



Foto: Getty Images/Svalbonas

GKV zum Pflexit

Integrale Vergütung

In seinem Gastbeitrag für *f&w* präsentiert Dr. Wulf-Dietrich Leber Vorschläge, wie man ein Miteinander von Pflegepersonalkosten und DRG organisieren könnte. Der GKV-Vertreter hat dem Kind bereits einen Namen gegeben: „Integrale Krankenhausvergütung“.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Noch einmal: Die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-Fallpauschalensystem ist ein politischer Fehler. Insbesondere die Entscheidung, künftig zwei Vergütungskomponenten einzuführen und Pflege nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zu finanzieren, ist auf der Skala politischer Klugheit irgendwo in der Nähe des Brexit einzu-sortieren. Die Folgen sind absehbar: Es wird auf Krankensebene ins Pflege-

budget umgebucht, was das Zeug hält. Sinnvolle pflegeentlastende Maßnahmen der Vergangenheit werden wieder rückgängig gemacht (Stichwort: Pflegekräfte putzen wieder Spiegel) und die Altenpflege wird von den besser bezahlenden Krankenhäusern leergekauft. Die Entscheidung einer dunklen Nacht während der Koalitionsverhandlung ist nach wie vor ein Mysterium, gab es doch vorher nicht ein einziges Papier, das diesen

„Pflexit“ inhaltlich vorbereitet und in die Debatte eingeführt hatte. Nach wie vor ist auch schwer erklärbar, wieso es kein politisches Korrektiv nach dieser Entscheidung gab, wieso der vergleichsweise breite Konsens zur Erhaltung des DRG-Systems ins Nichts implodierte. Es mag damit zusammenhängen, dass das Jahr 2017 erstmals einen Mengenrückgang zeigte. Fallpauschalen sind beliebt, wenn die Fälle steigen, und wer-

den offenbar über Bord geworfen, wenn in Zeiten stagnierender Fälle die Budgetorientierung als attraktivere Variante zur Einnahmensicherung gilt.

Der eigentliche Grund für die disruptive Politikentscheidung dürfte im Bereich Altenpflege liegen. Schließlich gibt es spätestens seit 1990 den sogenannten Pflegenotstand, ohne dass dies zu einem Vergütungssplit geführt hat. Natürlich gab es politische Aktivitäten, um die Pflege besser im DRG-System abzubilden – allen voran die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) zur Berücksichtigung besonders pflegeaufwendiger Fälle. Mit den Pflegepersonaluntergrenzen wurde zudem ein vernünftiges Konzept auf den Weg gebracht, um Pflegequalität in jeder Schicht und auf jeder Station sicherzustellen. Man hätte die Wirkungen abwarten sollen, bevor man zu einer solchen radikalen Maßnahme greift.

Nicht jede „hinterlistige“ Buchung akzeptieren

Wie weiter, nachdem nun der Gesetzgeber entschieden hat? Zunächst wird die Abrechnungswelt wieder einmal etwas komplizierter und konfliktbeladener. Das Selbstkostendeckungsprinzip führt geradezu zwangsläufig in die so oft kritisierte Misstrauenskultur, da die Kostenträgerseite eine kreative Buchung entwickeln kann, die weit über den politischen Auftrag hinausgeht. Der lautet (vereinfacht gesagt): Jeder Aufbau im Bereich Pflege soll finanziert werden. Das heißt natürlich nicht, dass jede „hinterlistige“ Buchung in den Pflegebereich akzeptiert werden soll. Zu Recht hat der Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass eine Doppelfinanzierung vermieden werden soll.

Anfang dieses Jahres hatten GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft die unschöne Aufgabe, das Personalbudget vom DRG-Rumpfbudget abzugrenzen. Das wird nur funktionieren, wenn man ganz tief in die Kalkulation der Krankenhäuser eingreift, will meinen: Es müssen Buchungsvorschriften, die bislang in der Freiheit des Krankenhauses waren, eingeschränkt und konkretisiert werden. Laut Gesetz sind die Regelungen dieser

Vereinbarung rückwirkend ab Januar 2019 anzuwenden. Da geht es um die Frage, was denn nun eigentlich „bettenführende“ Abteilungen sind. Eine zentrale Notfallaufnahme beispielsweise nicht wirklich. Handlungsleitend ist zunächst die Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV), aber bei der Kostenstellenabgrenzung ist das DRG-Kalkulationshandbuch entscheidend. Mehrere Kapitel, die bisher nur für die Kalkulationshäuser verbindlich waren, müssen nun allgemeinverbindlich für alle Häuser erklärt werden. Ein Beispiel: Laut KHBV ist der Einsatz von Fremdpersonal unter Sachkosten zu buchen, laut Kalkulationshandbuch jedoch unter Personalkosten.

