

Thomas Bierwagen, Georg Kleff, Roland Mosblech, Nikolaus Schmitt

Die Spitzabrechnung der IV-Anschubfinanzierung – eine Fahrt ins Ungewisse?

Wie wird der Nachweis über die Verwendung der Anschubfinanzierung in der Integrierten Versorgung aussehen?

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Regelungen zur Integrierten Versorgung (IV) nachhaltigen Änderungen unterzogen. Hierzu zählt die Einführung der Anschubfinanzierung nach § 140d Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Förderung der IV. Die Anschubfinanzierung wird 2008 auslaufen. Nachdem erste Krankenkassen die Anschubfinanzierung einbehalten haben, traten konträre Rechtsauffassungen zutage. Die Krankenkassen müssen in einem Spitzabrechnungsverfahren nachweisen, inwieweit die Mittel der Anschubfinanzierung tatsächlich für die IV verwendet wurden. Die Regelungen dieses Verfahrens liegen noch nicht vor. Das Gesetz formuliert allein die Zielsetzung, dass die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen müssen. Welchen Interpretationsspielraum lässt der § 140d SGB V? Welche Bestimmungen gelten für die Verrechnung von Einnahmen und Ausgaben? Wie können Konflikte bei der Spitzabrechnung gelöst werden? Der Beitrag zeigt mögliche Regularien aus Sicht der BARMER auf, die wirksam werden könnten, wenn es zu keiner gesetzlichen Klarstellung für die Spitzabrechnung kommt.

Gesetzliche Entwicklungen in der Integrierten Versorgung

Die Integrierte Versorgung hat sich in den letzten Jahren mit bislang 5.475 Verträgen (Stand 31. März 2008) zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu einem festen Bestandteil im deutschen Gesundheitswesen entwickelt. Dazu beigetragen hat sicherlich die Anschubfinanzierung, die Ende 2008 ausläuft. Anlass genug, frühzeitig einen Blick auch in das Jahr 2009 zu werfen, in dem die fünf Jahre andauernde Möglichkeit der Anschubfinanzierung als bis zu einprozentiger Abzug von der Krankenhausvergütung und den ambulanten ärztlichen Honoraren „spitz“ abzurechnen ist. Die Krankenkassen müssen nachweisen, inwieweit die Mittel der Anschubfinanzierung tatsächlich für die IV verwendet wurden. Derzeit liegen keinerlei Regelungen für dieses Spitzabrechnungsverfahren vor. Das Gesetz formuliert lediglich eine

Zielstellung: „Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen.“

Der § 140d Absatz 1 Satz 4 SGB V lässt breiten Raum für Interpretationen. In welcher Detailtiefe diese Darlegung zu erfolgen hat, zu welchem Zeitpunkt und für welchen Zeitraum ist offen. Ebenso offen ist, welche Bestimmungen es für die Verrechnung von Einnahmen und Ausgaben zwischen IV-Verträgen und Regionen gibt und welche Prüfprozesse diese Darlegung bestehen muss. Eine diesbezügliche Vereinbarung zwischen den Verbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) scheiterte bislang an unüberbrückbaren Differenzen. Steuern die KVen und Krankenhäuser in eine Klagewelle gegen die Krankenkassen?

Im Jahr 2000 wurde die Integrierte Versorgung erstmalig als neue Versorgungsform ins Gesetz aufgenommen. Ziel war und ist es, für eine bessere Versorgung die Sektorengrenzen der Regelversorgung vertraglich zu überwinden. Der Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung war damals unter anderem an die Einigung zwischen Kassen, Krankenhäusern und KVen über die Verminderung der Budgets von Ärzten und Krankenhäusern gebunden. Das jeweilige feste Budget musste vorab um die Leistungen der IV bereinigt werden. Dies war ein Konstruktionsfehler, denn er führte faktisch zur Blockade der IV-Verträge durch KVen und Krankenhäuser, die eine Verminderung ihrer Budgets verhindern wollten.

Diese faktische Blockade wurde 2004 mit der gesetzlichen Einführung der Anschubfinanzierung durchbrochen. Zudem wurden die KVen als Vertragspartner ausgeschlossen. Die Krankenkassen hatten nun die Vergütungen der Ärzte und der Krankenhäuser um bis zu einem Prozent zu kürzen, soweit IV-Verträge in der jeweiligen Region abgeschlossen wurden. Die Anschubfinanzierung erfolgt prospektiv auf Basis einer Einschätzung der Vertragsumsätze. Sofern diese Einschätzungen nicht zutrafen, ist die realisierte Kürzung zu hoch oder zu niedrig ausgefallen.

Zur Abwicklung des notwendigen Ausgleichs zwischen Planungswerten und tatsächlicher Kürzungsberechtigung nach dem zunächst dreijährigen Zeitraum der Anschubfinanzierung (bis Ende des Jahres 2006) installierte der Gesetzgeber Grundzüge eines Spitzabrechnungsverfahrens, in dem die Verwendung der Anschubfinanzierung als Leistungsausgaben für IV nachzuweisen ist. Die Regeln dieses Verfahrens sollten von der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgestellt werden. Die Ausgrenzung der KVen führte zu deren kritischer Distanz, die Auswirkungen auf die hierfür notwendigen Vereinbarungen und deren Klagebereitschaft hatte.

