

Patientenfahrten integriert in ÖPNV-Bedarfsverkehre

Wie sich Patientenfahrten in das Mobilitätsprojekt „garantiert mobil!“ integrieren lassen – Zugleich Novellierungsvorschlag des SGB V

Peter Krämer, Michelstadt; Hubertus Baumeister, Bremen

Als ÖPNV-Aufgabenträgerorganisation nach § 6 Hess. ÖPNV-G plant, organisiert und finanziert die OREG für den Odenwaldkreis als Aufgabenträger im Rahmen einer Beileihung das Angebot für den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) im Kreisgebiet. Traditionsgemäß besteht das Bedienungsangebot nach dem Nahverkehrsplan des Odenwaldkreises in fahrplangebundenen Verkehrsleistungen des Linien- und Bedarfsverkehrs. Angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels sieht die OREG den traditionellen Linienverkehr allein nicht als zukunftsfähig an.

In dem bundesweit beachteten Modellprojekt „garantiert mobil!“ integriert die OREG mit Hilfe eines digitalen Informations- und Buchungssystems private und gewerbliche Mitnahmefahrten in den ÖPNV und stellt so genannte taxOMobil-Fahrten jederzeit nach dem Wunsch des Fahrgastes zur Verfügung. Im Rahmen einer Mobilitätsgarantie von den Odenwaldgemeinden in das nächste Zentrum ist der ÖPNV damit jederzeit (rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche und von Haustür zu Haustür) verfügbar (vgl. hierzu Peter Krämer, Alois Weiss, Horst Benz: Vernetzung aller Mobilitätsangebote, in DER NAHVERKEHR 1-2/19, S. 52–57). Dadurch ist ein grundsätzlich fahrplanloses ÖPNV-System entstanden, das dem Fahrgast „auf Abruf“ (on demand) mit Mobilitätsleistungen zur Verfügung steht. Es ist jetzt zusammen mit den Akteuren der Gesundheitsversorgung mit Unterstützung des Sozialministeriums und des Ministeriums für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Landesentwicklung des Landes Hessen geplant, ein Modellprojekt zur Integration der (einfachen) Krankenfahr-

ten im Odenwaldkreis auf der Grundlage des § 60 SGB V ins Werk zu setzen.

Ausgangslage der Patienten- und Krankenfahrten im Odenwaldkreis

Nach dem Raumentwicklungskonzept des Odenwaldkreises 2014–2021 [1] sind im Odenwaldkreis erhebliche Schwächen in der sozialen und medizinischen Versorgung und Betreuung zu erwarten, ebenso in der Aufrechterhaltung der Nahversorgung.

Wie in allen ländlichen Regionen sind auch im Odenwaldkreis in den letzten Jahren Hausarztpraxen in den kleineren Gemeinden aufgegeben worden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Hausärzte und Fachärzte sowie Apotheken und Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Rehabilitation finden sich im Odenwaldkreis fast ausschließlich noch in den Unterzentren Höchst, Bad König, Beerfelden und Reichelsheim sowie im Mittelzentrum Erbach/Michelstadt. Dominiert wird die Gesundheitsversorgung im Odenwaldkreis durch das Gesundheitszentrum in Erbach mit den Betriebsteilen Kreiskrankenhaus, Alten- und Pflegeheim sowie einer Kranken- und einer Altenpflegeschule. Eingegliedert ist ein medizinisches Versorgungszentrum mit zahlreichen fachärztlichen Disziplinen. In den Unterzentren Höchst und Bad König haben sich (mehr oder weniger ausgeprägt) Gesundheitsversorgungszentren gebildet, die eine integrierte wohnortnahe medizinische Versorgung, insbesondere mit Blick auf die älter werdende Bevölkerung, sicherstellen sollen. Für die neue Stadt Oberzent ist ein solches Gesundheitsversorgungszentrum mit Unterstützung der Landesregierung in Planung.

