

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung

Prüfstein für die Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Neufassung des § 116b Abs. 2 SGB V durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG)

Dass Krankenhäuser oder Krankenhausärzte auch ambulante Behandlung durchführen, ist als solches nichts Neues. Völlig selbstverständlich in diesem Bereich ist die ambulante Versorgung von Notfällen durch Krankenhäuser in so genannten Notfallambulanzen. Daneben gibt es die Ermächtigung von Krankenhausärzten für bestimmte Leistungen, wenn hierfür im Einzelfall ein Bedarf besteht. Diese Ermächtigungen werden von den Zulassungsgremien nach entsprechender Prüfung, in der Regel befristet auf zwei Jahre, ausgesprochen. Seit längerem bekannt ist auch das ambulante Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V.

Neu eingeführt wurde zum 1. Januar 2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) die Möglichkeit, dass Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge abschließen können, nach denen vom Krankenhaus hochspezialisierte Leistungen ambulant erbracht sowie seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen vom Krankenhaus ambulant behandelt werden können (§ 116b Abs. 2 ff. SGB V alte Fassung). Erforderlich dafür war, dass die Leistungen und Behandlungen im Katalog dieser gesetzlichen Bestimmung enthalten sind. Diesen Katalog sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ergänzen. Diese Bestimmung des GMG hat in der Praxis allerdings nur wenig Resonanz gefunden.

Änderungen durch das GKV-WSG

Durch die Neuregelung zum 1. April 2007 wurde die Vertragskompetenz der Krankenkassen aufgehoben. Seither ist ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung berechtigt, wenn und soweit es von der Krankenhausplanungsbe-

hörde dazu bestimmt worden ist. Erforderlich ist für das Krankenhaus also nicht mehr ein Vertrag mit den Krankenkassen, sondern ein Bescheid der Krankenhausplanungsbehörde. Hierfür muss das Krankenhaus einen Antrag stellen, der sich auf die im Gesetz genannten Leistungen beziehen kann. Einen solchen Antrag können alle zugelassenen Krankenhäuser stellen. Voraussetzung dafür, dass die Krankenhausplanungsbehörde eine solche Berechtigung erteilen kann, ist, dass das Krankenhaus geeignet ist. Eine Eignung für die Erbringung der in dem Katalog genannten Leistungen ist nach der in der Gesetzesbegründung niedergelegten Auffassung des Gesetzgebers in der Regel nicht gegeben, wenn es sich um ein Krankenhaus der Grundversorgung handelt.

Motive des Gesetzgebers

Grundvoraussetzung für die Aufnahme einer Leistung in den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V sollte (laut der Begründung zum GMG) sein, dass der medizinische Nutzen der entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmethode wissenschaftlich belegt ist und darüber hinaus die Erbringung im Krankenhaus medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit für die Erbringung einer Leistung im Krankenhaus soll sich zum Beispiel aus dem Gefährdungspotenzial der Leistung für den Patienten oder für Dritte ergeben können. Daneben wird die Möglichkeit genannt, dass bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden besonders hohe Anforderungen an die Strukturqualität der Behandler stellen, sodass hierfür hochqualifizierte Ärzte in spezialisierten Zentren besonders prädestiniert sind. Als Beispiel ist die Diagnostik oder die Therapie seltener Erkrankungen genannt. Die medizinische Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus soll sich auch daraus ergeben können, dass zur Behandlung von Krankheitsverläufen, die durch häufig wiederkehrende stationäre Aufenthalte gekennzeichnet sind, ein durchgängig abgestimmtes Versorgungskonzept aus einer Hand therapeutisch erforderlich ist. Auch die Wirtschaftlichkeit der

Leistungserbringung in bestimmten Fällen könne für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus sprechen.

Ablauf des Verfahrens

Das Krankenhaus, das ambulante Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erbringen will, muss einen Antrag bei der Krankenhausplanungsbehörde stellen. Dort wird dann geprüft, ob die Voraussetzungen für die Erteilung einer Berechtigung erfüllt sind. Hierfür ist eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten anzustreben. Wenn ein solches Einvernehmen nicht erzielt wird, liegt das Letztentscheidungsrecht bei der Behörde.

Für die Mitwirkung der Beteiligten an der Krankenhausplanung wurde beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen eine Arbeitsgruppe zur Umsetzung von § 116b Abs. 2 SGB V gebildet, an der auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) beteiligt ist. In dieser Arbeitsgruppe werden die Anträge der Krankenhäuser geprüft und diskutiert, bevor sie mit möglichst einvernehmlichem Votum dieser Arbeitsgruppe dem Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss zur Entscheidung vorgelegt werden.

Ziel der Beratungen in dieser Arbeitsgruppe sollte es insbesondere sein, alle Möglichkeiten auszuloten, die im konkreten Einzelfall eine kooperative Lösung ermöglichen. Im Idealfall sollte vor Ort eine Möglichkeit gefunden werden, wie das jeweilige Krankenhaus mit den betroffenen Vertragsärzten so zusammenarbeiten kann, dass für alle Beteiligten und damit insbesondere auch für die Patienten eine akzeptable Lösung gefunden wird.

Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation

Die Krankenhausplanungsbehörde hat nach der gesetzlichen Regelung in § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V bei der Entscheidung, ob und inwieweit ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung berechtigt wird, die vertragsärztliche Versorgungssituation zu berücksichtigen. Diese Vorgabe wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zusätzlich eingefügt. Aus der Zeit, als diese Maßgabe noch nicht im Gesetzentwurf enthalten war, findet sich in der Gesetzesbegründung noch der Hinweis, dass eine Bedarfsprüfung nicht erfolgt. Aus dieser Passage in der Gesetzesbegründung wird nun abgeleitet, dass bei der Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde keine Bedarfsprüfung erforderlich ist. In der bayerischen Arbeitsgruppe wurde vereinbart, dass die KVB die vertragsärztliche Versorgungssituation im Umfeld eines Krankenhauses, das einen Antrag nach § 116b Abs. 2 SGB V stellt, in einem Verfahren prüft, wie dies auch bei Anträgen auf Ermächtigung von Krankenhausärzten erfolgt.

Die KVB wird also die Bedarfs- und Versorgungssituation hinsichtlich der vom Krankenhaus beantragten Leistungen durch Auswertung der Abrechnungsstatistiken und durch Befragung der betroffenen Vertragsärzte analysieren, wie dies von einem Ermächtungsverfahren her bekannt ist. Das Ergebnis dieser Analyse wird von der KVB in die Arbeitsgruppe eingebracht.

Die Krankenhausplanungsbehörde wird zumindest bei erkennbarer Existenzgefährdung niedergelassener Vertragsärzte im Umfeld des antragstellenden Krankenhauses ihr Ermessen dahingehend ausüben müssen, dass eine Berechtigung für das Krankenhaus in einem solchen Fall nicht erteilt werden kann.

Bei der Bewertung der durch § 116b Abs. 2 SGB V dem Krankenhaus ermöglichten ambulanten Behandlung ist zu berücksichtigen, dass für die Vertragsärzte anders als für das Krankenhaus erhebliche Einschränkungen der Leistungserbringung zum Beispiel durch Budgets, Mengenbegrenzungen oder Richtgrößen gelten. Darüber hinaus müssen Vertragsärzte ihre Investitionskosten und das unternehmerische Risiko selbst tragen. Die Vertragsärzte unterliegen bekanntlich strengen Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung hinsichtlich Qualitätssicherung, Abrechnung oder Plausibilität. Im Rahmen der ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus sind daher die Krankenkassen gefordert, ein Äquivalent hierzu bei der Prü-

fung der Leistungserbringung und Abrechnung der Krankenhäuser herzustellen. Nach der gesetzlichen Regelung obliegt ihnen die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität in diesem Bereich.

Vergütung der Leistungen des Krankenhauses

Die vom Krankenhaus nach § 116b Abs. 2 SGB V erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet und nicht mit der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Da die Vergütung nach der gesetzlichen Regelung der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen entsprechen muss, muss das Krankenhaus den Krankenkassen die für die Leistungen berechenbaren Nummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 SGB V (EBM) mitteilen. Mit der hier vorgeschriebenen Bezeichnung der Leistungen auf der Grundlage des EBM wird der Inhalt der ab-

rechnungsfähigen Leistungen abgegrenzt und gleichzeitig sichergestellt, dass die Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus der Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht. Einzuhalten sind hier vom Krankenhaus alle Abrechnungsvorgaben des EBM und damit zum Beispiel auch Abrechnungsausschlüsse, Facharztkapitel und Qualitätsvorgaben. Das Krankenhaus kann hier nicht sämtliche Gebührenpositionen des EBM abrechnen, sondern lediglich solche Positionen, die die jeweilige ambulante Behandlung im hochspezialisierten Leistungsfall oder bei der Behandlung seltener Erkrankungen abbilden und die hier auch im vertragsärztlichen Bereich abgerechnet worden wären.

Persönliche Ermächtigung von Krankenhausärzten

Wird ein Krankenhaus berechtigt, ambulante Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V zu erbringen, für die bisher ein Krankenhausarzt

Anzeige



PVmedis AG
Unternehmensgruppe PVS Rhein-Ruhr

**Professionelles
Abrechnungs- und Forderungsmanagement
für Ärzte**



**Vorzugskonditionen
für viele Fachgruppen**

- Abrechnung
- Inkasso
- Vorauszahlung
- Korrespondenz
- Gebührenrecht

Widenmayerstr. 17
80538 München

Tel.: 0 89/20 00 15 21 - 0
Fax: 0 89/20 00 15 21 - 9

info@pvmedis.de
www.pvmedis.de

ermächtigt ist, wird in der Regel die Ermächtigung nach Ablauf der Befristung nicht mehr verlängert werden. Grund hierfür ist, dass Voraussetzung für die Erteilung oder die Verlängerung einer Ermächtigung ein Bedarf für die konkrete Leistung ist. Ein solcher Bedarf wird regelmäßig nicht mehr gegeben sein, wenn die entsprechende Leistung vom Krankenhaus nach § 116b Abs. 2 SGB V erbracht wird.

