

Thema des Monats Juli/August 2010

Fahrkostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, Juni 2010

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

I. Gesetzliche Regelung	4
II. Fahrten zu stationären Leistungen.....	4
1. Verlegungsfahrten.....	4
2. Rettungsfahrten	5
3. Krankentransporte	5
4. Fahrten im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation	5
III. Fahrten zu ambulanten Leistungen	6
IV. Allgemeine Voraussetzungen für eine Fahrkostenübernahme	7
V. Erstattungs- und Zuzahlungshöhe	7
VI. Kosten des Rücktransports bei Auslandserkrankungen.....	8

I. Gesetzliche Regelung

Die Fahrkostenübernahme ist gesetzlich in § 60 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen können die Fahrkosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Voraussetzung ist, dass die Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Die zwingenden medizinischen Gründe können sich grundsätzlich nur aus der Natur der Erkrankung ergeben. Durch das Modernisierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 wird die Bedingung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit bei den Fahrkosten noch stärker in den Vordergrund gerückt als bisher.

Sowohl die Kosten der Fahrt mit einem privaten Kraftfahrzeug als auch die Kosten bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Taxen, Mietwagen, Krankenwagen oder Rettungswagen fallen unter den Begriff „Fahrkosten“.

II. Fahrten zu stationären Leistungen

Fahrkosten im Zusammenhang mit voll- oder teilstationären Leistungen, wie beispielsweise medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Vorsorgekuren für Mütter und Väter sowie Krankenhausbehandlungen, werden in der Regel erstattet.

1. Verlegungsfahrten

Verlegungsfahrten zwischen Krankenhäusern werden bezahlt, sofern sie aus medizinischen Gründen erforderlich sind. Eine Gebotenheit liegt beispielsweise bei einer Verlegung nach einer Notfallaufnahme vor, weil das erstaufnehmende Krankenhaus aufgrund der apparativen oder fachlichen Ausstattung die medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung nicht sicherstellen kann. Als medizinisch notwendig in diesem Sinne gelten nur die Fahrten bis zu den nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsstätten. Für eine Kostenübernahme in ein wohnortnahes Krankenhaus ist die ausdrückliche Zustimmung der Krankenkasse erforderlich.

Durch die strengen Anforderungen bezüglich der medizinischen Notwendigkeit bei Verlegungsfahrten sollen die Fälle ausgeschlossen werden, in denen die beteiligten Krankenhäuser aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen der Zusammenarbeit eine Verlegung für erforderlich halten und veranlassen.

Eine notwendige Fahrt kann auch der Rücktransport zur Wohnung oder im Ausnahmefall an einen anderen Ort im Inland sein. Nimmt der Versicherte allerdings ohne zwingenden medizinischen Grund eine andere Behandlungsstätte in Anspruch, muss er unter Umständen die Mehrkosten ganz oder teilweise selbst tragen.

2. Rettungsfahrten

Kosten für Rettungsfahrten zum Krankenhaus werden selbst dann übernommen, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Eine Rettungsfahrt liegt in den Fällen vor, in denen der Transport mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Notarztwagen, Rettungswagen oder Rettungshubschrauber) erfolgt und der Transport deshalb erforderlich ist, weil sich der Versicherte verletzungs- oder krankheitsbedingt in Lebensgefahr befindet beziehungsweise diese zu erwarten ist.

Was als Notfalleinsatz bei der Notrufstelle angefordert oder registriert werden muss, ist auch versicherungsrechtlich als Rettungsfahrt einzuordnen. Voraussetzung ist nur, dass das Ziel der Fahrt ein Krankenhaus ist. Dabei muss es sich nicht um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handeln.

Auch wenn mehrere Rettungsfahrzeuge an dem Transport mitgewirkt haben, gilt der Weg zum Krankenhaus nur als eine Fahrt. Der Versicherte hat somit nur die Zuzahlung für eine Fahrt zu leisten.

3. Krankentransporte

Eine weitere Möglichkeit der Kostenübernahme besteht bei Krankentransporten. Hierbei handelt es sich um Fahrten, bei denen eine fachliche Betreuung oder der Einsatz der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens notwendig ist beziehungsweise als erforderlich vermutet wird. Krankenkraftwagen sind Fahrzeuge, die für den Krankentransport oder die Notfallrettung besonders eingerichtet sind, beispielsweise Krankentransportwagen, Rettungs- und Notarztwagen.

Im Gegensatz zu einer Rettungsfahrt muss das Ziel eines Krankentransports nicht ein Krankenhaus sein. Auch die Praxis eines Vertragsarztes entspricht den gesetzlichen Anforderungen. Das Merkmal „fachliche Betreuung“ bezieht sich auf die Anforderung, dass die Fahrt durch einen Arzt, einen Rettungsassistenten oder einen Rettungssanitäter begleitet wird. Sofern es keiner medizinisch fachlichen Betreuung beziehungsweise einer besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens bedarf, liegt kein Krankentransport vor. Auch die Benutzung von Sonderfahrzeugen des Behindertendienstes entspricht nicht den Voraussetzungen für einen Krankentransport.

