

Krankentransport-Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die "Krankentransport-Richtlinien definiert.

In einer Pressemitteilung erläutert der Gemeinsame Bundesausschuss die so genannte Chronikregelung.

Diese wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufgrund der politischen Vorgaben beschlossen und sieht vor, dass als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach den Maßstäben § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 (wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Fahrten zur ambulanten Behandlung

Inhalt der Krankentransport-Richtlinien ist, dass Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (blind) oder H (hiflos) haben, oder die die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können.

- Weiterhin sind die Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung:
- Der Patient leidet an einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Die 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.
- Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden. Diese Liste ist nicht abschließend.

Auch ohne amtlichen Nachweis

Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten in vergleichbaren Fällen auch ohne amtlichen Nachweis.

Regelmäßige Überprüfung

Beide Richtlinien bedürfen auch in Zukunft einer regelmäßigen Überprüfung, um gegebenenfalls erkennbaren Fehlentwicklungen entgegenzuwirken oder veränderte Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Zuzahlung zu Fahrkosten

Ab 2004 dürfen Fahrkosten von den Krankenkassen nur noch dann übernommen werden, wenn sie aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung trägt die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung ausschließlich in den besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Die Zuzahlung der Versicherten beläuft sich auf 10% der Fahrkosten, mindestens jedoch **5 Euro** und höchstens **10 Euro**. Sind die Fahrkosten niedriger als 5 Euro, zahlt der Patient den vollen Fahrpreis.