

Auszüge aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten

§ 3 Notwendigkeit der Beförderung

(1) Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. Eine Verordnung zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen ist unzulässig.

(2) Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung ist es deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

§ 7 Krankenfahrten

(1) Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Zu den Mietwagen zählen z.B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt.

(2) Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei

- a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V),
- b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a 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 § 115 b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung

Einzelheiten zu den Regelungen zu b) und c) sind in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. §§ 115 a und 115 b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115 b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog geregelt.

(3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

(4) Kann der Versicherte mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, stellt der Vertragsarzt in den Fällen des Absatz 2 Buchstabe c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch des Versicherten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei seiner Krankenkasse aus.

(5) Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, hat der Vertragsarzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen stehen.

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Abs. 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) Voraussetzung für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

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

Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

(3) Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen 'aG', 'Bl' oder 'H' oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufen 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(4) Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Hinfahrt oder Rückfahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

§ 9 Genehmigung

Fahrten nach § 6 Abs. 3 sowie § 8 dieser Richtlinien bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. Dauer und Umfang (z.B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

§ 10 Information des Versicherten

Der Versicherte soll darüber unterrichtet werden, dass seine Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt - mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt - beträgt. Nur Versicherte, deren Zuzahlung die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.