

Editorial



Lähmung statt Fortschritt

Das erweiterte Bundesschiedsamt nach SGB V spielte bisher für den Krankenhausbereich praktisch keine Rolle. Schließlich kann es nur in einem einzigen Fall, nämlich im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus angerufen werden, und zwar dann, wenn eine Vereinbarung nach § 115 b SGB V nicht zustande kommt. Die ansonsten

für die vertragsärztliche und zahnärztliche Versorgung zuständige Institution wird in diesem Fall um Vertreter der Krankenhäuser ergänzt.

Die Zusammensetzung des Gremiums erinnert an die Kammer nach Absatz 4 (ärztliche Angelegenheiten) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), wo unter anderem der Katalog hochspezialisierter Leistungen und seltener Erkrankungen nach § 116 b SGB V erweitert werden soll. Wenn es um die Möglichkeiten und den Umfang der Öffnung der Krankenhäuser geht, sitzen zumeist die KBV, die GKV-Spitzenverbände und die DKG an einem Tisch und unternehmen den mühsamen Versuch einer Einigung.

Die Verhandlungen zu § 115 b SGB V sind, nach der Kündigung des Vertrags durch die GKV im Jahr 2004, gleichfalls gescheitert, sodass erstmals das erweiterte Bundesschiedsamt einberufen werden musste. Obwohl die Anträge der DKG bereits im Oktober 2004 gestellt wurden, fand wegen unterschiedlicher Einflussfaktoren die entscheidende Sitzung erst am 18. März 2005 statt. Sie endete mit einer Mehrheitsentscheidung zu Lasten der DKG. Zum Katalog und seiner Verschlüsselung bestand im Vorfeld weitgehend Einigung. Andere Themen wie die Sachkostenerstattung und die Einführung von arztbezogenen Mindestmengen für bestimmte Eingriffe waren umso heftiger umstritten.

Die Verhandlungen zu § 115 b SGB V und weitere Erfahrungen, zum Beispiel die Nichtumsetzung des § 116 b SGB V und der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der Integrationsversorgung, zeigen die ganze Misere der Abschottung der Bereiche ambulant und stationär. Der seit 1992 praktizierte § 115 b SGB V ist heute umkämpfter denn je, weil er eine „Zulassung“ im vertraglichen Rahmen bedeutet und sich von „Einkaufsmodellen“ à la § 116 SGB V unterscheidet. § 115 b SGB V spricht unter anderem von einer einheitlichen Vergütung und der Berücksichtigung bestimmter Normen aus dem vertragsärztlichen Bereich. In der Praxis bedeutet dies: Der EBM 2000plus ist als Vergütung dieser Leistungen eins zu eins zu übernehmen; Qualitätsanforderungen der vertragsärztlichen Versorgung gelten für den Krankenhausbereich uneingeschränkt. Damit werden vertragsärztliche Inhalte für den stationären Bereich übernom-

men, an deren Erarbeitung die Krankenseite nicht beteiligt war. Krankenhauspezifische Abweichungen sind so gut wie „undenkbar“, weil der vertragsärztliche Regelungsbereich „unangetastet“ bleiben soll. So jedenfalls das Fazit der Entscheidung im erweiterten Bundesschiedsamt.

Wenn auf der anderen Seite für den Krankenhausbereich Vorgaben eingefordert werden, die im vertragsärztlichen Bereich üblich sind, etwa die Rezeptierung notwendiger Medikamente im Zusammenhang mit § 115 b SGB V, dann ist dies plötzlich ein störender Eingriff in das vertragsärztliche Verständnis. Hier fehlt schon seit langem das notwendige Gleichgewicht. Die Sachkostenerstattung bedeutet für die Krankenhäuser programmierte Defizite, obwohl es politisch gewollt ist, § 115 b SGB V („stationsersetzend“) umzusetzen. Das Gegenteil wird eintreten; Krankenhäuser werden sich aus § 115 b SGB V zurückziehen.

Erstmals wurden mehrheitlich arztbezogene Mindestmengen für bestimmte Leistungen als Voraussetzung einer „Zulassung“ festgelegt, die bislang ausschließlich für den ambulanten Bereich galten und deren Art und Menge nicht mit der DKG besprochen oder abgestimmt waren. Die Einzelheiten der Qualitätssicherung sind noch einer Vereinbarung vorbehalten. Wie soll gezählt werden, wenn ein Facharzt im Rahmen der Weiterbildung junge Ärzte bei bestimmten Eingriffen kontrolliert und ggf. eingreift? Dies war eine wichtige Frage. Entscheidung des erweiterten Bundesschiedsamts: Verantwortung und Aufsicht zählen nicht bei der arztbezogenen Mindestmenge. Eine Ohrfeige für die Krankenhäuser als wesentliche Träger der ärztlichen Weiterbildung. Solche und andere Entscheidungen gehen einfach zu weit. Es ist daher zu erwarten, dass der Vertrag beklagt wird.

Als Fazit bleibt ein doppeltes Novum: die erstmalige Entscheidung durch das erweiterte Bundesschiedsamt und die wahrscheinlich erstmalige Klage dagegen. Eigentlich kann es nicht der richtige Weg sein, angemessene und sinnvolle Regelungen zur ambulanten Tätigkeit der Krankenhäuser über die Gerichte zu erstreiten. Lähmung statt Fortschritt.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■