

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krankentransport-Richtlinien: Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen und stationersetzenden Eingriffen

Vom 21. September 2017

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Fahrten zur GIA als Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung	2
2.2	Konkretisierung zum Begriff „stationersetzende Eingriffe“	2
3	Würdigung der Stellungnahmen	3
4	Bürokratiekostenermittlung.....	4
5	Verfahrensablauf	4
6	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	5
6.1	Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens.....	5
6.2	Eingegangene Stellungnahmen.....	5
6.3	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	6
6.4	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	6
6.5	Synopse der Änderungen der KT-RL	6
6.6	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....	7
6.6.1	Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen.....	7
6.6.2	Fahrten zu stationersetzenden Eingriffen	8
6.7	Mündliche Stellungnahmen	15

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) beschließt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V Richtlinien zur Regelung der Verordnung von Krankentransporten (Krankentransport-Richtlinie, KT-RL). Nach § 60 Absatz 1 Satz 3 SGB V hat der G-BA zudem besondere Ausnahmefälle festzulegen, in welchen die Krankenkassen Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen.

Mit der vorliegenden Richtlinienänderung wird klargestellt, dass die Versorgung in einer Geriatrischen Institutsambulanz (GIA) nach § 118a SGB V mit einer ambulanten Behandlung im Sinne des § 8 Absatz 1 Satz 1 der Krankentransport-Richtlinie gleichzusetzen ist.

Ferner wird die Richtlinie aufgrund der grundlegenden Feststellungen des Bundessozialgerichts in dessen Urteile vom 18. November 2014 (B 1 KR 8/13 R) und 13. Dezember 2016 (B 1 KR 2/16 R) zu sogenannten „stationersetzenden Eingriffen“ angepasst.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Fahrten zur GIA als Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

Mit dem Psych-Entgeltgesetz (PsychEntG) vom 21. Juli 2012 sind Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband beauftragt worden, im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Ausgestaltung des § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen) zu vereinbaren.

Der § 118a SGB V zielt primär auf eine bessere Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten ab, die infolge ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, die aber aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen bislang nicht adäquat ambulant versorgt werden konnten. Ferner ist für diese Patientinnen und Patienten im Regelfall ein komplexer Behandlungsplan aufzustellen.

Die Vereinbarung zur Unterstützung der ambulanten geriatrischen Versorgung durch zu ermächtigende Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V ist zum 1. Oktober 2015 auf der Grundlage der Festsetzung des erweiterten Bundesschiedsamtes in Kraft getreten. In Bezug auf den Transport in eine Geriatrische Institutsambulanz wurde in einer Protokollnotiz festgehalten, dass KBV und GKV-Spitzenverband im G-BA eine Prüfung der Anwendbarkeit der Krankentransport-Richtlinie anregen sollen, und dass diese gegebenenfalls um notwendige Klarstellungen ergänzt wird.

Die Beratungen des G-BA haben ergeben, dass die in der Geriatrischen Institutsambulanz vorgenommene Versorgung einschließlich Diagnostik einer ambulanten Behandlung im Sinne des § 8 Absatz 1 Satz 1 der Krankentransport-Richtlinie gleichgestellt werden kann. Demgemäß wird mit der Ergänzung in § 8 Absatz 1 Satz 2 der Krankentransport-Richtlinie klargestellt, dass die Versorgung einschließlich der Diagnostik in einer Geriatrischen Institutsambulanz (GIA) nach § 118a SGB V einer ambulanten Behandlung im Sinne des § 8 Absatz 1 Satz 1 der Krankentransport-Richtlinie gleichzusetzen ist. Dies bedeutet, dass eine Krankenfahrt in eine GIA verordnet werden kann, wenn die übrigen in § 8 Absatz 2 der Krankentransport-Richtlinie normierten Voraussetzungen erfüllt werden.

2.2 Konkretisierung zum Begriff „stationersetzende Eingriffe“

Fahrkosten nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V können u.a. durch Vertrags(zahn)ärzte verordnet werden und sind durch die Krankenkasse zu übernehmen, sofern eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung durch eine ambulante Operation nach § 115b SGB V im Krankenhaus oder eine Operation in der Vertragsarztpraxis vermieden wird und diese z.B. aus patientenindividuellen Gründen nicht ausführbar ist.

