die bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung nach Abs. 1 Satz 2	103
bb) Die Einschränkung des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrags nach Abs. 1 Satz 3	104
d) Die Grundsätze für einen IV-Vertrag nach Abs. 1 Satz 4 .	104

e)	Die Vorgaben für die Arzneimittelversorgung nach Abs. 1 Satz 5	104
f)	Die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten an der integrierten Versorgung nach Abs. 2 Satz 1	105
g)	Die Einwilligung zur Datenweitergabe nach Abs. 2 Satz 2	106
h)	Der Informationsanspruch der Versicherten nach Abs. 3	106
3.	§ 140 b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen.	106
a)	Vorbemerkung	108
aa)	Die Zielsetzung der Vorschrift.	108
bb)	Die Entstehungsgeschichte	108
b)	Die Partner der Krankenkassen für den Abschluss von IV-Verträgen nach Abs. 1	109
aa)	Allgemeines	109
bb)	Ärzte und sonstige Leistungserbringer nach Abs. 1 Nr. 1	109
cc)	Träger von Krankenhäusern und von Rehabilitationseinrichtungen nach Abs. 1 Nr. 2	110
dd)	Träger von Medizinischen Versorgungszentren nach Abs. 1 Nr. 3	111
ee)	Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung anbieten (Managementgesellschaften), nach Abs. 1 Nr. 4	111
ff)	Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen nach Abs. 1 Nr. 5	112
gg)	Trärgemeinschaften nach Abs. 1 Nr. 6.	112
c)	Die gesetzlichen Vorgaben für den Inhalt eines IV-Vertrages nach Abs. 3	113
aa)	Allgemeines	113
bb)	Die allgemeinen Grundsätze des Abs. 3 Satz 1	114
cc)	Die Grundpflichten des Abs. 3 Satz 2.	114
dd)	Der Sicherstellungsauftrag nach Abs. 3 Satz 3	115
ee)	Die Berücksichtigung der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Abs. 3 Satz 4	115
d)	Die vertraglichen Regelungsmöglichkeiten nach Abs. 4	116
aa)	Die für abweichende Regelungen zu beachtenden gesetzlichen Vorgaben nach Abs. 4 Satz 1	116
bb)	Die Unbeachtlichkeit des Grundsatzes der Beitrags- satzstabilität nach Abs. 4 Satz 2	118
cc)	Die Unbeachtlichkeit des Zulassungs- und Ermächtigungsstatus nach Abs. 4 Satz 3	119

dd)	Die Behandlungsberechtigung von Krankenhäusern bei seltenen Krankheiten nach Abs. 4 Satz 4	119
e)	Der Beitritt Dritter zum IV-Vertrag nach Abs. 5	120
4.	§ 140c SGB V Vergütung	120
a)	Vorbemerkung	121
aa)	Die Zielsetzung der Vorschrift	121
bb)	Die Entstehungsgeschichte	121
b)	Die Grundsätze der Vergütung der integrierten Versorgung nach Abs. 1	121
aa)	Die Festlegung der Vergütung im IV-Vertrag nach Abs. 1 Satz 1	122
bb)	Die Einbeziehung sämtlicher Leistungen der an der integrierten Versorgung Teilnehmenden nach Abs. 1 Satz 2	124
cc)	Die Einbeziehung von Leistungen der nicht an der integrierten Versorgung Teilnehmenden nach Abs. 1 Satz 3	125
c)	Die Übernahme der Budgetverantwortung nach Abs. 2	126
aa)	Die Übernahme insgesamt nach Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1	126
bb)	Die Übernahme der Budgetverantwortung nach Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2	127
cc)	Die bei der Übernahme der Budgetverantwortung zu berücksichtigenden Kriterien nach Abs. 2 Satz 2	128
dd)	Die Berücksichtigung von ergänzenden Morbiditätskriterien nach Abs. 2 Satz 3	128
5.	§ 140 d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung	129
a)	Vorbemerkung	130
aa)	Die Zielsetzung der Vorschrift	130
bb)	Die Entstehungsgeschichte	130
b)	Die Grundlagen der Anschubfinanzierung nach Abs. 1	131
aa)	Die Einbehaltung von Mitteln zur Förderung der integrierten Versorgung nach Abs. 1 Satz 1	131
bb)	Die Beschränkung des Verwendungszwecks der einbehaltenen Mittel nach Abs. 1 Satz 2	133
cc)	Die Übergangsregelung für vor dem 1. 4. 2007 geschlossene IV-Verträge nach Abs. 1 Satz 3	134
dd)	Die Verpflichtung zur Darlegung des Verwendungszwecks nach Abs. 1 Satz 4	135
ee)	Der Ausschluss der zahnärztlichen Gesamtvergütungen nach Abs. 1 Satz 5	135
ff)	Die Verwendung der einbehaltenen Mittel zur Finanzierung der IV-Vergütungen nach Abs. 1 Satz 6	135
gg)	Der Grundsatz der regional begrenzten Verwendung nach Abs. 1 Satz 7	136

