

**Tragende Gründe
zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Anpassung der Richtlinie
„Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“
an die Fassung des SGB V
nach dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-WSG)**

Vom 21. Februar 2008

Nach § 116b Abs. 2 SGB V in seiner Fassung vor dem GKV-WSG konnten die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen, sofern die Leistungen und Behandlungen in dem Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V oder in den Ergänzungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 116b Abs. 4 SGB V vorzunehmen hat, enthalten sind. Die Vertragskompetenz der Krankenkassen ist nunmehr entfallen. Ein Krankenhaus ist nach der neuen Fassung des § 116b Abs. 2 SGB V zur ambulanten Behandlung dann berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes als geeignet dazu bestimmt worden ist.

Mit § 116b Abs. 4 S. 4 SGB V neuer Fassung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, neben den bereits bisher zu regelnden sächlichen und personellen Anforderungen für die ambulante Krankenhausbehandlung nun auch einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a i. V. m. § 137 SGB V festzulegen.

Die bestehende Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ war an diese geänderte Gesetzeslage anzupassen.

Zu § 1

(Gesetzliche Grundlage und Regelungsgegenstand):

Die Änderungen in Abs. 1 S. 1 und die Streichung des Abs. 2 S. 1 passen die Richtlinie daran an, dass Krankenhäuser künftig von den Landesbehörden zur ambulanten Leistungserbringung bestimmt werden.

Für die Regelung des Abs. 2 S. 2, 1. Halbsatz („Die Richtlinie begründet keine Ansprüche auf Abschluss von Verträgen“) besteht nach der Gesetzesänderung keine Anknüpfung mehr. In der früheren Regelung sollte lediglich klargestellt werden, dass es trotz der Erfüllung der Voraussetzungen der Richtlinie den Krankenkassen freigestellt war, vertragliche Beziehungen zu Krankenhäusern einzugehen oder nicht. Der Passus ist vor dem Hintergrund der einseitigen Bestimmung durch die Behörden entbehrlich.

Durch inhaltliche Belassung des Abs. 2 S. 2, 2. Halbsatz alter Fassung (nun Abs. 2)) bleibt klargestellt, dass die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus zur Qualitätssicherung auch weiterhin auf die Leistungsbereiche bezogen ist, in denen das Krankenhaus nach seiner Zulassung stationäre Leistungen erbringen darf.

Zu § 2

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

Die Änderungen passen den Wortlaut der Richtlinie an die Gesetzesänderung an; In Abs. 2 wird berücksichtigt, dass künftig einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung in die Richtlinie aufzunehmen sind.

Zu § 3

(Qualitätssicherung):

Die Änderung in Abs. 1 S. 1 trägt der Tatsache Rechnung, dass in § 116b Abs. 3 S. 2 SGB V der Wortlaut „Anforderungen nach § 135“ durch die Wörter „Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung“ ersetzt wurden. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Die Änderung in Abs. 1 S. 3 stellt klar, dass die künftig zu regelnden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a i. V. m. § 137 SGB V ebenso wie die sächlichen und personellen Anforderungen Voraussetzung für die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus sind.

Die Änderungen in Abs. 2 tragen der Tatsache Rechnung, dass die Krankenkassen anders als im Rahmen des früheren Vertragskonzepts nicht mehr in das Verfahren für die Öffnung der Krankenhäuser eingebunden sind; mit der Neuformulierung wird jedoch klargestellt, dass die Krankenkassen in begründeten Zweifelsfällen prüfen, ob die Anforderungen nach Abs. 1 erfüllt werden. Auf Verlangen hat ein Krankenhaus die dafür notwendigen Unterlagen vorzulegen.

Zu § 4

(Überweisungserfordernis):

Für Abs. 3 der a. F. besteht aufgrund des neuen Verfahrens keine Grundlage mehr. Die Krankenhausplanungsbehörden der Länder haben lediglich die Befugnis, über die Geeignetheit eines Krankenhauses zu befinden. Die Frage des Überweisungserfordernisses bleibt damit alleine von der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu beantworten.

Zu § 5

(Inhalt der Bestimmung nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V):

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen an die neue Gesetzeslage. Die Vorschrift überträgt die (auch früher nicht zwingenden) Inhaltsvorgaben für die ehemaligen Verträge im Sinne einer Orientierungsregelung auf die Bestimmung der Krankenhäuser durch die Behörden. Es soll dadurch größtmögliche Kontinuität in der Dokumentation und eine bundesweit möglichst einheitliche Handhabung gefördert werden, die insbesondere für länderübergreifend tätige Krankenkassen verwaltungsvereinfachend wirken kann.

Siegburg, den 21. Februar 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess