

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie

Vom 22. Januar 2015

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 § 2 Absatz 7	3
2.8 § 3	3
2.9 § 3 Absatz 1	3
2.10 § 4	4
2.11 § 5	4
2.12 § 6	4
3. Würdigung der Stellungnahmen	4
4. Bürokratiekostenermittlung	5
5. Verfahrensablauf	6
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	7
6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens	7
6.2 Eingegangene Stellungnahmen	7
6.3 Auswertung der Stellungnahmen	8
6.3.1 Zur Anwendung der Richtlinie auf den vertragszahnärztlichen Bereich	8
6.3.2 Zu den weiteren Änderungen	9
6.4 Mündliche Stellungnahmen	12

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.

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

Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Entscheidung des G-BA vom 17. April 2014, wonach die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) keiner speziellen Regelung für Zahnärztinnen und Zahnärzte bedarf, wird die Anwendung der Richtlinie im vertragszahnärztlichen Bereich ausgeschlossen.

Mit dem neuen § 1 Abs. 1 Satz 2 wird geregelt, dass die Richtlinie nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte gilt.

Die Regelung wird für notwendig gehalten, da kein numerisch relevantes Versorgungsgeschehen im vertragszahnärztlichen Bereich bzgl. Einweisungen ins Krankenhaus vorliegt. Daher besteht keine Notwendigkeit zur Regelung in der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie. Ferner fokussiert sich die bestehende Krankenhausbehandlungs-Richtlinie (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie) allein auf die vertragsärztliche Versorgung und in diesem Zusammenhang stehende stationäre Versorgungsszenarien. Die bestehenden Regelungen im § 11 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) und § 14 Abs. 9 Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (EKV-Z) für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte werden als ausreichend angesehen.

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.

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.

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

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.

2.7 § 2 Absatz 7

Die neuen Sätze 1 und 2 dienen der Anpassung an die klarstellende Änderung in § 115a Abs. 1 Satz 2 und 3 (neu) SGB V durch das GKV-VStG. Die Darstellung der Regelungen ist nur im Zusammenhang sinnvoll.

Satz 3 entspricht Satz 1 im bisherigen § 3 Absatz 1.

2.8 Satz 4 entstammt ebenfalls dem bisherigen § 3 Absatz 1 § 3

Die bisherigen §§ 3 und 4 wurden in dem neuen § 3 zusammengefasst. Durch Ergänzung der Überschrift wird klargestellt, dass sich der Paragraph auf die Notwendigkeit der *stationären* Krankenbehandlung beschränkt.

2.9 § 3 Absatz 1

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

Ferner wurde Absatz 1 vor der Aufzählung 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 der Aufzählung klargestellt, dass es sich um eine Überweisung zur Weiterbehandlung im Rahmen der ambulanten Versorgung handelt.

Die Aufzählung in Absatz 1 bildet weitgehend die gesetzlich bestehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ab.

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 Änderungen und Ergänzungen in den Darstellungen erforderlich.

Die Regelung in Absatz 1h) ist durch das PsychEntgG vom 21. Juli 2012 eingeführt worden und zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten.

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.

2.10 § 4

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.

2.11 § 5

Satz 1 wurde sprachlich korrigiert.

2.12 § 6

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“.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet. Im Ergebnis der Auswertung wurden auf Vorschlag der Bundesärztekammer der bisherige Absatz 1 des § 3 als neuer Absatz 7 dem § 2 und die Absätze 3 und 4 dem § 4 (neuer § 3) zugeordnet.

Die bisher vorgesehenen Formulierungen in § 5 Satz 2 und 3 bzw. Satz 6 mit Bezug zur Mehrkostenregelung wurden entfernt.

Im Übrigen hat sich kein weiterer Änderungsbedarf aus den Stellungnahmen für die Neufassung der Richtlinie ergeben.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 6 dokumentiert.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch diesen Beschluss werden keine Informationspflichten neu begründet, geändert oder abgeschafft. Dementsprechend entstehen keine zusätzlichen Bürokratiekosten für die Ärztin bzw. den Arzt. Durch die Notwendigkeit, sich vor dem Ausstellen einer Krankenhaus-einweisung umfassend über ambulante Versorgungsangebote zu informieren, kann gegebenenfalls eine Intensivierung der Informationsbeschaffung als inhaltliche Pflicht notwendig werden. Inhaltliche Pflichten sind nach Kapitel 2, Abschnitt 2.1.1 des Methodenhandbuchs der Bundesregierung zur Einführung des Standardkostenmodells keine Informationspflichten und erzeugen daher keine 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 Beschlusssentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Neufassung der KE-RL
27.08.2014	UA VL	Anhörung und Auswertung der Stellungnahmen
03.12.2014	UA VL	Beschluss der Beschlussunterlagen nach erneuter Beratung aufgrund Zurückverweisung aus dem Plenum (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe)
22.01.2015	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Neufassung der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie
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>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind als Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 12. Februar 2014 beschlossen, vor einer Neufassung der KE-Richtlinie ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten. Dazu wurde den Organisationen nach § 91 Abs. 5 SGB V, also Bundesärztekammer (BÄK) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK), mit Schreiben vom 28. Februar 2014 innerhalb einer Frist von 4 Wochen bis zum 28. März 2014 Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu dem Beschlussentwurf gegeben. Den angeschriebenen Organisationen wurden die Tragenden Gründe anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens als Erläuterung übersandt.