Die Zentralisierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens führt dazu, dass Patienten mobil sein müssen, soweit sie nicht unmittelbar am Ort der Einrichtung wohnen. Dieses Mobilitätsanfordernis umschreiben die Autoren mit dem Oberbegriff der Patientenmobilität sehr weitgehend; er umfasst die Fahrt zum Arzt zwecks Wahrnehmung eines Untersuchungstermins, zur ambulanten oder stationären Behandlung, zur ambulanten Nachsorge oder zur Rehabilitation. Diese Fahrten finden derzeit im Odenwaldkreis noch parallel zum ÖPNV statt. Eine ähnliche Entwicklung ist in allen ländlichen Landkreisen zu beobachten.

Besonders zum Problem wird das steigende Mobilitätsanfordernis für die älter werdende Bevölkerung bundesweit im ländlichen Raum. Der Anteil älterer Menschen (65+) und der Hochbetagten steigt mittlerweile in jeder demografischen Statistik der meisten Landkreise nicht nur in Hessen signifikant an. Viele ältere Menschen sind einkommensschwach und von daher im Grundsatz auf den ÖPNV angewiesen. Umfragen zeigen aber, dass von Senioren die Aussicht auf Nutzung des ÖPNV als sozialer Abstieg empfunden wird. Darüber hinaus hat man Angst vor der Nutzung von nicht altersgerechten Bussen, weil man beispielsweise Stürze befürchtet. Deshalb hält man an der Nutzung des Autos so lange wie möglich fest.

Studien haben gezeigt, dass ältere Menschen oftmals mangels Mobilitätsangeboten deutlich seltener einen Arzt aufsuchen, obwohl es notwendig wäre. Wird ein Arzt aufgesucht, werden dann oftmals wiederum mangels Fahrgelegenheiten die Rezepte in den Apotheken nicht eingelöst, was dort



Zum Autor

Peter Krämer (62) ist Leiter der ÖPNV-Aufgabenträgerorganisation im Odenwaldkreis, die für die Planung, Organisation und Finanzierung des lokalen öffentlichen Busverkehrs zuständig ist. Nach langjährigen Erfahrungen im Bereich des flächen- und liniengebundenen Bedarfsverkehrs sollen jetzt mit On-demand-Verkehren und der Integration von Mitnahmefahrten neue Akzente in der ÖPNV-Erschließung ländlicher Landkreise gesetzt werden.



Zum Autor

Dr. Hubertus Baumeister (60) ist Gründungspartner der BBG und Partner Rechtsanwalts-gesellschaft mbB in Bremen. Er berät seit 1996 im Schwerpunkt die Aufgabenträger im ÖPNV. Seine Expertise liegt in der strategischen Beratung der ÖPNV-Marktorganisation zusammen mit Planern und Ökonomen. Ein wichtiges Anliegen von ihm ist die Integration der Organisation und Finanzierung von parallelen Bedarfsverkehren im ländlichen Raum, die mit Hilfe von digitalen Dispositionszentralen gesteuert werden.

Einnahmeausfälle hervorruft. Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung [2] macht in diesem Zusammenhang wegweisend unter anderem die zentrale Rolle des ÖPNV für die älter werdende Bevölkerung deutlich.

Ziel: Integration der (einfachen) Krankenfahrten in den ÖPNV

Viele Patienten (auch im Odenwaldkreis) haben nach § 60 SGB V einen Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen (gesetzliche Krankenversicherung = GKV). Sie werden in der Regel im Rahmen der (einfachen) Krankenfahrten individuell mit Taxen und Mietwagen befördert, die ihre Fahrten parallel zum ÖPNV erbringen. Bundesweit werden etwa 1 Mrd Euro pro Jahr an Kos-

ten der GKV für (einfache) Krankenfahrten geschätzt. Die Erstattung von Fahrtkosten für Rettungsfahrten und betreute Krankentransporte sind hingegen nicht Gegenstand der Ausführungen.

Der Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen (ZVBN) hat zur Integration von einfachen Krankenfahrten in den ÖPNV eine Studie in 2012 veröffentlicht, die unter anderem die Rechtsgrundlagen für eine Budgetzusammenlegung der SGB-V-Mittel mit den ÖPNV-Mitteln untersucht hat [3].

Aufgrund von Informationen der AOK Niedersachsen in dem ZVBN-Projekt wendet allein diese gesetzliche Krankenkasse schon für kleinere Landkreise ein bis zwei Mio Euro jährlich für einfache Krankenfahr-

ten auf. Bundesweit gibt es für diese (Individual-)Fahrten einen rasanten Anstieg der Kosten, wie Abbildung 1 zeigt.

In diesen Zahlen sind noch nicht einmal die hohen Verwaltungskosten ganzer Abteilungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Organisation und Abrechnung dieser Fahrten enthalten. Dies verdeutlicht, dass eine Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den ÖPNV-Aufgabenträgern aufgrund der Bündelung von Fahrten ökonomisch sehr erfolversprechend sein dürfte.

Die wichtigsten Vorteile einer solchen verkehrlichen Integration für den ÖPNV können wie folgt zusammengefasst werden:

- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der ÖPNV-Grundversorgung im ländlichen Raum;
- finanzielle Synergien zugunsten bestehender ÖPNV-Angebote durch Integration medizinisch bedingter Fahrten;
- die Etablierung einer stabilen Gesamtfinanzierung des ÖPNV im ländlichen Raum durch die Kooperation mit den Akteuren im Gesundheitswesen.

Für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum ergeben sich durch die Integration folgende Vorteile:

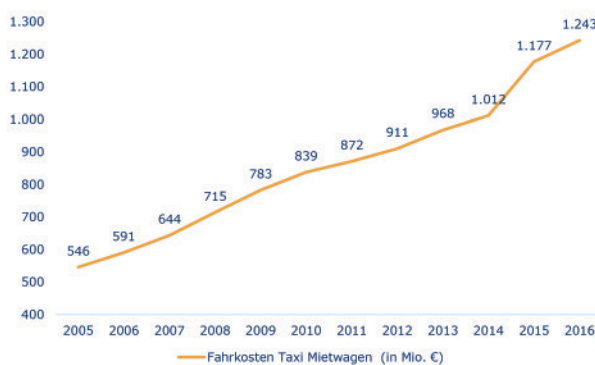
- Krankenhäuser: Bessere ÖPNV-Anbindung und damit mehr Patienten;
- Fahrgäste mit Ziel Krankenhaus (Patienten stationär/ambulant, Besucher, Mitarbeiter): Individuelle An-/Abfahrt nach Termin, Besuchszeit, Schichtdienst;
- Hausärzte/Fachärzte: Sicherstellung der ÖPNV-Anbindung, attraktive Infrastruktur für Praxisstandort; Patienten: individuelle An-/Abfahrt nach Termin;
- Gesetzliche Krankenkassen: Kostenbegrenzung, Reduzierung des administrativen Aufwandes bei der Erstattung, Sicherstellung der Beförderung für verordnete Krankenbeförderung;
- Patienten mit Verordnung zur Krankenbeförderung: Vertragsgemäße Inanspruchnahme der Beförderungsleistung.

Umsetzung einer Integration der (einfachen) Krankenfahrten ins System „garantiert mobil!“

Rechtliche Grundlagen der Fahrkostenerstattung nach § 60 SGB V

Die Rechtsgrundlage zur Übernahme von Fahrtkosten für (einfache) Krankenfahrten zur ambulanten Krankenbehandlung findet

Deutliche jährliche Steigerungsraten bei den Aufwendungen für Fahrtkosten nicht-qualifizierter Krankenfahrten mit Taxi und Mietwagen durch die gesetzlichen Krankenkassen



Quelle: IGES auf Basis KJ1-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit

Abb. 1: Rasanter Anstieg der Kosten für einfache (nicht-qualifizierte) Krankenfahrten.

sich in § 60 Absätze 1, 2 Nr. 2 und 3 SGB V. Die Vorschrift wird durch die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen (G-BA, vgl. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 GB V) ergänzt.

Die wichtigsten Regelungen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Fahrt eines Versicherten muss aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich sein.
- Eine (teil-)stationäre Krankenhausbehandlung muss vermieden oder zumindest verkürzt werden.
- Ausnahmefälle sind Fahrten für Schwerbehinderte und in Fällen der geriatrischen Ambulanz (und weitere vergleichbare Fälle).
- Der behandelnde Arzt muss vor der Beförderung eine Verordnung ausstellen. Diese ist bei Fahrten mit dem privaten KFZ oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht notwendig (gleichwohl müssen auch hier die materiellen Voraussetzungen einer Fahrkostenerstattung erfüllt sein).
- Es ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten („Leistungen, die unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen“).
- Der Versicherte muss gemäß § 61 SGB V grundsätzlich zehn Prozent der Fahrtkosten selber tragen (mindestens 5,00 und maximal 10,00 Euro). § 62 SGB V macht Ausnahmen bei Überschreitung von finanziellen Belastungsgrenzen der Versicherten [4].

In dem verbindlichen Musterformular für die Verordnung einer Krankbeförderung

durch den Arzt ist die Beförderung durch den ÖPNV nicht vorgesehen, sondern nur Taxi/Mietwagen. Dies ist aber im Regelfall wesentlich teurer als der ÖPNV. Der Arzt hat grundsätzlich keine Vorgaben, dass er das Wirtschaftlichkeitsgebot durch Verordnung einer ÖPNV-Fahrt erfüllen kann.

Dem Versicherten bleibt es überlassen, sich eine Verordnung für Taxi/Mietwagen geben zu lassen, da er ja auch für den ÖPNV einen Eigenanteil nach § 61 SGB V zahlen muss (so dass es in der Regel keine Erstattung gibt). Somit liegt es in seiner Hand, ob er eine individuelle Beförderung wählt oder den ÖPNV für eine Krankenfahrt nutzt (soweit es überhaupt ein Angebot gibt). Naturgemäß wird ein Versicherter die Beförderung mit Taxi/Mietwagen vorziehen, zumal er dadurch nicht dem Risiko ausgesetzt wird, im Nachhinein keine ÖPNV-Erstattung zu bekommen. Durch diese Systematik der Fahrkostenerstattung entstehen den gesetzlichen Krankenkassen in den Bundesländern Aufwendungen für Fahrt- und Verwaltungskosten in außerordentlicher Höhe (mit steigender Tendenz), was mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V nicht in Einklang zu bringen ist.

Diese Struktur kann historisch dadurch erklärt werden, dass der klassische ÖPNV als Massenverkehr mit starren Fahrplänen und festen (schwer zu erreichenden) Haltestellen etwa für Dauerranke (Diabetes, Dialyse et cetera) oder Schwerbehinderte mit entsprechendem Pflegegrad vielfach zu Recht als nicht zumutbar angesehen wurde. Deshalb entwickelte sich die Verordnung für den Ausnahmefall (individuelle Beförderung mit Taxen oder Mietwagen) zum Regelfall (statt ÖPNV). Der

ÖPNV-Bedarfsverkehr, wie im Odenwaldkreis, ist aber mittlerweile in der Lage, über ein intelligentes Pooling und Routing mit kleinen Fahrzeugen eine Haustür-Arzt/Krankenhaus-Bedienung (und zurück) zu gewährleisten.

Möglichkeiten der Integration der (einfachen) Krankenfahrten in das System „garantiert mobil!“ der OREG

Mit jederzeit buchbaren taxOMobil-Fahrten im Rahmen der Mobilitätsgarantie stellt die OREG ein für die (einfachen) Krankenfahrten im Odenwaldkreis verlässliches flächendeckendes ÖPNV-Angebot bereit. Hierzu sind die taxOMobil-Fahrzeuge hinsichtlich der Bedürfnisse der Patienten ausgestattet, und alle Fahrer erhalten eine Ersthelfer-Ausbildung sowie eine besondere Schulung für den Umgang mit älteren Mitbürgern. Weitere Qualitäten der Patientenmobilität können mit den Krankenkassen der GKV vereinbart werden.

Mit der kassenärztlichen Vereinigung und mit den Krankenkassen der GKV soll vereinbart werden, dass im Falle einer ärztlich verordneten „einfachen“ Krankenfahrt die Buchung einer taxOMobil-Fahrt erfolgt. Die Buchung der Fahrt kann unmittelbar für den im Buchungsportal registrierten Kunden durch die Arztpraxis und die care-manager der Gesundheitszentren erfolgen.

Bereits nach geltendem Recht könnte dann flankierend folgendes Finanzierungsmodell zwischen dem Odenwaldkreis (OREG) und den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart werden: Als Eigenanteil nach § 61 SGB V zahlt der Kunde für die Beförderungsleistung den RMV-Grundtarif (bis zu 10 Euro). Der entfernungsabhängige Zuschlagspreis

ANZEIGE



... lieber doch von Tür zu Tür?

Automatische Buchungs- und Dispositionssysteme für

- Anrufbus
- Anrufsammeltaxi
- Anruflinienfahrten (VDV452)
- Mitfahrzentralen

PPS/EDV
Planung
Programmierung
Schulung GmbH

9. ÖPNV Innovationskongress, Freiburg

www.pps-edv.de

wäre der Teil, der von der Krankenkasse nach § 60 SGB V im Rahmen eines Budgetvertrages nach § 197b SGB V zu übernehmen wäre. Dispositionsvorteile durch Zusammenlegen von Fahrten (Frühbucher- und Zubucherrabatte) gehen zugunsten der OREG. Denkbar ist auch ein Modell, bei dem die gesetzlichen Krankenkassen mit der OREG vertraglich die Übernahme eines Festanteils zur Finanzierung des ÖPNV-Systems im Odenwaldkreis übernehmen, wobei noch der Eigenanteil nach § 61 SGB V zu regeln wäre. Nach beiden Ansätzen würden die OREG und die gesetzlichen Krankenkassen in erheblicher Weise finanziell profitieren. Der Administrationsaufwand für die GKV wäre daneben deutlich geringer als heute, was weitere erhebliche Kosten einsparen würde.

Enge Kooperation mit dem Taxi- und Mietwagengewerbe

Durch die Integration von (einfachen) Krankenfahrten in den ÖPNV entstehen zunächst Nachteile für die Unternehmen des Taxi- und Mietwagengewerbes, weil diese ihre direkten Beförderungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verlieren (die oftmals nur mit geringen Vergütungssätzen ausgestattet sind). Stattdessen erhalten sie die Fahraufträge über das Buchungsportal der OREG und sind in den öffentlichen Dienstleistungsauftrag des ÖPNV-Betreibers bei leistungsgerechter Bezahlung eingebunden. Die Kooperation des ÖPNV-Betreibers mit den Unternehmen des Taxi- und Mietwagengewerbes im Rahmen des öffentlichen Dienstleistungsauftrages ist dazu (neben dem digitalen Buchungsportal) ein ganz entscheidender Baustein für ein effizientes ÖPNV-System.

Vorschlag zur Novellierung des SGB V

Unabhängig von Projekten in den Bundesländern wäre eine gesetzgeberische

Klarstellung im SGB V zum Verhältnis des ÖPNV zu den (einfachen) Krankenfahrten von hoher Bedeutung, um den Prozess der Integration dieser Bedarfsverkehre für Patienten in ein leistungsstarkes Mobilitätssystem im ländlichen Raum voranzubringen. Dabei kommt der digitalen Dispositionsplattform des ÖPNV-Aufgabenträgers künftig die Schlüsselrolle zu, um die bislang nebenher fahrenden Bedarfsverkehre organisatorisch und wirtschaftlich zum Wohle der Fahrgäste zu bündeln.

Durch die strukturelle Stärkung des Systems zur öffentlichen Personenbeförderung profitieren auch die Taxi- und Mietwagenunternehmer erheblich, die aktuell aufgrund niedriger Einnahmen zunehmend von der Fläche verschwinden, sodass die Bürger im ländlichen Raum nicht einmal mehr auf ein Taxi zurückgreifen können. Diesen zersetzenden Prozessen in den Kommunen kann durch eine solche Integration wirksam entgegengetreten werden.

Folgende erste gesetzgeberische Reformvorschläge seien an dieser Stelle vorgestellt:

- In § 133 Abs. 1 SGB V wäre klarzustellen, dass die Aufgabenträger des ÖPNV eine „geeignete Einrichtung“ sind, mit denen die GKV's Verträge zur Beförderung von Versicherten schließen können (für einfache Krankenfahrten).
- Der ÖPNV ist zur Beförderung der Versicherten (einfache Krankenfahrten) in der Regel wirtschaftlicher als die Individualbeförderung mit Taxen und Mietwagen und erfüllt damit die Vorgabe des § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot). Deshalb sollte dies bei der Verordnung durch den Arzt in der Krankentransport-Richtlinie mit Berücksichtigung finden. Hierbei sollte auch die ÖPNV-Fahrt verordnet werden. Voraussetzung dafür ist aber, dass der ÖPNV bedarfsgerecht und jederzeit zur Verfügung steht, um

aus Sicht der zu verordnenden Krankenfahrt auch leistungsfähig zu sein. Der Arzt sollte hierbei auch entscheiden können, dass aus medizinischen Gründen eine Beförderung mit dem ÖPNV bei bestimmten Fällen nicht geeignet ist. In diesem Fall kann dann die teure „Solo-Fahrt“ mit Taxi oder Mietwagen über die digitale ÖPNV-Dispositionsplattform des Aufgabenträgers trotzdem gebucht werden.

- Bei Nutzung des ÖPNV sollte eine Fahrtkostenbeteiligung des Versicherten gemäß § 61 SGB V entfallen, um generell einen Anreiz zur Nutzung des ÖPNV zu setzen und um eine Verwaltungsvereinfachung zu bewirken. Die GKV's würden hierdurch erhebliche Kosten für die Individualbeförderung mit Taxi/Mietwagen und Verwaltungskosten zur Abrechnung einsparen.

Diese Vorschläge müssen noch fachlich vertieft werden, drängen sich aber in der Sache schon jetzt auf. Eine Novellierung im SGB V würde daneben einen umfassenden integrierten ÖPNV auf der Grundlage einer digitalen Dispositionsplattform im ländlichen Raum ermöglichen, sodass mit diesem (Teil-)Baustein vor allem der Landflucht entgegengewirkt werden könnte. Außerdem würde die technologische Entwicklung in Deutschland bei den digitalen Mobilitätsdiensten deutlich gestärkt werden.

Literatur / Anmerkungen

- [1] Herausgeber: Interessengemeinschaft Odenwald e.V.
- [2] BT-Drucksache 18/10210 v. 02.11.2016.
- [3] Vgl. www.zvbn.de, unter Bibliothek: Grundlagenuntersuchung, Medizinische Versorgung und ÖPNV im ländlichen Raum“, S. 109 ff.
- [4] Fahrten mit Pflegegrad 4 oder 5 (sowie 3 bei eingeschränkter Mobilität) sollen nach dem neuen Pflegepersonalstärkungsgesetz seit dem 01.01.2019 keiner Verordnung durch den Arzt bedürfen, weil sie künftig gesetzlich als automatisch genehmigt gelten.

Zusammenfassung / Summary

Patientenfahrten integriert in ÖPNV-Bedarfsverkehre

Die gesetzlichen Krankenkassen wenden knapp 1,3 Mrd Euro p.a. mit deutlich steigender Tendenz für die Beförderung ihrer Versicherten im ländlichen Raum mit Taxen und Mietwagen auf. Diese Fahrten werden parallel zum ÖPNV der Aufgabenträger erbracht. Die Integration dieser Patientenfahrten in den ÖPNV würde zu einem wirtschaftlicheren Gesamtsystem öffentlicher Personenverkehrsdienste führen, zum anderen käme es auch über die Integration dieser bezuschussten Fahrten in den ÖPNV hinaus zu einer deutlichen Verbesserung der Mobilitätsversorgung von Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen und Patienten im ländlichen Raum. Der Odenwaldkreis als Aufgabenträger für den ÖPNV will mit diesem Ansatz die Versorgung seiner Bevölkerung mit On-Demand-Verkehren verbessern und daneben einen Impuls für andere Landkreise im ländlichen Raum setzen.

Integration of patient travel into public transport

Statutory health insurances spend just under € 1.3 billion per year with a clear upward trend for the transportation of insured persons in rural areas with taxis and rental cars. These trips take place in addition to the public transport provided by public authorities. The integration of transport for patients into public transport would lead to a more efficient system of public passenger transport services. Moreover, the integration of journeys paid for by health insurances into public transport would lead to a significant improvement in the mobility to, hospitals, doctors' practices, care facilities and, of patients in rural areas. The Odenwaldkreis, as a competent authority for public transport, wants to use this approach to improve the provision of on-demand transport for its population and, in addition, intends to set a stimulating example for other counties in rural areas.