



Aktenzeichen: Pet 2-20-15-82713-016984

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 26.09.2024 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen,
- weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.

Begründung

Mit der Petition wird gefordert, die Zuzahlung eines Eigenanteils für Krankenfahrten mit einem privaten PKW zu ambulanten Behandlungen abzuschaffen.

Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, die Fahrt mit einem Privat-PKW sei für die Krankenkasse erheblich günstiger, als die Fahrt mit einem Taxi oder Krankentransport. Wirtschaftlich handelnde Patienten sollten daher nicht finanziell belastet werden.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten zu dem Vorbringen wird auf die Eingabe verwiesen. Diese wurde als öffentliche Petition auf der Internetseite des Petitionsausschusses eingestellt. Es gingen 207 Mitzeichnungen sowie 37 Diskussionsbeiträge ein.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Berücksichtigung einer zu der Petition erbetenen Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt dar:

Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören nach § 60 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auch Fahrkosten im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Leistungen.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind,

- bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus, auch ohne dass eine stationäre Behandlung erfolgt,



- bei Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendigen Krankentransportwagen,
- bei Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Bei mehrmals erforderlichen Behandlungsterminen innerhalb eines Leistungsfalles ist die Eigenbeteiligung der oder des Versicherten auf die erste und die letzte Fahrt beschränkt.

Fahrten zur ambulanten Behandlung bedürfen stets einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse, mit Ausnahme der Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung und zu einer ambulanten Operation. Während die Fahrkosten für Krankentransporte in der Regel durch die Krankenkasse übernommen werden, wobei auch hier bei einem Transport zu einer ambulanten Behandlung eine Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich ist, können die Kosten für Krankenfahrten nur in ganz besonderen Ausnahmefällen erstattet werden.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde die Aufgabe zugewiesen, diese Ausnahmefälle in der Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransport-Richtlinie) festzulegen. Diese ist auf der Internet-Seite des G-BA unter www.g-ba.de abrufbar. Hiernach sind Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung verordnungsfähig bei Dialysebehandlung, onkologischer Strahlentherapie oder parenteraler antineoplastischer Arzneimitteltherapie/parenteraler onkologischer Chemotherapie sowie sonstigen Serienbehandlungen mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum. Fahrten zur ambulanten Behandlung können auch für schwer in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten übernommen werden, wenn diese

- einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" besitzen
- oder bei denen der Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorliegt (Bei Personen mit Pflegegrad 3 muss zusätzlich die dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung



[durch sowohl somatische als auch kognitive Ursachen] ärztlich festgestellt und bescheinigt werden. Für Versicherte, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, bedarf es keiner gesonderten Feststellung einer dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung.)

- oder wenn eine vergleichbar schwere Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt und eine Behandlung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist.

Diese Auflistung ist jedoch nicht abschließend, sodass über diese Fallkonstellationen hinaus eine Übernahme der Fahrkosten zur ambulanten Behandlung möglich ist. Da allerdings auch im Rahmen der Übernahme von Fahrkosten das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Absatz 1 SGB V zu beachten ist, behalten sich die gesetzlichen Krankenkassen individuelle Prüfungen, gegebenenfalls unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes, vor.

Bei Krankenfahrten mit einem Taxi oder Mietwagen ist zu beachten, dass diese nur dann vom Arzt verordnet werden können, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen ein öffentliches Verkehrsmittel oder einen privaten Pkw nicht benutzen kann.

Laut § 60 SGB V haben Versicherte 10 Prozent des Fahrpreises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten als gesetzliche Zuzahlung selbst zu tragen. Zuzahlungen dienen neben Steuerungszwecken auch der Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der GKV. Als

Finanzierungsinstrument tragen sie dazu bei, einen umfassenden Leistungskatalog zu erhalten.

Gemäß der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) des G-BA müssen Krankenfahrten mit einem Taxi oder Mietwagen ärztlich verordnet werden. Dabei ist gemäß § 4 KT-RL für die Auswahl des Beförderungsmittels insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und die jeweilige Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Eine Wahlmöglichkeit für die Versicherten zwischen unterschiedlichen Beförderungsmöglichkeiten besteht insoweit nicht. Auch das angeführte Argument, dass den Versicherten Aufwendungen für Steuern, Versicherungen und Inspektionen entstehen und sie gleichzeitig durch ihren Eigenanteil Geld für die GKV erwirtschaften, führt zu keiner abweichenden Bewertung. Derartige Vorhaltekosten werden wegen der nur sehr gelegentlichen



Verwendung des privaten Kraftfahrzeuges für Krankenfahrten zum Arzt oder zur Heilbehandlung grundsätzlich nicht von der Versichertengemeinschaft der GKV getragen. Dies wurde bereits durch höchstrichterliche Rechtsprechung bestätigt. Gleichzeitig gibt es in der Bevölkerung einen hohen Grad an Motorisierung, welcher unabhängig ist von einem seltenen Gebrauch des Fahrzeugs für Fahrten zum Arzt oder zur Heilbehandlung.

Vor dem Hintergrund des Dargelegten vermag der Petitionsausschuss keinen parlamentarischen Handlungsbedarf im Sinne der Eingabe zu erkennen und empfiehlt, das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.