Aufgrund vorliegender Rechtsprechung ist es geboten, die diesbezüglichen Regelungen in § 7 Absatz 2 Krankentransport-Richtlinie zu konkretisieren. Die bisherige, im Zusammenhang mit vor- und nachstationärer Behandlung verwendete Formulierung in der Richtlinie „eine aus medizinischer Sicht gebotene ...“ wird mit der Formulierung „eine aus medizinischen Gründen“ an den allgemeinen Sprachgebrauch des Gesetzeswortlautes (vgl. § 60 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V) sowie die Ausführungen in der Rechtsprechung und mit der Formulierung „an sich gebotene“ an den Gesetzeswortlaut angepasst. Darüber hinaus wird in § 7 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe c der Krankentransport-Richtlinie zur Klarstellung auch für Fahrten zu einer ambulanten Operation – wie nach dem Gesetzeswortlaut geboten, bisher aber nur für vor- und nachstationäre Behandlung explizit aufgeführt – der stationsersetzende Charakter durch die ergänzende Formulierung „wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 Absatz 1 SGB V vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist“ verdeutlicht. Die Formulierung „vermieden wird oder nicht ausführbar ist“ entspricht mit Ausnahme der in § 60 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V darüber hinaus auch genannten Zielsetzung der Verkürzung einer stationären Krankenhausbehandlung dem Gesetzeswortlaut. Die Zielsetzung der Verkürzung einer stationären Krankenhausbehandlung wird regelmäßig für die vor- und nachstationäre Behandlung (siehe § 7 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b) Krankentransport-Richtlinie von Bedeutung sein, nicht jedoch im Kontext ambulanter Operationen.

Bei der Operation muss es sich um eine Operation im Sinne des zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam vereinbarten Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Katalog) handeln.

Der in der Richtlinie bisher in § 7 Absatz 2 Satz 2 enthaltene Verweis auf den AOP-Katalog erscheint vor dem Hintergrund höchstrichterlicher Rechtsprechungen (BSG-Urteil vom 18.11.2014 – B 1 KR 8/13 R, BSG-Urteil vom 13.12.2016 – B 1 KR 2/16 R) und der dort genannten Voraussetzungen für die Verordnung und Übernahme von Fahrkosten nicht für die Beurteilung, ob eine ambulante Operation stationsersetzend im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V durchgeführt wird und somit Fahrkosten von der GKV zu übernehmen sind, geeignet. Grund hierfür ist, dass der AOP-Katalog ambulante Operationen vor dem Hintergrund von Vergütungsfragen und damit unabhängig vom Anspruch auf Fahrkosten danach einteilt, ob diese nur ambulant (Kategorie 1) bzw. sowohl ambulant als auch stationär (Kategorie 2) durchgeführt werden können. Laut BSG kommt es jedoch vielmehr darauf an, dass eine vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen geboten, d.h. erforderlich im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V, ist und die notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant durchgeführt wird. Dadurch sollen Versicherte bezüglich der Fahrkosten mit den Versicherten gleichgestellt werden, die Transporte zwecks stationärer Behandlungen benötigen. Dies liegt insbesondere dann vor, wenn Versicherte im Rahmen ihrer Patientenautonomie entscheiden, nicht die eigentlich gebotene Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen, sondern stattdessen u. a. ambulante Operationen im Sinne des § 115b SGB V im Krankenhaus oder ambulante Operationen in der Vertragsarztpraxis in Anspruch nehmen. Daher stellen die Kategorien des AOP-Katalogs kein maßgebliches Anknüpfungskriterium für den Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten dar.

Fahrkosten zu notwendigen Vor- und Nachbehandlungen, die im Zusammenhang mit der ambulanten Operation gem. § 115b SGB V im Krankenhaus oder als Operation beim niedergelassenen Arzt entstehen, werden im Rahmen der gesetzlichen Fristen des § 115a Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V übernommen.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftliche Stellungnahme ausgewertet. Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus der Stellungnahme keine Änderungen.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 6 dokumentiert.

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.09.2015	UA VL	Feststellung von Änderungsbedarf in der KT-RL und Beauftragung der AG KT-RL
28.06.2017	UA VL	Beratung der Ergebnisse der AG KT-RL Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO)
05.09.2017	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen <ul style="list-style-type: none">• Abschluss der vorbereitenden Beratungen• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe, ZD)
21.09.2017	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der KT-RL
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
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 21. September 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. 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 Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 28. Juni 2017 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Krankentransport-Richtlinie einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen Bundesärztekammer und Bundeszahnärzte-kammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der Krankentransport-Richtlinie Stellung zu nehmen (29. Juni 2017 bis 27. Juli 2017). Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt. Die Stellungnahmefrist endete am 27. Juli 2017.