Rolle des G-BA

Der G-BA bekam vom Gesetzgeber den Auftrag, den im Gesetz bereits niedergelegten Katalog hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu ergänzen. Voraussetzung für die Aufnahme weiterer Leistungen in den Katalog ist, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen sowie die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sind. Bei der Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit sind die Besonderheiten der Leistungserbringung im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung in der Vertragsarztpraxis zu berücksichtigen. Der G-BA hat den gesetzlich festgelegten Katalog spätestens alle zwei Jahre daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungen noch den Kriterien entsprechen, die für die Aufnahme in den Katalog gelten. Dabei hat er auch zu überprüfen, ob die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinien noch den gesetzlichen Kriterien entsprechen.

Der G-BA hat in seinen Richtlinien auch zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen für die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus zu regeln. Daneben müssen die Richtlinien auch einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung enthalten. Schließlich muss der G-BA in den Richtlinien auch Regelungen dazu treffen, ob und in wel-

chen Fällen die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus die Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt voraussetzt.

Alle diese Inhalte regelt der G-BA in seiner „Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“. Diese Richtlinie wurde erstmals in der Fassung vom 18. Oktober 2005 beschlossen und im *Bundesanzeiger* veröffentlicht. Seither wurde diese Richtlinie mehrfach geändert und ergänzt. Richtlinienbeschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen und können von diesem beanstandet werden. Wirksam werden die Änderungen und Ergänzungen jeweils mit Veröffentlichung im *Bundesanzeiger*. Der G-BA informiert regelmäßig über die § 116b Abs. 2 SGB V betreffenden Beschlüsse unter folgender Internet-Adresse: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-gremium/2/.

Qualifikationsvoraussetzungen für das Krankenhaus

Die gesetzliche Regelung bestimmt, dass bei der ambulanten Leistungserbringung des Krankenhauses für die sächlichen und personellen Anforderungen die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend gelten. Dies bedeutet, dass ein Arzt im Krankenhaus, der eine qualifikationsgebundene Leistung über § 116b Abs. 2 SGB V erbringen will, dieselben Qualifikationen nachweisen muss, wie ein Vertragsarzt, der diese Leistung erbringt. Der G-BA hat darüber hinaus in den Richtlinien zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln. Hierbei gelten die Anforderungen nach § 135 SGB V als Mindestanforderungen. Dies bedeutet, dass für die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses sowohl die Qualifikationsvoraus-

setzungen, die vom G-BA in der „Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ auf der Grundlage von § 135 Abs. 1 SGB V festgelegt wurden als auch die Qualifikationsvoraussetzungen aus Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge nach § 135 Abs. 2 SGB V als Mindestvoraussetzungen gelten.

Klage gegen Entscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde

Die Antwort auf die Frage nach der Klagemöglichkeit wird wohl erst eine höchstrichterliche Entscheidung bringen. Unstreitig ist hier nur, dass jedenfalls ein Krankenhaus, dessen Antrag abgelehnt wurde, gegen den ablehnenden Bescheid klagen kann. Welche Klagemöglichkeiten gegen die Erteilung der Berechtigung gegeben sind, wird derzeit in der Literatur heftig diskutiert. Einhellig abgelehnt wird die Klagemöglichkeit für Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen. Möglich erscheint eine so genannte Konkurrentenklage eines betroffenen niedergelassenen Vertragsarztes, insbesondere dann, wenn er mit relevanten Daten seine Existenzgefährdung darlegen kann. Aber auch diese Klagemöglichkeit wird von namhaften Sozialrechtlern in der Literatur bereits bestritten. Einigkeit besteht dagegen derzeit darin, dass das Sozialgericht für derartige Rechtsstreite zuständig ist.

Lösung durch Kooperation?

Die KVB ist bei aller deutlich vorgetragenen Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte in der Arbeitsgruppe zur Umsetzung des § 116b Abs. 2 SGB V mit dem „Credo“ Kooperation statt Konfrontation angetreten.

Auch wenn die gesetzliche Bestimmung reichlich Konfliktstoff für Beteiligte und Juristen birgt und insbesondere die Sicherung der erforderlichen Qualität erheblichen Diskussionsbedarf auslöst, so ist die KVB doch nach wie vor der Auffassung, dass die besten Lösungen durch Kooperationen zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt vor Ort erreicht werden können. Kooperieren müssen aber auch die Krankenhausplanungsbehörde und der Krankenhausplanungsausschuss mit allen Beteiligten einschließlich der KVB. Auch wenn die eine oder andere Frage noch kontrovers diskutiert wird und vielleicht letztlich vor den Gerichten entschieden werden muss, ist nach Auffassung der KVB der Klärungsprozess auf einem guten Weg.

Christine Jaquet (KVB)

§ 116b SGB V

- (1) ...
- (2) Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Abs. 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.
- (3) Der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst folgende hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:
...