



Patienten-Merkblatt für die Krankenfahrten mit Taxi und Mietwagen (2017)

I. Genehmigungsregelung

Grundsatz : vorherige Verordnung des Arztes + vorherige Genehmigung durch Krankenkasse

Verordnung: Beförderung muss im Zusammenhang mit einer Krankenkassenleistung **zwingend medizinisch notwendig** sein

- Angabe der zwingenden medizinischen Notwendigkeit auf der Verordnung
- Notwendigkeit der – auf dem direkten Weg zu erfolgenden – Beförderung ist gesondert für Hin- und Rückfahrt zu begründen
- Sofern keine medizinische Gründe entgegenstehen, ist eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, wenn mehrere Patienten zum gleichen Ziel zu fahren sind
- Ggf. muss auch die Wartezeit angekreuzt sein

Generelle Zulässigkeit für Krankenfahrten-Verordnung ohne Genehmigung durch Krankenkasse:

- a) Fahrten zu Krankenkassenleistungen, die stationär erbracht werden (Hin- und Rückfahrt)
- b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung (im Krankenhaus) gemäß § 115 a SGB V (muss unter Angabe der Behandlungsdaten **unbedingt** auf Muster 4 angekreuzt sein)
Allgemeine Voraussetzung: Verkürzung oder Vermeidung einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung, wobei eine vorstationäre Behandlung im Regelfall auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt ist und die nachstationäre Behandlung sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen (Ausnahme: drei Monate bei Organübertragungen) nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten darf.
- c) Fahrten zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in Vertragsarztpraxis gemäß § 115 b SGB V sowie zu Vor- und Nachbehandlung dieser OP (muss unter Angabe des OP-Datums **unbedingt** auf Muster 4 angekreuzt sein).

Bei den Fallgruppen b) und c) ist die Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt zu leisten (lt. Krankenkassen-Spitzenverbandsvereinbarung vom 26.11.2003).

Ausnahmsweise Zulässigkeit für Krankenfahrten-Verordnung bei folgenden **ambulanten Behandlungen**

1. Gruppe: Der Patient wird mit einem grunderkrankungsbedingten Therapieschema behandelt, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist
und
die Behandlung selbst oder der Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten so, dass eine Beförderung zur Verhinderung von Lebens- und Gesundheitsgefahren unerlässlich ist.

Diese beiden Voraussetzungen sind in der Regel erfüllt bei

- Fahrten zur Dialysebehandlung
- Fahrten zur Strahlentherapie
- Fahrten zur Chemotherapie.

Auch andere Grunderkrankungen können unter diese Regelung fallen (Bspe.: MS-Patienten, Schlaganfall, Parkinson, chronische Wirbelsäulenschäden usw.).

2. Gruppe: Der Patient ist mobilitätseingeschränkt und legt

- einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder
- einen Einstufungsbescheid der Pflegestufen 2 oder 3 vor.

3. Gruppe: Gleichgestellt der 2. Gruppe sind Patienten – **auch ohne Besitz eines entsprechenden Schwerbehindertenausweises oder Einstufungsbescheides** –, die vergleichbar mobilitätsbeeinträchtigt sind und einer längeren ambulanten Behandlung bedürfen.

So gut wie immer gilt hier: vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.

Ausnahme von der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse:

Hinsichtlich sog. nicht planbarer Patientenfahrten, also solcher, die wegen akuter Erkrankung notwendig werden, bei denen aber eine vorherige Genehmigung wegen nicht geöffneter Kassen-Geschäftsstellen (am Wochenende oder nachts!) gar nicht zu erhalten

ist, existiert ein Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen, dass die Genehmigung im Einzelfall auch nachträglich eingeholt werden kann. Berufen Sie sich - auch und gerade für die Vergangenheit – auf diesen Beschluss!

Ärztliche Verordnungen sind der Krankenkasse mit dem Genehmigungsantrag frühzeitig vorzulegen. Die Krankenkasse legt Dauer, Art des Beförderungsmittels, Geltung für Hin- und/oder Rückfahrt fest.

Versicherte mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder der Einstufung in die Pflegestufen 2 oder 3 müssen vor der ersten Fahrt eine Genehmigung beantragen. Diese wird in der Regel für die Dauer der Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises bzw. des Pflegestufenbescheides erteilt und gilt dann für alle vom Arzt als medizinisch notwendig verordneten Fahrten. Weisen Sie ggf. Ihre Patienten, deren Angehörige, Betreuer oder die Altersheime darauf hin.

II. Zuzahlungsregelung

Grundsätzliche Zuzahlungsregelung:

Der Patient hat **je Fahrt** 10% der Beförderungskosten einer verordneten (bei einer genehmigungspflichtigen **und** genehmigten) Beförderung – mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro – zu entrichten. Kostet die Fahrt weniger als 5 Euro, ist der Fahrpreis zu zahlen.

Die Zuzahlung ist je Fahrtstrecke zu zahlen, unabhängig ob der Unternehmer beide Fahrtstrecken oder nur eine mit Wartezeit vertraglich abrechnen kann! Die Wartezeit im letzteren Fall wird dabei der Rückfahrt zugerechnet.

Belastungsgrenze

Infos zur Belastungsgrenze:

Grundsatz: 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Ausnahme: 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bei chronisch Kranken, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind.

Überschreiten der Belastungsgrenze:

Patienten, die ihre persönliche Belastungsgrenze erreichen, werden auf Antrag für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen von der Krankenkasse freigestellt. Die Krankenkasse ist verpflichtet, dann eine entsprechende Bescheinigung über das Überschreiten der Belastungsgrenze zu erteilen. Für die Belastungsgrenze sind alle Zuzahlungen, also nicht mehr nur wie bisher die für Arznei- und Verbandsmittel, Fahrkosten und Heilmittel, sondern auch bspw. die Zuzahlungen im Krankenhaus, bei stationären Vorsorge- und Reha-Leistungen sowie weitere Hilfsmittel, die bisher unberücksichtigt blieben, einzubeziehen.

Viele Krankenkassen bieten die Möglichkeit, die Zuzahlungsbefreiung durch Vorabzahlung der 1%- oder 2%-Belastungsgrenze schon im Voraus zu erhalten.

Für die **Berechnung der Belastungsgrenze** ist zu beachten:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen/Lebenspartner vermindern sich die Bruttoeinnahmen in 2017 um 5.355 Euro, für jeden weiteren um 3.570 Euro.
- Davon existiert wiederum eine Ausnahme bei eigenen Kindern des Patienten oder Kindern des Lebenspartners. Die Konsequenzen daraus sollten aber wegen der Schwierigkeit der Berechnung direkt bei Ihrer Krankenkasse erfragt werden.
- Beschädigten-Grundrenten nach Bundesversorgungsgesetz u.Ä. werden nicht angerechnet.
- Für Patienten, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII oder im Rahmen der Kriegsopferversorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) oder Ausbildungsförderung erhalten oder wenn die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferversorge getragen werden, ist der sog. Regelsatz für Haushaltsvorstände für die Berechnung der Bruttoeinnahmen maßgeblich.

Wegen der Schwierigkeit der Berechnung ist zwingend die Beratung bei der Krankenkasse zu empfehlen, die eine theoretische Berechnung durchzuführen hat.

Die hier enthaltenen Informationen beruhen auf den aktuell vorliegenden Erkenntnissen, sie erheben allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Rechtssicherheit. Insbesondere bietet diese Information keine Rechtsgrundlage für Haftungsansprüche gegen den Herausgeber.

Eine Information
des



mit Stand: 07.12.16