

Aufgrund der zum 1. Januar 2018 geänderten Krankentransport-Richtlinie können Krankenfahrten zu einer ambulanten Operation nur noch für Versicherte abgerechnet werden,

**1. die den Pflegegrad 3 und eine Mobilitätseinschränkung (z. B. ein Merkzeichen G im Schwerbehindertenausweis),**

**2. einen Pflegegrad 4 oder 5 oder das Merkzeichen aG, BI oder H im Schwerbehindertenausweis haben oder**

**3. eine Dauer-(Genehmigung) für die Krankenfahrt vorweisen können.**

Zur Erläuterung:

Durch die Änderung der Krankentransport-Richtlinie zum 1. Januar 2018 übernehmen Krankenkassen Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgter Vor- oder Nachbehandlung, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist.

**- Wenn eine ambulante Operation medizinisch ausreicht, dann kann Krankenhausbehandlung nicht vermieden werden, da sie nicht geboten ist.**

Auch ist eine Krankenhausbehandlung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht schon dann "an sich geboten", wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Behandlung unterbleibt.

Eine aus medizinischer Sicht eigentlich notwendige stationäre Behandlung müsste daher aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. wenn ein Anspruch auf stationäre Versorgung in einem Krankenhaus durch die Krankenkassen nicht erfüllt werden kann.

**Hier sind nur wenige Ausnahmefälle denkbar, so dass es im Regelfall bei einer ambulanten Operation, mit Ausnahme der oben genannten Fälle (1-3), zu keiner Übernahme von Fahrkosten mehr kommen kann.**

Die für die Verordnung von Krankenfahrten maßgebende Richtlinie (Krankentransport-Richtlinie) wurde hierzu angepasst. Diese ist auf der Homepage eingestellt!

**Die Abrechnung der Krankenfahrten zu ambulanten Operationen ist daher auf Versicherte zu beschränken, die diese Voraussetzungen erfüllen oder die Verordnung ist vorab zur Genehmigung bei den Geschäftsstellen einzureichen.**

Hat der Versicherte bereits eine Dauergenehmigung für alle Krankenfahrten in Form eines Ausweises, ist keine erneute Genehmigung erforderlich.