



Gemeinsame Hinweise zu Einweisungen ins Krankenhaus

von
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) und
der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG)

Präambel

Die HKG und die KVH geben nachfolgend als Orientierung für ihre Mitglieder gemeinsame Hinweise zum Thema: „Einweisungen ins Krankenhaus“. Ziel dieser Hinweise ist es, gleichermaßen für die Vertragsärzteschaft wie auch für die Krankenhäuser für mehr Klarheit und Sicherheit im Umgang mit dieser Thematik zu sorgen. Damit soll die Grundlage zur Stärkung einer regionalen, vertrauensvollen und gut funktionierenden Zusammenarbeit der Sektoren geschaffen werden.

Grundsätzliche Regelungen

1. Gesetzliche Grundlagen

Grundlage der Empfehlungen sind die **G-BA Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung** (siehe Anlage, nachfolgend: Krankenhauseinweisungs-Richtlinie) sowie die **entsprechenden Regelungen im SGB V**.

Demnach gilt grundsätzlich, dass die ambulante Behandlung Vorrang vor der stationären Behandlung hat, sofern das Behandlungsziel ohne unzumutbaren, medizinischen Nachteil gleichermaßen für den Patienten erreicht werden kann. Alle Beteiligten sollen daran mitwirken, die Belegung der Krankenhäuser mit Versicherten zu vermeiden, die nicht einer Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses bedürfen.

Die Krankenhausbehandlung im Sinne der Richtlinie wird in zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt. Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist - abgesehen von Notfällen - auf die Gewährung von Krankenhausbehandlung in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern begrenzt.

2. Arten der Krankenhausbehandlung

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 Patientinnen und Patienten im Krankenhaus notwendig sind.

Das SGB V regelt die vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung - das

Gesetz spricht auch von "Einweisung" (vgl. § 39 Abs. 2 SGB V) - als Teil der vertragsärztlichen Versorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7, Abs. 4 SGB V), ohne den Anspruch auf Krankenhausbehandlung hiervon abhängig zu machen. Ein Krankenhaus, das die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung nach eigener Prüfung (vgl. § 39 Abs. 1 S 2 SGB V) bejaht, ist verpflichtet, den Versicherten aufzunehmen und zu behandeln (vgl. § 109 Abs. 4 S 2 SGB V). Die vertragsärztliche Verordnung ("Einweisung") von Krankenhausbehandlung hat demgegenüber eine bloße Ordnungsfunktion, soweit das Gesetz nicht die Notwendigkeit einer Verordnung vorsieht. Der Vertragsarzt bestätigt mit ihr, dass nach seiner Beurteilung eine ambulante Behandlung des Versicherten einschließlich häuslicher Krankenpflege nicht ausreichend und stationäre Krankenhausbehandlung geboten ist

Die 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). Die stationäre Krankenhausbehandlung zeichnet sich gegenüber der ambulanten Versorgung durch eine besondere Intensität der Betreuung in zeitlicher als auch in sachlicher Hinsicht aus. Die Abgrenzung zwischen den beiden Versorgungsebenen erfolgt stets anhand verschiedener Aspekte wie der geplanten Aufenthaltsdauer, dem Umfang der Inanspruchnahme der Infrastruktur des Krankenhauses und ob die besonderen Mittel des Krankenhauses zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich sind.

Die teilstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus kann erfolgen, 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. 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.

Die vorstationäre (prästationäre) Krankenhausbehandlung fordert ausnahmsweise eine Einweisung für den Anspruch auf Krankenhausbehandlung und 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 (§ 115a Absatz 2 Satz 1 SGB V).

Die nachstationäre (poststationäre) Behandlung ist in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung bei Vorliegen einer Einweisung 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 drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung (§ 115a Absatz 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 (§ 115a Absatz 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung kann auch durch hierzu ausdrücklich vom Krankenhaus beauftragte, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Krankenhaus oder in der Arztpraxis erbracht werden. 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).

Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- und nachstationäre Behandlung sowie die an der weiteren Krankenbehandlung 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).

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

3. Ermächtigung

Eine **Ermächtigung zur ambulanten Behandlung** nach § 116 SGB V können Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von GKV-Versicherten ermächtigt werden. Die Erteilung einer Ermächtigung nach § 116 SGB V unterliegt bestimmten Voraussetzungen und wird in der Regel nur für vertragsärztliche Einzelleistungen, zum Beispiel Gastroskopien etc. oder auch einzelne EBM-Ziffern, ausgesprochen. Durch die Ermächtigung wird der ermächtigte Krankenhausarzt für die betroffenen Leistungsbereiche zu einem vertragsärztlichen Leistungserbringer und unterliegt sämtlichen vertragsärztlichen Rechten und Pflichten. In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird der Behandlungsvertrag unmittelbar zwischen dem vertragsärztlichen Leistungserbringer und dem Patienten geschlossen, also zwischen dem ermächtigten Arzt und dem Patienten. Daher ist der ermächtigte Arzt nach § 630 a Absatz 1 BGB verpflichtet, die Behandlung im Zweifel persönlich zu erbringen. Korrespondierend dazu findet sich eine entsprechende Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung auch in § 32 a Ärzte-ZV. Eine Vertretung des ermächtigten Arztes durch einen anderen Arzt ist nur im Rahmen der vertragsarztrechtlichen Schranken des § 32a Ärzte-ZV zulässig. Das bedeutet, dass die Vertreter eine Qualifikation analog des Ermächtigten aufweisen müssen und dem zuständigen Beratungszentrum der KV Hessen zu melden sind.

Eine enge und kooperative Zusammenarbeit zwischen Krankenhäuser und Vertragsärzten in einer Region ist die Voraussetzung für eine gute, sektorenübergreifende Versorgung unserer Patienten. Hierzu gehört auch ein entsprechender Austausch von Informationen zwischen den Versorgern und gegenseitiges Interesse an dem Vor- und Nachbehandler zum Wohle des Patienten, um den Übergang zwischen den Versorgungsebenen zu erleichtern und

Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sind auf der Homepage der KV Hessen über die Arztsuche unter folgendem [Link](#) abrufbar .

Beide Leistungserbringer sollten ihre Entscheidungen für die Auswahl der jeweiligen Versorgungsebene gründlich dokumentieren. Im Zweifelsfall tritt das Krankenhaus an den ausstellenden Vertragsarzt heran und klärt die Frage der Eilbedürftigkeit im kollegialen Gespräch, sofern sich diese nicht hinreichend aus den beigefügten Befunden und Angaben auf der ausgestellten Verordnung ergibt.

4. Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung

Eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt hat vor einer Einweisung in das Krankenhaus 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 –ausreicht und die stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.

Leistungserbringer für die ambulante Weiterbehandlung können sein,

im vertragsärztlichen Bereich

- eine weitere Vertragsärztin oder ein weiterer Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis,
- eine ÄBD-Zentrale im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung,

im Krankenhausbereich

- eine oder ein in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer stationären Pflegeeinrichtung tätige Ärztin oder tätiger Arzt mit einer Ermächtigung zur ambulanten Behandlung (§116 SGB V),
- ein Krankenhaus, das zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe zugelassen ist (§ 115b SGB V),
- ein Krankenhaus, das zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zugelassen ist (§ 116a SGB V),
- Hochschulambulanzen bzw. psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten (§§ 117 und 118 SGB V),
- geriatrische Fachkrankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständiger geriatrischen Abteilung im Hinblick auf die geriatrische Versorgung sowie Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte mit Ermächtigung zur ambulanten geriatrischen Behandlung (§118a Abs. 1 SGB V),

sowohl im vertragsärztlichen wie auch im Krankenhausbereich oder sonstigen Bereich

- eine oder ein in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer stationären Pflegeeinrichtung tätige Ärztin oder tätiger Arzt mit einer Ermächtigung zur ambulanten Behandlung (§116 SGB V)¹

¹ Siehe auch „im Krankenhausbereich“

- an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte sowie Krankenhäuser, die zur ambulanten spezialärztlichen 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
- sozialpädiatrische Zentren oder Kinderspezialambulanzen (§§ 119, 116a in Verbindung mit § 120 Abs. 1a SGB V)
- Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen bei einer anderen Vertragsärztin, einem anderen Vertragsarzt oder in einem Krankenhaus (§137f in Verbindung mit §137g SGB V)
- Leistungserbringer im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung (§140a SGB v), soweit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bekannt

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. Das schließt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter der Patientin oder des Patienten ein.

5. Auskunftspflichten und Vordrucke

Bei einer Einweisung des Patienten in ein Krankenhaus unterrichtet und berät der Vertragsarzt den Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung und geeignete Krankenhäuser. Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung hat der Vertragsarzt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit diese ihm vorliegen.

Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung soll auf dem dafür vorgesehenen Vordruck ("Verordnung von Krankenhausbehandlung") erfolgen. Die Verordnung ist nur zulässig, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt persönlich vom Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. Dies gilt auch für Notfälle.

Die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist grundsätzlich auf dem Ordnungsformular zu dokumentieren. Hierzu gehören die Angabe der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung. In der Verordnung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeignete Krankenhäuser anzugeben. Seiten 1 und 2 der Verordnung sind der Patientin oder dem Patienten auszuhändigen. Die Patientin oder der Patient soll diesen Teil des Vordrucks der Krankenkasse vorlegen. 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

Fallbeispiele

Es gibt mehrere Konstellationen, die bei einer Einweisung eines Patienten durch einen Vertragsarzt in ein Krankenhaus vorliegen können. Nachfolgend werden anhand von Fallbeispielen verschiedene Varianten dargestellt und entsprechende Hinweise gegeben. Dabei orientieren sich alle Hinweise an den Vorgaben der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie bzw. den entsprechenden Vorgaben des SGB V. Die Hinweise zu den dargestellten Varianten können nicht alle in der Realität möglichen Konstellationen erfassen, sondern befassen sich insbesondere mit solchen Sachverhalten, die in der Vergangenheit häufig zu Unstimmigkeiten geführt haben.

I. Beispiel „Verdachtsdiagnose“ in der Regelversorgung

Ein Patient stellt sich mit linksseitigen Bauchschmerzen bei seinem Hausarzt (Vertragsarzt) vor. Die Schmerzen sind von unterschiedlichem Charakter und wandern vom Mittel- bis Unterbauch. Bis auf leicht erhöhte Entzündungsparameter erbringen die weiteren Untersuchungen beim Hausarzt keinen eindeutigen Befund.

Variante 1:

Weil der Vertragsarzt unsicher ist, ob ein Zuwarten die Patientenbeschwerden nicht verschlechtert, möchte er die Symptome des Patienten im Krankenhaus stationär abgeklärt wissen. Er stellt dem Patienten eine **Einweisung** mit der Verdachtsdiagnose Sigmadivertikulitis aus.

Hinweise für das Krankenhaus:

Auch bei Vorliegen einer Einweisung entscheidet der aufnehmende Arzt des Krankenhauses, ob eine stationäre Aufnahme notwendig ist und legt den dortigen weiteren Behandlungsablauf fest. Erbringen die Untersuchungsbefunde die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, werden etwaige durchzuführende, prästationäre Untersuchungen bzw. die Aufnahmeuntersuchung und die stationäre Behandlung im Rahmen der DRG-Abrechnung erfasst und abgerechnet. Sollte eine stationäre Aufnahme nicht notwendig sein, weil die vertragsärztliche Diagnostik noch nicht ausgeschöpft ist und keine Anzeichen eines zeitkritischen Falls vorliegen, ist der Patient hierüber aufzuklären und dem Patienten einen Arztbrief an den einweisenden Vertragsarzt mitzugeben, der alle relevanten Informationen für die ambulante Weiterbehandlung enthält. Alle notwendigen Untersuchungen zur Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung, werden trotz der bei Vorstellung des Patienten dem Krankenhausarzt vorliegenden Unterlagen des einweisenden Vertragsarztes im Rahmen einer vorstationären Behandlung nach § 115a SGB V abgerechnet. In diesem Fall diene die vorstationäre Untersuchung zur Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

