Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung

(Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)

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

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B2
in Kraft getreten am 8. Juni 2017

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Ziel und Zweck

(1) [1]Die 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 sowie
- die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden bezeichnet als Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten).

[2]Die Richtlinie gilt nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

(2) [1]Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss. [2]Sie ist nicht notwendig bei Behandlungen, die nicht der Therapie einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen (z. B. Schönheitsoperationen). [3]Die 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) [1]Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht. [2]Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V). [3]Alle Beteiligten sollen daran mitwirken, Belegungen der Krankenhäuser mit Patientinnen und Patienten zu vermeiden, die der Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht bedürfen.

(4) [1]Die Verordnung durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten ist nur zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie:

- gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie vorliegt oder
- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.

[2]Über die oben definierten Indikationsbereiche hinaus ist eine Verordnung auch dann zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen" der ICD-10-GM Version 2017[1] vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt.

§ 2 Krankenhausbehandlung – gesetzliche Definitionen

(1) [1]Krankenhausbehandlung 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 verpflegt werden können. [2]Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist auf die Gewährung von Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern begrenzt. [3]Zugelassene Krankenhäuser sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2017

sind, oder Krankenhäuser, für die ein Versorgungsvertrag gemäß § 109 Absatz 1 SGB V besteht.

(2) [1]Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. [2]Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Patientinnen und 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 das Krankenhaus 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) [1]Teilstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ist zulässig, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus 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. [2]Eine 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. [3]Im Rahmen der teilstationären Behandlung kann Unterkunft und Verpflegung gewährt werden.

(5) [1]Vorstationäre Krankenhausbehandlung ist in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zulässig, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. [2]Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (§ 115a Absatz 2 Satz 1 SGB V). [3]In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden (§ 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V).

(6) [1]Nachstationäre 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. [2]Die 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). [3]Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Fällen im Einvernehmen mit der einweisenden Ärztin, dem einweisenden Arzt, der einweisenden Vertragspsychotherapeutin oder dem einweisenden Vertragspsychotherapeuten verlängert werden (§ 115a Absatz 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V). [4]In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden (§ 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V).

(7) [1]Eine 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 sowie Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten erbracht werden. [2]In diesem Fall handelt es sich nicht um eine Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 115a Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V in Verbindung mit § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V). [3]Eine 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. [4]Das Krankenhaus hat die einweisende Ärztin, den einweisenden Arzt, die einweisende Vertragspsychotherapeutin oder den einweisenden Vertragspsychotherapeuten über die vor- und nachstationäre Behandlung sowie diese und die an der weiteren Krankenbehandlung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

jeweils beteiligten Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnisse mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten unverzüglich zu unterrichten (§ 115a Absatz 2 Satz 6 SGB V in Verbindung mit § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

(8) Über die Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung und über die Art der Behandlung entscheidet das Krankenhaus.

§ 3 Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung

(1) Die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie oder er selbst, gegebenenfalls mit Einbindung der (psychiatrischen) häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung – gegebenenfalls auf Überweisung – beispielsweise durch

a) eine (weitere) Vertragsärztin, einen (weiteren) Vertragsarzt (bei Bedarf mit entsprechender Zusatzqualifikation), eine Schwerpunktpraxis, eine (weitere) Vertragspsychotherapeutin oder einen (weiteren) Vertragspsychotherapeuten,

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 stationsersetzender 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) Medizinische Behandlungszentren (§ 119c SGB V),

m) Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f in Verbindung mit § 137g SGB V) oder

n) einen Leistungserbringer im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V), soweit der verordnenden Vertragsärztin, dem verordnenden Vertragsarzt, der verordnenden Vertragspsychotherapeutin oder dem verordnenden Vertragspsychotherapeuten 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

(3) [1]Die 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. [2]Das schließt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter der Patientin oder des Patienten ein.

§ 4 Beratung der Patientin oder des Patienten

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

§ 5 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung hat die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut 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) [1]Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung soll auf dem dafür vorgesehenen Vordruck ("Verordnung von Krankenhausbehandlung") erfolgen. [2]Die Verordnung ist nur zulässig, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin, der behandelnde Vertragsarzt, die behandelnde Vertragspsychotherapeutin oder der behandelnde Vertragspsychotherapeut von dem Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. [3]Dies gilt auch für Notfälle. [4]Die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist auf dem Verordnungsformular zu dokumentieren. [5]Hierzu gehören die Angabe der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung. [6]In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.

(2) [1]Seiten 1 und 2 der Verordnung sind der Patientin oder dem Patienten auszuhändigen. [2]Die Patientin oder der Patient soll diesen Teil des Vordrucks der Krankenkasse vorlegen. [3]Alternativ 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, vom Vertragsarzt, von der Vertragspsychotherapeutin oder vom Vertragspsychotherapeuten an diese zu leiten ist.

(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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.