

Beschlussbegründung

Die seit 1992 unveränderten Krankentransport-Richtlinien bedurften dringend einer Aktualisierung. Der Bundesausschuss hatte den im März 2003 vorgelegten Entwurf einer Neufassung zunächst noch zurückgestellt, um die sich abzeichnenden Veränderungen der anstehenden Gesundheitsreform (GMG) berücksichtigen zu können.

Die bisherige Regelung, nach der die Krankenkasse Fahrten zu ambulanten Behandlungen in Härtefällen übernommen hat, wird durch das GMG mit Wirkung zum 01. Januar 2004 aufgehoben.

Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung können - unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung - nur bei zwingender medizinischer Notwendigkeit in besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Diese Fahrten zur ambulanten Behandlung bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Indikationen für derartige Ausnahmefälle in den Krankentransport-Richtlinien festzulegen (§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich bei Fahrten zur ambulanten Behandlung auf folgende Kriterien für die Beurteilung der Ausnahmefälle verständigt:

Fallgestaltung 1:

Ausnahmefall aufgrund der Behandlung

- der Patient wird mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt,
- dieses Therapieschema weist eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum auf und
- diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

1 a)

Indikationen, die diese Voraussetzungen in der Regel erfüllen, werden in Anlage 2 dieser Richtlinien aufgeführt:

Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie oder onkologische Chemotherapie.

1 b)

Der Ausschuss ist der Auffassung, dass bei der Formulierung der Ausnahmetatbestände gemäß § 8 Abs. 2, nicht alle Behandlungsfälle abschließend aufgezählt werden können, die den Kriterien dieses Absatzes entsprechen; deswegen ist diese Liste nicht abschließend.

In anderen Fällen haben die Krankenkassen auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung zu prüfen, ob ein vergleichbarer Schweregrad und eine vergleichbare Behandlungsintensität der Erkrankung vorliegt.

Für Patienten der Fallgruppe 1 gilt:

Aus zwingenden medizinischen Gründen finden regelmäßig Fahrten zu einer bestimmten ambulanten Behandlung statt. Die Fahrten sind in der Regel planbar und haben dasselbe Fahrtziel, daher ist eine Serienverordnung möglich. Fahrten desselben Patienten zu anderen ambulanten Therapien sind keine Krankenkassenleistung.

Die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt sowie des Beförderungsmittels sind vom Arzt zu begründen. Krankenfahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

Fallgestaltung 2:

Ausnahmefall aufgrund einer Mobilitätseinschränkung

2 a)

Die Krankenkasse genehmigt die Beförderung eines dauerhaft in seiner Mobilität beeinträchtigten Patienten, sofern der Arzt durch die Verordnung die medizinisch zwingende Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung bescheinigt und der Patient bei der Verordnung einen Behindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder den Einstufungsbescheid in die **Pflegestufe 2 oder 3** vorlegt.

2 b)

Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer den Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Für Patienten der Fallgruppe 2 gilt:

Die Genehmigung ist hier - im Unterschied zur Fallgestaltung 1 - nicht auf eine bestimmte Behandlungsform eingeschränkt.

Genehmigungspflichtige Verordnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten zur ambulanten Behandlung sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen.

Der Arzt macht bei der Verordnung Angaben zur vorliegenden zwingenden medizinischen Notwendigkeit der Fahrt und ggf. Angaben zur erforderlichen Ausstattung des Transportmittels oder zur erforderlichen Betreuung.

Dauer (z. B. Serienverordnung) und Umfang (z. B. Transportmittel) der Genehmigung werden dann von der Krankenkasse festgelegt.

Folgende Fahrten sind nicht von der Neuregelung betroffen:

Ausgenommen von dieser Genehmigungspflicht bleiben Verordnungen von Fahrten zu einer ambulanten (vor- oder nachstationären) Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V.

Fahrten zur stationären Behandlung sind von der Neuregelung nicht berührt.

Für Verlegungsfahrten zwischen Krankenhäusern gelten eigene Regelungen (siehe § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

Die Krankenkassen übernehmen auch weiterhin bei zwingenden medizinischen Gründen (z. B. in medizinischen Notfällen) die Kosten für Rettungsfahrten zum Krankenhaus.

Für alle Fahrten besteht die gesetzliche Zuzahlungspflicht.

Die gesetzliche Zuzahlung zur erstatteten Fahrt beträgt für den Patienten grundsätzlich 10 Prozent der Kosten je Fahrt - mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt.

Geleistete Zuzahlungen zu Fahrten sind auf die Belastungsgrenze anrechenbar (sogen. 2%-Regelung bzw. 1%-Regelung für Chroniker).

Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben und die eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse vorlegen, sind für den Rest des Kalenderjahres auch von weiteren Zuzahlungen zu erstatteten Fahrten befreit.

Kosten für Fahrten, die keine Krankenkassenleistung sind, sind nicht auf die Belastungsgrenze anrechenbar.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. Hess