Der Zeitraum der Anschubfinanzierung wurde im Jahr 2007 bis Ende 2008 ausgedehnt. Die Vorschriften für IV-Verträge wurden insgesamt enger gefasst. Den Krankenhäusern wurde der Anspruch auf eine Rückzahlung eventuell zu hoher Anschubfinanzierung für die Jahre 2004 bis 2006 als Teil eines Sanierungsbeitrags gestrichen. Die bislang letzte Entwicklung ist durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) zu IV-Verträgen im Februar 2008 gekennzeichnet. Die größte Bedeutung für die Zukunft der IV kommt dabei der Vorgabe zu, dass die IV immer die Regelversorgung ersetzen muss. Ergänzende Leistungen allein, die die bisherige Regelversorgung verbessern sollen, sind nach Überzeugung des BSG nicht ausreichend für einen IV-Vertrag. Diese Urteilsbegründung war für viele überraschend und wird zusätzlich zur Konfliktlage um die Spitzabrechnung gerichtliche Auseinandersetzungen um IV-Verträge nach sich ziehen.

Rechtslage, Streitfragen und Urteile zur Anschubfinanzierung und Spitzabrechnung der Integrierten Versorgung

Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat der Gesetzgeber die Regelungen zur Integrierten Versorgung nachhaltigen Änderungen unterzogen. Eine dieser nachhaltigen Änderungen betrifft die Einführung der Anschubfinanzierung in § 140d Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Förderung der Integrierten Versorgung.

Diese scheinbar auf den ersten Blick eindeutige Norm sollte in der Folgezeit zunehmend die Sozialgerichte beschäftigen, was im Ergebnis allerdings

schon deshalb wenig verwundern konnte, als nach der Begründung zum GMG bei Ausschöpfung der dort genannten einprozentigen Grenze mit erheblichen Einbehaltungen zu rechnen war (bezogen auf das Jahr 2002: 220 Millionen Euro von den Gesamtvergütungen und 460 Millionen Euro von den Rechnungen der Krankenhäuser, siehe Bundestagsdrucksache 15/1525: 131).

Spätestens als die ersten Krankenkassen die Anschubfinanzierung einbehielten, traten die deutlich konträren Rechtsauffassungen der Krankenkassen einerseits und der von den Einbehaltungen Betroffenen andererseits deutlich zutage, die teilweise bis heute fortbestehen. Dabei ist der wesentliche Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung bisher die Überprüfung der Rechtmäßigkeit der von den Krankenkassen einbehaltenen Anschubfinanzierung. Diese Verfahren werden die Sozialgerichte mit Blick auf die sehr hohe Zahl geschlossener Integrationsverträge voraussichtlich auch noch längere Zeit beschäftigen.

Muss überhaupt ein IV-Vertrag vorliegen?

Diese Verfahren betreffen auch von konkreten Vertragsinhalten losgelöste Rechtsfragen, wie beispielsweise die Auffassung, dass die Einbehaltung der Anschubfinanzierung überhaupt einen ihr zugrunde liegenden Vertrag zur Integrierten Versorgung erfordert. Nachdem das Landessozialgericht Brandenburg (Aktenzeichen: L 5 B 105/04 KAER) urteilte, dass kein IV-Vertrag vorliegen muss, distanzieren sich die nachfolgenden sozialgerichtlichen Entscheidungen mit Blick auf den Wortlaut des § 140d Absatz 1 Satz 1 SGB V („soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind“) schon sehr bald einhellig von der Rechtsauffassung des Landessozialgerichts Brandenburg (Aktenzeichen: S 2 ER 89/04 KA).

Müssen Vertragsärzte und Krankenhäuser an IV-Verträgen beteiligt sein?

Gegenstand wesentlich kontroverser geführter Diskussionen war die Frage, ob die rechtmäßige Einbehaltung voraussetzt, dass an dem der

Einbehaltung zugrunde liegenden Integrationsvertrag zumindest auch ein Krankenhaus und ein aus der Gesamtvergütung zu vergütender Vertragsarzt als von den Einbehaltungen Betroffene zu beteiligen sind. In diesem Zusammenhang steht die weitere Rechtsfrage, ob die zur Finanzierung eines solchen Integrationsvertrages einbehaltenen Mittel nur in dem Verhältnis von den Rechnungen der Krankenhäuser beziehungsweise der Gesamtvergütung einbehalten werden können, das auch dem Verhältnis der kalkulierten Vergütungsvolumina für die Leistungen des jeweiligen Sektors entspricht und damit dorthin zurückfließt.

Nachdem zwischenzeitlich das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz (Aktenzeichen: L 5 ER 34/05 KA) und auch das sächsische Landessozialgericht (Aktenzeichen: L 1 B 291/05 KA-ER) entschieden haben, dass der Anspruch auf Einbehalt unabhängig davon besteht, aus welchem Bereich die Leistungserbringer im Einzelnen kommen beziehungsweise der Einbehalt strikt rechnerisch gleichmäßig zwischen KVen und Krankenhäusern zu verteilen ist, sind diese Fragen spätestens auf der Grundlage des Urteils des Bundessozialgerichts (Aktenzeichen: B 6 KA 27/07 R), nach dem „[...] eine derart strikte Zweckbindung der Mittel der Anschubfinanzierung für Leistungen, die von denen erbracht werden, die die Finanzmittel bereitstellen, in der Zeit vom 1. Januar 2004 bis 31. März 2007 nicht bestanden hat“, als von der Rechtsprechung geklärt anzusehen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) ist unter Hinweis auf die Begründung zu diesem Gesetz zumindest insoweit eine weitere Klarstellung durch den Gesetzgeber erfolgt: „Mittel der Anschubfinanzierung dürfen künftig nur für Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung verwendet werden. Die bisherige pauschale Lösung erlaubte auch eine Verwendung der Mittel der Anschubfinanzierung für andere Leistungsbereiche, beispielsweise für Rehabilitationsmaßnahmen.“ Damit ist die Rechtsauffassung des Gesundheitsministeriums eindeutig beschrieben.