6.2 Eingegangene Stellungnahmen

Mit Schreiben vom 28. März 2014 (per E-Mail eingegangen am selben Tag) sind der Geschäftsstelle die Stellungnahmen der BÄK und der BZÄK zugegangen. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat die Stellungnahmen in seiner Sitzung am 27. August 2014 ausgewertet.

6.3 Auswertung der Stellungnahmen

6.3.1 Zur Anwendung der Richtlinie auf den vertragszahnärztlichen Bereich

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
1	Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	<p>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.</p>	<p>Unterstützung der Klarstellung in § 1 Abs. 1 Satz 2 (keine Anwendung im vertragszahnärztlichen Bereich)</p>	<p>Aufgrund der Entscheidung des G-BA, wonach die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) keiner speziellen Regelung für Zahnärztinnen und Zahnärzte bedarf, wird die Anwendung der Richtlinie im vertragszahnärztlichen Bereich ausgeschlossen</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
2	Bundesärztekammer (BÄK)	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.	Ausschluss der Anwendbarkeit auf Vertragszahnärzte bedarf weiterer Begründung	Siehe oben Die Tragenden Gründe wurden entsprechend um eine Begründung ergänzt

6.3.2 Zu den weiteren Änderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
3	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu § 2 Abs. 2: 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	Zustimmung zur Streichung der Worte „sowie ambulant (§ 115b SGB V)“ in § 2 Abs. 2 Satz 1	Stellungnahme enthält keine neuen Argumente, die zu Änderung in den Positionen führen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>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.</p>		
3a	Bundesärztekammer (BÄK)	<p>Zu §§ 2 bis 4:</p> <p>§ 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit der Auflistung der gesetzlich bestehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in § 3 Abs. 3 und 4 bedarf weiterer Begründung • § 3 Abs. 3 und 4 dem § 4 zuordnen • § 3 Abs. 1 Satz 2 dem § 2 zuordnen 	<p>Positionen werden aus folgenden Gründen beibehalten:</p> <p>KBV: Der Stellungnahme wird in Bezug auf bestehende Defizite in der Begründung zugestimmt</p> <p>Die Struktur der bisher bestehenden Richtlinie soll gerade nicht fortgeführt werden, auch nicht mit geänderter Zuordnung der Absätze des § 3</p> <p>Eine Auflistung ambulanter Behandlungsangebote gehört nicht in die Richtlinie zur stationären Krankenhauseinweisung</p> <p>DKG/GKV-SV/PatV: Die Struktur der bisher bestehenden Richtlinie wurde im Wesentlichen fortgeführt und bereits redaktionell deutlich gestrafft</p> <p>Die in der bisherigen Richtlinie aufgezählten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten wurden lediglich ergänzt um weitere, aufgrund von Gesetzesänderungen</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		die gesetzliche Definition in § 2 der Richtlinie gehört.		hinzugekommene ambulante Behandlungsmöglichkeiten Die übrigen Vorschläge wurden im Kern aufgegriffen und § 3 Abs. 3 und 4 dem § 4 sowie § 3 Abs. 1 dem § 2 zugeordnet.
3b	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu § 5 Satz 3 bzw. Satz 6: 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.	Unterstützung folgender Formulierung zu § 5 Satz 3 bzw. 6: <i>„Die Krankenkasse informiert und berät die Patientin oder den Patienten auf Nachfrage über ihre leistungsrechtlichen Ansprüche und geeignete Krankenhäuser einschließlich der Mehrkostenregelung.“</i>	Unterschiedliche Positionen bleiben wie folgt bestehen: PatV: Stellungnahme kann nicht zugestimmt werden, da Auskunfts- und Beratungspflichten bei den Krankenkassen gesehen werden Die bisher vorgesehenen Formulierungen mit Bezug zur Mehrkostenregelung wurden entfernt.

6.4 Mündliche Stellungnahmen

Die Bundesärztekammer hat bereits im Anschreiben ihrer Stellungnahme vom 28. März 2013 auf die mündliche Stellungnahme bzw. Anhörung verzichtet. Mit Schreiben vom 6. August 2014 hat auch die Bundeszahnärztekammer erklärt, sie verzichte auf eine mündliche Anhörung.