Hinweise für den Vertragsarzt:

Grundsätzlich hat der Vertragsarzt abzuwägen, ob die Behandlung ambulant von ihm selbst oder durch andere ambulante Leistungserbringer mit der Berechtigung, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen erbringen zu dürfen, fortgeführt werden kann. Die Verordnung von Krankenhausbehandlung und die Ausstellung einer Überweisung stehen in einem Alternativverhältnis. Es ist nicht möglich, beide Dokumente „auf Vorrat“ auszustellen. Die ambulante Behandlung hat grundsätzlich Vorrang. Es gilt dabei auch einzuschätzen, ob die Symptome des Patienten auf eine zeitkritische Erkrankung hindeuten, was insbesondere bei einer bloßen Verdachtsdiagnose mitunter schwierig zu beurteilen ist. Entscheidet sich der Vertragsarzt für die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung, muss die Verordnung der Krankenhausbehandlung vom einweisenden Vertragsarzt entsprechend begründet sein und ggfs. bedeutsame Unterlagen hinsichtlich Anamnese und Diagnostik zur Begründung der Indikation einer stationären Behandlung mitgegeben werden. Deutet nichts darauf hin, dass der bestehende Verdacht aufgrund zeitkritischer Momente besonders kurzfristig abgeklärt werden muss, sind die normalen Wartezeiten in der ambulanten Versorgung grundsätzlich hinzunehmen.

Allgemeiner Hinweis:

Eine Einweisung muss nicht zu einer stationären Aufnahme führen. Sie kann vom Vertragsarzt auch ausgestellt werden, wenn nur Verdachtsmomente vorliegen, die eine stationäre Aufnahme überwiegend wahrscheinlich machen. Bestätigen sich diese Verdachtsmomente aufgrund von weiteren Untersuchungsbefunden im Krankenhaus nicht, so kann der Patient wieder in die ambulante Behandlung zum Vertragsarzt zurückverwiesen werden. Es kommt nicht zur stationären Aufnahme. Es wurde in einem solchen Fall eine vorstationäre Behandlung nach §115a SGB V durchgeführt.

Variante 2:

Der Vertragsarzt möchte das Beschwerdebild ambulant im Krankenhaus abgeklärt wissen. Er stellt dem Patienten daher eine **Überweisung** mit der Verdachtsdiagnose Sigmadivertikulitis aus.

Hinweise für das Krankenhaus:

Hat ein Krankenhaus-Arzt keine Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach §116 SGB V oder das Krankenhaus sonstige Ermächtigungen (siehe Punkt 3), darf das Krankenhaus den Patienten in Fällen der Regelversorgung nicht behandeln. Insofern muss das Krankenhaus den Patienten ohne Behandlung abweisen und wieder zum Vertragsarzt schicken. Eine Abrechnung des im Krankenhaus erfolgten Arzt-Patienten-Kontaktes kann allenfalls über die Notfallpauschalen für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme im Notfall erfolgen, soweit der Patient einen akuten Behandlungsbedarf geltend macht. Im Übrigen ist die Abrechnung unzulässig.

Hinweise für den Vertragsarzt:

Wenn der Vertragsarzt seinem Patienten eine ambulante Behandlung im Krankenhaus anraten möchte, muss sich der Vertragsarzt zuvor vergewissern, dass das Krankenhaus oder der Arzt im Krankenhaus auch tatsächlich einer Ermächtigung zur ambulanten Behandlung besitzt. Eine ausgestellte Überweisung berechtigt das Krankenhaus nur dann

zu einer entsprechenden Leistungserbringung, wenn das Krankenhaus über eine entsprechende Teilnahmerechtigung an der ambulanten Versorgung verfügt. Hat das Krankenhaus keine entsprechende Leistungsberechtigung, ist eine ambulante Behandlung im Krankenhaus auf Überweisung nicht möglich. In diesen Fällen muss der Vertragsarzt an andere Vertragsärzte (z.B. Fachärzte) überweisen.

