

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung

(Krankenhouseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)

in der Neufassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.04.2015 B2 vom 29. April 2015
in Kraft getreten am 30. April 2015

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1	Ziel und Zweck	3
§ 2	Krankenhausbehandlung – gesetzliche Definitionen	3
§ 3	Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung	4
§ 4	Beratung der Patientin oder des Patienten	5
§ 5	Zusammenarbeit von Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Krankenhaus.....	5
§ 6	Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung	6

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Ziel und Zweck

- (1) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. ²Die Richtlinie gilt nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.
- (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 Absatz 1 Satz 2 SGB V).
- (3) ¹Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht. ²Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V). 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 Absatz 1 in Verbindung mit § 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 gemäß § 109 Absatz 1 SGB V besteht.
- (2) ¹Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. ²Krankenhausbehandlung 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.
- (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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 SGB V). ³In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden (§ 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V).
- (7) ¹Eine 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. ²In diesem Fall handelt es sich nicht um eine Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 115a Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V). ³Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gewährleistet. ⁴Die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt des Krankenhauses hat gemäß § 115a Absatz 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 Krankenhausbehandlung jeweils beteiligten Ärztinnen und Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnisse mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten unverzüglich zu unterrichten.
- (8) Über die Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung und über die Art der Behandlung entscheidet die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt.

§ 3 Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung

- (1) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie oder er selbst, gegebenenfalls mit Einbindung der häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung – gegebenenfalls auf Überweisung – beispielsweise durch
- a) eine weitere Vertragsärztin oder einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis,
 - b) eine Notfallpraxis im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung,

- c) eine oder einen in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer stationären Pflegeeinrichtung tätige Ärztin oder tätigen Arzt mit einer Ermächtigung zur ambulanten Behandlung (§ 116 SGB V),
- d) ein Krankenhaus, das zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe zugelassen ist (§ 115b SGB V),
- e) ein Krankenhaus, das zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zugelassen ist (§ 116a SGB V),
- f) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser, die zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassen sind (§ 116b SGB V) oder Krankenhäuser, die zur ambulanten Behandlung nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung zugelassen sind,
- g) Hochschulambulanzen bzw. psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten (§§ 117 und 118 SGB V),
- h) geriatrische Fachkrankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständiger geriatrischer Abteilung im Hinblick auf ambulante geriatrische Versorgung sowie Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte mit Ermächtigung zur ambulanten geriatrischen Behandlung (§ 118a Absatz 1 SGB V),
- i) sozialpädiatrische Zentren oder Kinderspezialambulanzen (§§ 119, 116a in Verbindung mit § 120 Absatz 1a SGB V),
- k) Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V),
- l) Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen bei einer anderen Vertragsärztin, einem anderen Vertragsarzt oder in einem Krankenhaus (§ 137f in Verbindung mit § 137g SGB V) oder
- m) einen Leistungserbringer im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V), soweit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bekannt,

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.

§ 4 Beratung der Patientin oder des Patienten

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

§ 5 Zusammenarbeit von Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Krankenhaus

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 ihr oder ihm vorliegen.

§ 6 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 (Seite 2) auf Verlangen der Krankenkasse von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt an diese zu leiten ist.
- (3) ¹Diagnosen sind entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V zu bezeichnen und weiterzugeben. ²Vorgeschlagene Behandlungen sollten ebenfalls entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V verschlüsselt werden.