

Editorial



Die Stunde der Schiedsstellen

Der Monat März 2005 wird in die „Rechtsgeschichte“ im Krankenhausbereich eingehen. Nachdem die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert in den 16 Bundesländern gescheitert sind oder noch scheitern werden, kommt die Stunde der Bewährung der Landesschiedsstellen. Ohne die Entscheidung

dieser Institutionen wird das DRG-System nicht anlaufen können. Im Gesetz ist eine Ersatzvornahme durch das BMGS vorgesehen, aber die Selbstverwaltung muss Vorfahrt haben. Die Krankenhausgesellschaften haben sich intensiv vorbereitet, die Schlacht kann beginnen. Die notwendigen Anträge sind oder werden formuliert – dann geht es los.

Wenn in der Sanduhr der letzte Rest Granulat durch das Glas rieselt, scheint dies viel schneller zu gehen, als am Anfang. So ist es auch bei den Verhandlungen über eine Anschlussregelung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V ab 1. April 2005: Die Zeit drängt. Für das erweiterte Bundesschiedsamt, das in der dreiseitigen Besetzung KBV, GKV und DKG zum ersten Mal seit seiner gesetzlichen Verankerung tagt, bleibt lediglich der März. Noch nie wurden derart heftige Verhandlungen geführt, um den schmalen Korridor ambulanter Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses mit Leben zu erfüllen.

Die Kassenseite kündigte alle Verträge zu § 115 b SGB V, nachdem der EBM 2000plus erarbeitet war. Dieser bringt nicht nur eine geänderte Vergütung, sondern auch eine Festlegung der Leistungen, die unter § 115 b SGB V zusammengefasst werden sollen, weil sich die Leistungsbeschreibungen deutlich verändert haben. Mit der Anwendung des EBM 2000plus im Zusammenhang mit § 115 b SGB V soll gleichzeitig die Verschlüsselung nach Prozeduren zur Pflicht werden, quasi die Normung der Leistungen. Endlose Verhandlungen haben zu keinem einvernehmlichen Ergebnis geführt. Mit der Kündigung aller Verträge steht alles auf dem Prüfstand – neben der Leistungsbeschreibung auch die Sachkostenerstattung und die Qualitätssicherungsabsprachen. Alles muss neu verhandelt werden. Bei den Leistungen und deren Verschlüsselung wurde bislang weitgehend Konsens erzielt; ob dieser endgültig hält, ist allerdings nach wie vor fraglich.

Ungelöst ist das Problem, ob Qualitätsanforderungen des niedergelassenen Bereichs (§ 135 SGB V) auf die Krankenhausleistungen nach § 115 b SGB V übertragen werden sollen oder nicht – und wenn ja, welche.

Die Frage, ob stationäre Qualitätssicherungsanforderungen für den ambulanten Bereich verpflichtend sein sollen, wurde bislang nicht vertieft.

Unüberbrückbare, im Wesentlichen zweiseitige Hindernisse türmen sich zwischen GKV und DKG bei der Sachkostenerstattung auf. Dies erschließt sich nur dem Eingeweihten: Anwendung der Sprechstundenbedarfsverordnung – ja oder nein? Arzneimittelverordnung – ja oder nein? Pauschalierung – ja oder nein? Eine Gleichbehandlung mit dem ambulanten Bereich wurde für diesen Sektor abgelehnt. In diesem Punkt wird es noch eine Menge Streit vor dem erweiterten Bundesschiedsamt geben.

Hinsichtlich der Bezahlung ambulanter Leistungen nach § 115 b SGB V spricht das Gesetz von einer „einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte“. Als Unbefangener glaubt man, dies müsse dreiseitig geregelt werden. Die Wirklichkeit sieht jedoch anders aus. Weil für Vertragsärzte der EBM 2000plus gilt, soll dies aus der Sicht der KBV und der GKV auch für § 115 b SGB V, das heißt auch für die Krankenhäuser, gelten.

Kommt der EBM 2000plus oder kommt er nicht? Um diese Frage zu beantworten, könnte man ebenso gut Blütenblätter zupfen. Der neue Bewertungsmaßstab soll bereits zum 1. April 2005 Anwendung finden. Eine vertrackte Situation. § 115 b SGB V – EBM 2000plus – Gleichbehandlung? In der Sachkostenerstattung gilt dies nach Ansicht der GKV nicht. § 115 b SGB V – Qualitätsanforderung wie im ambulanten Bereich? Diese Auffassung wird von der GKV und von der KBV vertreten, nicht jedoch von der DKG. Kein Wunder: Hier handelt es sich um „vermintes Gelände“, gerade auch vor dem Hintergrund, dass sich bei den zusätzlichen ambulanten Leistungen nach § 116 b SGB V und im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung fast nichts bewegt.

Dass der EBM 2000plus auf die Leistungsbereiche der Krankenhäuser abstrahlt, ist ein Faktum. Ließe sich dies auch als Vertragsgestaltung zu Lasten Dritter beschreiben? Man denkt an Borcherts „draußen vor der Tür“, da bei der Entstehungsgeschichte und der Festlegung der Inhalte des EBM 2000plus die Krankenseite weitgehend außen vor bleibt. Mehr Transparenz ist überfällig.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■