II. Beispiel „Akute Verletzung“

Ein Patient hat sich beim Sport akut das Knie verdreht und kommt mit starken Schmerzen und Kniegelenkserguss in die Notaufnahme.

Variante 1:

Der Patient stellt sich **ohne Einweisung als Notfall** im Krankenhaus vor. Der Patient hat den Hausarzt/Vertragsarzt zuvor nicht kontaktiert.

Hinweise für das Krankenhaus:

Der aufnehmende Arzt des Krankenhauses entscheidet, ob eine stationäre Notaufnahme notwendig ist und legt den weiteren Behandlungsablauf fest. Ist eine stationäre Behandlung nicht notwendig, kann je nach Befund, Uhrzeit und Tag sowie regionale Situation der Patient nach einer Ersttriagierung an die Ärztliche Bereitschaftsdienstzentrale oder an Partnerpraxen verwiesen werden. Eine Abrechnung des im Krankenhaus erfolgten Arzt-Patienten-Kontaktes zur Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung kann in diesem Fall über die Notfallpauschalen für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme im Notfall erfolgen.

Wird der Patient vom Krankenhaus selbst ambulant als Notfall behandelt und ist eine ambulante Weiterbehandlung angezeigt, so ist der Patient mit entsprechendem Arztbrief mit Untersuchungsbefunden, durchgeführter Diagnostik und Therapie sowie einer entsprechenden Empfehlung der Weiterbehandlung an den Vertragsarzt weiterzuleiten. In diesem Fall erfolgt die Abrechnung der vom Krankenhaus durchgeführten Behandlung des Krankenhauses ausschließlich als Notfall. Es ist weder eine rückwirkende oder nachträgliche Einweisung bei dem Vertragsarzt zu erfragen noch ist eine prästationäre Abrechnung möglich. Für eine evtl. später notwendige stationäre Behandlung kann das Krankenhaus im Arztbrief die Weiterbehandlung im Rahmen einer Einweisung im eigenen Krankenhaus anbieten.

Hinweise für den Vertragsarzt

Die ambulante Weiterbehandlung erfolgt in der ambulanten Versorgung außerhalb des Krankenhauses. Sollte im weiteren Krankheitsverlauf aufgrund neuer Gesichtspunkte eine stationäre Behandlung wahrscheinlich werden, kann der Vertragsarzt mit entsprechender Begründung den Patienten mit einer Einweisung in das Krankenhaus einweisen.

Variante 2:

Der Patient hat zuvor einen Vertragsarzt aufgesucht und stellt sich **mit Einweisung als Notfall** im Krankenhaus vor. Der Vertragsarzt hält ein Zuwarten für nicht geboten.

Hinweise für das Krankenhaus:

Der aufnehmende Arzt des Krankenhauses entscheidet, ob eine stationäre Aufnahme des Patienten notwendig ist und legt den weiteren Behandlungsablauf fest. Erfordert die Entscheidung, ob eine unverzügliche stationäre Aufnahme des Patienten erforderlich ist, den Eintritt in die Untersuchung des Patienten, ist der Arzt-Patienten-Kontakt im Krankenhaus aufgrund des Vorliegens einer Verordnung von Krankenhausbehandlung im Behandlungszeitpunkt als vorstationäre Behandlung gem. § 115a SGB V abzurechnen. Der Verordnungsinhalt ist vom Vertragsarzt zu verantworten.

Hinweise für den Vertragsarzt:

Auch im Notfall hat der Vertragsarzt grundsätzlich abzuwägen, ob die Behandlung ambulant von ihm selbst oder durch einen vertragsärztlichen Kollegen fortgeführt werden kann oder ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine stationäre Behandlung im Krankenhaus angezeigt ist. Es muss abgewogen werden, wie zeitkritisch die Symptome des Patienten eingeschätzt werden. Entscheidet sich der Vertragsarzt für die Ausstellung einer Verordnung von Krankenhausbehandlung, muss er die Einweisung entsprechend begründen, und auf dem Ordnungsformular „Notfall“ ankreuzen.

