

**Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Neufassung der §§ 1 bis 5 der
Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V**

vom 18. Oktober 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Oktober 2007 beschlossen, die Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 18. Oktober 2005, Banz. S. 88, zuletzt geändert am 18. Januar 2007, Banz. S. 4002 wie folgt in den §§ 1-5 neu zu fassen und damit an die Erfordernisse des GKV-WSG anzupassen:

- I. §§ 1 bis 5 werden aufgehoben und wie folgt neu gefasst:
II.

Neufassung der §§ 1 – 5

**der Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die
ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V**

**- Beschluss des G-BA nach § 91 Abs. 4 SGB V
vom 18.10.2007 -**

	Seite
§ 1 Gesetzliche Grundlage und Regelungsgegenstand	2
§ 2 Bestimmung geeigneter Krankenhäuser nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V	2
§ 3 Qualitätssicherung	3
§ 4 Überweisungserfordernis	3
§ 5 Inhalt der Bestimmung nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V.....	3

§ 1 Gesetzliche Grundlage und Regelungsgegenstand

(1) ¹Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage von § 116b Abs. 4 SGB V die Weiterentwicklung im Sinne einer Ergänzung, Konkretisierung und Überprüfung des Katalogs von hochspezialisierten Leistungen und von seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in § 116b Abs. 3 SGB V (Kataloginhalte), für deren ambulante Erbringung beziehungsweise Behandlung die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden geeignete Krankenhäuser bestimmen. ²Das Verfahren der Weiterentwicklung der Kataloginhalte richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(2) ¹Die Richtlinie ist Grundlage für die Bestimmung von geeigneten Krankenhäusern nach § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V, soweit sie für die Kataloginhalte die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses, einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung und ggf. die Bindung der Leistungserbringung an eine Überweisung durch die Hausärztin oder den Hausarzt oder die Fachärztin oder den Facharzt regelt. ²Die ambulante Behandlung im Krankenhaus ist nur in Leistungsbereichen zulässig, in denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf.

§ 2 Bestimmung geeigneter Krankenhäuser nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bestimmen auf Antrag unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation geeignete Krankenhäuser

- a) zur ambulanten Erbringung von hochspezialisierten Leistungen nach Anlage 1,
- b) zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen nach Anlage 2 oder
- c) zur ambulanten Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Anlage 3,

(2) Es gelten die vom Bundesausschuss in den Anlagen festgelegten Konkretisierungen der Erkrankung und des Behandlungsauftrags, die sächlichen und personellen Anforderungen gemäß § 3, die Überweisungserfordernisse gemäß § 4 sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.

§ 3 Qualitätssicherung

(1) ¹Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten mindestens die in der Anlage der Richtlinie festgelegten Anforderungen oder – soweit diese nicht vorhanden sind – die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend. ²Soweit keine Regelungen nach Satz 1 vorliegen, muss eine Leistungserbringung nach dem „Facharztstandard“ gewährleistet sein. ³Zusätzlich gelten die in dieser Richtlinie festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V für die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses.

(2) Unterlagen, die zum Nachweis der Erfüllung von Anforderungen nach Absatz 1 bei der zuständigen Landesbehörde eingereicht werden, sind vom Krankenhausträger auch den Landesplanungsausschüssen und auf Verlangen den am Verfahren beteiligten Organisationen zuzuleiten.

§ 4 Überweisungserfordernis

(1) Die Anlagen 1 bis 3 bestimmen jeweils, ob und in welchen Fällen die ambulante Behandlung bei Kataloginhalten von einer Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt abhängig ist.

(2) Bestehen keine Regelungen nach Absatz 1 setzt die ambulante Erbringung hochspezialisierter Kataloginhalte (Anlage 1) durch das Krankenhaus die Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus, wenn dies auch im vertragsärztlichen Bereich notwendig ist.

§ 5 Inhalt der Bestimmung nach § 116b Abs.2 S. 1 SGB V

Bestimmungen geeigneter Krankenhäuser nach § 116b Abs.2 Satz 1 SGB V sollten insbesondere folgende Spezifizierungen enthalten:

- Bezeichnung und Nummer der Kataloginhalte gemäß Anlage 1 bis 3, für die Leistungen, zu deren Erbringung das Krankenhaus bestimmt wird,
- genaue Beschreibung des Leistungsumfangs, unter Verwendung der in den Anlagen aufgeführten Konkretisierungen und soweit möglich OPS-Ziffern,
- Angabe der sächlichen und personellen Anforderungen sowie der einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung durch Wiedergabe der einschlägigen Bestimmungen der Anlagen oder Festlegungen nach § 3 Abs. 2 Satz 2; eine Konkretisierung des Facharztstandards nach § 3 Abs. 1 Satz 2 ist zulässig,
- Angaben zu Überweisungserfordernissen entsprechend § 4 und
- das Nähere über die Durchführung der Versorgung, insbesondere der Nachweis der Einhaltung der sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses, sowie der einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V.

- III. Der Beschluss tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 18. Oktober 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Nicht in Kraft getreten! Siehe Beschluss vom 21. Februar 2008