

# Beschluss



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie**

Vom 22. Januar 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2015 die Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) beschlossen:

I.

### **„Richtlinie**

#### **des Gemeinsamen Bundesausschusses**

#### **über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)**

#### **[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 durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. <sup>2</sup>Die Richtlinie gilt nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.
- (2) <sup>1</sup>Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss. <sup>2</sup>Sie ist nicht notwendig bei Behandlungen, die nicht der Therapie einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen (z.B. Schönheitsoperationen). <sup>3</sup>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 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- (3) <sup>1</sup>Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht. <sup>2</sup>Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V). <sup>3</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Krankenhausbehandlung 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. <sup>2</sup>Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist auf die Gewährung von Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern begrenzt. <sup>3</sup>Zugelassene 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.
- (2) <sup>1</sup>Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. <sup>2</sup>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.
- (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) <sup>1</sup>Teilstationäre 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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Im Rahmen der teilstationären Behandlung kann Unterkunft und Verpflegung gewährt werden.
- (5) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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 Abs. 2 Satz 2 SGB V). <sup>3</sup>Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Fällen im

Einvernehmen mit der einweisenden Ärztin oder dem einweisenden Arzt verlängert werden. <sup>4</sup>In dreiseitigen Verträgen können abweichende Fristen vereinbart werden (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V).

- (7) <sup>1</sup>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 erbracht werden. <sup>2</sup>In diesem Fall handelt es sich nicht um eine Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 115a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V). <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Die 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 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, ggf. mit Einbindung der häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung – ggf. 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 Abs. 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 Abs. 1 SGB V),

- i) sozialpädiatrische Zentren oder Kinderspezialambulanzen (§§ 119, 116a i.V.m. 120 Abs. 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 i.V.m. § 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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Das 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) <sup>1</sup>Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung soll auf dem dafür vorgesehenen Vordruck ("Verordnung von Krankenhausbehandlung") erfolgen. <sup>2</sup>Die 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. <sup>3</sup>Dies gilt auch für Notfälle. <sup>4</sup>Die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist auf dem Verordnungsformular zu dokumentieren. <sup>5</sup>Hierzu gehören die Angabe der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung. <sup>6</sup>In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.

- (2) <sup>1</sup>Seiten 1 und 2 der Verordnung sind der Patientin oder dem Patienten auszuhändigen.  
<sup>2</sup>Die Patientin oder der Patient soll diesen Teil des Vordrucks der Krankenkasse vorlegen.  
<sup>3</sup>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 von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt an diese zu leiten ist.
- (3) <sup>1</sup>Diagnosen sind entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V zu bezeichnen und weiterzugeben. <sup>2</sup>Vorgeschlagene Behandlungen sollten ebenfalls entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V verschlüsselt werden.“

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

## II. Regelung zum Inkrafttreten

Die Neufassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V