



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Absatz 5 SGB V
zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Änderung der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL):
Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen und stationsersetzenden
Eingriffen

Berlin, den 27.07.2017

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 29.06.2017 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zur vorgesehenen Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie (KT-RL)) bezüglich Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) und stationersetzenden Eingriffen aufgefordert.

1. Fahrten zu Geriatrische Institutsambulanzen

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.

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.

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.

In der vorliegenden Beschlussvorlage wird die Versorgung, einschließlich der Diagnostik, in einer Geriatrischen Institutsambulanz als ein besonderer Ausnahmefall angeführt, für den die Verordnung von Fahrten zu einer ambulanten Behandlung zugelassen ist.

2. Stationersetzende Leistungen

Fahrkosten werden, bis auf definierte Ausnahmefälle, nur für stationäre Leistungen bzw. für stationersetzende Leistungen übernommen.

In § 60 SGB V (Fahrkosten) Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 heißt es dazu:

„Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten (....)“

(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.“

In § 7 der derzeitigen Version der Krankentransport-Richtlinie lautet der entsprechende Absatz:

„Die Verordnung einer Krankenfahrt (...) ist zulässig bei

- a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden
- 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,
- 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.

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 stationersetzender Leistungen, AOP-Katalog) geregelt.“

§ 60 Absatz 2 Nr. 4 SGB V wird mit den derzeitigen Formulierungen in § 7 der KT-RL nicht vollständig wiedergespiegelt, z.B. da nach SGB V auch bei Ambulantes Operieren

die Maßgabe stationersetzender 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 „ambulanten Krankenhausbehandlungen“, sowie einzelne Wortlaute in der KT-RL nicht aufgegriffen.

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 Krankenbehandlung, vor- oder nachstationäre Behandlung oder ambulante Operationen oder stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.“

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. 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 *insbesondere* dann gegeben, wenn die aus medizinischen Gründen gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise *patientenindividuellen Gründen* als ambulante Behandlung vorgenommen wird.“

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, insbesondere wird angeführt, dass der Katalog sich nicht für die Beurteilung eigne, ob eine Operation stationersetzend sei.

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.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

1. Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen

Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufnahme der Geriatrischen Institutsambulanzen als Ausnahmefall für Krankenfahrten zu ambulanter Behandlung.

2. Stationersetzende Leistungen

Die Bundesärztekammer sieht in den Änderungsvorschlägen von GKV-SV, KBV/KZBV einerseits und DKG und Patientenvertretung andererseits keine entscheidenden Widersprüche. Die Konkretisierung der Voraussetzungen für stationersetzenden 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 stationersetzende Leistungen angeführt werden. Die Bundesärztekammer hat keine weiteren Änderungshinweise zu den vorgeschlagenen Änderungen der Krankentransport-Richtlinie.

Berlin, den 27.07.2017



Dr. med. Julia Searle, MPH
Referentin Dezernat 1