Variante 3:

Der Patient hat zuvor den Vertragsarzt aufgesucht und stellt sich unter Vorlage einer **Überweisung als Notfall** im Krankenhaus vor.

Hinweise für das Krankenhaus:

Der behandelnde Arzt des Krankenhauses entscheidet, ob eine stationäre Aufnahme des Patienten notwendig ist und legt den weiteren Behandlungsablauf fest. Ist eine ambulante Behandlung ausreichend und hat das Krankenhaus keine Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V oder sonstige Ermächtigungen (siehe unter Punkt 3), kann das Krankenhaus den Patienten nur als ambulanten Notfall behandeln. Es hat sich hierbei auf den Leistungsumfang einer zwingend notwendigen Erstversorgung des Patienten zu beschränken. Die bestimmt sich im Einzelfall nach dem konkreten Behandlungsbedarf. Ist eine ambulante Weiterbehandlung angezeigt, so ist der Patient mit entsprechendem Arztbrief mit Untersuchungsbefund, durchgeführte Diagnostik und Therapie sowie einer entsprechenden Empfehlung der Weiterbehandlung wieder an den Vertragsarzt zurückzuschicken. Für den Fall einer erheblichen Verschlechterung der untersuchten Symptomatik, kann das Krankenhaus im die Wiedervorstellung des Patienten im eigenen Krankenhaus anbieten.

Hinweise für den Vertragsarzt:

Eine erforderliche Notfallbehandlung ist nach Möglichkeit selbst durchzuführen. Kann der Vertragsarzt die Behandlung nicht selbst durchführen, ist ein versierter Kollege um sofortige Behandlung des Patienten zu bitten. Die sichere Ankunft des Patienten bei einem anderen Behandler ist im Notfall von dem Erstbehandler zu gewährleisten. Eine Überweisung ist für eine Notfallbehandlung im Krankenhaus generell nicht auszustellen, weil es sich bei der Notfallambulanz um keinen zulässigen Überweisungsempfänger gem. § 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte handelt. Lediglich bei eigener, medizinischer Überzeugung eines überwiegend wahrscheinlichen, stationären Behandlungsbedarfs des Patienten, beispielsweise wegen erforderlicher Überwachung seiner Vitalparameter, ist eine Verordnung von Krankenhausbehandlung unter Angabe eines „Notfalls“ auszustellen.

III. Beispiel Überweisung oder Einweisung:

Variante 1:

Nach der stationären Behandlung soll sich der Patient zur Kontrolluntersuchung nach Entfernung eines malignen Polypen nochmals ambulant im Krankenhaus vorstellen. Das Krankenhaus, welches eine eingeschränkte Ermächtigung besitzt, fordert nun von dem Patienten zusätzlich die Vorlage einer Überweisung durch den Vertragsarzt.

Hinweise für das Krankenhaus:

Die Einweisung und die Ausstellung einer Überweisung stehen in einem Alternativverhältnis zueinander. Dies ergibt sich aus § 3 Abs. 1 der Krankenhaus-Richtlinie. Es ist demnach nicht zulässig, beide Dokumente nebeneinander einzufordern. Nach § 115a SGB V ist die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus geregelt. Hiernach kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten oder um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Demnach gilt, dass dort, wo Krankenhausbehandlung möglich ist, dann auch vor und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus möglich ist. Eine zusätzliche Überweisung für die vor- oder nachstationäre Behandlung durch den Vertragsarzt zur Vorlage im Krankenhaus darf nicht verlangt werden.

Hinweise für den Vertragsarzt:

Der Vertragsarzt hat vor der Einweisung abzuwägen, ob er selbst, ggf. mit Einbindung der (psychiatrischen) häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung – ggf. auf Überweisung – durch die in der Richtlinie

aufgeführten Leistungserbringer ausreicht. Überzeugt sich hingegen der Vertragsarzt von dem Zustand des Patienten und stellt die Notwendigkeit einer stationären Behandlung fest, ist eine Einweisung erforderlich, da die Weiterbehandlung aus seiner Sicht aus medizinischen Gründen mit den Mitteln des Krankenhauses erfolgen muss. Wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als notwendig erachtet und eine Einweisung in ein Krankenhaus ausgestellt wird, wird das Krankenhaus die weitere Abklärung und Behandlung auf Grundlage dieser Einweisung übernehmen. Es ist zu beachten, dass bei der Ausstellung einer Über- oder Einweisung stets die eigene medizinische Einschätzung für das Handeln des Vertragsarztes maßgeblich ist. Das Ausstellen einer zusätzlichen Überweisung für die vor- oder nachstationäre Behandlung durch den Vertragsarzt zur Vorlage im Krankenhaus, ggf. sogar „auf Vorrat“, ist unzulässig.

Variante 2:

Der Patient stellt sich zur stationären Behandlung **mit Einweisung** im Krankenhaus vor. Das Krankenhaus fordert nun zur Behandlung/Nachkontrolle eines alten Beschwerdebildes z. B. Wundheilungsstörung vom Patienten zusätzlich die Vorlage einer weiteren Einweisung

Hinweise für das Krankenhaus:

Ist ein stationärer Aufenthalt erforderlich, stellt der Vertragsarzt einmalig in dem vorliegenden Behandlungsfall eine Einweisung aus. Eine weitere Einweisung in dem Behandlungsfall darf von Seiten des Vertragsarztes nicht erneut ausgestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass das Krankenhaus im Rahmen der Verordnung die notwendigen vorstationären Untersuchungen, die stationäre Behandlung sowie alle nachstationären Behandlungen nach § 115a SGB V vornehmen kann. Die vorstationäre Behandlung ist im Rahmen dessen auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

Es gilt zudem, eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird darüber hinaus während der vor- und nachstationären Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet.

Hinweise für den Vertragsarzt:

Der Vertragsarzt darf in demselben Behandlungsfall keine zweite Einweisung für den Patienten ausstellen. Ist nach der eigenen Einschätzung des Vertragsarztes die Weiterbehandlung mit den Mitteln des Krankenhauses erforderlich, wird einmalig eine Einweisung durch ihn ausgestellt. Grundsätzlich ist die Krankenhauseinweisung so lange gültig, bis die Behandlung im Krankenhaus abgeschlossen ist. Eine doppelte Einweisung und somit ein erneutes Ausstellen der Einweisung aus demselben Behandlungsgrund, ist

unzulässig. Eine Krankenhauseinweisung verliert ihre Gültigkeit auch über ein Quartal hinaus nicht.

III. Beispiel „Ambulante Behandlung“

Patient befindet sich in keiner Notfallbehandlung. Er wird im ambulanten Sektor medizinisch versorgt.

Der Patient möchte im Krankenhaus eine **Spezial-/bzw. Akutsprechstunde** aufsuchen.

Hinweise für das Krankenhaus:

Wenn ein Krankenhaus oder ein Arzt im Krankenhaus an der ambulanten Versorgung teilnehmen möchte, muss dieses/r eine Zulassung oder Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten erhalten. Eine Versorgung von Kassenpatienten zu ambulanten Spezialsprechstunden ohne Ermächtigung oder Zulassung ist nur als Selbstzahlerleistung möglich. Der Patient muss dabei aber über sein Recht auf eine Versorgung durch den Vertragsarzt aufgeklärt werden und es darf ihm nicht willentlich von der Inanspruchnahme der gesetzlichen Leistungen beim Vertragsarzt abgeraten werden.

Hinweise für den Vertragsarzt:

Eine Einweisung darf nur ausgestellt werden, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. Eine Einweisung für eine klar erkennbar ambulante Versorgung im Krankenhaus auszustellen, ist unzulässig. Will der Patient eine ambulante „Spezialsprechstunde“ im Krankenhaus in Anspruch nehmen, welches keine Ermächtigung besitzt, muss er die Kosten dafür selbst tragen.



Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender
KV Hessen



Dr. med. Eckhard Starke
St. Vorstandsvorsitzender
KV Hessen



Prof. Dr. med.
Steffen Gramminger
Geschäftsführer –
Schwerpunkt Medizin,
Qualität, Finanzierung