



Merkblatt Fahrkosten

Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

Medizinische Notwendigkeit und Verordnung einer Krankenförderung

Zwingende medizinische Gründe können sich grundsätzlich nur aus der Natur der Erkrankung ergeben. Der behandelnde Arzt hat daher vor der Verordnung einer Beförderung zu entscheiden, ob und inwieweit zwingende medizinische Gründe für die Notwendigkeit einer Fahrt vorliegen und mit welchem Verkehrsmittel diese durchgeführt werden soll. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gefährdung zu berücksichtigen. So ist z. B. die Fahrt mit einem Taxi zur vollstationären Behandlung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, wenn diese durch die Mitnahme von Gepäck bedingt ist.

Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

Nur in Ausnahmefällen, besonders in Notfällen, kann die ärztliche Verordnung nachträglich erfolgen. Die Krankenkasse kann dies unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes überprüfen. Ein Notfall liegt entsprechend der Krankentransport-Richtlinie vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Behandlung erhält.

Fahrkosten im Zusammenhang mit ambulant erbrachten Leistungen

Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung können nur nach vorheriger Genehmigung und in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden.

Als besondere Ausnahmefälle werden nach der Krankentransportrichtlinie Fälle definiert, in denen Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden. Voraussetzung ist ferner, dass eine hohe Behandlungsfrequenz vorliegt und die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Diese Voraussetzungen werden gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinie derzeit unterstellt bei Fahrten zur

- Dialysebehandlung,
- onkologischen Strahlentherapie,
- parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/parenteralen onkologischen Chemotherapie.

Fahrkosten bei ambulanten Behandlungen für Versicherte mit einem festgestellten Grad der Behinderung

Die Fahrt zur ambulanten Behandlung kann für Versicherte genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Die Voraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.

Gleichgestellt werden auch Versicherte, die einen entsprechenden Nachweis der Behinderung nicht besitzen, aber von einer den o. a. aufgeführten Merkzeichen vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Fahrkosten bei ambulanten Behandlungen in sonstigen Ausnahmefällen

Die Übernahme von Kosten für Fahrten zu ambulanten Behandlungen ist auch möglich bei

- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann
- oder es sich um Fahrten zu einer stationersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis und im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung handelt. Voraussetzung ist, dass eine vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V geboten ist und die notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant durchgeführt wird. Dies liegt insbesondere dann vor, wenn sich der Versicherte im Rahmen der Patientenautonomie bewusst entscheidet, nicht die eigentlich gebotene Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen, sondern stattdessen die ambulante Operation.

Fahrkosten bei stationären Leistungen

Die Krankenkasse übernimmt ferner die Fahrkosten nach Abzug der Zuzahlung

- bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospiz § 39a SGB V, Kurzzeitpflegeeinrichtung § 39c SGB V).

Verlegungsfahrten

Verlegungsfahrten zwischen den an der Erbringung stationärer Leistungen beteiligten Krankenhäusern können nur dann zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden, wenn die Verlegungsfahrt ausschließlich aus zwingenden medizinischen Gründen geboten ist. Bei Verlegungsfahrten in ein wohnortnahes Krankenhaus sind die Kosten wie bisher nur dann von der Krankenkasse zu übernehmen, wenn die Krankenkasse der Verlegungsfahrt ausdrücklich zugestimmt hat.

Genehmigung

Fahrten und Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Ausgenommen davon sind Krankentransporte mit einem Krankentransportwagen und Krankenfahrten mit Mietwagen oder Taxen zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V und zu einer stationersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder einer Vertragsarztpraxis.

Anerkennung von Fahrkosten

- bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen.
- Fahrten mit einem Taxi oder Mietwagen, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann. Eine Wartezeitvergütung erfolgt nur unter Vorlage einer Wartezeitbestätigung durch die jeweilige Behandlungsstätte.
- Die Kosten für eine Fahrt mit dem Krankentransportwagen oder Rettungswagen, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann.
- Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,20 € erstattet, wenn eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich ist.

Ausschluss der Fahrkostenerstattung

Fahrten wegen Abstimmung von Terminen, Befundmitteilungen, Abholen von Rezepten etc. sind keine Kassenleistung und damit nicht erstattungsfähig.

Zuzahlungen

Alle Versicherten haben altersunabhängig auch bei Fahrkosten je Fahrt eine Zuzahlung zu leisten. Die Höhe der Zuzahlung zu den Fahrkosten beträgt zehn Prozent der Kosten, mindestens jedoch 5,00 € und höchstens 10,00 €, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Zuzahlungen sind maximal bis zur sogenannten Belastungsgrenze zu leisten. Grundsätzlich beträgt die Belastungsgrenze zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei chronisch Kranken, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, verringert sich die Belastungsgrenze auf ein Prozent. Auf die Belastungsgrenze werden auch weitere gesetzliche Zuzahlungen, wie zum Beispiel zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Krankenhausbehandlung angerechnet. Über Einzelheiten informiert ein spezielles Merkblatt zur Belastungsgrenze und Befreiungsmöglichkeiten.

Fahrkosten bei der Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder vergleichbarer Gesetze

Medizinisch notwendige Fahrkosten im Zusammenhang mit der Heil- und Krankenbehandlung von nach dem BVG anerkannten Schädigungsfolgen werden ohne Eigenbeteiligung übernommen.

Fahr- und Transportkosten vom Ausland

Fahr- und Transportkosten vom Ausland zurück an den Wohnort können nicht übernommen werden, auch nicht ab der deutschen Grenze. Dies gilt selbst dann, wenn ein Rücktransport medizinisch notwendig bzw. ärztlich angeordnet ist. Es empfiehlt sich, eine private Auslandskrankenversicherung abzuschließen, die den medizinisch notwendigen Rücktransport einschließt.

Diese Informationen können nur einen Überblick zur Fahrkostenerstattung geben. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen gern behilflich.