

Patienten-Merkblatt für die Krankenfahrten mit Taxi und Mietwagen (2005)

I. Genehmigungsregelung

Grundsatz : vorherige Verordnung des Arztes + vorherige Genehmigung durch Krankenkasse

Verordnung: Arzt verordnet unter zwei Maßgaben

- Beförderung muss im Zusammenhang mit einer Krankenkassenleistung **zwingend medizinisch notwendig** sein
 - o Angabe der zwingenden medizinischen Notwendigkeit auf der Verordnung
 - o Notwendigkeit der – auf dem direkten Weg zu erfolgenden – Beförderung ist gesondert für Hin- und Rückfahrt zu begründen
 - o Sofern keine medizinische Gründe entgegenstehen, ist eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, wenn mehrere Patienten zum gleichen Ziel zu fahren sind

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
- 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.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass Versicherten mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder der Einstufung in die Pflegestufen 2 oder 3 auf Antrag ein genereller Genehmigungsbescheid erteilt wird. Damit gilt für diese Patienten bei jeder vom Arzt als medizinisch notwendig verordneten Fahrt die vorherige Krankenkassen-Genehmigung grundsätzlich als erteilt.

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.

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 2005 um 4347 Euro, für jeden weiteren um 2898 Euro.
- Davon wiederum eine Ausnahme: bei eigenen Kindern des Patienten oder Kindern des Lebenspartners sind 3648 Euro bzw. bei Alleinerziehenden 4347 Euro abzuziehen.
- Beschädigten-Grundrenten nach Bundesversorgungsgesetz u.Ä. werden nicht angerechnet.
- Für Patienten, die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten oder deren Heimunterbringungskosten von einem Sozialhilfeträger oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden bzw. für Sozialhilfeempfänger 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.