



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91-Abs. 5 SGB V
zur Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von
Krankenhausbehandlung

Berlin, 28.03.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 28.02.2014 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu der vorgesehenen Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung aufgefordert. Nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien u. a. zur Verordnung von Krankenhausbehandlung. Die Neufassung der 2003 in Kraft getretenen Richtlinie umfasst redaktionelle und inhaltliche Änderungen. Insbesondere erfolgt eine Anpassung der Richtlinie an die seit 2003 durchgeführten Gesetzesänderungen durch die Übernahme der entsprechenden Gesetzesformulierungen sowie an die geänderte Rechtsprechung in diesem Bereich.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

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 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.

§ 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 die gesetzliche Definition in § 2 der Richtlinie gehört.

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.

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.

Berlin, 28.03.2014

i. A.

Britta Susen
Bereichsleiterin im Dezernat 5 -
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen