

Tragende Gründe Anlage



Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Krankenhausbehandlungs- Richtlinie

Stand: 22. Januar 2015

1. Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 SGB V	2
2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Abs. 5 SGB V	3
3. Beschlussentwurf zur Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie	7
4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte	16
5. Eingegangene Stellungnahmen	25
6. Schreiben der Bundesärztekammer zum Verzicht auf eine mündliche Anhörung ..	28
7. Schreiben der Bundeszahnärztekammer zum Verzicht auf eine mündliche Anhörung.....	29

1. Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 SGB V

Beschluss



zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vor einer abschließenden Entscheidung über eine Neufassung der Krankenhausbehandlungs- Richtlinien: redaktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen

Vom 12. Februar 2014

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in seiner Sitzung am 12. Februar 2014 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien – redaktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen – einzuleiten.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V (BÄK und BZÄK) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Berlin, den 12. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Veranlasste Leistungen
Der Vorsitzende

A handwritten signature in black ink, appearing to read "f. Hecken", is positioned below the printed name.

Hecken

2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Abs. 5 SGB V



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Sandra Carius
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-█

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
█

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
SCA/Jan

Datum:
28. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesärztekammer
Dezernat III
Herr Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Februar 2014 an
ulrich.zorn@baek.de

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer
hier: Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung
(Krankenhausbehandlungs-Richtlinien; KE-RL) - redaktionelle Änderungen und
Anpassung an Gesetzesänderungen**

Sehr geehrter Herr Dr. Zorn,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien - redaktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen - weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 12. Februar 2014 wird hiermit der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der oben bezeichneten Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien gegeben.

Beigefügt übersenden wir Ihnen den Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien (siehe Anlagen 1) sowie die zugehörigen Tragen- den Gründe (siehe Anlage 2). Zum Inhalt des Beschlussentwurfs liegen teils abweichende Positionen vor, die in den beigefügten Unterlagen als solche gekennzeichnet sind. Zur Erleichterung des Überblicks erhalten Sie zudem den Beschlussentwurf in einer Fassung, in der die vorgesehenen Änderungen kenntlich gemacht sind (siehe Anlage 3). Die bisherigen Krankenhausbehandlungs-Richtlinien sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/> abrufen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Die Stellungnahme kann spätestens bis zum

28. März 2014

abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [REDACTED] übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

- Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Beschlussentwurf im „Änderungen-verfolgen-Modus“



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Sandra Carius
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-█

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
█

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
SCA/Jan

Datum:
28. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 08 06, 10596 Berlin

Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahn-
ärztekammern e.V.
Rechtsabteilung
Herrn René Krouský
Chausseestraße 13
10115 Berlin

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Februar 2014 an

r.krousky@bzaek.de und

s.tschoepe@bzaek.de

Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundeszahnärztekammer hier: Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien; KE-RL) - redaktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen

Sehr geehrter Herr Krouský,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien - redaktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen - weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 12. Februar 2014 wird hiermit der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der oben bezeichneten Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien gegeben.

Beigefügt übersenden wir Ihnen den Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien (siehe Anlagen 1) sowie die zugehörigen Tragenden Gründe (siehe Anlage 2). Zum Inhalt des Beschlussentwurfs liegen teils abweichende Positionen vor, die in den beigefügten Unterlagen als solche gekennzeichnet sind. Zur Erleichterung des Überblicks erhalten Sie zudem den Beschlussentwurf in einer Fassung, in der die vorgesehenen Änderungen kenntlich gemacht sind (siehe Anlage 3). Die bisherigen

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin - GKV Spitzenverband, Berlin -
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Krankenhausbehandlungs-Richtlinien sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/> abrufen.

Die Stellungnahme kann spätestens bis zum

28. März 2014

abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [REDACTED] übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigelegten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Beschlussentwurf im „Änderungen-verfolgen-Modus“

3. Beschlussentwurf zur Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie

Stand: 25.02.2014

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien: redaktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) in der Fassung vom 24. März 2003 (BAnz. Nr. 188 S. 22577 vom 9. Oktober 2003) beschlossen.

I. Die bisherigen Krankenhausbehandlungs-Richtlinien werden wie folgt neu gefasst:

Position KZBV/DKG/PatV/GKV-SV:	Position KBV:
<p>„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE- RL)</p>	<p>„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE- RL)</p>

[Inhaltsverzeichnis]

§ 1 Ziel und Zweck

- (1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung.

Position KZBV/DKG/KBV/PatV:	Position GKV-SV:
<p>durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. ²Die Richtlinie gilt nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.</p>	<p>[keine Änderung]</p>

- (2) ¹Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss.

²Sie ist nicht notwendig bei Behandlungen, die nicht der Therapie einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen (z.B. Schönheitsoperationen). ³Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für die Patientin oder den Patienten mit den Mitteln der ambulanten Versorgung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

- (3) ¹Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht.

Position GKV-SV/DKG/KBV:	Position PatV:
² Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V).	[siehe Änderungsvorschlag zu § 5 Satz 3 bis 5]

³Alle Beteiligten sollen daran mitwirken, Belegungen der Krankenhäuser mit Patientinnen und Patienten zu vermeiden, die der Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht bedürfen.

§ 2 Krankenhausbehandlung – gesetzliche Definitionen

- (1) ¹Krankenhausbehandlung im Sinne dieser Richtlinie wird in zugelassenen Krankenhäusern nach § 107 Abs. 1 i.V.m. § 108 SGB V durchgeführt, in denen vorwiegend 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. ²Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist auf die Gewährung von Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern begrenzt. ³Zugelassene Krankenhäuser sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, oder Krankenhäuser, für die ein Versorgungsvertrag gem. § 109 Abs. 1 SGB V besteht.

Position DKG/GKV-SV/PatV:	Position KBV:
(2) ¹ Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. ² Krankenhausbehandlung	(2) ¹ Die stationäre Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) erbracht. ² Stationäre Krankenhausbehandlung

umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Patienten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und bis zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Position PatV:	Position DKG/KBV/GKV-SV:
³ Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung.	<i>[keine Änderung]</i>

- (3) Vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus setzt voraus, dass die Aufnahme nach Prüfung durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt des Krankenhauses erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
- (4) ¹Teilstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ist zulässig, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt des Krankenhauses erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann und die teilstationäre Behandlung zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses gemäß § 109 SGB V gehört.
- ²Eine teilstationäre Behandlung unterscheidet sich im Wesentlichen von einer vollstationären Behandlung durch eine regelmäßige, aber nicht zeitlich durchgehende Anwesenheit der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus. ³Im Rahmen der teilstationären Behandlung kann Unterkunft und Verpflegung gewährt werden.
- (5) ¹Vorstationäre Krankenhausbehandlung ist in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zulässig, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. ²Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (§ 115a Abs. 2 Satz 1 SGB V). In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V).
- (6) ¹Nachstationäre Behandlung ist in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zulässig, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. ²Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nicht überschreiten, bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung (§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V). ³Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Fällen im Einvernehmen mit der einweisenden Ärztin oder dem einweisenden Arzt verlängert werden. ⁴In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V).
- (7) Über die Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung und über die Art der Behandlung entscheidet die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt.

Position DKG/GKV-SV/PatV:	Position KBV:
§ 3 Abgrenzung zur ambulanten Behandlung	§ 3 Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
(1) ¹ Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gewährleistet.	(1) ¹ Eine ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird während der vor- und nachstationären Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gewährleistet, wenn diese Behandlung aufgrund einer anderen Erkrankung als der bereits stationär zu behandelnden Erkrankung notwendig ist.

²Eine vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung kann auch durch hierzu ausdrücklich vom Krankenhaus beauftragte, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus oder in der Arztpraxis erbracht werden. ³In diesem Fall handelt es sich nicht um eine Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 115a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V). ⁴Die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt des Krankenhauses hat gemäß § 115a Abs. 2 Satz 6 SGB V die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt über die vor- und nachstationäre Behandlung sowie diese und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärztinnen und Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnisse mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten unverzüglich zu unterrichten.

Position DKG/GKV-SV/PatV:	Position KBV:
(2) ¹ In einem Krankenhaus, einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung oder einer stationären Pflegeeinrichtung tätige Ärztinnen und Ärzte können ambulant behandeln, wenn sie zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind (§ 116 SGB V). ² Krankenhausärztinnen und -ärzte können mit entsprechender Ermächtigung ambulante geriatrische Behandlung erbringen (§ 118a SGB V).	<i>[ersatzlose Streichung]</i>
(3) ¹ Krankenhäuser können zur Erbringung folgender ambulanter Behandlungen legitimiert sein: a) ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe (§ 115b Abs. 2 SGB V), b) ambulante Behandlung bei Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf (§ 116a SGB V), c) ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116 b Abs. 2 SGB V) und ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b Abs. 2 Satz 1 in der bis zum 31.12.2011 geltenden	<i>[ersatzlose Streichung]</i>

Stand: 25.02.2014

<p>Fassung,</p> <p>d) ambulante Behandlung im Rahmen der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f Abs. 7 i.V.m. § 137g SGB V) und</p> <p>e) ambulante Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V).</p>	
<p>(4) ¹Ambulante Behandlungen erbringen bei entsprechender Legitimation auch</p> <p>a) Hochschulambulanzen bzw. psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten (§§ 117 und 118 SGB V),</p> <p>b) geriatrische Fachkrankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständiger geriatrischer Abteilung im Hinblick auf ambulante geriatrische Versorgung (§ 118a Abs. 1 SGB V),</p> <p>c) Sozialpädiatrische Zentren oder Kinderspezialambulanzen (§§ 119, 116a i.V.m. 120 Abs. 1a SGB V),</p> <p>d) Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V) und</p> <p>e) stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V).</p>	<p><i>[ersatzlose Streichung]</i></p>

Stand: 25.02.2014

§ 4 Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung

- (1) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie oder er selbst, ggf. mit Einbindung der häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder

Position GKV-SV/PatV/DKG:	Position KBV:
ob eine Weiterbehandlung – ggf. auf Überweisung – durch	ob eine Überweisung zur Weiterbehandlung im Rahmen der ambulanten Versorgung insbesondere an

- a) eine weitere Vertragsärztin oder einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis,
b) eine Notfallpraxis im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung,

Position GKV-SV/PatV/DKG:	Position KBV:
c) eine Ärztin oder einen Arzt mit entsprechender Legitimation (siehe § 3 Abs. 2),	c) einen ermächtigten Krankenhausarzt oder eine Institutsambulanz (§§ 116 bis 118 SGB V)
Position DKG/GKV-SV/PatV:	Position KBV:
d) ein Krankenhaus zu den unter § 3 Abs. 3 Satz 1 aufgeführten ambulanten Behandlungen oder	<i>[ersatzlose Streichung]</i>
e) eine der unter § 3 Abs. 4 Satz 1 aufgeführten weiteren Institutionen	<i>[keine Änderung]</i>

ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.

- (2) In Fällen geplanter stationärer Behandlung ist stets der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen.
(3) ¹Die Behandlung einer akuten Erkrankung muss stationär erfolgen, wenn sie wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben der Patientin oder des Patienten nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden kann. ²Das schließt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter der Patientin oder des Patienten ein.

§ 5 Beratung der Patientin oder des Patienten

¹Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt unterrichtet und berät die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung und geeignete Krankenhäuser.

Position GKV-SV/KBV/DKG:	Position PatV:
<i>[Streichung]</i>	² Er soll dabei die zugänglichen Informationen über geeignete Krankenhäuser einbeziehen.
<i>[siehe Änderungsvorschlag zu § 1 Abs. 2]</i>	³ Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderung sind zu beachten. ⁴ Insbesondere die Barrierefreiheit ist zu berücksichtigen. ⁵ Informationen und Entscheidungshilfe können beispielsweise die Qualitätsberichte der Krankenhäuser bieten, welche auch Aspekte der Barrierefreiheit enthalten.
Position GKV-SV/DKG:	Position KBV/PatV:
² In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass der Patientin oder dem Patienten Mehrkosten auferlegt werden können, sofern sie oder er ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Verordnung genanntes Krankenhaus wählt (§ 39 Abs. 2 SGB V).	<i>[keine Änderung]</i>
Position GKV-SV, KBV, DKG:	Position PatV:
³ Die Krankenkasse informiert und berät die Patientin oder den Patienten auf Nachfrage über ihre leistungsrechtlichen Ansprüche einschließlich der Mehrkostenregelung.	⁶ Die Krankenkasse informiert und berät die Patientin oder den Patienten auf Nachfrage über ihre leistungsrechtlichen Ansprüche und geeignete Krankenhäuser einschließlich der Mehrkostenregelung.

§ 6 Zusammenarbeit von Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Krankenhaus

Position GKV-SV/DKG/PatV:	Position KBV:
Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit sie ihm vorliegen	Zur Information für die behandelnde Krankenhausärztin oder den behandelnden Krankenhausarzt und ggf. zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie zur Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit sie ihm vorliegen

§ 7 Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung

- (1) ¹Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung soll auf dem dafür vorgesehenen Vordruck ("Verordnung von Krankenhausbehandlung") erfolgen. ²Die Verordnung ist nur zulässig, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. ³Dies gilt auch für Notfälle. ⁴Die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist auf dem Verordnungsformular zu dokumentieren. ⁵Hierzu gehören die Angabe der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung. ⁶In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.
- (2) ¹Seiten 1 und 2 der Verordnung sind der Patientin oder dem Patienten auszuhändigen. ²Die Patientin oder der Patient soll diesen Teil des Vordrucks der Krankenkasse vorlegen. ³Alternativ können die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in den Gesamtverträgen gemäß § 83 SGB V Vereinbarungen treffen, nach denen der für die Weiterleitung an die Krankenkasse vorgesehene Teil des Vordruckes (2. Seite) auf Verlangen der Krankenkasse vom Vertragsarzt an diese zu leiten ist.

Position DKG/GKV-SV/PatV:	Position KBV:
(3) ¹ Diagnosen sind entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V zu bezeichnen und weiterzugeben. ² Vorgeschlagene Behandlungen sollten ebenfalls entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V verschlüsselt werden.	<i>[Streichung]</i>

“

Stand: 25.02.2014

II. Regelung zum Inkrafttreten

Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte

Stand: 28.02.2014

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien:
redaktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen

Vom XX.XX.XXXX

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Redaktionelle Änderungen	2
2.2 Ausschluss der Anwendung auf den vertragszahnärztlichen Bereich, § 1 Abs. 1 ..	2
2.3 § 1 Absatz 2	3
2.4 § 1 Absatz 3	3
2.5 § 2 Absatz 1	3
2.6 § 2 Absatz 2	3
2.7 § 3	4
2.8 § 3 Absatz 1	4
2.9 § 3 Abs. 2 bis 4	4
2.10 § 4	5
2.11 § 5	5
2.12 § 6	7
2.13 § 7	7
3. Würdigung der Stellungnahmen	8
4. Bürokratiekostenermittlung	8
5. Verfahrensablauf	8

Stand: 28.02.2014

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V beschließt nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Richtlinien zur Regelung der Verordnung von Krankenhausbehandlung. Die geltenden Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) sind 2003 vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der Vorgängerinstitution des G-BA, verabschiedet worden.

Mit der redaktionellen Überarbeitung der Richtlinien wird der Beschluss des G-BA zur Richtliniengestaltung vom 21. Juni 2005 umgesetzt, wonach u. a. die Bezeichnung Richtlinie im Singular verwendet werden soll. Zudem wird durch Verwendung geschlechtlicher Paarformen dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern entsprechend dem Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 Rechnung getragen.

Die Neufassung enthält wesentliche inhaltliche Änderungen, mit denen die Richtlinien insbesondere an die seit 2003 durchgeführten Gesetzesänderungen und an geänderte Rechtsprechung angepasst werden.

Vor Entscheidungen des G-BA war nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung zu geben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)). Die Stellungnahmen waren in die Entscheidung einzubeziehen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Redaktionelle Änderungen

Die wesentlichen redaktionellen Änderungen betreffen die sprachliche Gleichbehandlung von Frauen und Männern. Nach dem Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 soll bei der Abfassung von Richtlinien dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern möglichst durch Verwendung geschlechtlicher Paarformen Rechnung getragen werden. Dem ist der G-BA mit der Neufassung nachgekommen.

Position KBV:

In der Bezeichnung der Richtlinie ist nun klargestellt, dass diese nur anwendbar ist auf Verordnungen *stationärer* Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung).

2.2 Ausschluss der Anwendung auf den vertragszahnärztlichen Bereich, § 1 Abs. 1

Position KZBV/DKG/KBV/PatV:	Position GKV-SV:
Mit dem neuen § 1 Abs. 1 Satz 2 wird klargestellt, dass die Richtlinie nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte gilt.	Die KE-RL gilt auch für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte. Der G-BA hat die Aufgabe, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten zu beschließen (vgl. § 92 Abs. 1 Satz 1, 1. Halbsatz SGB V). Dabei sind die Voraussetzungen zur Umsetzung leistungsrechtlicher Ansprüche nach § 39 SGB V für Versicherte nach einheitlichen Kriterien zu

Stand: 28.02.2014

	regeln. Dies schließt auch die durch Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte ausgestellten Verordnungen von Krankenhausbehandlung ein, da eine unterschiedliche Realisierung im konkreten Einzelfall schon aus Gleichbehandlungsgründen nicht zu rechtfertigen ist.
--	--

2.3 § 1 Absatz 2

Die Ergänzung am Ende des § 1 Abs. 2 Satz 2 um den Hinweis auf die häusliche Krankenpflege entspricht dem Gesetzestext des § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V. Sie soll einem Umkehrschluss vorbeugen.

Die Paragrafenangabe am Ende des Satzes 2 in § 1 Abs. 2 wurde der Klarheit halber konkretisiert.

2.4 § 1 Absatz 3

In Satz 1 des § 1 Abs. 3 wird mit der Ergänzung des Wortes „stationärer“ klargestellt, dass sich in Abgrenzung zu den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten die Einweisung auf eine stationäre Behandlung im Krankenhaus richtet.

Position GKV-SV/DKG/KBV:	Position PatV:
Die Ergänzung in Satz 2 um die Aussage, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist, greift die entsprechenden gesetzlichen Regelungen in §§ 2a und 92 Absatz 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V auf. Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.	Siehe Ausführungen zu § 5.

2.5 § 2 Absatz 1

Die Änderung der Überschrift des § 2 stellt klar, dass nicht die Definition von Krankenhäusern an sich, sondern die der Krankenhausbehandlung im Fokus steht.

Mit der Formulierung am Ende des § 2 Absatz 1 Satz 3 wird die Begrenzung auf nach wie vor bestehende Verträge verdeutlicht.

2.6 § 2 Absatz 2

Position KBV:

In § 2 Abs. 2 wird klargestellt, dass die Richtlinie nur *stationäre* Krankenhausbehandlung regelt.

Die Ergänzung des 2. Halbsatzes in § 2 Abs. 2 Satz 2 um einen Hinweis auf Leistungen zur Frührehabilitation entspricht dem Gesetzeswortlaut nach § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V.

Position PatV:

Der neue Satz 3 enthält der Vollständigkeit halber einen Hinweis für einweisende Ärzte auf das Entlassmanagement, vgl. § 39 Abs. 1 S. 4 SGB V.

Stand: 28.02.2014

2.7 § 3

Position DKG/GKV-SV/PatV:	Position KBV:
Bereits in der bisherigen Richtlinie erfolgte unter „§ 3 Abgrenzung zur ambulanten Behandlung“ eine Aufzählung bestehender ambulanter Behandlungsformen. Aufgrund zwischenzeitlicher Gesetzesänderungen mit Einführung neuer ambulanter Versorgungsmöglichkeiten waren, wie nachfolgend noch näher erläutert, Änderungen und Ergänzungen in den Darstellungen erforderlich.	Der Paragraph beschreibt das Verhältnis der vor- und nachstationären Behandlung zur ambulanten Behandlung durch Vertragsärzte.

2.8 § 3 Absatz 1

Position KBV:

Der Textvorschlag „Eine ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird während der vor- und nachstationären Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gewährleistet, wenn diese Behandlung aufgrund einer anderen Erkrankung als der bereits stationär zu behandelnden Erkrankung notwendig ist.“ verdeutlicht, dass eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung dann im Rahmen des Sicherstellungsauftrages erfolgt, wenn es sich nicht um die gleiche Erkrankungen handelt, wegen derer der Patient oder die Patientin bereits stationär behandelt wird.

Der neue Satz 2 dient der Anpassung an die klarstellende Änderung in § 115a Abs. 1 Satz 2 (neu) SGB V durch das GKV-VStG. Die Darstellung der Regelungen ist nur im Zusammenhang sinnvoll.

2.9 § 3 Absatz 2 bis 4

Position DKG/GKV-SV/PatV:

Die Absätze 2 ff. bilden die gesetzlich bestehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ab. Dabei führt der neue Absatz 2 die Möglichkeiten der Ermächtigung von Ärzten in stationären Einrichtungen auf. Im neuen Abs. 3 sind die bei entsprechender Legitimation bestehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern überblicksartig aufgeführt. Der neue Abs. 4 nennt darüber hinaus andere Einrichtungen, in denen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen können.

Zu Absatz 2

Krankenhäuser oder andere Einrichtungen können zugelassen, ermächtigt, berechtigt, bestimmt oder vertraglich legitimiert sein. Der Begriff „legitimiert“ soll alle diese Möglichkeiten einschließen. Die Regelung in Abs. 4b) ist durch das PsychEntgG vom 21. Juli 2012 eingeführt worden und zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten.

Zu Absatz 4

Der bisherige Hinweis in § 3 Abs. 4 Satz 2, wonach dort zuvor aufgeführte Leistungen nicht Teil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V seien, war im Kontext dieser Richtlinie nicht erforderlich.

Stand: 28.02.2014

2.10§ 4

Durch Ergänzung der Überschrift wird klargestellt, dass sich der Paragraph auf die Notwendigkeit der *stationären* Krankenbehandlung beschränkt.

Absatz 1 wurde ergänzt um einen Verweis auf die häusliche Krankenpflege, § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V.

Position GKV-SV/PatV/DKG:	Position KBV:
Absatz 1 wurde am Ende umformuliert, da die ambulante Behandlung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe nicht immer zwingend auf Überweisung erfolgt (vgl. § 119a Satz 3 SGB V).	Darüber hinaus wurde in Absatz 1 vor Beginn der Aufzählung klargestellt, dass es sich um eine Überweisung zur Weiterbehandlung im Rahmen der ambulanten Versorgung handelt. Mit dem Begriff „insbesondere“ wird ausgedrückt, dass die darauf folgende Aufzählung nicht abschließend ist. Eine systematische Aufzählung ambulanter Behandlungsangebote wird abgelehnt, da Vertragsärzte diese nicht vollumfänglich kennen können und eine Prüfung der aufgezählten ambulanten Behandlungsangebote nicht zumutbar ist. Es gilt weiterhin der Grundsatz „ambulant vor stationär“.
Aus Gründen der Transparenz wird in Absatz 1e) unter anderem auf Pflegeeinrichtungen verwiesen. Für die Aufnahme des Versicherten in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist der Pflegebedarf und nicht der medizinische Behandlungsbedarf maßgeblich. Bei Versicherten, die bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung sind, besteht daher kein Prüfbedarf für den Arzt, ob eine ambulante ärztliche Behandlung in einer stationären Pflegeeinrichtung ausreicht.	

2.11§ 5

Mit der Umformulierung von Satz 1 wird klarer dargestellt, dass der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt auch eine Funktion in der Beratung/Unterrichtung über für die Patientin oder den Patienten geeignete Krankenhäuser zukommt.

Position PatV:

Die neuen Sätze 3 und 4 tragen den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung (§§ 2a und 92 Absatz 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V).

Die besonderen Belange sind in diesen gesetzlichen Regelungen nicht näher bezeichnet. Die Normen konstituieren also für den G-BA die Pflicht, bei Entscheidungen und bei der Normsetzung diese besonderen Belange zu ermitteln und seine Richtlinien entsprechend zu konkretisieren (vgl. Welti, Brockmann, „Die besonderen Belange behinderter und chronisch

