

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

ZUKUNFTSSCHMIEDE

■ GESETZGEBUNG

Viel Geld für Ärzte und
Krankenhäuser, der Versicherte
zahlt – wer profitiert?

■ ZUKUNFT DER GKV

Start-up-Energie und klasse Ideen
beim ersten Krankenkassen
Hackathon



Dachverband



BESSERE VERSORGUNG DURCH HOHE AUSGABEN?

DER VERSICHERTE ZAHLT – WER PROFITIERT?

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin Politik und Kommunikation

Die gesetzlichen Krankenkassen schwimmen laut BMG im Geld, das (endlich) für Beitragssatzsenkungen und die Versorgung ausgegeben werden sollte. Mit dieser Botschaft hat das Bundesministerium für Gesundheit den Boden für die öffentliche Debatte um die jüngsten Gesetze vorbereitet. Auch wenn die erste These leider nur zum Teil stimmt und die Ungleichverteilung der Finanzüberschüsse ignoriert, ist eines der aufgezeigten Ziele richtig. In eine bessere Versorgung und in eine hohe Versorgungsqualität sollten Gelder – und auch die Überschüsse – fließen. Allein: Die aktuelle Gesetzgebung wird diesem Anspruch des BMG kaum gerecht. Sie hat hohe Ausgaben zur Folge, doch es fragt sich, wer davon profitiert.



© Ninoslav Vrana/The Image Bank/Getty Images

Unbestritten hat sich die bereits hohe Schlagzahl an Gesetzgebungsverfahren der letzten Legislaturperiode in der aktuellen nochmal erhöht. Deutlich ist seit Amtsantritt von Gesundheitsminister Spahn auch geworden: Anders als bei seinem Vorgänger finden nicht „nur“ diejenigen Maßnahmen Niederschlag in Gesetzen, die im Koalitionsvertrag vereinbart wurden. Die Gesetze gehen deutlich darüber hinaus. Dies ist per se nicht schlecht, denn im Gesundheitswesen gibt es nach wie vor vieles anzupacken und zu beschleunigen, was liegengeblieben ist oder sich in bequemer Selbstgefälligkeit verschleppt hat. Also, gute Impulse? Leider nicht nur! Es gibt Aspekte, die mehr als irritierend,

wenn nicht gar brandgefährlich sind, weil sie per Federstrich weitreichend in die bestehenden GKV-Strukturen eingreifen. Gleichzeitig kosten sie die Versicherten viel Geld – ohne nennenswerte Verbesserungen der Versorgung zu erzielen.

Was ist erstmal nur irritierend? Da ist zum einen der Politikstil der Gesetzgebung. Es ist befremdlich, wenn trotz einem klarem „Nein“ des Koalitionspartners zu einzelnen Regelungen eines Gesetzgebungsverfahrens plötzlich wieder in einem anderen Gesetzesvorhaben auftauchen. Unberechenbar – und gezielt als Verwirrungsmechanismus

» Es lohnt sich, die beteiligten Akteure frühzeitig an einen Tisch zu holen, bevor in Nacht- und Nebelaktionen Gesetze durchgeboxt werden. «

eingesetzt – ist zudem die Gesetzgebung per Änderungsantragsflut in letzter Sekunde vor Verabschiedung. Den Überblick zu behalten, ist bei der Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Anträge nur schwer möglich.

Gefährlich ist zum anderen die Grundhaltung, die insbesondere der Minister gegenüber der GKV zeigt, sowie die Richtung, die auf dieser Basis eingeschlagen wird: Dies ist eine große Unzufriedenheit mit dem bestehenden, selbstverwalteten GKV-System, offensichtlich verbunden mit dem Glauben,

- dass zur Lösung komplexer gesundheitspolitischer Themen eine schnelle, medial gut inszenierte Ministerentscheidung geeigneter ist, als der – zugegebenermaßen manchmal langwierige – Konsensprozess der gemeinsamen Selbstverwaltung. Entsprechend wird letztere sukzessive beschnitten, reglementiert oder auch einfach ignoriert.
- dass eine Zentralisierung der Prozesse und Strukturen hin zum Bund die Umsetzung des Gesetzgeberwillens beschleunigt. Regional spezifische oder individuelle Handlungsoptionen der Akteure werden daher eingeschränkt.