Was sind Leistungssektoren?

Erheblicher Klärungsbedarf besteht auch weiterhin bezüglich der materiell-rechtlichen Voraussetzungen für das Vorliegen eines Integrationsvertrags. § 140a Absatz 1 Satz 1 SGB V sieht in diesem Zusammenhang Verträge „über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ vor. Diese Umschreibung wirft mehr Fragen auf, als sie Antworten gibt. Schon vor Inkrafttreten des GMG (2004) war die Bestimmung der Sektoren und Disziplinen Gegenstand zahlreicher Veröffentlichungen. Unstrittig dürfte insoweit allein sein, dass es diesbezüglich an jeder Legaldefinition fehlt und es auch in diesem Regelungszusammenhang vorerst an der Sozialgerichtsbarkeit sein wird, Rechtssicherheit zu schaffen.

Wie kontrovers und schwierig sich die zahlreichen und vielfältigen Fragestellungen bezüglich § 140d SGB V für die Rechtsprechung darstellen, zeigt sich beispielhaft schon an dem nur auf den ersten Blick einfach zu bestimmenden Begriff des Sektors: Nachdem das Sozialgericht Stuttgart (Aktenzeichen: S 11 KA 8450/04) – vollkommen zutreffend – sehr umfassend ausführt, dass alles dafür spreche, die Leistungssektoren Krankenhausbehandlung und Rehabilitation als verschiedene Leistungssektoren anzusehen, hat es dann „gleichwohl“ gefolgert, dass eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung nur bei Beteiligung von Leistungserbringern aus dem ambulanten und stationären Bereich vorliegt. Dies hat auch das Landessozialgericht Baden-Württemberg (Aktenzeichen: L 5 KA 758/06) im Rahmen der anschließenden Berufung zumindest im Ergebnis noch bestätigt, bevor dann das Bundessozialgericht (Aktenzeichen: B 6 KA 5-7/07 R) in der sich daran anschließenden Revision die Akutversorgung im Krankenhaus und die stationäre Rehabilitation gleichwohl als jeweils eigenständige Sektoren und damit die Förderungsfähigkeit einer auf diesen Sektoren beruhenden Versorgungsform als Sektoren übergreifende IV anerkannte. Diese Entscheidung wird zumindest mittelbar auch durch die zuvor angeführte Begründung des 2007 in Kraft getretenen WSG bestätigt.

Müssen IV-Verträge offengelegt werden?

Soweit die Krankenkassen auf der Grundlage von Integrationsverträgen die Anschubfinanzierung einbehalten, rückt die Frage in den Vordergrund, in welchem Umfang die Krankenkassen die Erforderlichkeit der Einbehaltungen darzulegen und gegebenenfalls nachzuweisen haben, und ob sie verpflichtet beziehungsweise berechtigt sind, den von der Einbehaltung Betroffenen die der Einbehaltung zugrunde liegenden Integrationsverträge offenzulegen. Hier wird ein Konflikt der Leistungserbringer untereinander offenbar: Diejenigen, die die Offenlegung der Integrationsverträge fordern, sind kehrseitig keinesfalls damit einverstanden, dass ein mit ihnen selbst geschlossener Integrationsvertrag dann auch Dritten zur Verfügung gestellt werden müsste.

In rechtlicher Hinsicht ist an erster Stelle zu fragen, auf welcher materiell-rechtlichen Rechtsgrundlage die Krankenkassen zur Offenlegung von Integrationsverträgen gegenüber Dritten berechtigt oder gar verpflichtet sein könnten. Nach der hier vertretenen Auffassung stellt die Offenlegung von Integrationsverträgen einen Eingriff in die Grundrechte der Vertragspartner nach dem informationellen Selbstbestimmungsrecht des Grundgesetzes dar, sodass es für die Offenlegung zumindest einer den Bestimmtheitsanforderungen genügenden Rechtsgrundlage bedarf. Dass § 140d Absatz 1 Satz 1 SGB V sowie allgemeine Beweislastregeln diesen Anforderungen keinesfalls genügen und auch die betreffenden Vorschriften des SGB X der Offenlegung allenfalls entgegenstehen, dürfte dabei außer Frage stehen.

Die daher bereits frühzeitig an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gestellte Forderung nach einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung zur Nachweispflicht der Erforderlichkeit der Einbehaltung wurde unter Hinweis auf das von den Parteien der BQS-Vereinbarung für erforderlich gehaltene und vereinbarte Nachweisverfahren zurückgewiesen (BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung). Weiter teilt das BMG mit, dass „[...] nachvollziehbar sein muss, zu welchem Zweck die Mittel verwendet wurden. [...] Ein detaillierter Verwendungsnachweis ist jedoch nicht erforderlich. Näheres ist im Verhandlungswege zu vereinbaren.“

Vor diesem Hintergrund verwundert daher in der Gesamtschau nicht, dass zum Teil auf dem prozessualen Umweg der Akteneinsicht das zu erreichen versucht wird, worauf materiell-rechtlich kein Anspruch besteht. Das BSG führt aus, dass es mit der Regelung des § 140d Absatz 1 Satz 1 SGB V (letzter Halbsatz) nicht vereinbar sei, dass Krankenkassen pauschal und ohne näheren Hinweis auf Inhalt und finanzielles Volumen von Integrationsverträgen zunächst Gesamtvergütungsanteile einbehielten und allenfalls auf der Grundlage von § 140d Absatz 1 Satz 5 SGB V nach drei Jahren ganz oder anteilig zurückerstatten. Ein bloßer Hinweis auf Vertragsinhalte bleibt jedoch offenkundig deutlich hinter der vollständigen Offenlegung von Integrationsverträgen zurück.