kranker Menschen, das Recht der Rehabilitation und Teilhabe und die Kompetenzen des G-BA", Gutachten für die Patientenvertretung 2009). Zu den besonderen Belangen behinderter Menschen gehört die Barrierefreiheit (§ 4 BGG und die entsprechenden Vorschriften der Behindertengleichstellungsgesetze der Länder; Art. 9 UN-BRK). Barrierefreiheit bedeutet für alle generationsübergreifenden mobilitätseingeschränkten Patienten eine Zugänglichkeit zu jeder Untersuchung, die für sie notwendig und medizinisch indiziert ist, zu erreichen. Unabhängig vom Suchen nach der medizinisch richtigen Einrichtung, gibt es bisher von den Verfahren und den Beteiligten des Gesundheitswesens keine einheitlichen Rahmenbedingungen, wo und wie der Patient/die Patientin die adäquate Untersuchungsmöglichkeit findet. Die Frage der Mehrkosten muss in diesem Zusammenhang gesehen werden, da gerade in ländlichen Regionen die Möglichkeiten der Versorgung nicht wie in städtischen Regionen gewährleistet wird. Die Barrierefreiheit hilft die räumlichen Unterschiede zu verringern.

Mit § 2a SGB V werden alle Beteiligten des Krankenversicherungssystems angesprochen. Dies gilt sowohl für den GBA (§ 92 Abs. 1 S. 1 SGB V) als auch für die Krankenkassen und für die Vertragsärzte als Leistungserbringer. Ohne Barrierefreiheit ist die gesundheitliche Versorgung nicht für alle Versicherten sichergestellt. Deshalb werden die Krankenkassen verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden (§ 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I). Ferner sind die Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken (§ 70 Abs. 2 SGB V); zu einer humanen Krankenbehandlung gehört auch Barrierefreiheit. Zur Realisierung dieser Verpflichtungen haben die Krankenkassen und die Leistungserbringer die Regelungskompetenzen des G-BA für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend zu nutzen. Diese Hinwirkungspflichten umfassen auch die Informations- und Beratungspflicht der Krankenkassen und Leistungserbringer (Vertragsärzte) im Hinblick auf Barrierefreiheit in Krankenhäusern.

Satz 5: Eine gute Unterstützung für die Auswahl geeigneter Krankenhäuser bieten die Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)". Die Ziele des Qualitätsberichts umfassen gemäß § 1 Qb-R:

- „1. Information und Entscheidungshilfe für alle interessierten Personen, insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,*
- 2. Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung von Patienten und Patientinnen insbesondere für Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung und für Krankenkassen,*
- 3. Möglichkeit für ein Krankenhaus, seine Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.“*

Informationen, Lesehilfen und Flyer über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser findet man auf der Internetseite des G-BA:

<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht/>

Die Daten der Qualitätsberichte werden in der Regel über die Internetseiten der Krankenkassen und ihrer Verbände sowie über die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Patientenorganisationen in „Kliniksuchmaschinen“ aufgearbeitet.

Ab dem Berichtsjahr 2012 enthalten die Qualitätsberichte auch Aspekte zur Barrierefreiheit (vgl. Beschluss über Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (QB-RL) vom 16.05.2013:

http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1726/2013-05-16_Qb-R_Neufassung_BAnz.pdf

Stand: 28.02.2014

Position GKV-SV/DKG:

Der neue Satz 2 sieht vor, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bei der Unterrichtung und Beratung der Patientin oder des Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung und der geeigneten Krankenhäuser auch darüber aufklärt, dass der Patientin oder dem Patienten Mehrkosten durch die Krankenkasse auferlegt werden können, sofern sie oder er ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Verordnung genanntes Krankenhaus wählt. Hiermit wird den Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur wirtschaftlichen Aufklärung Rechnung getragen. Insofern handelt es sich hiermit nicht um die Statuierung einer neuen Verpflichtung durch den G-BA.

In einem neuen Satz 3 [Position PatV: Satz 6] wird auf die Informations- und Beratungspflicht der Krankenkasse in Bezug auf die leistungsrechtlichen Ansprüche der Versicherten einschließlich der bestehenden Mehrkostenregelung [Position PatV: und die geeigneten Krankenhäuser] hingewiesen.

2.12§ 6

Satz 1 wurde sprachlich korrigiert.

KBV:

Der bisherige Hinweis auf „Diagnostik und Therapie“ wird durch den Begriff „Information“ ersetzt, der beide Aspekte („Diagnostik und Therapie“) umfasst.

2.13§ 7

Um wiederkehrende Anpassungen zu vermeiden, wurde in Absatz 1 Satz 1 der Klammerzusatz „Muster 2“ ersetzt durch die allgemeine Bezeichnung des Vordruckes „Verordnung von Krankenhausbehandlung“.

Position KBV:	Position GKV-SV/DKG:
Absatz 3 wurde ersatzlos gestrichen, da die Regelung in der Praxis keine Anwendung findet.	Der G-BA hat sich im Rahmen der Überarbeitung auch mit der Frage beschäftigt, ob Absatz 3 möglicherweise gestrichen werden könnte. Er hat dies aber nicht für zielführend erachtet, da dies falsche Signale setzen könnte, zumal davon auszugehen ist, dass die Angabe des ICD-10-Codes für die Vertragsärztinnen bzw. -ärzte aufgrund sowohl der bisherigen Vorgabe in den Krankenhausbehandlungs-Richtlinien als auch der gesetzlichen Verpflichtung nach § 295 SGB V gewohnte Praxis ist. Eine Streichung würde zu einem unnötigen Mehraufwand bei den Krankenhäusern führen, die im Rahmen des Datenträgeraustausches gegenüber der Krankenkasse u. a. auch die Diagnose des einweisenden Vertragsarztes nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10 GM) anzugeben haben (vgl. § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 Satz 1 SGB V) und insofern eine „Nachverschlüsselung“ vorzunehmen hätten, sofern die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt auf der Verordnung zur Krankenhausbehandlung die Diagnose im Klartext angeben würde.

