

## **Zu Nummer 85 (§ 116b)**

### **Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen

### **Zu Buchstabe b und c**

Nach geltendem Recht können die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen, sofern diese Leistungen und diese Behandlung in dem Katalog nach § 116 b Abs. 3 und 4 enthalten sind. Diese Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung haben die Krankenkassen bisher kaum genutzt. Die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfällt nunmehr. Künftig ist ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers als geeignet dazu bestimmt worden ist.

Einen derartigen Antrag unter Nennung der betreffenden Leistungen und Erkrankungen können alle zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Krankenhäuser (s. § 108 SGB V) stellen. Die Entscheidung fällt im Rahmen der Krankenhausplanung. Eignung für die ambulante Erbringung der im Katalog genannten Leistungen muss gegeben sein, was beispielsweise bei Krankenhäusern der Grundversorgung in der Regel nicht der Fall sein dürfte. Eine Bedarfsprüfung erfolgt nicht.

Entsprechend der Regelung in § 7 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hat das Land eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung im Land unmittelbar Beteiligten anzustreben. Einvernehmen anstreben ist eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als bloßes Anhören und mehr als Benehmen; es ist das ernsthafte Bemühen, sich mit den Beteiligten zu einigen.

In Baden-Württemberg beispielsweise zählen zu den unmittelbar Beteiligten die Landeskrankenhausesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, die Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, der Landkreistag, der Städtetag und der Gemeindetag. Wie die Zusammenarbeit und Abstimmung im Einzelnen erfolgt, ist Sache des Landes. Soweit ein ständiger Ausschuss eingerichtet ist, beispielsweise in Baden-Württemberg durch den Landeskrankenhausausschuss, in Bayern, Sachsen und Thüringen der Krankenhausplanungsausschuss, in Brandenburg die Landeskonferenz für Krankenhausplanung und in Rheinland-Pfalz der Ausschuss für Krankenhausplanung, wird sich eine Abstimmung in diesen Gremien empfehlen.

Auch hat das Land – wie bei der herkömmlichen Krankenhausplanung – das Letztentscheidungsrecht, soweit Einvernehmen über die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung nicht erzielt wird.

Alle auf diese Weise zugelassenen Krankenhäuser dürfen die § 116b-Katalog-Leistungen im zugelassenen Umfang zu Lasten der GKV grundsätzlich erbringen. Für die sächlichen und

personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus im Einzelfall gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend (u.a. im Bereich der Qualitätssicherung).

#### **Zu Buchstabe d**

Die Ergänzung stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für die Leistungen nach § 116b gesonderte Maßnahmen der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung festlegt, die über die Qualitätssicherungsanforderungen an die vertragsärztliche Versorgung hinausgehen (siehe insoweit § 116 b Abs. 3 Satz 2).

#### **Zu Buchstabe e**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung zur Regelung in Buchstabe b.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Regelungen gewährleisten ein ordnungsgemäßes Abrechnungsverfahren zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern, die eine ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen bzw. eine Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen durchführen möchten. Auf der Grundlage der Mitteilung der Krankenhäuser (Satz 3 –neu) haben die Krankenkasse die Transparenz über den zu erwartenden Leistungsumfang. Zudem wird mit der vorgeschriebenen Bezeichnung der Leistungen auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen abgegrenzt und gleichzeitig sichergestellt, dass die Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus der Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht. Dies gilt insbesondere auch für die Abrechnungsvorgaben des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, wie z.B. Abrechnungsausschlüsse, Facharztkapitel und Qualitätsvorgaben. Das Krankenhaus hat nicht die Auswahl aus sämtlichen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Lediglich solche Positionen sind berechnungsfähig, die die ambulante Behandlung im hochspezialisierten Leistungsfall oder bei der Behandlung seltener Erkrankungen abbilden und die auch im vertragsärztlichen Bereich abgerechnet worden wären.

Die Sätze 4 bis 7 geben für die Jahre 2007 und 2008 vor, wie die Höhe der Vergütung für die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser zu bemessen ist. Da das vertragsärztliche Vergütungssystem in diesem Zeitraum noch nicht auf eine Gebührenordnung mit festen Preisen umgestellt ist, wird als Vergütungspreis ein aus den rechnerischen kassenartenbezogenen Punktwerten zu ermittelnder Durchschnittspunktwert vorgegeben, den die Kassenärztliche Vereinigung in ihrem Bezirk, in dem auch das Krankenhaus seinen Standort hat, zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Auszahlung bringt. Damit wird gewährleistet, dass die Vergütung der ambulanten Leistungen des Krankenhauses der Vergütung der Vertragsärzte entspricht.