



Unternehmer-Merkblatt für die Taxi- und Mietwagen-Krankenfahrten im Jahr 2014

I.

Grundsatz : vorherige Verordnung ± vorherige Genehmigung durch Krankenkasse

Verordnung: Der 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 (Muster 4)
 - o Notwendigkeit der – auf dem direkten Weg zu erfolgenden - Beförderung ist gesondert für Hin- und Rückfahrt zu begründen
 - o Sofern der Rahmenvertrag dies vorsieht, ist darauf zu achten, dass auch die Wartezeit angekreuzt ist

Im Notfall (bei Lebensgefahr) oder im Eilfall (Befürchtung schwerer gesundheitlicher Schäden) kann der Arzt auch nachträglich verordnen!

- Das Transportmittel ist nach dem Prinzip der Erforderlichkeit auszuwählen
Erforderlichkeit richtet sich nach der zwingenden medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (aktueller Gesundheitszustand + Gehfähigkeit)

Bei Krankenfahrten, also Beförderungen von Patienten ohne medizinisch-fachliche Betreuung (Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kfz, Mietwagen oder Taxen), ist zunächst zu differenzieren:

- o Krankenfahrt mit Taxi oder Mietwagen ist nur dann zu verordnen, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder private Kfz nicht benutzen kann
- o Sofern keine medizinische Gründe entgegenstehen ist je Patient 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 z.B. solchen, 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. Informieren Sie Ihre Fahrgäste, dass diese sich – auch und gerade für die Vergangenheit – darauf berufen sollten!

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

Wichtig: Die Sicherheit für die Fahrkostenübernahme besteht nur für die in der Genehmigung genannte Anzahl der Fahrten und auch nur für die dort angegebenen Therapien und Fahrtziele!

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 einmalig eine Genehmigung beantragen.

Diese wird in der Regel für die Dauer der Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises bzw. des Pflegestättenbescheides 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

Die Krankenkasse soll Patienten über die Zuzahlungsregelung unterrichten. Es wird dringend empfohlen, dass der Unternehmer selbst vor Antragstellung seine Patienten informiert.

Grundsatz:

Je Fahrt sind vom Patienten 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 kassieren.

(Bei Geltung von Krankenkassenverträgen ist der vertragliche Fahrpreis zu Grunde zu legen).

Die Zuzahlung ist je Fahrtstrecke zu zahlen, unabhängig ob der Unternehmer beide Fahrtstrecken oder nur eine mit Wartezeit vertraglich abrechnen kann!

Zu beachten: Die Krankenkassen gehen bei letzterem Fall davon aus, dass für die Zuzahlungsberechnung die Wartezeit der Rückfahrt zuzurechnen ist.

Ausnahmen:

- Patienten, die ihre Belastungsgrenze überschritten haben, sind für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit, sofern sie eine Krankenkassenbescheinigung über das Überschreiten der Belastungsgrenze vorlegen.
- Zuzahlungen entfallen bei Verlegungsfahrten innerhalb der stationären Behandlung.
- Bei Bestrahlungsfahrten ist keine generelle Aussage über die Zuzahlung möglich, da einige Krankenkassen die Zuzahlung bei jeder Fahrt verlangen, andere nur bei der ersten Hin- und der letzten Rückfahrt.

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. Als schwerwiegend chronisch wird eine Erkrankung durch die Krankenkasse festgestellt, wenn sie länger als ein Jahr und mindestens einmal pro Quartal behandelt wurde sowie entweder

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt oder
- ein Behinderungsgrad bzw. eine Erwerbsminderung von 60 % vorliegt oder
- eine kontinuierliche ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung erforderlich ist, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine verminderte Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Für die Belastungsgrenze sind alle Zuzahlungen, also nicht nur 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.

Bei Berechnung der Belastungsgrenze ist zu beachten:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen/Lebenspartner vermindern sich die Bruttoeinnahmen in 2014 um 4.977 Euro, für jeden weiteren um 3.318 Euro.
- Davon existiert wiederum eine Ausnahme bei eigenen Kindern des Patienten oder Kindern des Lebenspartners. Die hier anzuwendenden Abzugsbeträge sollten von der Kasse 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 Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder Ausbildungsförderung erhalten oder wenn die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge getragen werden, ist der sog. Regelsatz für Haushaltsvorstände für die Berechnung der Bruttoeinnahmen maßgeblich.

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

Viele Krankenkassen bieten die Möglichkeit, die Zuzahlungsbefreiung durch Vorabzahlung der 1%- oder 2%-Belastungsgrenze im Voraus, also auch ab dem 1. Januar eines Jahres, zu erhalten.

Zur Sicherung und Mehrung Ihres Fahrtenaufkommens empfehlen wir Ihnen dringend, Ihre Patienten intensiv zu informieren und bei dem erforderlichen Genehmigungsverfahren aktiv zu unterstützen!

Die hier enthaltenen Informationen beruhen auf den aktuell vorliegenden Erkenntnissen, erheben aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Rechtssicherheit. Insbesondere bietet diese Information keine Rechtsgrundlage für Haftungsansprüche gegen den Herausgeber (Stand: 17.12.2013).

Dies ist eine Information des





Patienten-Merkblatt für die Krankenfahrten mit Taxi und Mietwagen (2014)

I. Genehmigungsregelung

Grundsatz : vorherige Verordnung des Arztes \pm 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
- 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 einmalig 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 2014 um 4.977 Euro, für jeden weiteren um 3.318 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 Kriegsofopferfürsorge 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 Kriegsofopferfürsorge 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: 17.12.13