



DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Fairness für alle

Die Paragrafenschmiede von Minister Spahn läuft weiter auf Hochtouren. Nun stehen mit dem Faire-Kassenwahl-Gesetz die Kassen und ihre Verbände im Fokus. Wer nur mit dem Abbau von Ungereimtheiten bei der Mittelzuteilung über den Risikostrukturausgleich gerechnet hat, hat sich verrechnet. Minister Spahn startet eine grundsätzliche und umfassende Reform des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Da sind die Vorkehrungen gegen Manipulationen von Kassen zur Erlangung von Mitteln aus dem RSA nur eine Facette. Die vorgesehene Abschaffung der regionalen Wahlfreiheitsbeschränkungen zu den Gebietskrankenkassen insbesondere der Ortskrankenkassen stellt die Vielzahl der Kassen und noch viel mehr infrage. Aus Sicht der Krankenhäuser durchaus berechtigt. Umso größer ist die Aufregung im Kassenlager.

Alleine das Nebeneinander von Bundes- und Landesaufsichtszuständigkeiten über die Kassen erzeugt Mehrarbeit, Bürokratie und Ärger. Dass die unsäglichen Rechnerkürzungen in der Geriatrie und der Neurologischen Frührehabilitation immer noch massenhaft die Liquidität vieler Krankenhäuser gefährden, liegt maßgeblich auch an der Uneinheitlichkeit der Aufsicht.

Sachlogisch wäre es, die von der Koalition geplante Reform der Abrechnungsprüfungen in dieses Gesetz mit aufzunehmen. Immer noch haben die Kassen jederzeit die Möglichkeit, die Zahlungen für beanstandungslos erbrachte Leistungen mit streitig gestellten Leistungen zu verrechnen. Sie sind, wie der Bundesrechnungshof richtig darstellt, der Akzeptanz von Zwangsrabatten schutzlos ausgeliefert. Die Unabhängigkeit des MDK von den Kassen würde gut ins Portfolio dieses Gesetzes passen. Geht es doch um mehr Fairness.

Synchron zur Betriebsamkeit des Gesetzgebers läuft die Maschinerie der Selbstverwaltung zur Umsetzung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes auf Hochtouren. In diesem Monat muss die Grundlagenvereinbarung für den DRG-Katalog 2020 und für die Ausgliederung der Pflege am Bett abgeschlossen werden. Mit jedem weiteren Umsetzungsschritt wird deutlich, dass die Ausgliederung und der Aufbau der neuen Systematik zur Vereinbarung der Pflegebudgets ein Mammutvorhaben ist. Obwohl die Pflegekosten in Zukunft über das Pflegebudget erstattet

werden, bestehen die Kassen auf Fortführung der auch von der Pflege abgelehnten PKMS-Codierung. Zu Recht hat der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern die Option eingeräumt, OPS-Kodes, die zur Abbildung der Pflege im alten System genutzt wurden, zu benennen, damit sie gestrichen werden können. Gleichwohl besteht der GKV-Spitzenverband auf Fortsetzung der höchst aufwendigen Kodierungen, offensichtlich um den Selbstkostendeckungsansatz für die Pflegepersonalkosten leichter „killen“ zu können. Lenken die Kassen hier nicht ein, bleibt nur zu hoffen, dass Minister Spahn der unsäglichen Bürokratie ein Ende macht. Das InEK braucht hier schnell Klarheit, um im ohnehin engen Terminplan weiterarbeiten zu können.

Die Stärkung der Pflege kann nicht gelingen, wenn die Krankenhäuser auf dem Weg zum Pflegebudget finanziell geschwächt werden. Genau das droht aber, wenn die Kassen sich mit ihrer Vorstellung zur 2017 gesetzlich eingeführten Sachkostenabsenkung durchsetzen würden. Derzeit werden ca. 900 Mio. € von den Sachkostenanteilen der Fallpauschalen abgezogen (ca. 6,5 %) und mit 1,7 % den Personalkostenanteilen erhöhend zugeschlagen. Die Kassen gehen davon aus, dass dieser künstliche Eingriff in die DRG-Kalkulation auch auf die auszugliedernden Pflegekosten anzuwenden ist. Damit würden ca. 250 Mio. € dem DRG-System entzogen, ohne dass sie über die neuen Pflegebudgets finanziert werden. Das gesetzliche Versprechen bei der Installierung der Sachkostenabsenkung war, dass die Mittel im System bleiben. Die Höhe der zukünftigen hausindividuellen Pflegebudgets hat aber mit der künstlichen Sachkostenabsenkung überhaupt nichts zu tun. Das Geld wäre weg. Wenn nicht die Schiedsstelle, müsste der Gesetzgeber klarstellen, dass die aufkommensneutrale Sachkostenkorrektur über die in den Fallpauschalen verbleibenden Personalkosten erfolgen muss. Ansonsten wäre die Möglichkeit für die DKG, im Herbst den DRG-Katalog mit dem GKV-Spitzenverband zu vereinbaren, mit einer schweren Hypothek belastet.