Mit Blick darauf, dass den Partnern eines Integrationsvertrages ein großer Spielraum für die Gestaltung ihrer Verträge eingeräumt wird, die Krankenkassen die Höhe der Einbehaltungen allein prognostisch zu bestimmen haben und es sich bei den für die Einbehaltungen maßgeblichen Tatbestandsmerkmale um unbestimmte Rechtsbegriffe handelt, ist insgesamt von einem sehr weiten Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner auszugehen, der kehreseitig zu einem sehr stark eingeschränkten Umfang der gerichtlichen Überprüfbarkeit führt.

Daher stellt sich auch in prozessualer Hinsicht die Frage, in welchem Umfang die Krankenkassen ihre Integrationsverträge offenzulegen haben und diese von den Sozialgerichten zu prüfen sind. Insoweit führt das Sozialgericht Gotha (Aktenzeichen: S 7 KA 2169/05) aus, dass „[...] der weite Gestaltungsspielraum der am Vertrag Beteiligten zu respektieren ist, weshalb die gerichtliche Prüfung sich inhaltlich auf die Prüfung zu beschränken haben wird, ob das vertragliche Konzept vom Ansatz her geeignet ist, eine Grundlage für die Integrierte Versorgung zu bilden.“ In diesem Sinne stellte bereits das schleswig-holsteinische Landessozialgericht (Aktenzeichen: L 4 B 20/05 KA ER) in Frage, ob allein auf das vertraglich Geregelter abzustellen sei oder ob auch gemeinsam vereinbarte Zielsetzungen und Absichten ausreichen können,

wenn in der praktischen Durchführung des Vertrages eine übergreifende Steuerung von Behandlungsabläufen tatsächlich erreicht wird.

Welche gesetzliche Entwicklung nahmen die Anschubfinanzierung und Spitzabrechnung?

Im Rahmen des GMG war in § 140d Absatz 1 Satz 5 SGB V vorgesehen, dass einbehaltene Mittel, die nicht innerhalb von drei Jahren zur Anschubfinanzierung verwendet wurden, an die von der Einbehaltung Betroffenen entsprechend ihres Anteils ausbezahlt sind (Spitzabrechnung). Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 (Bundesgesetzblatt I S. 3.439) erfolgte eine Verlängerung der Anschubfinanzierung bis 2008. Infolge der Verlängerung der Anschubfinanzierung kam es wegen § 140d Absatz 1 Satz 8 SGB V auch zu einer Änderung der Rückzahlung nicht verwendeter Mittel, nach der diese nunmehr spätestens zum 31. März 2009 an die von der Einbehaltung Betroffenen ausbezahlt sind.

Soweit die Einbehaltung 2004 bis 2006 die Krankenhäuser betraf, erfolgte ein Ausschluss der Rückzahlung dieser Mittel. Ferner stellte der Gesetzgeber durch § 140d Absatz 1 Satz 4 SGB V nunmehr erstmalig klar, dass die Krankenkassen die Verwendung der einbehaltenen Mittel gegenüber den von der Einbehaltung Betroffenen darzulegen haben. Aus der Begründung dieser Vorschrift ergibt sich, dass die entsprechenden Anforderungen nach § 140d Absatz 5 SGB V bestimmen:

„Die Krankenkassen melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach Absatz 1 Satz 1. Die Registrierungsstelle veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der Integrierten Versorgung. Der Bericht soll auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten.“

Die sich danach ergebenden Anforderungen entsprechen weitestgehend dem, was die DKG, die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits in der BQS-Vereinbarung zum Nachweis der Erforderlichkeit der Einbehaltung von Mitteln zur Finanzierung von Integrationsverträgen vereinbart hatten.

Die vollständige Offenlegung von Verträgen gegenüber den von den Einbehaltungen Betroffenen ist auch weiterhin nicht bestimmt, vielmehr sieht die Begründung lediglich vor, dass für die von der Einbehaltung Betroffenen nachvollziehbar sein muss, zu welchem Zweck die Mittel einbehalten wurden, und zählt das hierfür seitens der Krankenkasse Erforderliche auf, wie es sich bereits weitgehend auf der Grundlage der BQS-Vereinbarung ergibt. Das Gesetz trifft bislang keine detaillierten Aussagen hinsichtlich der bis zum 31. März 2009 vorzunehmenden Rückzahlungen nicht verwendeter Mittel der Anschubfinanzierung.

Schon jetzt ist absehbar, dass es in der Zwischenzeit zahlreiche divergierende Auffassungen insbesondere zum Modus der Ermittlung der betreffenden Beträge sowie zum Umfang der Darlegungen und Nachweise durch die Krankenkassen geben wird. Insoweit spiegelt die zurzeit zwischen DKG, KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen schwierige Abstimmung in Bezug auf eine gemeinsame Vereinbarung zu § 140d Absatz 1 Satz 4 SGB V aller Voraussicht nach nur einen sehr kleinen Ausschnitt der Kontroversen wider, die sich in naher Zukunft als Herausforderungen bei der Spitzabrechnung manifestieren werden.

Die gemeinsame Registrierungsstelle für IV-Verträge – ein Versuch der Konfliktvermeidung

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-WSG 2007 in § 140d Absatz 5 SGB V erstmals die Funktionen der gemeinsamen Registrierungsstelle im Wesentlichen so beschrieben, wie sie zuvor bereits mit einer so genannten Errichtungsvereinbarung zwischen der DKG, KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt waren.

