

A. Einleitung

I. Einführung in den Themenbereich

Gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte nur dann einen Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Damit bringt § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V den Nachrang der stationären Krankenhausbehandlung zum Ausdruck.¹ Dieser Nachrang ist verfassungsrechtlich unbedenklich, da er als Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebots innerhalb des Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers liegt.² Denn nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne des § 12 Absatz 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Dieser Nachrang der stationären Krankenhausbehandlung, oder positiv formuliert, dieser Vorrang der ambulanten Behandlung, findet seinen Ausdruck auch in § 73 Absatz 4 Satz 1 SGB V wieder,³ nach dem eine Krankenhausbehandlung nur verordnet

¹Wahl in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 55.

²BVerfG, Beschluss vom 04.06.2020, Az. 1 BvR 2846/16, juris Rn. 8; BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, Az. 1 BvR 347/98, juris Rn. 57.

³Wahl in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 55.

werden darf, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht.

Darüber hinaus gilt dieser Vorrang der ambulanten Behandlung – entgegen anderer Auffassung⁴ – schon aufgrund seines Ausflusses aus dem soeben dargestellten Wirtschaftlichkeitsgebots auch gegenüber der teilstationären⁵ und der vor- und nachstationären Behandlung.⁶ Zu beachten ist aber, dass gerade kein Vor- oder Nachrangverhältnis zwischen einer ambulanten Behandlung innerhalb oder außerhalb eines Krankenhauses besteht.⁷

Man kann daher festhalten, dass im Anwendungsbereich des SGB V, mit dem sich diese Arbeit im Wesentlichen beschäftigen möchte, ein Vorrangverhältnis der ambulanten Versorgung als besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots besteht. Dieser verfassungsrechtlich unbedenkliche Vorrang der ambulanten Versorgung bildet dabei das Fundament der Ambulantisierung.

Daneben beschleunigen aber gerade in den vergangenen Jahren vor allem die folgenden Entwicklungen die Ambulantisierung:

So steigen die Gesundheitsausgaben stetig an. Während sie beispielsweise im Jahr 1992 noch 159.209 Millionen Euro oder 1.978 Euro pro Einwohner betragen und einen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 9,3 Prozent hatten, lagen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2023 schon um mehr als das Dreifache höher, nämlich bei 500.780 Millionen Euro oder 6.013 Euro pro Einwohner, was einem Anteil von 12,0 Prozent am BIP entsprach.⁸ Dies war der höchste Anteil am BIP im Vergleich zu allen anderen Mitgliedsstaaten der europäischen Union.⁹ Dabei bildete der Krankenhaussektor

⁴Gerlach in: BeckOK KHR, § 39 SGB V, Rn. 60.

⁵Wahl in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 57.

⁶Wahl in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 58.

⁷Wahl in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 59.

⁸Gesundheitsberichterstattung des Bundes, https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=522&p_archiv_id=7122024&p_sprache=D&p_action=A, zuletzt abgerufen am 04.09.2024.

⁹Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC__custom_553425/bookmark/table?lang=de&bookmarkId=68845cbd-7305-4e85-94fc-3998e2fcc9fb, zuletzt abgerufen am 04.09.2024.

mit 121.017 Millionen Euro, was etwas weniger als einem Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben entspricht, den mit Abstand größten Kostenblock,¹⁰ der unter anderem auch auf eine – insbesondere in den Ballungsräumen – zu hohe Krankenhaus- und Bettendichte mit einem teilweise unkoordiniertem sowie kontraproduktivem angebotsinduziertem Wettbewerb zurückgeführt werden kann.¹¹

Darüber hinaus ermöglicht der medizinisch-technische Fortschritt eine Verlagerung der bislang stationär erbrachten Leistungen in die ambulante Versorgung.¹² Hierdurch können die Behandlungen ambulant in gleicher Qualität und zu geringeren Kosten erbracht werden.¹³

Ausgehend von diesem immer bekannter werdenden medizinisch-technischen Fortschritt erwarten zudem sowohl die Patienten als auch die Kostenträger immer häufiger, dass die Diagnostik und/oder die Behandlung ambulant durchgeführt wird, sofern dies ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet.¹⁴

Schließlich wird der schon bestehende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen¹⁵ – bedingt durch den demographischen Wandel – weiter an Fahrt aufnehmen und zugleich – ebenfalls durch den demographischen Wandel bedingt – auf eine gesteigerte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen treffen.¹⁶ Ein zentraler Hebel, um dieser Situation angemessen zu begegnen, könnte die Reduktion der stationären Belegungstage in Kombination mit einer intensivierten

¹⁰Gesundheitsberichterstattung des Bundes, https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=322&p_archiv_id=7122023&p_sprache=D&p_action=A, zuletzt abgerufen am 04.09.2024.

