

Krankentransporte bei ambulanter Behandlung/ Ambulantes Operieren

(SGB V § 60 nach GMG, neue Krankentransport-Richtlinie)

Elmar Mertens, Aachen

Die Rechtsgrundlage zur Erstattung von Fahrkosten durch die Krankenkassen hat sich durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) dahingehend geändert, dass bei ambulanter Behandlung Transportkosten grundsätzlich nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, wenn nicht im Vorhinein eine Genehmigung durch die Krankenkasse erteilt wird. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat dementsprechend inzwischen eine neue Richtlinie erlassen.

<http://www.kbv.de/themen/793.htm#infos>

Ohne vorherige Genehmigung ist weiterhin die Veranlassung von Krankentransporten in folgenden Fällen möglich, **wenn zwingende medizinische** Gründe vorliegen:

1. Rettungsfahrten

- Fahrt zum Krankenhaus mit nachfolgender stationärer Aufnahme
- Fahrt zum Krankenhaus, auch wenn keine stationäre Aufnahme erfolgt.

2. Krankentransporte

- Fahrt zur vor- oder nachstationären Behandlung gem. § 115a SGB V . Dies setzt somit voraus, dass ein vollstationäre Behandlung durchgeführt wird. Dann kann innerhalb der 5 Tage vor der Aufnahme (an max. 3 Tagen) und 14 Tage nach Entlassung (an max. 7 Tagen) im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus die Fahrt verordnet werden.
- Fahrt am Tag der Ambulanten Operation aus dem Katalog gemäß § 115b SGB V. Dies ist unabhängig vom Ort der Operation. Mit dem „Katalog“ sind alle Eingriffe nach § 115b SGB V gemeint, nicht nur die vorrangig ambulant zu erbringenden.

3. Krankenfahrten (z.B. Taxi, Mietwagen mit Sonderausstattung für Rollstühle)

- Fahrt zur stationären Behandlung (die Fahrt nach Hause nach stationärer Behandlung ist nicht geregelt)
- Fahrt zur vor- oder nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V (s. o.)
- Fahrt zu einer Ambulanten Operation aus dem Katalog nach § 115b SGB V (s. o.) und zur dazu erforderlichen Vor- und Nachbehandlung.

Fahrtkosten bei Verlegung eines Patienten zwischen zwei Krankenhäusern bedürfen einer vorherigen Genehmigung bezüglich der Kostenübernahme durch die Krankenkasse, wenn nicht zwingende medizinische Gründe (nicht: wirtschaftliche oder organisatorische!) vorliegen.

Sollen Fahrten zu einer ambulanten Behandlung, die nicht den o. g. Kriterien entsprechen, verordnet werden, bedürfen sie der **vorherigen Genehmigung** durch die Krankenkasse: Dies betrifft in der Anästhesie vorwiegend die Behandlung von chronisch Schmerzkranken. Der Bundesausschuss hat für die Genehmigungsfähigkeit Kriterien festgelegt, die teilweise auch auf Schmerzpatienten zutreffen: Neben verschiedenen Krankheiten wie z.B. rheumatische Arthritis, multiple Sklerose, systemische Muskelerkrankungen gelten folgende formale Voraussetzungen: Schwerbehindertenausweis mit Eintrag „aG“, „Bl“ oder „H“ oder Einstufung in die Pflegestufe 2 oder 3.

Es wird jedoch ausdrücklich festgestellt, dass auch krankheitsbedingte Mobilitätseinschränkungen, die den vorgenannten entsprechen, anzuerkennen sind, auch wenn die oben aufgeführten formalen Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Es wird ferner klargestellt, dass Fahrten nur zu medizinischen Behandlungen genehmigungsfähig sind, nicht aus organisatorischen Gründen. Im Rahmen einer BTM-Verordnung muss deshalb ein Weg gefunden werden, wie ein in seiner Mobilität eingeschränkter Patient sein BTM-Rezept erhält, wenn er nicht ohnehin im Rahmen einer Behandlung persönlich vorstellig wird.

Nach wie vor ist der Postversand von ausgestellten BTM-Rezepten, zumindest als normaler Brief, nicht als ausreichend sicher im Sinne des § 13 Abs.2 BtMG anzusehen.

Die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung zu einer erstatteten Fahrt beträgt immer 10 % der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 €. Diese Zuzahlung wird auf die sogen. Zumutbarkeitsgrenze (2% bzw. 1% des Bruttoeinkommens) angerechnet. Sobald diese überschritten ist, zahlt der Patient nichts mehr zu. Fahrten, die der Versicherte vollständig selber tragen muss, werden nicht auf die Zumutbarkeitsregelung angewendet.

Zum 01.04.2004 soll das Verordnungblatt (Muster 4) zur Verordnung von Fahrkosten unter Aufnahme der Neuregelung aktualisiert werden. Bis zum Erscheinen des neuen Vordruckes können die alten Vordrucke verwendet werden.