4. Fahrten im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Fahrt- und Reisekosten von dem Rehabilitationsträger übernommen, der die Kosten der Hauptleistung trägt. Neben den Fahrkosten können als Reisekosten nach § 53 SGB IX die Transportkosten, Verpflegungs- und Übernachtungskosten, Gepäcktransportkosten, Entschädigungen für Wegstrecke und Mitnahme sowie Kosten für eine behinderungsbedingt notwendige Begleitperson - einschließlich deren Verdienstausschlag - in Betracht kommen. Es sind grundsätzlich nur die tatsächlich entstandenen Kosten zu erstatten.

Fahrkosten zum Rehabilitationssport sind keine medizinische Leistung zur Rehabilitation im Sinne des § 60 Absatz 5 SGB V, sodass ein finanzieller Ausgleich durch die Krankenkasse ausscheidet. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine ergänzende

Leistung, sodass beispielsweise im Falle einer Sozialhilfebedürftigkeit eine Leistungszuständigkeit und Leistungspflicht eines anderen Sozialleistungsträgers in Betracht kommt.

III. Fahrten zu ambulanten Leistungen

Mit der Möglichkeit, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch Fahrkosten für ambulante Krankenbehandlungen übernommen werden, wollte der Gesetzgeber Anreize schaffen, Krankenhausbehandlungen zu verkürzen oder zu vermeiden und sich stattdessen - auch im Krankenhaus - ambulant behandeln zu lassen.

Sowohl bei ambulanten Operationen (§ 115b SGB V) als auch bei vor- oder nachstationärer Diagnostik beziehungsweise Behandlung (§ 115a SGB V) kommt eine Kostenerstattung in Betracht.

Fahrten zu ambulanten Behandlungen werden seit 2004 infolge einer Änderung des Modernisierungsgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nur in Ausnahmefällen erstattet. Hierfür bedarf es der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Ein Genehmigungsantrag muss jedoch nicht vor jeder einzelnen Fahrt gestellt werden. Vielmehr genügt es, wenn eine Genehmigung für alle im Rahmen einer konkreten Behandlungsmaßnahme notwendigen Fahrten ersucht wird. Die Ausnahmemöglichkeiten wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in den Krankentransport-Richtlinien festgelegt. Zu diesen Ausnahmen zählen beispielsweise:

- die onkologische Chemo-/Strahlentherapie
- die Dialyse
- eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum (Häufigkeit und Gesamtdauer sind ins Verhältnis zu setzen)
- die Einstufung in Pflegestufe 2 oder 3
- der Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilfslose Person) oder BI (Blindheit)
- Fahrten zu ambulanten Operationen
- vor- und nachstationäre Behandlungen zur Vermeidung oder Verkürzung eines stationären Aufenthaltes.

Eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum liegt dann vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- 1) dass der Patient an einer Grunderkrankung leidet, die eine bestimmte Therapie erfordert
- 2) dass die Therapie häufig oder über einen längeren Zeitraum erfolgt (beispielsweise wenn die Behandlungen mindestens einmal pro Woche dauerhaft notwendig sind)
- 3) dass der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, sodass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben laut ärztlicher Entscheidung unerlässlich ist.

Die Liste der angeführten Ausnahmen ist nicht abschließend. In vergleichbaren Fällen genehmigen die Krankenkassen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten auch ohne amtlichen Nachweis wie die Einstufung in Pflegestufe 2 oder 3 oder der Besitz eines Schwerbehindertenausweises.

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass kostenaufwändigere Fahrten vom behandelnden Arzt verordnet werden. Dieser hat demnach eine Schlüsselrolle inne und muss entscheiden, ob und inwieweit zwingende medizinische Gründe für eine Fahrt vorliegen und welches Verkehrsmittel aus medizinischer Sicht geeignet ist. Die ärztliche Entscheidung kann allerdings von der Krankenkasse - unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung - überprüft werden.

IV. Allgemeine Voraussetzungen für eine Fahrkostenübernahme

Für die Leistungserbringung ist die Krankenkasse zuständig, bei der am Tag der Fahrt die Versicherung besteht. Die Kostenübernahme beschränkt sich auf die reinen im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig werdenden Fahrkosten. Nicht erstattungsfähig sind daher in aller Regel Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie Kosten eines Gepäcktransports.

