Neue Richtlinien zur Verordnung von Krankenbeförderung

Am 22. Januar 2004 hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen neue Richtlinien für die Verordnung von Krankenbeförderung beschlossen. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 28. 1. 2004. Die bisherige, seit zehn Jahren geltende Richtlinie wurde grundsätzlich überarbeitet und an die aktuelle Fassung des § 60 SGB V i. d. F. des GKV-Modernisierungsgesetzes(GMG) angepasst. Aufgrund der neuen Rechtslage gelten neue Bestimmungen für Verordnungen von Fahrten zu einer ambulanten Behandlung. In Abänderung derbisher geltenden Härtefallregelung schließt der Gesetzgeber Verordnungen von Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie die Kostenübernahme dieser Fahrten durch die Krankenkasse grundsätzlich aus; für die vom Bundesausschuss benannten Ausnahmen sind Dennoch Verordnungen möglich. Es müssen zwingende medizinische Gründe für die Verordnung vorliegen. Die Krankenkasse hat eine Kostenübernahme vor der Fahrt zu Genehmigen (§ 60 SGBV). Ausnahmetatbestände für eine Verordnung von Krankenbeförderung sowie die Genehmigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse liegen gemäß § 8 dieser Richtlinie vor, wenn

1. nach Abs. 2 die Beförderung unmittelbar im Zusammenhangmit einer bestimmten, regelmäßigen Behandlung notwendig wird, die mit einerhohen Beförderungsfrequenz

durchgeführt werden muss, und wenn der Verzicht auf eine Beförderung zu Schaden an Leib oder Leben des Patienten führen würde. Der Ausschuss sah diese Kriterien bei Fahrten im Zusammenhang mit der Dialysebehandlung, der onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie als erfüllt an (Anlage 2 der Richtlinie). Die Liste dieser Ausnahmetatbestände ist nichtabschließend.

Verordnungen von Fahrten im Zusammenhang auch zu anderen hochfrequentenBehandlungen sind daher zulässig, wenn die Kriterien des § 8 Abs. 2 derRichtlinie erfüllt sind.

2. nach Abs. 3 die Beförderung aufgrund einer dauerhaften Beeinträchtigung der Mobilität des Patienten medizinisch zwingend notwendig ist. Eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität gilt als gegeben, wenn derPatient entweder einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlichgehbehindert), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 vorweist.

Patienten, die keinen entsprechenden Nachweis besitzen, aber eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität aufweisen und einer ambulanten über einen längeren Zeitraum bedürfen, können ebenfalls eineVerordnung erhalten.

Bei Inhabern von Schwerbehindertenausweisen mit Merkzeichen„aG“ handelt es sich um Personen, die sich wegen der Schwere ihres Leidensdauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeugs bewegen können, sowie um Personen, die nachversorgungsärztlicher Feststellung aufgrund von Erkrankungen dem vorstehend Aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind. Hierbei werden zum Beispiel folgende Kriterien herangezogen:

faktisch an den Rollstuhl gebunden beziehungsweise Rollstuhlbenutzung dringend geboten / Gehstrecke 100 m wegen Gehbehinderungoder Systemerkrankung (zum Beispiel kardiale Dekompensation mit Ruheinsuffizienz, Lungenfunktionseinschränkung mit Ruhedyspnoe,

schwere rheumatische Arthritis, multiple Sklerose,systemische Muskelerkrankungen, M.-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten bei Grad der Behinderung [GdB] von mindestens 60, Patienten mit doppeltem Stoma undGdB mindestens 70) / bestehende Verschlimmerungsgefahr (durch Laufen) beifortschreitendem Leiden (zum Beispiel Hüftgelenksluxation). Inhaber von Schwerbehindertenausweisen mit Merkzeichen „H“ haben dauernden Bedarf fremder Hilfe von mindestens einer Stunde täglich für Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf jeden Tages.

Der erforderliche Zeitraum für ambulante Behandlungen bei Patienten ohne Schwerbehindertenausweis oder Pflegestufe wurde in den Beratungen des Ausschusses nicht konkretisiert. Ausgangspunkt der Überlegungendes Ausschusses bildete vielmehr die gesetzliche Vorgabe, dass dieKostenübernahme für Fahrten zu ambulanter Behandlung einer vorherigen

Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf. Dies erfordert in der Praxis, dass bei der Verordnung von Fahrten zu ambulanter Behandlung eine Regelhaftigkeit der Beförderungsnotwendigkeit erkennbar sein muss (derAusschuss erörterte dies am Beispiel eines Patienten mit (Aortenaneurysma).Infolge der Neuregelung kann demnach der Fall eintreten,

dass Versicherte die Kosten für einzelne, auch medizinisch notwendige Beförderungen zu ambulanter Behandlung selbst übernehmen müssen.

Die Anwendung der oben genannten Ausnahmekriterien wird der Bundesausschuss überprüfen und gegebenenfalls Änderungen der Richtlinienvornehmen. Soweit zwingende medizinische Gründe die Beförderung bei Fahrtenzu/von ambulanten Operationen gemäß § 115 b und zu stationärer Behandlungerforderlich machen, kann der Vertragsarzt weiterhin die Beförderung verordnen. In diesen Fällen übernimmt die Krankenkasse die Kosten ohne vorherige Genehmigung.

Das bisherige Verordnungsblatt (Muster 4) wird zum 1. 4.2004 aktualisiert. Bis dahin gilt das bisherige Verordnungsblatt; zurVerordnung von Fahrten zu ambulanter

Behandlung wird die Angabe des Ausnahmetatbestands nach § 8der Richtlinie, die Diagnose sowie gegebenenfalls die Begründung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit formlos auf einem gesonderten Blatt angegeben. Soweit gemäß § 8 derRichtlinie eine Genehmigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasseerforderlich ist, obliegt es dem Versicherten, diese Genehmigung einzuholen.