

Krankentransport auf Rezept: Wann gesetzliche Krankenkassen zahlen

15.12.2020

Für die Patientenbeförderung gelten seit Januar 2019 zum Teil neue Regeln. Hier sind sie im Überblick.

Das Wichtigste in Kürze:

- **Fahrten zu Arztpraxen oder Krankenhäusern können Kassenpatienten von der Kasse bezahlt bekommen.**
- **Dafür brauchen Sie ein Rezept, das Ärzte nur verordnen dürfen, wenn die Fahrt medizinisch notwendig ist.**
- **Für die Fahrt zu ambulanten oder stationären Rehamaßnahmen gibt es keine Verordnung des Arztes. Fragen Sie dazu direkt bei Ihrer Krankenkasse nach.**
- **Patienten mit bestimmten Pflegegraden und Schwerbehinderungen können auch ohne vorherige Erlaubnis ihrer Krankenkasse ein Taxi nehmen und sich die Fahrkosten erstatten lassen.**



Inhaltsverzeichnis



- ↓ **Transporte müssen von Ärzten verordnet werden**
- ↓ **Ambulante Behandlung**
- ↓ **Erweiterung der Kostenübernahme ohne Genehmigung der Krankenkasse**
- ↓ **Neue Verordnung seit dem 1. Juli 2020**
- ↓ **Art der Beförderung**
- ↓ **Stationäre Behandlung**
- ↓ **Zuzahlung und Abrechnung**

Transporte müssen von Ärzten verordnet werden

Wer krank oder in seiner Mobilität eingeschränkt ist, benötigt oft eine Transportmöglichkeit für den Weg in die behandelnde Praxis, ins Krankenhaus oder zur Reha-Maßnahme. Bei den gesetzlichen Krankenkassen ist die Übernahme der Kosten für eine Patientenbeförderung eng geregelt. Ärzte dürfen Krankentransporte nur verordnen, wenn die Fahrt medizinisch notwendig 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 Patienten und der nächst gelegenen, geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Der Aufenthaltsort kann die eigene Wohnung, ein Pflegeheim oder ein Unfallort sein. Außerdem muss es sich um eine medizinische Maßnahme handeln, die die Krankenkasse zahlt.

Ambulante Behandlung

Die Krankenkassen übernehmen nur in wenigen Fällen die Kosten zum Arzt oder Zahnarzt. So zum Beispiel, wenn durch eine ambulante Operation ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden werden kann. Auch übernommen werden Kosten für Patienten, die sich einer Dauerbehandlung – wie etwa einer Strahlentherapie, Chemotherapie oder Dialysebehandlung – unterziehen müssen. Für den Weg zu anderen therapeutischen Behandlungen – wie zum Beispiel zur Massage oder Physiotherapie – kommen die gesetzlichen Kassen nicht auf.

Voraussetzung für die Übernahme der Fahrkosten ist immer eine Verordnung des Arztes. Die sollte regulär vor der Beförderung ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann die Beförderung nachträglich verordnet werden. Von einem Notfall spricht man, wenn sich der Patient in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erfolgt.

Achtung: In den meisten Fällen muss die Krankenkasse diese Fahrten vor Antritt noch genehmigen. Es gibt aber auch Ausnahmen.

Erweiterung der Kostenübernahme ohne Genehmigung der Krankenkasse

Pflegebedürftige und andere in der Mobilität eingeschränkte Menschen können unter bestimmten Voraussetzung auch ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse mit dem Taxi zum Arzt fahren. Wer über den Pflegegrad 4 und 5 oder eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" verfügt, kann für medizinisch notwendige Fahrten zum Arzt oder Zahnarzt auch ohne vorherige Erlaubnis seiner gesetzlichen Krankenkasse ein Taxi nehmen, für das die Kasse anschließend die Kosten übernimmt. Auch Fahrten zu Psychotherapeuten fallen darunter. Diese Regelung gilt auch für Betroffene mit Pflegegrad 3, wenn sie zusätzlich mobilitätseingeschränkt sind.

