

## **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 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 zukünftig - 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.

Die am 22.01.2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss in überarbeiteter Fassung verabschiedeten Richtlinien sind entsprechend dem Auftrag aus dem GKV-Modernisierungs-gesetz (GMG) um die besonderen Ausnahmefälle für ambulante Fahrten ergänzt. Dem Hinweis des Ministeriums folgend, werden auch dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten in den Ausnahmefällen nach § 60 Abs. 1 Satz 3 berücksichtigt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich bei Fahrten zur ambulanten Behandlung auf folgende Kriterien für die Beurteilung der Ausnahmefälle verständigt:

### **Fallgestaltung 1:**

- 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.

Indikationen, die diese Voraussetzungen in der Regel erfüllen, werden in Anlage 2 dieser Richtlinien aufgeführt: Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie oder onkologische Chemotherapie. 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. und auch Fahrten desselben Patienten zu anderen ambulanten Therapien sind keine Krankenkassenleistung.

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.

#### Fallgestaltung 2:

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 Pflegestufen 2 oder 3 vorlegt.

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

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. Die Krankenkassen übernehmen auch weiterhin - unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung - bei zwingenden medizinischen Gründen (z. B. in medizinischen Notfällen) die Kosten für Rettungsfahrten zum Krankenhaus.

Die gesetzliche Zuzahlung zur erstatteten Fahrt beträgt für den Patienten 10 Prozent und maximal 10 €.