

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

unter bestimmten Umständen ist es medizinisch notwendig, dass Sie den Weg zum Arzt oder Krankenhaus in einem Taxi oder Mietwagen zurückzulegen. In diesen Fällen kommt eine (teilweise) Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung in Betracht. Dieses Merkblatt erläutert, wann die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind und wie Sie vorgehen müssen.

**Voraussetzung für die Kostenübernahme einer Krankenfahrt ist immer eine vorherige Verordnung des Arztes.**

Ihr Arzt (auch Kassenzahnarzt oder u.U. psychologischer Psychotherapeut) hat für eine solche Verordnung einen Vordruck „Verordnung einer Krankbeförderung“, auf dem er bescheinigt, dass die Beförderung zu einer kassenärztlichen Leistung **zwingend medizinisch notwendig** ist, sowie nähere Angaben dazu macht, wie die Beförderung zu erfolgen hat. Dies beinhaltet:

- zwingende medizinische Notwendigkeit
- Notwendigkeit der Beförderung auf direktem Weg (für Hin- und Rückfahrt gesondert zu begründen)
- sofern keine medizinischen 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.

**Voraussetzung für die Kostenübernahme einer Krankenfahrt ist in vielen Fällen die vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse (zusätzlich zur Verordnung des Arztes).**

Die nachfolgende Tabelle gibt Ihnen einen Überblick, welche Gründe zur Verordnung einer Krankbeförderung durch Ihren Arzt führen können und in welchen Fällen Sie darüber hinaus vorab die Genehmigung Ihrer Krankenkasse einholen müssen. Legen Sie die ärztliche Verordnung **möglichst frühzeitig** der Krankenkasse vor. Die Krankenkasse legt Dauer, Beförderungsmittel sowie die Geltung für Hin- und/oder Rückfahrt fest.

Nr.	Grund der Beförderung	Genehmigung der Krankenkasse erforderlich?
<b>Achtung: Voraussetzung ist immer eine Verordnung des Arztes</b>		
1	Fahrten zu einer stationären Behandlung	nein
2	Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung (unter bestimmten Bedingungen <sup>1</sup> )	nein
3	Fahrten zu einer ambulanten Operation <sup>2</sup> (Datum ist anzugeben)	nein <sup>2</sup>
4	Fahrten zur Vor- und Nachbehandlung einer ambulanten OP <sup>2</sup> (Datum ist anzugeben)	nein <sup>2</sup>
5	Ambulante Behandlung mit Schwerbehindertenausweis Merkzeichen aG, BI oder H	nein
6	Ambulante Behandlung mit Pflegegrad 4 oder 5	nein
7	Ambulante Behandlung mit Pflegegrad 3, sofern dauerhafte Mobilitätseinschränkung	nein
8	Ambulante Behandlung mit vergleichbarer Mobilitätseinschränkung zu Nr. 5 bis 7	ja
9	Ambulante Behandlung: Patienten, die in hoher Frequenz aufgrund einer Grunderkrankung therapiert werden und für die diese Form der Beförderung zur Abwendung von Lebens- und Gesundheitsgefahren unerlässlich ist	ja
10	Ambulante Behandlung: Dialysebehandlung <sup>3</sup>	ja
11	Ambulante Behandlung: Onkologische Strahlentherapie <sup>3</sup>	ja
12	Ambulante Behandlung: Parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie <sup>3</sup> / parenterale onkologische Chemotherapie <sup>3</sup>	ja

<sup>1</sup> muss unter Angabe der Behandlungsdaten im Vordruck angekreuzt sein. Allgemeine Voraussetzung: Verkürzung oder Vermeidung einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung, im Regelfall begrenzt auf bis zu drei Behandlungstage in den fünf Tagen vor der stationären Behandlung sowie bis zu sieben Behandlungstage in den 14 Tagen danach. Ausnahme: drei Monate bei Organübertragungen.