hh)	Die Verpflichtung zur Rückzahlung der nicht verwendeten Fördermittel nach Abs. 1 Satz 8	137
c)	Die Bereinigung der Gesamtvergütungen nach Abs. 2 ..	138
aa)	Die Grundsätze der Verringerung der Gesamt- vergütungen nach Abs. 2 Satz 1	138
bb)	Die Verringerung des Behandlungsbedarfs ab 1. 1. 2009 nach Abs. 2 Satz 2	139
cc)	Die Anrufung des Schiedsamtes nach Abs. 2 Satz 3 .	140
dd)	Die Übermittlung der erforderlichen Daten nach Abs. 2 Satz 4	140
d)	Die Vorgaben zur Bereinigung der Ausgabenvolumen nach Abs. 3	140
aa)	Die Berücksichtigung der Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln nach Abs. 3 Satz 1	140
bb)	Die Berücksichtigung der Zahl der Versicherten und der Risikostrukturen nach Abs. 3 Satz 2	141
cc)	Die Berücksichtigung ergänzender Morbiditäts- kriterien nach Abs. 3 Satz 3	141
e)	Die Beschränkung der mit den Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütungen nach Abs. 4	141
aa)	Die Vergütungen im Rahmen des Krankenhaus- entgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatz- verordnung	141
bb)	Der Umfang der bis zum 31. 12. 2008 zu verein- barenden Vergütung	142
f)	Die gemeinsame Registrierungsstelle bei der Bundes- geschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) nach Abs. 5 . . .	143
aa)	Die Meldepflicht der Krankenkassen nach Abs. 5 Satz 1	143
bb)	Die Verpflichtung zur Veröffentlichung eines jährlichen Berichts nach Abs. 5 Satz 2	144
cc)	Die Berichterstattung über Inhalt und Umfang der IV-Verträge nach Abs. 5 Satz 3	144
IV.	Die Rechtsprechung zu §§ 140 a – 140 d SGB V	145
1.	Einleitung	147
2.	LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. 12. 2006 – L 5 KA 758/06 –	150
3.	BSG, Urteil vom 6. 2. 2008 – B 6 KA 7/07 R –	176
4.	LSG Thüringen, Urteil vom 24. 1. 2007 – L 4 KA 362/06 – . . .	183
5.	BSG, Urteil vom 6. 2. 2008 – B 6 KA 27/07 R –	206
6.	LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 20. 6. 2005 – L 4 B 20/05 KA ER –	217

V. Überblick zur Vorgehensweise bei der Gestaltung von Verträgen über die integrierte Versorgung	221
1. Anforderungen an den Inhalt eines IV-Vertrages, die sich direkt aus den §§ 140 a–d SGB V ergeben	223
2. Anforderungen an den Inhalt eines IV-Vertrages, die sich nicht aus den §§ 140 a–d SGB V ergeben	226
VI. Musterverträge	229
1. DIABETIVA VERTRAG (Diabetes Mellitus-Telemedizin) . . .	231
2. ENDOPROTHETIKVERTRAG	249
3. WUNDVERSORGUNGSVERTRAG	265
4. PAXIVA Vertrag (Herzerkrankungen – Telemedizin)	283
Stichwortverzeichnis	301