Es sollte nicht zwei Grouper geben

Es ist absehbar, dass die Abgrenzung in den nächsten Jahren nachgeschärft werden muss und dass sie vor allem konfliktbeladen sein wird. So manches Haus wird versuchen, den sinnvollerweise eingeführten zentralen Transportbereich wieder als Pflege am Bett zu deklarieren. Es bleibt zu hoffen, dass solche Umbuchungstricks von der Politik nicht als Stärkung der Pflege interpretiert werden. Hochgradig strittig ist die im Gesetz angelegte Reduktion der Pflegedokumentation über eine Bereinigung der OPS-Schlüssel. Bei der Diskussion des PKMS waren viele überrascht, dass die diesbezüglichen Zusatzentgelte weit mehr enthalten als Pflegekosten und der PKMS dementsprechend durch die Pflegefinanzierung via Selbstkostendeckungsprinzip alles andere als überflüssig ist. Der PKMS triggert Dutzende von DRG und seine ersatzlose Streichung würde Hunderte von Millionen Euros an die falschen Häuser leiten, nämlich jene, die nicht die Patienten mit besonders hohem Pflegeaufwand betreuen. Also wird der Code erhalten bleiben müssen, bis er durch eine hoffentlich weniger aufwendige Erfassung von Pflegeintensität ersetzt werden kann.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beabsichtigen, die Grundstrukturen der künftigen Vergütung in einem „Grundlagenvertrag“ zu regeln.

„Die Folgen sind absehbar: Es wird auf Krankensebene ins Pflegebudget umgebucht, was das Zeug hält.“

Darin ist beispielsweise zu klären, wie das Pflegebudget „abzufinanzieren“ ist, also die Frage, ob der Tagessatz DRG-differenziert ist und ob es auch für den Pflegebereich Zusatzentgelte gibt, so zum Beispiel für die Palliativversorgung. Das Ziel sollte eine „integrale Vergütung“ sein, also eine Vergütung, die die politische Vorgabe „Aufwachsen der Pflege wird im vollen Umfang finanziert“ berücksichtigt, gleichzeitig aber die bestehende leistungsorientierte Vergütung beibehält. Die Pflege sollte integraler Bestandteil der Krankenhausvergütung bleiben. Es sollte beispielsweise nicht zwei Grupper geben, sondern eine integrale Vergütung, bei der weiterhin die unermessliche Zahl von Diagnose- und Therapiekosten mittels eines einzigen Groupers auf eine überschaubare Zahl von Fallgruppen reduziert wird. Alles andere würde die Komplexität unnötig erhöhen und unerwünschte Finanzverschiebungen zwischen den Krankenhäusern nach sich ziehen.

Man bemerke: Nirgends im Gesetz steht „Schafft die DRG ab!“. Es wird

nur eine vollumfängliche Refinanzierung von verbesserter Pflege geschaffen. Das DRG-System wird weiter lernen müssen, da schließlich einige Veränderungen auf der Agenda stehen: 1. Da weiterhin keine Trendwende erkennbar ist, wird aufgrund des Länderversagens künftig das Gros der Investitionen via DRG finanziert – auch wenn das Gesetz etwas anderes sagt. Also wird man die Investitionsanteile in den Relativgewichten über kurz oder lang integrieren müssen.

2. Der Grenzbereich zur ambulanten Versorgung wird neu zu regeln sein. Gegenwärtig unterscheidet das DRG-System nicht einmal zwischen Fällen mit und ohne Übernachtung.

3. Da die Finanzierung der Pflegekosten gemäß Selbstkostendeckung nur ein Zwischenspiel sein wird, bleibt es eine Aufgabe, aufwendige Pflege weiterhin vernünftig im DRG-System zu berücksichtigen.

4. Die angekündigten „Integrierten Notfallzentren (INZ)“ sollen einer eigenständigen Vergütung folgen, die entwe-

der als Bestandteil oder als Komplement zum DRG-System zu kalkulieren sein wird.

Möglicherweise wird auch der Aspekt der Vorhaltung eine stärkere Rolle bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems spielen. Und nicht zuletzt könnten Aspekte der Qualität sowohl als Zu-, aber auch als Abschlag Veränderungen erfordern. Das alles wird nicht einfacher, wenn man die Vergütung in mehrere Komponenten aufspaltet. Natürlich hat der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eine klare Vorgabe gemacht, die von manchem als Ende des DRG-Systems interpretiert wird. Aber es ist wahrscheinlich eher so wie mit dem Brexit: Der ist eine fatale Entscheidung, aber er bedeutet nicht das Ende des europäischen Gedankens. Eher im Gegenteil: So wie der Brexit den Blick dafür geschärft hat, wie wichtig es ist, Europa neu zu denken, so wird der „Pflexit“ den Blick dafür schärfen, dass für Krankenhäuser im Grundsatz ein leistungsorientiertes Vergütungssystem unverzichtbar ist – mit Pflege als integralem Bestandteil.

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilungsleiter Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

18. Nationales
DRG-Forum

3. Nationales
Reha-Forum

21. und 22. März 2019
Estrel Congress Center Berlin

Das DRG-System 2019

*Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer,
InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH*

Podiumsdiskussion (mit Impulsvorträgen):
**„DRGs nach dem Pflexit“: Folgen des DRG-Pflege-Splits.
Der massivste Eingriff seit Bestehen des DRG-Systems**

*Georg Baum, Hauptgeschäftsführer, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband
Ferdinand Rau, Leiter Referat „Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser“,
Bundesministerium für Gesundheit*

Moderation: *Dr. Nicolas Krämer, Geschäftsführer, Lukaskrankenhaus Neuss*

Jetzt anmelden: www.drg-forum.de