Vertragliche Grundlagen

Vertragliche Basis der Arbeit der gemeinsamen Registrierungsstelle bilden die „Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V“ vom 11. Dezember 2003 zwischen der DKG und der KBV einerseits und den Spitzenverbänden der Krankenkassen andererseits sowie der hierauf aufbauende „Beauftragungsvertrag“ vom 27. Januar 2004 zwischen den Beteiligten der Errichtungsvereinbarung und der BQS.

Aufgaben der Registrierungsstelle

Entsprechend ihrer Funktion zur Herstellung von Transparenz für die von Vergütungskürzungen betroffenen Leistungserbringer nimmt die gemeinsame Registrierungsstelle in einem datenbankgestützten Verfahren Meldungen der Krankenkassen über abgeschlossene Integrationsverträge inklusive der aus dem prospektiv geschätzten Vergütungsvolumen resultierenden vertraglichen Kürzungsquoten entgegen. Hieran schließen sich eine Plausibilitätsprüfung der Meldungen, deren Erfassung in einer Datenbank sowie die Versendung von Meldebestätigungen an die meldende Krankenkasse an. Darüber hinaus erhält die Registrierungsstelle Informationen der Krankenkassen über die Verwendung der einbehaltenen Mittel.

Aufbauend auf den Meldungen und Informationen der Krankenkassen stellt die gemeinsame Registrierungsstelle weiterhin ein datenbankgestütztes Auskunftsverfahren sicher. Neben der Entgegennahme der schriftlichen Anfragen zählen hierzu insbesondere die Überprüfung der Anfrageberechtigung sowie die schriftliche Beantwortung von Anfragen in Form von Einzel- beziehungsweise Sammelauskünften (Auskunft zu einem Vertrag oder zu sämtlichen Verträgen einer KV-Region).

Melde- und Auskunftsinhalt

Die Krankenkassen melden den Abschluss von Integrationsverträgen auf einem zwischen den Beteiligten abgestimmten und von der Registrierungsstelle herauszugebenden Meldebogen, der folgende Angaben enthält:

- Vertragsbezeichnung
- Vertragsgegenstand (beispielsweise Indikation)
- Vertragspartner
- Versorgungsmerkmale
- Vertragsbeginn/Dauer
- Beginn des Abzugs
- Versorgungsregion
- prospektives Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140a ff. SGB V sowie relevante Kalkulationsgrundlagen
- aus dem prospektiven Vergütungsvolumen abgeleitete Kürzungsquote
- Angaben zur Mittelverwendung
- Realisierung der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung

In einem weiteren Meldebogen legen die Krankenkassen die Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung eines Jahres gegenüber der Registrierungsstelle dar. Dabei werden jahresbezogen einbehaltene Mittel einer KV-Region den ausgegebenen Mitteln gegenübergestellt. Die im Jahr 2004 einbehaltenen Finanzmittel werden mit den Ausgaben der Jahre 2004 bis 2006, die im Jahr 2005 einbehaltenen Finanzmittel mit den Ausgaben der Jahre 2005 bis 2007 saldiert.

Finanzielle Bedeutung der Anschubfinanzierung und der Integrierten Versorgung

Die Anschubfinanzierung wurde nun bald fünf Jahre von den Krankenkassen einbehalten. Dabei kam das Gesamtvolumen über alle Krankenkassen nie auch nur ansatzweise in die Nähe des maximal möglichen Betrages (680 Millionen Euro bezogen auf das Jahr 2002). Die Gründe hierfür sind vielfältig, liegen aber hauptsächlich in der sehr unterschiedlich intensiven Nutzung der Vertragsfreiheit und des Vertragswettbewerbs der IV durch die Krankenkassen. Das heterogene Bild zeigt sich in der Finanzstatistik:

Tabelle 1: Ausgaben und Einnahmen der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung (gerundete Angaben in tausend Euro)

Kassenart	2004 ¹⁾	2005	2006	2007	2008 ²⁾	Gesamt
Ausgaben Kontengruppe 57, KA 587 588						
AOK	32.996	82.490	152.862	246.565	251.497	766.410
BKK	11.364	28.409	63.511	105.298	107.404	315.985
IKK	3.127	7.818	12.709	19.850	20.247	63.751
LKK	334	836	2.418	3.411	3.479	10.478
See	10	22	0	0	0	33
Knappschaft	101.697	156.722	205.964	251.252	256.277	971.913
AEV	1.450	3.625	7.145	11.597	11.829	35.646
VdAK	57.151	142.878	220.977	332.876	339.534	1.093.415
GKV	208.130	422.800	665.586	970.849	990.266	3.257.631
BARMER ³⁾	32.947	82.369	114.790	145.748	148.663	524.517
Einnahmen Kontenart 589						
AOK	-15.372	-48.443	-100.738	-156.903	-161.610	-483.065
BKK	-5.395	-9.110	-29.539	-49.433	-50.916	-144.392
IKK	-8	-5.175	-9.856	-15.759	-16.232	-47.032
LKK	-59	-2	-39	-563	-580	-1.243
See	0	0	0	0	0	0
Knappschaft	0	-575	-2.590	-6.052	-6.233	-15.451
AEV	-992	-253	-6.413	-10.950	-11.279	-29.886
VdAK	-29.618	-106.042	-75.428	-105.540	-153.642	-470.270
GKV	-51.444	-169.602	-224.603	-345.199	-400.491	-1.191.339
BARMER ^{3/4)}	-21.933	-68.487	-38.786	-12.250	-57.554	-199.010

Datenbasis: amtliche Finanzstatistik KV 45

gerundete Angaben in tausend Euro: 32.947 entsprechen 32.947.452 Euro und damit etwa 33 Millionen Euro

¹⁾ eigene Berechnung, da in der Finanzstatistik im Jahr 2004 nur der Saldo ausgewiesen wird

²⁾ eigene Schätzung, es wird eine geringe Steigerung der IV-Umsätze um zwei Prozent für 2008 angenommen

³⁾ von VdAK

⁴⁾ Die Einnahmen der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung 2006 und 2007 sind vermindert um Rückstellungen für die Rückzahlungen der Anschubfinanzierung nach dem BSG-Urteil zum Hausarzt- und Hausapothekenvertrag.