¹¹*Stollmann*, KrV 2023, S. 51.

¹²BT-Drs. 17/10323, S. 237, Rn. 290; *Schillhorn*, KrV 2023, S. 62; iGES 2022, S. 253.

¹³*Schillhorn*, KrV 2023, S. 62; *Matthäus*, GesR 2024, S. 416; SVR-G 2018, S. 157, Rn. 187.

¹⁴Regierungskommission BMG, 10. Stellungnahme 2024, S. 5.

¹⁵*Stollmann*, KrV 2023, S. 51.

¹⁶SVR-G 2024, S. 153, Rn. 348.

Ambulantisierung sein.¹⁷ Denn im ambulanten Sektor können Leistungen regelmäßig mit weniger Personal erbracht werden als im stationären, da Nachtschichten weitestgehend entfallen und durch Prozessoptimierung weniger Personal benötigt wird.¹⁸

Diese soeben beschriebenen Ursachen, welche die Ambulantisierung weiter beschleunigen werden, hat nicht erst die 25. Bundesregierung des 20. Deutschen Bundestages erkannt, die in ihrem Koalitionsvertrag etwa ausführt, dass sie, um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen zu fördern, zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG umsetzen will.¹⁹ Auch der Gesetzgeber hat beispielsweise schon vor über 30 Jahren durch Artikel 1 Ziffer 71 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG)²⁰ insbesondere die Möglichkeit des ambulanten Operierens im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V geschaffen, damit die Krankenhäuser nicht gezwungen sind, teure vollstationäre Behandlungen durchführen zu müssen, die medizinisch aufgrund der Fortschritte im operativen Bereich zumeist nicht notwendig und nicht im Interesse der Patienten sind.²¹ Darüber hinaus gab es zahlreiche weitere Reformbemühungen zur Erweiterung des ambulanten Leistungsspektrums und zur Öffnung der historisch gewachsenen Sektorentrennung, auch um den stationären und den ambulanten Sektor besser zu verzahnen und so insbesondere eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden.²² So wurden beispielsweise die Zweitmeinungen gemäß § 27b SGB V, die Anschlussverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V, die ambulante Behandlung in einem zugelassenen

¹⁷SVR-G 2024, S. 243, Rn. 559.

¹⁸SVR-G 2024, S. 252, Rn. 582.

¹⁹Koalitionsvertrag Bund 2021-2025, S. 66.

²⁰BGBI. I 1992, S. 2266 ff., S. 2285, 2286.

²¹BT-Drs. 12/3608, S. 103.

²²*Reuter*, KrV 2023, S. 57, 60; *Matthäus*, GesR 2024, S. 416; *Burgi/Nischwitz*, KrV 2023, S. 45.

Krankenhaus bei überlanger Wartezeit auf Behandlungstermine bei zugelassenen vertragsärztlichen Leistungserbringern gemäß §§ 75 Absatz 1a Satz 7, 76 Absatz 1a SGB V, die ambulante Behandlung im vertragsärztlichen Notdienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V, die Notfallbehandlung gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V, die medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V, die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V, die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V, die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte gemäß § 116 SGB V, die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung gemäß § 116a SGB V, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V, die Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V, die psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V, die geriatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V, die sozialpädiatrischen Zentren gemäß § 119 SGB V, die medizinischen Behandlungszentren gemäß § 119c SGB V, die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f Absatz 7 SGB V sowie die besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V eingeführt.²³

Trotz der – soeben skizzierten – Vielfalt an ambulanten Leistungsarten dürften jedoch im Hinblick auf die notwendige Ambulantisierung weitere Reformen folgen. So hat der Bundesrat noch am 22.11.2024, kurz vor der Auflösung des 20. Deutschen Bundestages am 27.12.2024, das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)²⁴ beschlossen, welches daher zum 01.01.2025 in Kraft getreten ist. Es sieht insbesondere eine Erweiterung des § 116a SGB V um die Absätze 2 und 3 vor, welche die zuständigen Zulassungsausschüsse verpflichten, Krankenhäuser, die von ihrem Land zu sek-

²³Wahl in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 44; Schillhorn, KrV 2023, S. 62.