Stand: 28.02.2014

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Platzhalter]

4. Bürokratiekostenermittlung

Position DKG/GKV-SV:	Position KBV (zu § 3 Abs. 2ff. und aufgrund der Position, es bestehe keine Verpflichtung zur Prüfung von ambulanten Behandlungsangeboten):
Durch diesen Beschluss werden keine Informationspflichten neu begründet, geändert oder abgeschafft. Eine Ermittlung von Bürokratiekosten ist daher nicht erfolgt.	Die Verordnung von Krankenhausbehandlung ist in § 26 Bundesmantelvertrag-Ärzte als vertragsärztliche Leistung abstrakt-generell geregelt. Darüber hinaus entstehen dem Arzt keine zusätzlichen Prüfverpflichtungen bei der Krankenhauseinweisung, so dass keine neuen Informationspflichten begründet werden. Demzufolge entstehen keine darstellungspflichtigen Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
11.08.2010	UA VL	Einrichtung einer AG KE-RL und erstmalige Beauftragung der AG mit der Beratung einer redaktionellen und inhaltlichen Anpassung der KE-RL an neu hinzugekommene gesetzliche Regelungen
13.11.2012	UA VL	Bestätigung und weitere Konkretisierung des Auftrages an die AG KE-RL im Hinblick auf redaktionelle als auch inhaltliche Änderungen, insbesondere aufgrund von Gesetzesänderungen, und Verkürzung der RL
12.02.2013	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Neufassung der KE-RL
TT.MM.JJJJ	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen und Beschluss über das Absehen von einer Anhörung nach § 12 Abs. 2 GO Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Neufassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerFO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>

Stand: 28.02.2014

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den XX.XXXX.2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

5. Eingegangene Stellungnahmen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91-Abs. 5 SGB V
zur Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von
Krankenhausbehandlung

Berlin, 28.03.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 28.02.2014 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu der vorgesehenen Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung aufgefordert. Nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien u. a. zur Verordnung von Krankenhausbehandlung. Die Neufassung der 2003 in Kraft getretenen Richtlinie umfasst redaktionelle und inhaltliche Änderungen. Insbesondere erfolgt eine Anpassung der Richtlinie an die seit 2003 durchgeführten Gesetzesänderungen durch die Übernahme der entsprechenden Gesetzesformulierungen sowie an die geänderte Rechtsprechung in diesem Bereich.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Richtlinie regelt die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung. Diese Klarstellung findet sich in § 1 Abs. 1 (S. 1) der Richtlinie, ggf. bereits im Titel der Richtlinie. Von daher ist nach Auffassung der Bundesärztekammer nachvollziehbar, dass in § 2 Abs. 2 der Richtlinie auf die Nennung der ambulanten Krankenhausbehandlung verzichtet wird. Zwar kann Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V grundsätzlich auch ambulant erfolgen; dies ist aber nicht Regelungsgegenstand der Richtlinie. Im Unterschied zu den anderen in § 2 Abs. 2 der Richtlinie genannten Formen der Krankenhausbehandlung erfolgt im Weiteren auch keine gesetzliche Definition der ambulanten Krankenhausbehandlung.

§ 3 der Richtlinie beinhaltet zwei unterschiedliche Sachverhalte. Zum einen geht es um die ambulante Behandlung durch Vertragsärzte aufgrund einer anderen Erkrankung, als derjenigen, die die stationäre Krankenhausbehandlung begründet, neben der vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, d. h. also um die Abgrenzung zwischen vor- und nachstationärer Behandlung und der ambulanten Behandlung durch Vertragsärzte. Zum anderen geht es um eine Abbildung der gesetzlich bestehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, d. h. um die Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung durch Krankenhäuser bzw. ermächtigte Ärzte. Die Notwendigkeit der Auflistung in § 3 der Richtlinie wird nach Auffassung der Bundesärztekammer weder aus der Richtlinie noch aus den Tragenden Gründen hinreichend deutlich. Zu prüfen wäre, ob die beiden Sachverhalte nicht in zwei getrennten Paragraphen geregelt werden sollten bzw. ob der zweite Sachverhalt nicht in § 4 der Richtlinie aufzunehmen wäre. Zu überlegen wäre zudem, ob die Klarstellung in § 3 Abs. 1 S. 2 der Richtlinie, dass die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbracht werden kann, von der Systematik her nicht in die gesetzliche Definition in § 2 der Richtlinie gehört.