<sup>2</sup> Achtung: Diese Fahrten werden nur noch eingeschränkt von den Krankenkassen übernommen, sofern tatsächlich ein stationärer Aufenthalt vermieden wird. Bitte versichern Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob eine Kostenübernahme erfolgt.

<sup>3</sup> sofern die Voraussetzungen von Nummer 9 der Tabelle erfüllt sind (dies ist typischerweise der Fall).

Die Versorgung und/oder Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz gilt als ambulante Behandlung. Die Voraussetzungen für eine Fahrkostenübernahme bei vor- und nachstationären Behandlungen sowie zu ambulanten Operationen (Nummern 2 bis 4 der Tabelle) liegen insbesondere dann vor, wenn die aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen, Gründen als ambulante Behandlung vorgenommen wird.

Bitte beachten Sie: Nicht immer sind Krankenfahrten planbar. Wird eine Krankenfahrt aufgrund einer akuten Erkrankung notwendig und Sie können keine vorherige Genehmigung einholen (Nacht, Wochenende, Feiertage), kann die Genehmigung im Einzelfall auch nachträglich eingeholt werden. So sieht es ein Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen vor, auf den Sie sich ggf. beziehen können.

### **Krankenfahrten sind grundsätzlich zuzahlungspflichtig.**

Wie zahlreiche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch Krankenfahrten zuzahlungspflichtig. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem jeweiligen Fahrpreis einer Fahrt (Hin- und Rückfahrt werden als zwei Fahrten betrachtet, wobei ggf. Wartezeit der Rückfahrt zugerechnet wird).

Fahrpreis	Ihre Zuzahlung
bis 5 EUR	Sie zahlen den vollen Fahrpreis (bis zu 5 EUR)
5 EUR bis 50 EUR	5 EUR
50 EUR bis 100 EUR	10 Prozent des Fahrpreises (5-10 EUR)
über 100 EUR	10 EUR

Bei Fahrten zu einer ambulanten Operation sowie zur Vor- und Nachbehandlung (Nummern 2 bis 4 der Tabelle) ist die Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt zu leisten (Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen).

### **Krankenfahrten sind ab dem Erreichen der Belastungsgrenze zuzahlungsfrei.**

Für Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber eine Belastungsgrenze vorgesehen. Erreicht die Summe Ihrer Zuzahlungen (alle Zuzahlungen, also neben Krankenfahrten auch Zuzahlungen im Krankenhaus, Arzneimittel etc.) in einem Kalenderjahr diese Belastungsgrenze, so werden Sie auf Ihren Antrag hin für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen freigestellt. Ihre Krankenkasse ist in diesem Fall dazu verpflichtet, eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

Die Berechnung der Belastungsgrenze ist häufig kompliziert. Ihre Krankenkasse führt auf Ihren Wunsch hin eine theoretische Berechnung durch. Viele Krankenkassen bieten die Möglichkeit, die Zuzahlungsbefreiung im Voraus zu erhalten, wenn eine Vorabzahlung des Betrags der Belastungsgrenze geleistet wird.

Personengruppe	Belastungsgrenze
chronisch Kranke in Dauerbehandlung wegen derselben Krankheit	1 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt
sonstige Patienten	2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sind grundsätzlich alle Einkünfte mit Ausnahme von Beschädigten-Grundrenten. Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen vermindern sich die Bruttoeinnahmen im Jahr 2020 um 5.773 EUR, für jeden weiteren um 3.822 EUR. Diese Werte werden jährlich neu bestimmt. Ausnahmen gelten für Kinder des Patienten oder des Lebenspartners. Bitte sprechen Sie Ihre Krankenkasse an, was dies im Einzelfall für Sie bedeutet.

Bei Beziehern von Ausbildungsförderung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Heimbewohnern, für die Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferversorge aufkommen, gilt der Regelsatz für Haushaltsvorstände als Grundlage der Berechnung. Im Zweifel sprechen Sie immer mit Ihrer Krankenkasse.