

Bekanntmachungen

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Bekanntmachung [1337 A] des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien)

Vom 24. März 2003

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung vom 24. März 2003 beschlossen, die Krankenhausbehandlungs-Richtlinien (vormals Krankenhauspflege-Richtlinien) in der Fassung vom 26. Februar 1982 (Beilage Nr. 32 zum BAnz. Nr. 125 vom 13. Juli 1982) wie folgt neu zu erlassen:

„Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Ziel und Zweck
- § 2 Leistungen der Krankenhäuser — gesetzliche Definitionen
- § 3 Abgrenzung zur ambulanten Behandlung
- § 4 Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung
- § 5 Beratung des Patienten
- § 6 Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus
- § 7 Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung
- § 8 Inkrafttreten

§ 1 Ziel und Zweck

(1) Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien regeln die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung.

(2) Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses medizinisch zwingend erfolgen muss. Sie ist nicht notwendig bei Behandlungen, die nicht der Therapie einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen (z. B. Schönheitsoperationen). Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für den Patienten mit den Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden kann (§ 39 SGB V).

(3) Die Verordnung von Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht. Alle Beteiligten sollen daran mitwirken, Belegungen der Krankenhäuser mit Patienten zu vermeiden, die der Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht bedürfen.

§ 2 Leistungen der Krankenhäuser — gesetzliche Definitionen

(1) Krankenhausbehandlung im Sinne dieser Richtlinie wird in zugelassenen Krankenhäusern nach § 107 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. Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist auf die Gewährung von Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern begrenzt. Zugelassene Krankenhäuser sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, oder Krankenhäuser, für die ein Versorgungsvertrag gemäß § 109 Abs. 1 SGB V abgeschlossen ist.

(2) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. 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.

(3) Vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus setzt voraus, dass die Aufnahme nach Prüfung durch 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.

(4) Teilstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ist zulässig, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch 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. Eine teilstationäre Behandlung unterscheidet sich im Wesentlichen von einer vollstationären Behandlung durch eine regelmäßige, aber nicht zeitlich durchgehende Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus. Im Rahmen der teilstationären Behandlung kann Unterkunft und Verpflegung gewährt werden.

(5) Vorstationäre Behandlung ist in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zulässig, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden.

(6) 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. 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 gemäß § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Fällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden.

(7) Über die Aufnahme in stationäre Krankenhausbehandlung und über die Art der Behandlung entscheidet der Krankenhausarzt.

§ 3 Abgrenzung zur ambulanten Behandlung

(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 Ärzte gewährleistet. Der zuständige Arzt des Krankenhauses hat gemäß § 115a Abs. 2 Satz 5 SGB V den einweisenden Arzt über die vor- und nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnisse mit Einwilligung des Patienten unverzüglich zu unterrichten.

(2) Gem. § 115b Abs. 2 SGB V sind Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung derjenigen Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen, die in dem gemäß § 115b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog genannt werden.

(3) An Hochschulkliniken können gemäß § 117 Abs. 1 SGB V in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang besondere Einrichtungen zur ambulanten Versorgung zugelassen sein (Hochschulambulanzen).

(4) An psychiatrischen Krankenhäusern, psychiatrischen Abteilungen der Pflichtversorgung an Allgemeinkrankenhäusern und psychologischen Universitätsinstituten können gemäß § 117 Abs. 2 und § 118 SGB V Institutsambulanzen zur ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sein. Ihre Leistungen sind nicht Teil der Krankenhausbehandlung.

§ 4 Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

(1) Der Vertragsarzt hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob er selbst die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine Überweisung zur Weiterbehandlung an

- a) einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis,
- b) einen ermächtigten Krankenhausarzt oder eine Institutsambulanz (§§ 116 bis 118 SGB V),
- c) ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung (§ 39 in Verbindung mit § 115b SGB V),
- d) eine Notfallpraxis im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.

(2) In Fällen geplanter stationärer Behandlung ist stets der Allgemeinzustand des Patienten zu berücksichtigen.

(3) Die Behandlung einer akuten Erkrankung muss stationär erfolgen, wenn sie wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben des Patienten nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden kann. Das schließt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter des Patienten ein.

§ 5 Beratung des Patienten

Der Vertragsarzt unterrichtet und berät den Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung. Er soll dabei die ihm zugänglichen Informationen über geeignete Krankenhäuser einbeziehen.

§ 6 Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus

Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung hat der Vertragsarzt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit sie ihm vorliegen.

§ 7 Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung

(1) Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung soll auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (Muster 2) erfolgen. Die Verordnung ist nur zulässig, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. Dies gilt auch für Notfälle. Die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist auf dem Ordnungsformular zu dokumentieren. Hierzu gehören die Angabe der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.

(2) Die Seiten 1 und 2 der Verordnung sind dem Patienten auszuhändigen. Der Patient soll diesen Teil des Vordrucks der Krankenkasse vorlegen. 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 (2. Seite) auf Verlangen der Krankenkasse vom Vertragsarzt an diese zu leiten ist.

(3) Diagnosen sind entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V zu bezeichnen und weiterzugeben. Vorgeschlagene Behandlungen sollten ebenfalls entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V verschlüsselt werden.

§ 8 Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Gleichzeitig treten die entsprechenden Richtlinien vom 26. Februar 1982 (Beilage Nr. 32 zum BAnz. Nr. 125 vom 13. Juli 1982) außer Kraft.“

Siegburg, den 24. März 2003

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

J u n g