

Bekanntmachungen

Änderung der Verfahrensregeln zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gemäß § 137 c SGB V

vom 16. Dezember 2003

Der Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c SGB V hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2003 beschlossen, die Anlage A und B der Verfahrensregeln zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gem. § 137 c SGB V in der Fassung vom 20. 2. 2002 (Bundesanzeiger 2002 Seite 8893), zuletzt geändert am 30. Juni 2003 (Bundesanzeiger 2003 Seite 16073), wie folgt zu ergänzen:

In der Anlage A „Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die die gesetzlichen Kriterien erfüllen“ werden unter

der Nummer 1.3 die folgenden Nummern angefügt:

1.4 Hyperbare Sauerstofftherapie bei einem Rezidiv eines Neuroblastoms im Stadium IV

2.1 Protonentherapie bei Uveamelanom, welches nicht für eine Brachytherapie mit Jod-125- oder Ruthenium-106-Applikatoren geeignet ist

In der Anlage B „Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht als Krankenhausbehandlung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen“ werden unter der

Nummer 1.2 folgende Nummern angefügt:

2.1 Hyperbare Sauerstofftherapie bei Myokardinfarkt

2.2 Hyperbare Sauerstofftherapie bei Erstmanifestation eines Neuroblastoms im Stadium IV

3.1 Protonentherapie bei Hirnmetastasen

3.2 Protonentherapie bei Oropharynx Tumoren

3.3 Protonentherapie bei Uveamelanom, welches für eine Brachytherapie mit Jod-125- oder Ruthenium-106-Applikatoren geeignet ist

Die Änderungen der Richtlinie treten am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 16. Dezember 2003

Ausschuss Krankenhaus
Der Vorsitzende
Prof. Ekkernkamp

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Erläuterungen

zur Änderung bzw. Ergänzung der Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie hinsichtlich der Durchführung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit intensiverer Einbeziehung von Partner und/oder Familie

Die nachstehend veröffentlichte Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinien bringt die Diskussion um die tiefenpsychologisch fundierte Paar- und Familientherapie zu einem vorläufigen Abschluss. Die Ergänzung des bestehenden Richtlinien textes stellt klar, dass Einzeltherapie des so genannten Indexpatienten bei einem Setting im Sinne der intensiveren Einbeziehung von Partner und/oder Familie im Verfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie auch in Doppelstunden durchgeführt werden kann. Diese Regelung existiert schon seit dem Jahr 1997 in den Psychotherapie-Vereinbarungen und wird damit auch in den Psychotherapie-Richtlinien verankert. Sie geht auf eine Anregung des Bundesverbandes für Psychoanalytische Paar- und Familientherapie vom 17. Mai 2002 zurück, mit der sich der Arbeitsausschuss Psychotherapie-Richtlinien in den Sitzungen vom 5. Juni und 18. September 2002 unter Hinzuziehung der

Stabsstelle Recht der Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss inten-

siv befasst hat. Eine analoge intensive Einbeziehung von Partner und/oder Familie im Rahmen einer analytischen Psychotherapie wurde jedoch vom Arbeitsausschuss Psychotherapie-Richtlinien nach intensiver Diskussion nicht für sachgerecht gehalten. Für die analoge Einbeziehung im Bereich der Verhaltenstherapie existiert bereits in Abschnitt E 1.2.3 der Psychotherapie-Richtlinien eine entsprechende Regelung.

Bekanntmachungen

Änderung bzw. Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinien

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung vom 15. Oktober 2003 beschlossen, die Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 11. Dezember 1998 (BANz. 1999 S. 249) wie folgt zu ändern:

1. In Abschnitt E 1.2.2 wird als zweiter Satz ergänzt:

„Behandlungen können als Einzeltherapie des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiverer Einbeziehung von Partner und/oder Familie durchge-

führt werden. Die entsprechenden Stunden werden auf das Gesamtkontingent angerechnet.“

Dieser Beschluss tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 15. Oktober 2003

Der Vorsitzende
Jung

Die Änderung wurde im Bundesanzeiger Jahrgang 2004 S. 2 am 3. 1. 2004 veröffentlicht und ist somit am 4. 1. 2004 in Kraft getreten.

Mitteilungen

Bekanntmachung der Richtlinien des Bundesausschusses zur Verordnung von Krankenhausbehandlung

Mit Wirkung zum 10. Oktober 2003 sind die überarbeiteten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung von Krankenhausbehandlung in Kraft getreten. Der Ausschuss hat die Systematik der rund 20 Jahre alten Richtlinie an die Gesetzeslage angepasst. Bei der Überarbeitung wurde Wert darauf gelegt, den einweisenden Arzt darauf hinzuweisen, dass die stationäre Behandlung nur aus zwingenden medizinischen Gründen nach Ausschöpfen der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zu verordnen ist.

Wesentliche materielle Änderungen hinsichtlich der Vorgaben zur Verordnung von Krankenhausbehandlung hat der Ausschuss darüber hinaus nicht vorgenommen. Der Ausschuss berät derzeit, ob ein Modellversuch zur Neugestaltung des Einweisungsformulars initiiert wird; dieser soll Klarheit darüber bringen, inwieweit Kriterien zur Verordnung stationärer Behandlung Gegenstand eines neuen Einweisungsformulars werden sollen. Bis zu einer gegebenenfalls geänderten Beschlussfassung des Ausschusses bezüglich des Einweisungsformulars gilt der bekannte Vordruck (Muster 2).

Bekanntmachungen

Beschluss

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:

„§ 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, Belastungen 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 verpflegt 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 gem. § 109 Abs. 1 SGB V abgeschlossen ist.

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

stationäre 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 § 115 a 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 § 115 a 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) Gemäß § 115 b Abs. 2 SGB V sind Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung derjenigen Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe zugelassen, die in dem gem. § 115 b 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 Allgemeinkranken-

häusern 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 i. V. m. § 115 b 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 Verordnungsformular 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) 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 (zweite 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 In-Kraft-Treten

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. 3. 2003

Der Vorsitzende
J u n g