²⁴https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_RefE.pdf, zuletzt abgerufen am 05.09.2024.

torenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, unter bestimmten Voraussetzungen auf ihren Antrag hin zur vertragsärztlichen- beziehungsweise zur hausärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Zudem haben die Parteien in ihren Wahlprogrammen zur Wahl des 21. Deutschen Bundestages bereits mannigfaltige Vorschläge unterbreitet, wie die Ambulantisierung weiter vorangetrieben werden kann.²⁵

Krankenhäuser sollten sich daher nicht nur über ihre aktuellen Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung im Klaren sein. Vielmehr sollten sie sich regelmäßig über weitere Reformen, welche die Ambulantisierung vorantreiben, informieren, diese zeitnah prüfen und im Falle einer positiven Kosten-Nutzen-Analyse schnell in qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Strukturen und Prozesse umsetzen. Nur so können sie gegenüber ihrer Konkurrenz einen Wettbewerbsvorteil in einem – wohl im Gegensatz zum stationären Sektor²⁶ – noch wachsenden Markt erzielen.

Jedoch unterscheidet sich das ambulante „Geschäft“ stark vom Klinikbetrieb.²⁷ Gemein haben aber beide Leistungsbereiche, dass ihre Tätigkeiten in einem stark regulierten Umfeld erbracht werden, welches sich in permanenter Wandlung befindet.²⁸ Gerade deshalb dürfte es für Krankenhäuser ein Gebot der Klugheit sein, die ambulanten „Spielregeln“ in den Bereichen, in denen man tätig werden möchte, zu beherrschen, um Compliance-Risiken zum eigenen Wohle sowie zum Wohle ihrer Tochtergesellschaften, ihrer Mitarbeitenden und ihrer Patienten zu minimieren.

²⁵Siehe etwa: Bündnis 90 / DIE GRÜNEN, Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2025, S. 87 ff.; CDU und CSU, Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2025, S. 67 ff.; SPD, Wahlprogramm für die Bundestagswahl 2025, S. 28 ff.

²⁶Referentenentwurf des BMG zum KHVVG, S. 4, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_RefE.pdf, zuletzt abgerufen am 05.09.2024.

²⁷Jensch, KU Gesundheitsmanagement 11/2021, S. 39; Weinrich, ZMGR 2025, S. 22

²⁸Dann in: Dann, Compliance im Krankenhaus, S. 3.

Die vorliegende Arbeit möchte vor diesem soeben skizzierten Hintergrund das Thema der Ambulantisierung im Krankenhausbereich aufarbeiten, indem sie Grundlagen und Chancen der ambulanten Leistungserbringung für den Krankenhausbereich darstellt und im Anschluss damit einhergehende Compliance-Risiken näher beleuchtet. Aufgrund der oben aufgezeigten Fülle an ambulanten Leistungsarten und den vielfältigsten damit einhergehenden Compliance-Risiken wird sich diese Arbeit dabei jedoch auf eine vom Verfasser festgelegte Auswahl beschränken.

II. Begriffsbestimmungen

In diesem Abschnitt sollen die zentralen Begrifflichkeiten, die in dieser Arbeit Verwendung finden, näher bestimmt werden.