6.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK)	27.07.2017	Verzicht auf mündliche Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	27.07.2017	Verzicht auf Stellungnahme

6.3 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

wird eingefügt

6.4 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

wird eingefügt

6.5 Synopse der Änderungen der KT-RL

wird eingefügt

6.6 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

6.6.1 Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	BÄK	<p>Im Rahmen des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) von 2012 wurde §118a „Geriatrische Institutsambulanzen“ ins SGB V eingeführt und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragt, im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die weiteren Details auszugestalten.</p> <p>Nach Anrufung des erweiterten Bundesschiedsamtes kam es am 15.07.2015 zu der „Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen – GIA)“ zwischen dem GKV-SV und KBV im Einvernehmen mit der DKG, die am 1. Oktober 2015 in Kraft trat.</p> <p>Laut den „Tragenden Gründen“ der vorliegenden Beschlussvorlage wurde im Rahmen der Verhandlungen in einer Protokollnotiz festgehalten, dass die Krankentransport-Richtlinie bezüglich ihrer Anwendbarkeit für Geriatrische Institutsambulanzen geprüft und gegebenenfalls ergänzt werden solle, um die Verordnung von Krankentransporten in eine Geriatrische Institutsambulanz zu ermöglichen.</p> <p>In der vorliegenden Beschlussvorlage wird die Versorgung, einschließlich der Diagnostik, in einer Geriatrischen Institutsambulanz als ein besonderer Ausnahmefall angeführt, für den die Verordnung von</p>		Kenntnisnahme der Darstellung der geplanten Änderungen	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Fahrten zu einer ambulanten Behandlung zugelassen ist.			
		Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:			
		Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufnahme der Geriatrischen Institutsambulanzen als Ausnahmefall für Krankenfahrten zu ambulanter Behandlung.		Kenntnisnahme der Zustimmung zur Änderung	Keine Änderung am Beschluss-entwurf

6.6.2 Fahrten zu stationersetzenden Eingriffen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	BÄK	<p>Fahrkosten werden, bis auf definierte Ausnahmefälle, nur für stationäre Leistungen bzw. für stationersetzende Leistungen übernommen.</p> <p>In § 60 SGB V (Fahrkosten) Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 heißt es dazu:</p> <p>„Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten (...)</p> <p>(4) bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus) oder § 115b (Ambulantes Operieren im Krankenhaus), wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.“</p>		Kenntnisnahme der Darstellung der geplanten Änderungen in den unterschiedlichen Positionen	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>In § 7 der derzeitigen Version der Krankentransport-Richtlinie lautet der entsprechende Absatz:</p> <p>„Die Verordnung einer Krankenfahrt (...) ist zulässig bei</p> <p>a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden</p> <p>b) Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,</p> <p>c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- und Nachbehandlung.</p> <p>Einzelheiten zu den Regelungen b) und c) sind in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 (s.o.) in Verbindung mit §§ 115 a und 115b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog (Anmerkung: Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Leistungen, AOP-Katalog) geregelt.“</p> <p>§ 60 Absatz 2 Nr. 4 SGB V wird mit den derzeitigen Formulierungen in §7 der KT-RL nicht vollständig widerspiegelt, z.B. da nach SGB V auch bei Ambulanten Operieren die Maßgabe stationärer Leistungen („wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung“) erfüllt sein sollte. Zudem werden die in SGB V aufgeführten</p>			

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>„ambulanten Krankenhausbehandlungen“, sowie einzelne Wortlaute in der KT-RL nicht aufgegriffen.</p> <p>Hintergrund der vorgebrachten Änderungsvorschläge sind außerdem zwei Urteile des Bundessozialgerichtes (BSG), in denen der Begriff der stationersetzenden Leistungen dargelegt wird als „Versicherte, die im Rahmen ihrer Patientenautonomie entscheiden, nicht von der Möglichkeit einer voll- oder teilstationären Behandlung zu Lasten der GKV Gebrauch zu machen, sondern stattdessen ambulante Krankenhausbehandlung, vor- oder nachstationäre Behandlung oder ambulante Operationen oder stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.“</p> <p>Die von GKV-SV, KBV/KZBV, DKG und Patientenvertretung vorgeschlagenen Änderungen des § 7 Absatz 2 Satz 1 der KT-RL betreffen Konkretisierungen, die sich, in unterschiedlich gewählten Ausformulierungen, an den Wortlaut des § 60 SGB V anpassen.</p> <p>Für § 7 Absatz 2 Satz 2 schlagen GKV-SV, KBV und KZBV aufgrund der BSG-Urteile eine Formulierung vor, die die Patientenautonomie als wesentliches Kriterium einer stationersetzenden Leistung verdeutlicht: „Die Voraussetzungen nach Buchstabe b und c sind <i>insbesondere</i> dann gegeben, wenn die aus medizinischen Gründen gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise <i>patientenindividuellen Gründen</i> als ambulante Behandlung vorgenommen wird.“</p> <p>GKV-SV, KBV und KZBV möchten außerdem den Verweis auf die §§ 115 a und b SGB V sowie den AOP-Katalog aus der Richtlinie streichen,</p>			

