

Fahrt zum Arzt: Was die Kasse zahlen muss!

Häufig können Pflegebedürftige aus körperlichen Gründen nicht mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arzt fahren. Wenn dann kein Helfer mit einem Auto bereitsteht, müssen sie meist ein Taxi nutzen. Das kann aber ganz schön ins Geld gehen! Da liegt der Gedanke nahe, sich von der Krankenkasse die Fahrkosten wieder zu holen. Der Haken: Bei einem normalen Arztbesuch geht das nicht. Aber in einigen anderen Fällen sehr wohl!

Das sind die Voraussetzungen

Geregelt ist die Erstattung der Fahrkosten in § 60 SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung). Detailregelungen finden Sie in der Krankentransport-Richtlinie.

Voraussetzung für eine Fahrkostenerstattung ist zunächst, dass die Fahrt aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist. Das mag man häufig noch gut begründen können. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen zählen allerdings nicht dazu.

Außerdem schränkt § 60 Abs. 2 SGB V die Übernahme der Fahrkosten deutlich ein. Aus der tabellarischen Übersicht wird deutlich: Bei Krankenfahrten (also Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Fahrzeugen, Mietwagen oder Taxen) werden Fahrkosten nur in besonderen Fällen übernommen. Das wird gleich noch näher erläutert. Nur jetzt schon so viel: Die normale Fahrt zum Haus-, Fach- oder Zahnarzt fällt nicht darunter.

Kosten für den Rücktransport in das Inland werden in keinem Fall erstattet (§ 60 Abs. 4 SGB V).

- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann
- Fahrten zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in einer Vertragsarztpraxis; allerdings nur dann, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann oder diese nicht ausführbar ist; Fahrten zu Vor- und Nachbehandlungen sind ebenfalls erfasst

Ausnahme: Fahrkostenerstattung bei ambulanten Behandlungen



EXPERTENTIPP

In den sogleich dargestellten Sonderfällen bedürfen die Fahrten einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Selbst wenn die Genehmigung als solche erteilt werden muss, so hat die Kasse hinsichtlich Dauer und Umfang (also welches Transportmittel, ob Hin- und Rückfahrt) durchaus einen Ermessensspielraum. Um bei der Kostenerstattung also sicher zu gehen, sollte der Patient auf jeden Fall mit seiner Kasse Kontakt aufnehmen – und zwar vor der Fahrt!

Aus den soeben geschilderten drei Konstellationen für eine Kostenerstattung wird ersichtlich: Ganz normale Fahrten zu Ärzten werden von den Kassen nicht übernommen. Eine Kostenerstattung scheidet in aller Regel also aus. Allerdings gibt es Ausnahmen – und zwar in folgenden vier Fällen:

- Der Versicherte wird nach einem vorgegebenen Therapieschema über einen längeren Zeitraum mit hoher Behandlungsfrequenz behandelt. Außerdem muss die Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerlässlich sein. Anerkannt ist dies bspw. für die Dialysebehandlung, die onkologische Strahlentherapie sowie die parenterale antineoplastische

INTERNET-TIPP

Sie können die Krankentransport-Richtlinie auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses herunterladen: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/

In diesen Fällen kommt eine Fahrkostenerstattung in Frage:

bei Leistungen, die stationär erbracht werden

bei Rettungsfahrten in ein Krankenhaus (auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist)

bei Krankentransporten (Fahrten, bei denen während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Einrichtung eines Krankenfahrzeugs notwendig ist)

bei Krankenfahrten (Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden) – aber nur in bestimmten Fällen!

Kostenerstattung bei Krankenfahrten

Was sind nun die Fälle, in denen die Kosten für Krankenfahrten erstattet werden? Drei Konstellationen sehen Gesetz und Krankentransport-Richtlinie vor:

- Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden

Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie. Diese Behandlungen ergeben sich aus der Anlage 2 zur Krankentransport-Richtlinie (die Anlage ist jedoch nicht abschließend, weitere Fälle sind möglich).

- bei Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“
- wenn Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt (wobei beim Pflegegrad 3 hinzukommen muss, dass der Pflegebedürftige wegen dauerhafter Beeinträchtigung seiner Mobilität einer Beförderung bedarf)
- wenn zwar weder die zuvor genannten Merkzeichen noch einer der Pflegegrade vorliegt, der Versicherte aber von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf

Gut zu wissen: Einer ambulanten Behandlung gleichgestellt ist die Versorgung einschließlich der Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz (nach § 118a SGB V). Auch die Fahrten dorthin müssen unter den zuvor genannten Voraussetzungen erstattet werden.

Sonderregelung bei medizinischer Rehabilitation

Hinzu kommt noch eine Sonderregelung für solche Personen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen. In diesen Fällen gilt nach § 60 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 73 Abs. 1 bis 3 SGB IX: Es werden alle Reisekosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Reha stehen. Eingeschlossen sind Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten. Außerdem Kosten

- für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist,
- für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstausfalls,
- für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist sowie
- für den erforderlichen Gepäcktransport.

Darüber hinaus gibt es weitere Erstattungsmöglichkeiten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (was für Pflegebedürftige kaum relevant ist).

Ärztliche Verordnung: Nicht immer notwendig

Nun zu den formalen Anforderungen der Fahrkostenerstattung. Zunächst wird für eine Krankenfahrt eine Verordnung benötigt. Diese kann von Ärzten oder Zahnärzten, seit

2017 aber auch von psychologischen Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ausgestellt werden. Für die Verordnung gibt es einen besonderen Vordruck. Dieser soll vor der Beförderung ausgestellt werden. In Notfällen geht es auch nachträglich.

Der Verordnende muss zunächst die zuvor dargestellten Voraussetzungen prüfen und dann das erforderliche Transportmittel auswählen. Bei Letzterem dürfen wirtschaftliche Aspekte durchaus eine Rolle spielen (hierauf legen die Kassen besonderen Wert). Wenn es also möglich ist, dann sind beispielsweise öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Fahrzeug einem Taxi vorzuziehen.

Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich. Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern der Patient zur Klärung der An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse zu verweisen.



EXPERTENTIPP

Muss keine Verordnung ausgestellt werden, dann steht der Patient erst mal „ohne etwas in der Hand“ da. Er hat allerdings einen Anspruch, dass er vom behandelnden Arzt eine Anwesenheitsbescheinigung erhält. Diese kann er dann bei seiner Kasse mit dem Antrag auf Kostenerstattung vorlegen.

Diese Kosten werden anerkannt

Bleibt noch die Frage: Wenn eine Fahrkostenerstattung möglich ist, welche Fahrkosten werden dann konkret anerkannt? Die Tabelle gibt Auskunft.

Diese Fahrkosten werden anerkannt:

- Fahrpreis von öffentlichen Verkehrsmitteln (Ermäßigungen müssen ausgeschöpft werden)
- Taxi- oder Mietwagenkosten (wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann)
- Kosten für einen Krankenkraftwagen oder ein Rettungsfahrzeug (wenn öffentliches Verkehrsmittel, Taxi oder Mietwagen nicht genutzt werden können)
- Kosten eines privaten Kfz

Zuzahlungen

Schließlich sind die Zuzahlungen wichtig: Erfolgt eine Kostenerstattung, so muss der Patient grds. 10 Prozent der Kosten je Fahrt, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro selbst tragen; allerdings niemals mehr als die Kosten der Fahrt. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit. ■