1. Ambulantisierung

Die Flut an Veröffentlichungen zum Thema „Ambulantisierung“ hatte gerade mit Beginn der 20. Wahlperiode des deutschen Bundestages enorm an Fahrt aufgenommen und ein Ende scheint aktuell nicht in Sicht zu sein.²⁹ Eine Definition des Begriffes „Ambulantisierung“ findet sich aber selten in den zahlreichen Publikationen und fällt – sofern sie erfolgt – teilweise uneinheitlich³⁰ aus. Daher soll für diese Arbeit die folgende Definition des Begriffes „Ambulantisierung“ gelten:

Unter dem Begriff der „Ambulantisierung“ ist die ambulante Erbringung bisher stationär erbrachter Leistungen zu verstehen.³¹

²⁹Siehe hierzu etwa *Schillhorn*, KrV 2023, S. 140 ff.; *Bartels*, RDG 2023, S. 10 ff.; *Haserück/Kurz/Lau*, DÄ 2022, A-1507; *Tietze*, f&w 2024, S. 446 f.; *Mühlwinkel*, f&w 2024, S. 448 f.; *Altmiks*, KrV 2023, S. 67 ff.; *Vollmöller*, ZMGR 2023, S. 125 ff.

³⁰Siehe hierzu etwa *Altmiks*, KrV 2023, S. 67; *Burqi/Nischwitz*, KrV 2023, S. 47; *Matthäus*, GesR 2024, S. 416; *Schaeffer/Ewers*, GGW 1/2001, S. 13; Rhön Stiftung, Studie 2023, S. 8 f.

³¹*Altmiks*, KrV 2023, S. 67; *Matthäus*, GesR 2024, S. 416.

In Abgrenzung zu vollstationär erbrachten Leistungen im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 Variante 1 SGB V handelt es sich dabei nur dann um ambulante Behandlungen, wenn die Patienten weder die Nacht vor, noch die Nacht nach dem Eingriff im Krankenhaus verbringen und darüber hinaus – auch in Abgrenzung zu teil- und tagesstationären Behandlungen im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 Varianten 3 und 4 SGB V³² – weder physisch noch organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses eingegliedert sind.³³ Zudem darf – in Abgrenzung zu einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 Variante 2, Satz 5 SGB V – nicht die Intensität einer vollstationären Behandlung erforderlich sein.³⁴

Der dieser Arbeit zugrundeliegende Begriff der ambulanten Behandlung ist dabei nicht deckungsgleich mit dem Begriff der ambulanten Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 Variante 7 SGB V zu verstehen, der primär die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus im Sinne des § 115a SGB V als Sonderformen der ambulanten Versorgung³⁵ und das ambulante Operieren im Krankenhaus im Sinne des § 115b SGB V umfasst.³⁶ Vielmehr werden dem Begriff der ambulanten Behandlung darüber hinaus auch Behandlungen, die der vertragsärztlichen Versorgung unterfallen, wie ambulante Behandlungen in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum des Krankenhauses im Sinne des § 95 Absatz 1 Satz 1 Variante 2 SGB V, ambulante Behandlungen durch Krankenhausärzte im Sinne des § 116 SGB V, ambulante Behandlungen durch Krankenhäuser bei Unterversorgung im Sinne des § 116a SGB V sowie die ambulante

³²*Gerlach* in: BeckOK KHR, § 39 SGB V, Rn. 27, 36.

³³*Gerlach* in: BeckOK KHR, § 39 SGB V, Rn. 23.

³⁴*Wahl* in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 48.

³⁵*Wahl* in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 43.

³⁶*Gerlach* in: BeckOK KHR, § 39 SGB V, Rn. 24; *Wahl* in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 45.

spezialfachärztliche Versorgung im Sinne des § 116b SGB V, die einen eigenständigen Versorgungsbereich bildet,³⁷ zugeordnet.

2. Krankenhäuser

Es existieren gegenwärtig zwei Legaldefinitionen des Begriffes „Krankenhäuser“, die in aller Kürze vorgestellt werden sollen:

Unter Krankenhäuser im Sinne des § 2 Nummer 1 KHG versteht man Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Demgegenüber werden Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V definiert als Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die unter die weitere Begriffsdefinition des § 2 Nummer 1 KHG fallen, sind hingegen keine Krankenhäuser im sozialrechtlichen Sinne.³⁸

Da sich diese Arbeit – wie oben bereits dargelegt – vornehmlich sozialrechtlichen Aspekten des SGB V widmen möchte, sollen unter

³⁷Gerlach in: BeckOK KHR, § 39 SGB V, Rn. 24; Wahl in: jurisPK-SGB V, § 39, Rn. 47.