- durch populistisch aufgegriffene und per Gesetz – z. T. in Hauruck-Aktionen – adressierte Themen die Politik als „Macher“ bei den Wählern platzieren zu können. Dabei für das System entstehende Kollateralschäden werden einkalkuliert.

Ebenfalls gefährlich ist das Vorgehen, die vermeintlich vollen Kassen der GKV zur Finanzierung von großen, Partikularinteressen bedienenden Trostpflastern zu nutzen. Und dies, ohne dass sich für den Zahlenden, den Versicherten also, signifikant etwas in der Versorgung verbessert. Die Inszenierung des Gesetzgebers als Beitragssatzsenker wird spätestens bei den nächsten Kostendämpfungsgesetzen enden, wenn die jetzigen Gesetze finanziell wirken und die Wirtschaft zu lahmen anfängt.

Folgend seien die markantesten Beispiele genannt: Das erste Gesetz, das den Gesetzgebungsstil dieser Legislaturperiode aufzeigte, war das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG). Per Omnibus wurden 19 fachfremde Änderungsanträge z. T. in letzter Minute eingebracht. Einer davon war der hoch umstrittene Antrag zur Verkürzung der Verjährungsfristen von Ansprüchen von Krankenhäusern und

Krankenkassen. Was war der Hintergrund? Auf Basis von zwei Urteilen des Bundessozialgerichts haben im November 2018 Krankenkassen Klagen oder Aufrechnungen bei Krankenhäusern mit Schlaganfallversorgung vorgenommen. Aufgrund der BSG-Urteile konnten sie Rückforderungen gegen Kliniken geltend machen, wenn diese bestimmte Vorgaben nicht eingehalten hatten. Die massiven Proteste der Krankenhäuser bewogen den Gesetzgeber, in einer Nacht-und-Nebel-Aktion im Rahmen des PpSG rückwirkend den so genannten Prozedurschlüssel für den entsprechende OPS-Komplexcode (Abrechnungsschlüssel) zu verändern. Da die Kassen jedoch den ungerechtfertigten Verlust von Beitragsgeldern befürchteten, haben sie vor Inkrafttreten der Gesetzesregelung für strittige Fälle Klagen eingereicht bzw. Aufrechnungen vorgenommen. Von der Klagewelle überraschte Sozialgerichte schlugen Alarm, und auch die Krankenhäuser hatten hierdurch eine größere Not als vorher. Unnötig wurden Scherben zerschlagen, die Parteien zerstritten. Viel zu spät wurde vom BMG in einem gemeinsamen Termin zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auf Bundesebene eine Lösung gesucht. Im Rahmen einer gemeinsamen Empfehlung konnte ein Vorgehen vereinbart werden, dass die Situation befrieden soll. Etliche Krankenkassen im BKK System und darüber hinaus haben seither die Klagen zurückgezogen. Gleichwohl: Beide Seiten beschuldigen sich nun, die Empfehlung nicht umzusetzen. Angeblich zögen die Krankenkassen nicht schnell und umfassend genug die Klagen oder Aufrechnungen zurück. Andererseits sehen sich die Krankenkassen mit Forderungen der Krankenhäuser zur Begleichung ihrer

Anwaltsrechnungen konfrontiert – hier handeln die Krankenhäuser gegen die getroffene Empfehlung.

Was hieraus eigentlich gelernt werden sollte ist, dass es sich lohnt, in solch einem Fall die beteiligten Akteure frühzeitig an einen Tisch zu holen, bevor in Nacht- und Nebelaktionen Gesetze durchgeboxt werden, um sogar richterliche Entscheidungen zu beheben. Eine Dehnung des Rechtsstaates – finden auch Richter des Bundessozialgerichtes. Doch der Reflex, sich vor Krankenhäuser zu werfen, war leider stärker. Weder das Kassenhandeln, noch die durchaus kritische Abrechnungspraxis etlicher Krankenhäuser wurde objektiv hinterfragt. Fakt zu Letzterem ist: bei Falschabrechnungen handelt es sich nicht um ein Kavaliersdelikt:

- Durch fehlerhafte Abrechnung der Krankenhäuser entsteht der Versichertengemeinschaft ein Schaden von rund drei Mrd. Euro pro Jahr. Für die Versicherten sind das 0,23 Beitragssatzpunkte.
- Im Jahr 2018 musste alleine der MDK Nordrhein über 60 % der von ihm geprüften Rechnungen beanstanden. 50,3 % der Rechnungen wurden nach Prüfung und Erstellung eines medizinischen Gutachtens durch den MDK um durchschnittlich 2.000 Euro pro Fall gekürzt. Alleine in NRW wurde mit den Korrekturen ein Volumen von fast 307 Mio. Euro zurück an die GKV-Solidargemeinschaft gezahlt. Das entspricht etwas mehr als dem jährlichen Fördervolumen des Innovationsfonds.

Übrigens: Die vom MDK Nordrhein geprüften Kliniken haben in mehr als 90 % der Fälle den Änderungen des Rechnungsbetrags zugestimmt.

Und noch eine Klarstellung: Gestritten wird um Rechnungen, die bereits durch die Krankenkassen bezahlt wurden. Das Krankenhaus wartet also nicht auf das ihm zustehende Geld, es hat das Geld bereits bekommen. Wenn sich allerdings im Nachhinein – etwa unterstützt durch ein Gutachten des MDK – herausstellt, dass eine vom Krankenhaus abgerechnete Leistung nicht begründet war, wird über die entsprechende Kürzung einer neuen, unstrittigen Rechnung das Geld an die Kasse „zurückgezahlt“. Die in der öffentlichen Debatte erzählte Geschichte, die Krankenkasse stürze bei Rechnungskürzung ein Krankenhaus in Liquiditätsprobleme, nutzt zwar geschicktes Framing – aber sie ist falsch.

Und der Versicherte, der Patient? Er sollte sich wundern, dass neben dem Verschwinden seiner Beiträge niemand in dieser Debatte adressiert oder diskutiert hat, wie denn nun die Qualität der Schlaganfallversorgung verbessert wird. Hier schneidet Deutschland im OECD-Vergleich hinsichtlich der Sterblichkeit der Betroffenen jedoch schlecht ab. Sicherlich ist die Frage zu stellen, ob 30 Minuten reine Transportzeit, wie es das BSG in seinem Urteil festgelegt hat, ausreichend sind, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Angeblich ist das nicht mal in Ballungsgebieten zu schaffen. Andererseits dürfen nicht die

vorhandenen Versorgungsstrukturen ausschlaggebend dafür sein, wie Qualität der Versorgung definiert wird. Schließlich zählt jede Minute im akuten Fall, um Langzeitschäden und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und Lebensqualität zu erhalten. Über die hierfür notwendigen Maßnahmen, Strukturen und Prozesse sollte also gestritten, offensichtlich erfolgreicherer Nachbarländern ins Rezept geschaut und dies auf Deutschland übertragen werden. Bisher ist dazu jedoch Fehlannonce zu vermelden. Immerhin: In München haben Ärzte in einem Pilotprojekt das Szenario bei Schlaganfällen umgedreht und fliegen zu ihren Patienten. Und das ganz ohne Gesetzgeber.

Eine neue Dimension der Omnibusgesetzgebung schafft das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Es bedurfte sogar einer zweiten, öffentlichen Anhörung, um über die Flut an fachfremden und fachlichen Änderungsanträgen zu beraten, die seit der Kabinettsfassung eingebracht wurden. Nach wie vor vergeht kaum eine Woche, in der nicht noch weitere bekannt werden. Dass das Konvolut an Änderungsanträgen mit insgesamt über 200 Seiten sich von Version zu Version verändert, Änderungsanträge mal rein-, mal rausgenommen, mal verändert und mal verschoben werden, führt zur völligen Unübersichtlichkeit. Eine Herkulesaufgabe, den Durchblick zu behalten. Und weil bei der

Menge und Kurzfristigkeit sich alle Interessensvertreter nur noch auf „ihre drei Kernthemen“ konzentrieren können, um Dinge zu bewegen, geht Etliches im Getöse durch, was in einem kleinen Gesetz wohl kaum so einfach umsetzbar gewesen wäre. Hier ein paar Beispiele:

- Hilfsmittelausschreibungen werden aufgehoben, obwohl doch gerade erst in einem vorhergehenden Gesetz Regelungen zur Verbesserung der Ausschreibungsqualität eingebracht wurden und aktuell umgesetzt werden. Gesetzgebungshektik zu welchem Zweck?
- Das BMG wird per Federstrich mit 51 % zum Hauptgesellschafter der gematik – immerhin einer GmbH, in die das BMG aber keine Eigenanteile einbringt. Gleichzeitig wird der KBV die Definition der semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte übertragen. Das Bild von Bock und Gärtner drängt sich auf.
- Für die Behandlung von Patienten mit Terminservicestellen-Empfehlung wird on top der bereits vorgesehenen extrabudgetären Vergütungen noch eine Sondervergütung für Hausärzte vorgesehen, was künftig chronisch

Kranke benachteiligen wird. Die gesamten zusätzlichen Vergütungsbausteine werden mindestens 1,2 Mrd. Euro zugunsten der Ärzte kosten – immerhin ca. 0,1 Beitragsatzpunkte für die Versicherten.

- Ein richtigerweise vorgesehener Änderungsantrag zur Reduktion von Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen im Morbi-RSA wird wieder einkassiert und auf später verschoben.
- Für Hausarztverträge wird ein Zwangsbonus für Versicherte etabliert, der Kassen, die Hausarztverträge zur Optimierung im Morbi-RSA nutzen, doppelt begünstigt.

Strukturveränderungen also, die viel Geld kosten, Manipulationen und Optimierungen zulassen – und was bringen sie dem Patienten? Dem Versicherten? Mit viel weniger Geldaufwand hätte man

- die Terminservicestellen zu echten Online-Vermittlungsstellen entwickeln können – idealerweise verbunden mit einem Triage-Ansatz, der wiederum an die Notfallversorgung angebunden ist. Dies hätte sowohl die

»Die vorhandenen Versorgungsstrukturen dürfen nicht ausschlaggebend dafür sein, wie Qualität der Versorgung definiert wird.«

Krankenhäuser als auch die Facharzt- und Hausarztpraxen entlastet.

- Haus- und Fachärzte zur (IT-basierten) Offenlegung ihrer medizinischen Versorgungsangebote, ihres Versorgungsumfanges, ihrer Wartezeiten etc. verpflichten und bei Nicht-Einhaltung sanktionieren können. Diese Transparenz über das Versorgungsgeschehen hätte wiederum die Vermittlung von Patienten erleichtert.
- Regelung bzw. Sanktionen zur Steigerung der Termintreue der Versicherten – und warum auch nicht der Ärzte – bei vereinbarten Arztterminen einführen können, um Leerläufe sowie lange Wartezeiten zu vermeiden.

Man hätte auch nicht die ambulante Vergütungsmechanik aufgeben müssen, um nun außerhalb jeden Budgets „Neupatienten“ behandeln zu lassen. Der Glaube an die Wirksamkeit von Hausarztverträgen scheint zudem gesunken zu sein, wenn in immerhin gesetzlich verpflichtenden Verträgen von den Kassen Boni verschenkt werden müssen und dies nicht an Kriterien für die „Richtigen“, für die chronisch kranken Patienten gebunden wird. Auch hier wieder die Frage: Wem nutzen diese Gelder? Nicht dem Patienten oder Versicherten, der nun lukrativer ist, wenn er in Ringüberweisungen, per Termindienst-Vermittlung oder als gesunder Hausarztpatient in der Praxis erscheint.