Medizinisch notwendige Familienheimfahrten oder Besuchsfahrten von Familienangehörigen des Versicherten bei lange dauernden Behandlungen können einen Erstattungsanspruch begründen. Dieser Anspruch kommt zum Beispiel bei längeren stationären Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht. Entscheidend ist auch hier das Kriterium der medizinischen Notwendigkeit. Allgemeine Besuchsfahrten von Angehörigen sind Privatvergnügen und daher nicht zu finanzieren. Aus der Begründung des zuständigen Arztes muss somit hervorgehen, dass die Anwesenheit des Angehörigen in medizinischer Hinsicht erforderlich ist, weil er beispielsweise in die medizinische Behandlung mit eingebunden ist. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass diese Fahrkosten nur im seltenen Ausnahmefall erstattet werden.

Ist für den Versicherten aus medizinischen, alters- oder behinderungsbedingten Gründen eine Begleitperson erforderlich, sind die Fahrkosten auch für diese zu übernehmen.

Nicht erstattungsfähig sind schließlich Fahrten zur Abstimmung von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Rezepten, da es sich hierbei nicht um Krankenkassenleistungen handelt.

V. Erstattungs- und Zuzahlungshöhe

Die Rangfolge der in Anspruch zu nehmenden Transportmittel richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und wird vom behandelnden Arzt verordnet. Entsprechend ist auch die Höhe der jeweils anzuerkennenden Aufwendungen gesetzlich festgelegt. Als Fahrkosten werden die jeweils günstigsten Fahrpreise aller Verkehrsmittel anerkannt.

Versicherte, die ein privates Kraftfahrzeug benutzen, können für jeden gefahrenen Kilometer den aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung von 0,20 Euro geltend machen, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme eines ansonsten notwendigen öffentlichen Verkehrsmittels, Taxis, Mietwagens, Krankenwagens oder Rettungsfahrzeuges entstanden wären. Die Erstattung in Höhe von 0,20 Euro je Kilometer gilt auch für Fahrten,

die der Versicherte und die Begleitperson zusammen durchführen. Der ursprünglich vorgesehene Höchstbetrag von 130,00 Euro beziehungsweise 150,00 Euro für die Wegstreckenentschädigung bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in einer Besprechung zum Leistungsrecht im September 2005 abgelehnt. Sie waren der Ansicht, dass die im Bundesreisekostengesetz verankerte Regelung zum Höchstbetrag nicht auf die Fahrkostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen nach § 60 SGB V zu übertragen ist.

Bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels ist zu beachten, dass nur die günstigste Verkehrsverbindung erstattet wird und mögliche Fahrpreisvergünstigungen wie Seniorenpässe oder Bahn-Card zu berücksichtigen sind. Die Kostenübernahme für ein Taxi oder einen Mietwagen kommt in Betracht, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel aus medizinischen Gründen oder wegen fehlender Verkehrsanbindungen nicht benutzt werden kann. Die Krankenkasse ist hierbei berechtigt, zur Kosteneinsparung gemeinsame Fahrten mehrerer Versicherter mit einem bestimmten Unternehmen – so genannte Sammelfahrten – anzuordnen.

Auch die Fahrkosten einer Begleitperson des Versicherten sind zu erstatten, wenn diese bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen mit aufgenommen wird.

Je Fahrt ist eine Zuzahlung zu entrichten. Hin- und Rückfahrten sind dabei als getrennte Fahrten abzurechnen. Bei mehrmals erforderlichen Behandlungsterminen innerhalb eines Leistungsfalls (beispielsweise Serienbehandlungen) ist die Eigenbeteiligung des Versicherten allerdings auf die erste und letzte Fahrt beschränkt. Auch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zur Zuzahlung verpflichtet. Die Höhe der Zuzahlung zu Fahrkosten beträgt 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Versicherte haben aber während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Sie beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für chronisch Kranke 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen. Ist demnach die jeweilige Belastungsgrenze im Sinne des § 62 SGB V überschritten, kann eine Freistellung des Versicherten von den Fahrkosten erfolgen.

In jedem Fall ist es ratsam, Fahrscheine, Fahrausweise, Quittungen und Bescheinigungen des Arztes, des Therapeuten oder des Krankenhauses aufzubewahren.

VI. Kosten des Rücktransports bei Auslandserkrankungen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht verpflichtet, die Kosten eines Rücktransports aus dem Ausland zu übernehmen. Dies gilt auch für die zurückgelegte Strecke von der Grenze der Bundesrepublik bis zum Wohn- oder Aufenthaltsort des Versicherten sowie für Verlegungen des Versicherten aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union zur stationären Weiterbehandlung ins Inland.

Ausgenommen bleiben Fälle des § 18 SGB V, in denen eine Behandlung im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und zum Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich ist, wenn die Krankenkasse die Kosten ganz oder teilweise übernommen hat.