Tabelle 2: Saldo von Ausgaben und Einnahmen der Integrierten Versorgung (gerundete Angaben in tausend Euro)

Kassenart	2004	2005	2006	2007	2008 ¹⁾	Gesamt
	Saldo					
AOK	17.624	34.047	52.124	89.663	89.887	283.345
BKK	5.969	19.299	33.972	55.865	56.488	171.593
IKK	3.119	2.643	2.853	4.090	4.014	16.719
LKK	275	834	2.379	2.848	2.899	9.235
See	10	22	0	0	0	33
Knappschaft	101.697	156.147	203.374	245.200	250.044	956.462
AEV	458	3.371	732	647	550	5.759
VdAK	27.533	36.835	145.549	227.336	185.892	623.145
GKV	156.686	253.198	440.983	625.650	589.775	2.066.292
BARMER ²⁾³⁾	11.014	13.882	76.003	133.498	91.109	325.507

Datenbasis: amtliche Finanzstatistik KV 45

gerundete Angaben in tausend Euro: 32.947 entsprechen 32.947.452 Euro und damit etwa 33 Millionen Euro

¹⁾ eigene Schätzung, es wird eine geringe Steigerung der IV-Umsätze um zwei Prozent für 2008 angenommen

²⁾ von VdAK

³⁾ Die Einnahmen der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung 2006 und 2007 sind vermindert um Rückstellungen für die Rückzahlungen der Anschubfinanzierung nach dem BSG-Urteil zum Hausarzt- und Hausapothekenvertrag.

Ausweislich der offiziellen Finanzstatistik hat jede Kassenart in jedem Jahr der Anschubfinanzierung weitaus mehr für die IV ausgegeben, als sie im Gegenzug als Anschubfinanzierung einbehalten hat. Der mögliche Maximalbetrag der Anschubfinanzierung wurde nur in den letzten beiden Jahren wenigstens zur Hälfte, in den übrigen Jahren zu einem weit aus geringeren Teil ausgeschöpft. Der erhebliche Ausgabenüberschuss verteilt sich sehr unterschiedlich auf die Kassenarten. Augenfällig ist die Bundesknappschaft, die bereits 2001 mit den „prosper-Netz-Verträgen“ Versorgungsverträge mit großem Umsatzvolumen eingeführt hatte.

Auch Ersatzkassen haben IV-Verträge intensiv abgeschlossen. Dies erstaunt nicht, da einzelne Ersatzkassen nur über diesen Weg vertragsfreiheitlich mit Vertragsärzten und Krankenhäusern direkte Vertragsbeziehungen eingehen können, während die übrigen Kassenarten (Ausnahme: Betriebskrankenkassen – BKK) durch ihre Deckungsgleichheit als Verband und Einzelkasse auch schon in der Regelversorgung diese Möglichkeiten haben. Eine wesentliche Ursache für die Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen liegt darin, dass die Einnahmen der Anschubfinanzierung auf maximal ein Prozent der Krankenhaus- und Arztvergütung beschränkt sind. Die Ausgaben für die IV sind jedoch unbeschränkt.

Ein Abgleich mit dem gemeldeten Vertragsvolumen nach dem Meldeverfahren der gemeinsamen Registrierungsstelle der BQS ergibt folgendes Bild:

Tabelle 3: Gemeldetes Vertragsvolumen der Verträge zur Integrierten Versorgung (Angaben in tausend Euro)

	2004	2005	2006	2007	2008 ¹⁾	Gesamt
alle Krankenkassen	keine Statistik	255.473	512.855	663.737	702.217	2.134.282

Quelle: www.bqs-register140d.de/statistik_vertraege.html

¹⁾ eigene Hochrechnung des ersten Quartals 2008

Nach dieser den Krankenhäusern und KVen bis auf Einzelvertragsebene vorliegenden Auskunftquelle sind die Ausgaben für die IV sogar noch höher als das geschätzte Vertragsvolumen und die Einnahmen aus der Anschubfinanzierung demgegenüber weit geringer.

Mit Blick auf diese offiziellen Finanzstatistiken sind zwei Fragen zu stellen:

- Warum soll es angesichts des Ausgabenüberschusses überhaupt noch ein aufwändiges Einzelnachweisverfahren in der Spitzabrechnung geben?
- Warum betrachtete der Gesetzgeber die Regelung im GKV-WSG, mit der die Rückzahlung überschießender Mittel der Anschubfinanzierung für die Jahre 2004 bis 2006 an Krankenhäuser ausgeschlossen wurde, als Teil eines Sanierungsbetrages, wenn doch schon seinerzeit den Finanzzahlen zu entnehmen war, dass keine Rückzahlung erfolgen würde?

So müssen also die Krankenkassen im Jahr 2009 für die etwa 1,2 Milliarden Euro Anschubfinanzierung zu mindestens 5.475 Verträgen eine Spitzabrechnung erstellen. Geht man davon aus, dass zwei Zeiträume jeweils summiert nachzuweisen sind (2004 bis 2006 sowie 2007 bis 2008) und dass der Nachweis landesweit gegenüber durchschnittlich 150 Krankenhäusern und einer KV zu führen ist, ergibt sich die beeindruckende Zahl von bundesweit 1,65 Millionen Einzelnachweisen (zwei Zeiträume x 5.475 Verträge x 151 KH + KV). Ein Einzelnachweis hat damit im Durchschnitt eine Größenordnung von etwa 700 Euro.