Fahrten zum Abholen von Rezepten oder Erfragen von Befunden werden jedoch nicht erstattet. Dies gilt auch für Fahrten, um auf eigenen Wunsch ein Krankenhaus zu wechseln.

Die Erleichterung gilt auch für Versicherte ohne Schwerbehindertenausweis, die in ihrer Mobilität jedoch vergleichbar eingeschränkt sind und mindestens sechs Monate ambulant behandelt werden.

Zu dem Verfahren bei den Ärzten und Krankenkassen hat der gemeinsame Bundesausschuss nun eine Richtlinie erlassen. Laut der **Richtlinie vom 1. Oktober 2020** ist die zwingende Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittel zu begründen.

Eine Verordnung vom erstbehandelnden Arzt reicht für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse aus. Allerdings werden nur Krankenfahrten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, dem Privatfahrzeug, Taxi oder Mietwagen übernommen. Wer unsicher ist, in welchen Fällen dies gilt, sollte die Kostenübernahme mit der Krankenkasse vorab klären.

Neue Verordnung seit dem 1. Juli 2020

Seit dem 1. Juli 2020 gelten neue Verordnungsformulare für die Krankbeförderung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese Verordnung ist vom Arzt auszufüllen. In diesen neuen Verordnungsformularen findet die gesetzliche Regelung nun ihren Niederschlag, indem der Arzt nun aus mehreren Optionen ankreuzen kann:

- Grund der Beförderung
- Genehmigungsfreie Fahrten

Die Fahrten sind von dem Versicherten immer zu quittieren. Hierzu enthält die Verordnung ein gesondertes Blatt.

Art der Beförderung

Ob ambulante oder stationäre Behandlung – die Auswahl des Beförderungsmittels dorthin richtet sich stets nach dem individuellen Bedarf und Gesundheitszustand der Patienten. Allerdings ist auch die wirtschaftlich günstigste Alternative zu wählen. Ärzte und Patienten sollten deshalb zunächst prüfen, ob eine Fahrt mit Bus und Bahn oder dem eigenen Auto bewältigt werden kann. Wenn dies nicht in Frage kommt, können Taxi oder Mietwagen genutzt werden. Zu den Mietwagen zählen z.B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern.

Gesetzliche Kassen bezahlen jedoch nur für die kürzeste Strecke und prüfen dies gegebenenfalls auch nach.

Übrigens: Transporte mit dem Krankentransporter fallen nicht unter diese Sonderregelung. Diese bleiben weiterhin genehmigungspflichtig, wenn sie zu einer ambulanten Behandlung fahren sollen.

Stationäre Behandlung

Voraussetzung für die Übernahme der Fahrkosten zu einer Klinik ist immer, dass die Fahrt zu einer Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist und die Behandlung von der Kasse bezahlt wird. In einem solchen Fall dürfen behandelnde Ärzte für den Krankentransport ein Rezept ausstellen, das hinterher mit der gesetzlichen Kasse abgerechnet werden kann.

Patienten müssen diese Verordnung nicht vorab bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt auch für vor- und nachstationäre Behandlungen.

Zuzahlung und Abrechnung

Versicherte müssen einen Teil der Beförderungskosten selbst schultern. Die Zuzahlung beträgt unabhängig von der Art des Fahrzeugs – auch für Kinder und Jugendliche – zehn Prozent der Fahrkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro pro Fahrt. Diesen Betrag erhält der Fahrer sofort nach der Beförderung. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit. Wer diese Belastungsgrenze erreicht hat, **bekommt auf Anfrage bei der Krankenkasse eine Befreiungskarte.**

In einigen Fällen rechnet das Transportunternehmen mit der zuständigen Krankenkasse direkt ab. In anderen Fällen beantragt der Patient die Übernahme der Fahrkosten bei der Krankenkasse schriftlich mit den Belegen (Taxiquittungen, Bahnfahrkarten oder Kilometernachweisen). Die Krankenkasse informiert auf Nachfrage, wie die Abrechnung abläuft.

*Dieser Inhalt wurde von den Verbraucherzentralen **Nordrhein-Westfalen** und **Hessen** für das Netzwerk der Verbraucherzentralen in Deutschland erstellt.*