³⁸Wahl in: jurisPK-SGB V, § 107, Rn. 3.

Krankenhäusern fortan solche im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V verstanden werden.

3. Compliance

Der Begriff „Compliance“ entstammt der angelsächsischen Rechts-terminologie und kann mit den Begriffen „Einhaltung, Befolgung, Übereinstimmung, Einhaltung bestimmter Gebote“ übersetzt werden.³⁹ In der Medizin ist der Begriff daneben im Sinne einer Therapietreue des Patienten in Bezug auf ärztliche Anweisungen seit Langem etabliert.⁴⁰ Die ISO, sprich die Internationale Organisation für Normung, eine weltweite Vereinigung nationaler Normungsorganisationen, definiert den Begriff „Compliance“ in der DIN ISO 37301:2011-11 unter Punkt 3.27 als das Ergebnis der Erfüllung aller Compliance-Verpflichtungen einer Organisation. Darüber hinaus bestehen aber viele unterschiedliche Definitionen.⁴¹

Deshalb soll unter dem Begriff „Compliance“ in der vorliegenden Arbeit schlichtweg die Einhaltung von Regeln und die Erfüllung von Pflichten verstanden werden.⁴²

III. Aufbau der Arbeit

Der Abschnitt B. „Ausgewählte Grundlagen und Chancen der ambulanten Leistungserbringung für den Krankenhausbereich“, der sich an diese Einleitung anschließt, möchte zunächst ein Problembewusstsein für die unterschiedlichen Möglichkeiten und Chancen der ambulanten Leistungserbringung für gesetzlich Krankenversicherte schaffen, die sich für Krankenhäuser und gegebenenfalls ihre

³⁹Moosmayer/Lösler in: Moosmayer/Lösler, Corporate Compliance, § 1, Rn. 2.

⁴⁰Bauchowitz, Compliance Management im Gesundheitswesen, S. 21; Correll/Naucke, Einrichtung von Compliance Management Systemen (CMS) im Krankenhaus, S. 11.

⁴¹Siehe hierzu exemplarisch: Lück, Compliance-Systeme & unternehmerische Eigenverantwortung, S. 18; Spiessberger, Compliance-Kultur statt Compliance-Kult, S. 107; Otremba, 2016, S. 121 ff.

⁴²Dann in Dann: Compliance im Krankenhaus, S. 1.

Tochterunternehmen bieten (I.). Im Anschluss werden ausgewählte Leistungsarten des SGB V in Bezug auf ihren Regelungsgehalt (1.), ihre Entstehungsgeschichte (2.), ihren Zweck (3.), ihre Voraussetzungen (4.) und ihre Chancen und Risiken (5.) mitsamt eines Zwischenfazits (6.) dargestellt. Hierbei handelt es sich um die ambulante Leistungserbringung mithilfe eines medizinischen Versorgungszentrums gemäß § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V (II.), die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte gemäß § 116 SGB V (III.), die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung gemäß § 116a SGB V (IV.) sowie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (V.). Der Abschnitt B. schließt mit einem Fazit (VI.).

Der Abschnitt C. „Ausgewählte Compliance-Risiken im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung für den Krankenhausbereich“ startet mit einem Problemaufriss (I.). Sodann werden die Compliance-Risiken in Bezug auf den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung (II.) sowie in Bezug auf die Abgabe von Arzneimitteln durch die Krankenhausapothekende (III.) dargestellt. Dabei werden zunächst die Grundlagen der jeweiligen Compliance-Risiken erörtert (1.). Im Anschluss folgt dann eine Untersuchung der entsprechenden Compliance-Risiken in Bezug auf ausgewählte Rechtsgebiete (2.). Schließlich wird ein Zwischenfazit gezogen (3.). Der Abschnitt C. endet sodann – wie schon der Abschnitt B. – mit einem Fazit (IV.).

Die Arbeit schließt mit einer „Schlussbetrachtung“ im Abschnitt D.⁴³

⁴³Im Interesse der Lesbarkeit wird diese Arbeit regelmäßig das generische Maskulinum verwenden. Sofern kein expliziter Hinweis erfolgt, sind jedoch stets Personen jeglichen Geschlechts gemeint.