Offene Fragen der Spitzabrechnung

Bevor die Positionen der DKG, KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Spitzabrechnung dargestellt werden, bleibt festzustellen, dass vonseiten der Legislative und der Exekutive weder mit Einführung des GKV-WSG noch auf ausdrückliche Anforderung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV eindeutige Vorgaben für ein solches Verfahren beschrieben wurden. Das Bundesministerium forderte in einem Schreiben an die KBV vom 21. März 2006 die Beteiligten eher lapidar auf, dass „[...] nachvollziehbar sein muss, zu welchem Zweck die Mittel verwendet wurden. [...] Ein detaillierter Verwendungsnachweis ist jedoch nicht erforderlich. Näheres ist im Verhandlungswege zu vereinbaren“. Unterschiedliche Auffassungen bestehen insbesondere zu nachfolgend aufgeführten Problemen.

Erforderlichkeit und Detailtiefe der Spitzabrechnung

Um den administrativen Aufwand des Nachweises beziehungsweise der Abrechnung so gering wie möglich zu halten, muss ein pragmatisch gestalteter Nachweis erbracht werden. Hier könnte auch angesichts der oben genannten Finanzzahlen die Prüfung der Einnahmen und Ausgaben für die IV bei den gesetzlichen Krankenkassen von den Aufsichtsbehörden erfolgen.

Sollte dies nicht zu vereinbaren sein, ist die Spitzabrechnung dann für jeden IV-Vertrag einzeln vorzunehmen? Für jedes Kalenderjahr oder für die Zeiträume 2004 bis 2006 (ohne Rückzahlung an Krankenhäuser) und 2007 und 2008 (mit eventueller Rückzahlung an Krankenhäuser) jeweils summiert? Sind Vergütungsbestandteile des Vertrages einzeln nachzuweisen? Sind Teile der Verträge oder alle Verträge insgesamt offenzulegen?

Verrechnung zwischen Verträgen

Einer der wenigen eindeutigen Hinweise der Exekutive zur Spitzabrechnung im oben bereits zitierten Schreiben des BMG bezog sich auf die Frage, ob Abweichungen zwischen Anschubfinanzierung und Vertragsausgaben eines Vertrages mit denen von anderen Verträgen der gleichen Krankenkasse verrechnet werden können. Diese Frage wurde seitens des BMG eindeutig bejaht. Dies ist auch sachgerecht, da die Anschubfinanzierung prospektiv vorgenommen wird und sich demzufolge erhebliche Unsicherheiten für die Höhe des Einbehaltes ergeben. Die KBV spricht sich dennoch gegen eine Verrechnung zwischen den verschiedenen Verträgen aus.

Verrechnung zwischen Regionen

Zur regionalen Verwendung der Mittel der Anschubfinanzierung heißt es im Gesetz: „Sie sollen in dem Bezirk der KVen, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden“ (§ 140d Absatz 1 Satz 5 SGB V). Das Wort „sollen“ lässt breiten Raum für Interpretationen. Offensichtlich ist, dass damit weder ein Zwang zur

Verwendung der Mittel in der Abzugsregion (müssen) noch eine freie Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen zur Mittelverwendung (können) vorgegeben ist. Der Begriff „soll“ wird juristisch übersetzt mit „eingeschränktem Ermessen“. Was bedeutet dieses eingeschränkte Ermessen nun für die Spitzabrechnung? Pragmatisch interpretiert sollen die Krankenkassen ihr Bemühen darauf ausrichten, dass die Anschubfinanzierung in der Abzugsregion ausgegeben wird. Die Krankenkassen haben sicherlich die Pflicht, erkennbare Irrtümer bei der Höhe der Anschubfinanzierung innerhalb des Fünfjahreszeitraumes beispielsweise durch die Absenkung der Abzugshöhe zu korrigieren. Im Regelfall wird auch die Spitzabrechnung regionalisiert (KV-Regionen) erfolgen müssen.

Worin bestehen aber die Ausnahmen, bei denen von dieser Regel abgewichen werden kann und eine überregionale Verrechnung möglich ist? Eine mögliche Ausnahme könnte vorliegen, wenn die Inanspruchnahme der Versorgung durch Patienten mit Wohnsitz innerhalb und außerhalb der jeweiligen KV-Region erfolgte. Die BQS-Vereinbarung sah für diesen vorhersehbaren Fall eine Einbeziehung aller betroffenen KV-Regionen mit gleicher Abzugshöhe vor. Wenn aber diese überregionale Inanspruchnahme nicht abzusehen war, könnte daraus resultieren, dass die Ausgaben für Patienten in der Wohnortregion angesetzt werden können, obwohl die Leistungserbringung des Vertrages und auch die Anschubfinanzierung in einer anderen KV-Region erfolgte. Zur Interpretation dieser „Soll-Bestimmung“ stehen ein Hinweis der Exekutive und eine Einigung der Selbstverwaltung bislang aus. Dieses Problem betrifft zudem ausschließlich überregionale Krankenkassen, also die Ersatzkassen sowie einige Betriebskrankenkassen.

Spitzabrechnung für Verträge mit einem über einen KV-Bereich hinausgehenden Versorgungsbereich

Überregionale Krankenkassen haben IV-Verträge abgeschlossen, deren Versorgung geplant über eine KV-Region hinausgeht. Zur Kalkulation der Anschubfinanzierung für diese Verträge wurde im Geist der gesetzlichen Regelung vereinbart, dass eine einheitliche Abzugsquote in allen

Versorgungsregionen (KV-Regionen) gleichermaßen auf Kürzungen für KVen und Krankenhäuser anzuwenden ist. Die Versorgungsregionen ergeben sich dabei aus dem Wohnort der Versicherten, die diese Versorgung im Regelfall in Anspruch nehmen.

Eine eventuell im Vorfeld erkennbare unterschiedlich starke Inanspruchnahme in einzelnen Regionen war gemäß der Vereinbarung nicht durch unterschiedliche Abzugshöhen in den einzelnen Regionen zu berücksichtigen. Dementsprechend wäre es nur folgerichtig, dass bei der Ermittlung der verwendeten Mittel sämtliche betroffenen Versorgungsregionen als Einheit zu betrachten sind, sodass für die betroffenen Regionen auch eine einheitliche Rückzahlungsquote existieren muss. Trotz der Tatsache, dass diese überregionale Pauschalierung aus der gemeinsamen Vereinbarung zwischen KBV, DKG und den Spitzenverbänden resultiert, ist zu erwarten, dass die KVen und die Krankenhäuser eine strikte Regionalisierung des Spitzabrechnungsverfahrens fordern werden.

Zeitpunkt der Spitzabrechnung

Ein Sachverhalt, der zu erheblichen Diskussionen führen wird, ist der tatsächliche Zeitpunkt der Spitzabrechnung. Hier wurde zwar eine klare Regelung in das Gesetz aufgenommen, wonach die komplette Spitzabrechnung (das bedeutet auch für das Jahr 2008) bis zum 31. März 2009 durchzuführen ist. Diese Vorgabe kann jedoch schon wegen der Abrechnungspraxis der KVen nicht eingehalten werden. Denn die Kassen erhalten die Abrechnungsdaten der KVen in der Regel erst sechs bis neun Monate nach Erbringung der Leistung, demnach für das Jahr 2008 frühestens im Spätsommer 2009. Auch bei den Krankenhäusern kommt es vielfach zu deutlich verzögerten Abrechnungen. Eine Spitzabrechnung basierend auf einer möglichst vollständigen Datenbasis wäre somit erst im Herbst 2009 realistisch durchführbar. Kommen die Krankenkassen wegen der im Gesetz verankerten unrealistischen Zeitvorgabe in Verzug?

Spitzabrechnung der BARMER

In Anbetracht der diskutierten Rechtsstreitigkeiten ist zu bezweifeln, ob dem Versuch der gemeinsamen Selbstverwaltung Erfolg beschieden sein wird, mit der BQS-Vereinbarung rechtliche Konflikte durch Transparenz zu vermeiden. Uneindeutig gesetzte rechtliche Rahmenbedingungen sowie verschiedene mit dem Gesetz oder der Gesetzesbegründung in Widerspruch stehende Gerichtsurteile zu den Voraussetzungen der Integrierten Versorgung ermuntern trotz Erfüllung der vertraglich vereinbarten Meldeanforderungen durch die Kassen gerade dazu, die Abzugsberechtigung für eine Integrationsversorgung generell zu bestreiten und gerichtlich überprüfen zu lassen.

Die absehbare Konfliktsituation bei der Spitzabrechnung kann nur durch eindeutiges Handeln der Exekutive und gegebenenfalls gesetzliche Vorgaben zum Nachweisverfahren gelöst werden. Nach der hier vertretenen Auffassung können sich die inhaltlichen Anforderungen der Spitzabrechnung voraussichtlich nur an dem orientieren, was der Gesetzgeber bereits jetzt im Hinblick auf die Darlegungen und Nachweise der Krankenkassen zu § 140d Absatz 1 Satz 4 SGB V bestimmt hat. Es handelt sich bei der so genannten Spitzabrechnung zumindest im Ergebnis um nichts anderes als die geldwerte Realisierung dessen, was die Krankenkassen inhaltlich nach § 140d Absatz 1 Satz 4 SGB V darzulegen haben. Ohne die erforderlichen rechtlichen Präzisierungen wird davon auszugehen sein, dass die Zahl der bereits jetzt anlässlich der Integrierten Versorgung rechtshängigen Gerichtsverfahren aller Voraussicht nach noch sehr stark anwachsen wird. Die Krankenkassen sind insoweit gut beraten, darin den in naher Zukunft liegenden Schwerpunkt der Integrierten Versorgung zu erkennen und die Ermittlung der Einbehaltung und Verwendung der Anschubfinanzierung zu veranlassen.

Kommt es zu keiner gesetzlichen Klarstellung oder abweichenden Vereinbarung der gemeinsamen Selbstverwaltung, wird die BARMER die Spitzabrechnung voraussichtlich nach folgenden Regularien durchführen:

- Jeder IV-Vertrag wird hinsichtlich der tatsächlichen Ausgaben und Einnahmen in der Spitzabrechnung ausgewiesen.
- Überregionale Verträge werden überregional ausgewiesen. Der regionale Umsatzanteil wird genauso pauschaliert zugewiesen, wie es für die Festlegung der Anschubfinanzierung in der BQS-Vereinbarung bestimmt ist.
- Zunächst werden auf regionaler und dann auf überregionaler Ebene die Salden aus Ausgaben und Einnahmen einzelner Verträge miteinander verrechnet, soweit sich eine überregionale Inanspruchnahme in diesen Verträgen ergeben hat.
- Ergibt sich nach der Saldierung und Verrechnung ein überschießender Betrag der Anschubfinanzierung, erfolgt die Auszahlung an die Leistungserbringer in der jeweiligen Region, für den Zeitraum von 2004 bis 2008 an die KVen und für 2007 bis 2008 an die Krankenhäuser.