Die Bundesärztekammer unterstützt die Position von GKV-SV, KBV und DKG (§ 5 S. 3 der Richtlinie), dass es nicht zu den Aufgaben der Krankenkassen gehört, die Patienten über geeignete Krankenhäuser zu informieren.

Den Tragenden Gründen kann nicht entnommen werden, warum sich KZBV, DKG, KBV und PatV dafür aussprechen, dass die Richtlinie nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärzte gilt. Da zunächst kein Unterschied zwischen einer Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragsärzte bzw. durch Vertragszahnärzte besteht, spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, wenn auf eine Einbeziehung verzichtet werden soll, dies inhaltlich zu begründen.

Berlin, 28.03.2014

i. A.

Britta Susen
Bereichsleiterin im Dezernat 5 -
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03
Kto.-Nr. 0 001 088 769

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Per E-Mail: sandra.carius@g-ba.de
patrick.janiec@g-ba.de

Ihre Nachricht vom
28.02.2014

Durchwahl
-140

Datum
28. März 2013

Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur geplanten Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Veranlasste Leitungen beschlossene Möglichkeit einer Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer zu der geplanten Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinie).

Der Bundeszahnärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme bei Beschlüssen des G-BA zu geben, deren Gegenstand die Berufsausübung der Zahnärzte berührt (vgl. § 91 Abs. 5 SGB V).

Grundsätzlich ist die Verordnung von stationären Behandlungen im Krankenhaus durch Zahnärzte in Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bei entsprechender Indikation vom Zahnheilkundengesetz gedeckt. Folgerichtig ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärzte auch Gegenstand vertraglicher Vereinbarungen der KZBV mit den Krankenkassen. Gleichwohl liegt hierzu nach unserer Einschätzung kein numerisch relevantes Versorgungsgeschehen vor. Insofern kann das Argument in dem Entwurf der Tragenden Gründe der Richtlinie, dass eine Verordnung von Krankenhausbehandlungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte aus Gleichbehandlungsgründen erforderlich sei, diesseits nicht nachvollzogen werden. Vielmehr würde eine grundlegende Anwendbarkeit der neu gefassten Richtlinie auf den zahnärztlichen Sektor nur zu unnötigem Regelungszuwachs und damit für unnütze Bürokratie sorgen. Die Bundeszahnärztekammer unterstützt daher die beabsichtigte Klarstellung in dem neu gefassten § 1 Abs. 1 Satz 2 der Richtlinie, wonach die Richtlinie nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte gelten soll.

Die Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme im Unterausschuss Veranlasste Leistungen nimmt die Bundeszahnärztekammer gern wahr.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Ass. jur. Sven Tschoepe. LL.M.
Leiter Abt. Versorgung und Qualität

6. Schreiben der Bundesärztekammer zum Verzicht auf eine mündliche Anhörung



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 28.03.2014
Fon
+49 30 400 456-430
Fax
+49 30 400 456-378
E-Mail
dezernat3@baek.de
Diktatzeichen
Zo/Wd
Aktenzeichen
872.010
Seite
1 von 1

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Sandra Carius
Wegelystraße 8
10623 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Kranken-
hausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien; KE-RL) – re-
daktionelle Änderungen und Anpassung an Gesetzesänderungen
hier: Ihr Schreiben vom 28.02.2014**

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.
Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stel-
lungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angele-
genheit keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Anlage

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Postfach 12 08 64
10598 Berlin
Fon +49 30 400 456-0
Fax +49 30 400 456-388
info@baek.de
www.baek.de

7. Schreiben der Bundeszahnärztekammer zum Verzicht auf eine mündliche Anhörung

 BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER		<p>Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. Chausseestraße 13 D-10115 Berlin Telefon: +49 30 40005-0 Fax: +49 30 40005-200 E-Mail: info@bzaek.de www.bzaek.de Deutsche Apotheker- und Ärztbank Berlin BLZ 100 906 03 Kto.-Nr. 0 001 088 769</p>
<p>Bundeszahnärztekammer Postfach 04 01 80 10061 Berlin</p>		
<p>Gemeinsamer Bundesausschuss Wegelystraße 8 10623 Berlin</p>		
<p>vorab per E-Mail: victoriah.szirmai@g-ba.de daniela.fischer@g-ba.de</p>		
<p>Ihr Schreiben vom 31.07.2014</p>	<p>Durchwahl -140</p>	<p>Datum 06.08.2014</p>
<p>Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur geplanten Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses</p>		
<p>Sehr geehrter Herr Hecken,</p>		
<p>die Bundeszahnärztekammer begrüßt den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.04.2014, wonach es zur Verordnung von Krankenhausbehandlungen durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte keiner speziellen Krankenhausbehandlungs-Richtlinie bedarf, ausdrücklich.</p>		
<p>Vor diesem Hintergrund verzichtet die Bundeszahnärztekammer auf die Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme im Unterausschuss Veranlasste Leistungen.</p>		
<p>Mit freundlichen Grüßen</p>		
<p>i. A.</p>		
		
<p>Ass. jur. Sven Tschoepe, LL.M. Leiter Abt. Versorgung und Qualität</p>		