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf	
		<p>insbesondere wird angeführt, dass der Katalog sich nicht für die Beurteilung eigne, ob eine Operation stationärsersetzend sei.</p> <p>DKG und Patientenvertretung schlagen, anstatt auf patientenindividuelle Gründe zu verweisen, vor, dass eine Prüfung im Einzelfall vorzunehmen sei, ob durch die ambulante Behandlung eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann. Hierfür könne als „Anhaltspunkt“ auch der AOP-Katalog mit den dort vereinbarten G-AEP-Kriterien herangezogen werden.</p>				
		<p>Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:</p>				
		<p>Die Bundesärztekammer sieht in den Änderungsvorschlägen von GKV-SV, KBV/KZBV einerseits und DKG und Patientenvertretung andererseits keine entscheidenden Widersprüche.</p> <p>Die Bundesärztekammer hat keine weiteren Änderungshinweise zu den vorgeschlagenen Änderungen der Krankentransport-Richtlinie.</p>		<p>Kenntnisnahme der grundsätzlichen Zustimmung zu den geplanten Änderungen in den unterschiedlichen Positionen</p> <p>GKV-SV/KBV/KZBV:</p> <p>Positionen unterscheiden sich teilweise von der der DGK und PatV.</p> <p>Beispielsweise besteht keine Notwendigkeit einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist.</p>	<p>Keine Änderung am Beschlussentwurf</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				<p>Keine neuen Erkenntnisse gewonnen, daher verbleiben Positionen.</p> <p>DKG/PatV:</p> <p>Keine neuen Erkenntnisse gewonnen, daher verbleiben Positionen.</p> <p>Die Positionen unterscheiden sich insbesondere in Hinblick auf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Ergänzung der Fahrten zu einer stationersetzenden ambulanten, nicht-operativen Krankenbehandlung gem. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Die ausdrückliche Aufnahme dieser Verordnungsmöglichkeit gewinnt vor dem Hintergrund zunehmender ambulanter Leistungserbringung früherer stationärer Leistungen an Bedeutung; 2. die weitere Bezugnahme auf die Vereinbarungen nach §§ 115a und 115b als Anhaltspunkt für die 	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				<p data-bbox="1608 288 1865 807">Frage, ob eine stationersetzende Leistung vorliegt. Die Bezugnahme auf den AOP-Katalog zur Orientierung ist durch die zitierte BSG-Rechtsprechung nicht ausgeschlossen. Unzulässig ist lediglich ein Abstellen allein auf die Zuordnung im AOP-Katalog (vgl. SG Nürnberg, 15.10.2015, S 11 KR 159/12).</p> <p data-bbox="1559 831 1865 1038">Es ist geboten, dass die KT-RL bezüglich der Verordnungsmöglichkeiten der Vertragsärzte vor dem Hintergrund der Rechtsprechung Unsicherheiten vermeidet.</p> <p data-bbox="1559 1062 1865 1422">Die medizinische Beurteilung der Frage, ob eine Verordnung nach § 7 Abs. 2 KT-RL oder § 8 KT-RL ausgestellt wird, eine ambulante Leistung im Einzelfall also stationersetzend ist oder nicht, kann für den einzelnen Patienten von erheblicher finanzieller Bedeutung sein: Denn bei</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
				<p>stationsersetzender ambulanter Behandlung müssen sich die Versicherten nur bei der ersten und letzten Fahrt an den von der Krankenkasse zu tragenden Fahrkosten beteiligen (BSG 18.11.2014, B 1 KR 8/13 R).</p>	
			<p>Die Konkretisierung der Voraussetzungen für stationsersetzenden Leistungen als ambulante Behandlung aus „insbesondere“ besonderen, beispielsweise patientenindividuellen Gründen“, haben aus Sicht der Bundesärztekammer ihre Berechtigung, zumal patientenindividuelle Gründe durch die hier gewählte Formulierung nicht als alleiniges Kriterium für stationsersetzende Leistungen angeführt werden.</p>	<p>Kenntnisnahme der besonderen Zustimmung zur Position von GKV-SV/KBV/KZBV im Hinblick auf die Änderung in § 7 Absatz 2 Satz 2 DKG/PatV: Für die Verordnung einer Krankenfahrt nach § 7 Abs. 2 kommt es nicht darauf an, aus welchem Grund eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Behandlung ambulant durchgeführt wird. Daher ist ein Hinweis auf patientenindividuelle Gründe im Richtlinien text nicht erforderlich.</p>	Keine Änderung am Beschlussentwurf

6.7 Mündliche Stellungnahmen

Die Bundeärztekammer hat auf die Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme verzichtet, weshalb nach 1. Kapitel § 12 Absatz 2 Satz 2 4. Spiegelstrich der Verfahrensordnung des G-BA von einer Anhörung abgesehen wurde.