Über die finanziell teuren Regelungen ohne strukturverbessernde Inhalte im Gesetz zur Sicherung der Arzneimittelversorgung (GSAV) wurde bereits in der letzten Ausgabe des Magazins ausführlich berichtet. Daher soll an dieser Stelle auf weitere Ausführungen verzichtet und lieber der Blick auf das Gesetz zur Beitragsentlastung der Betriebsrentner in der gesetzlichen Krankenversicherung (Betriebsrentnerentlastungsgesetz) gelenkt werden. Auch dieses ist ein Gesetz, das vermuten lässt, dass der Minister erst gar nicht die Wirkungen aus dem vorhergehenden GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) abwarten will, das u. a. die Senkung der Zusatzbeitragssätze der Kassen und ein Abschmelzen von Vermögen zum Ziel hatte. Nicht von der Hand zu weisen ist der Verdacht, dass sich der Minister eine Hintertür offenhalten will, sollte die mit dem GKV-VEG gekoppelte Reform des Morbi-RSA nicht gelingen oder sich verzögern. Denn er will unbedingt einen stärkeren Preiswettbewerb unter den Kassen. Von „Gelder in die Versorgung“ wird hier nicht gesprochen. Es bleibt abzuwarten, wie der nun vorliegende Entwurf zur RSA-Reform auf die Kassen wirkt. Bleibt er, wie er ist, wird er die Kassenlandschaft stärker verändern, als jede Regelung zur Zwangsabsenkung von Vermögen oder Informationspflichten der Kassen es je könnte. Nun hat der Minister seitens der Kanzlerin zwar eine Absage zur steuerbasierten

Gegenfinanzierung der eigentlichen Betriebsrentner-Entlastung erhalten, der Referentenentwurf ist damit jedoch noch nicht vom Tisch.

Last but certainly not least sei auch das Implantateregister-Errichtungsgesetz (EDIR) genannt. Was als sinnvolles Gesetz daher kommt, hat es plötzlich in sich: Wie der Clown aus der Kiste findet sich nun plötzlich wieder das Ansinnen des Ministers, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht nur ins Handwerk zu pfuschen, sondern seine Arbeit ganz zu übernehmen. Diese Vorhaben wurde ihm bei seinem Vorstoß zum Lipödem, dem Fettabsaugen als Kassenleistung, im Rahmen des TSVG vom Koalitionspartner bereits zerschossen. Nun soll mittels des EDIR wieder der Gesundheitsminister die Entscheidungshoheit haben, wenn es ihm zu langsam geht mit der Übernahme von Leistungen in den GKV-Leistungskatalog. Evidenznachweise, Wirtschaftlichkeitsabwägungen – wer Wählerherzen gewinnen will, will sich davon nicht ausbremsen lassen. Statt nach Wegen zu suchen, wie innovative Methoden schneller und dennoch mit einem hohen Maß an Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit ins System kommen, soll die Selbstverwaltung bei Bedarf per ordre de mufti dem Minister folgen. Ordnungspolitisch und für die Solidargemeinschaft der GKV ein (weiterer) Sündenfall. Und der – ja, wer wohl – Versicherte darf dann mit seinen Beiträgen die neu in den

GKV-Katalog aufgenommenen (Wahlkampf-)Leistungen der Politik und die dann aufgerufenen Preise zahlen.

Damit wird in Zeiten guter Konjunktur viel Anpack-Potential verschenkt. Es fehlt an mutigen Schritten hin zu echten Veränderungen der Planung und Umsetzung von sektorenübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsstrukturen hin zu einer Versorgung entlang der Versorgungsbedarfe der Patienten und Versicherten. Es fehlt an Visionen, wie ein digitalisiertes Gesundheitssystem aussehen und arbeiten und wie der Prozess dahin gestaltet werden muss. Es fehlt der Wille, ordnungspolitische Rahmenbedingungen für den beschleunigten, aber sicheren Zugang von Patienten zu innovativen und auch digitalen Behandlungsmethoden zu setzen. Es mangelt an Strategien, wie vor dem Hintergrund der sozio-demografischen Entwicklungen, dem Fachkräftemangel in der Pflege und medizinisch-technischer Sprung-Innovationen das Solidarsystem weiterentwickelt und für die künftigen Herausforderungen generationen- und zukunfts-fest gemacht werden kann.

Die Frage, wofür? das viele Geld mit all den beispielhaft genannten Gesetzen ausgegeben wird, muss bei genauer Betrachtung leider eigentlich heißen: für wen?, denn Profiteure sind aktuell der Minister, Ärzte und Krankenhäuser. Das sollte den Zahlern, den Versicherten, nicht reichen. ■

