

Infobroschüre

Krankenfahrten



**Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehr
Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.**



Übersicht Kostenübernahme von Fahrtkosten durch die Krankenkasse

<i>Fahrplanlass</i>	<i>Genehmigungspflicht</i>	<i>gesetzl. Zuzahlungspflicht*</i>
stationäre/teilstationäre Krankenhausbehandlung	nein	erste/letzte Fahrt der Serienbehandlung
vor-/nachstationäre Behandlung	nein	für jede Fahrt
Fahrten zu stationären Hospizen oder amb. OP nach §115b SGB V	nein	für jede Fahrt
amb. Behandlung bei Merkzeichen aG, BI, H oder PG 4 oder 5, oder PG 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung	nein ----- ja, bei Fahrten mit dem KTW	für jede Fahrt
anderer Grund der Fahrt mit KTW erfordert	ja	für jede Fahrt
hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie und vergleichbare Ausnahmefälle)	ja	für jede Fahrt
vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung wie o. g. bei einer Therapiedauer von mind. 6 Monaten	ja	für jede Fahrt

*der Eigenanteil beträgt 10% der Fahrtkosten, mindestens 5,-€, maximal 10,-€ / einige Krankenkassen handhaben die Zuzahlungspflicht anders, dies entspricht aber nicht der gesetzl. Regelung



Verordnung einer Krankenförderung 4

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten		
1.			geb. am
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit 2.
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt 3. Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- 4. a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- 5. d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

6. vom/am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

7. Taxi/Mietwagen Rollstuhl

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen Tragestuhl

liegend

RTW NAW/NEF andere _____

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

8. _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

9.

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

10.

nein ja

Datum

T | T | M | M | J | J

Abrechnungsdaten des Transporteurs

11.

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Erläuterungen zum Muster 4 / Verordnung einer Krankenförderung

1. Angabe, ob eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt oder nicht.
(kein Anspruch auf Korrektheit/zusätzliche Prüfung empfohlen)
2. Angabe, ob ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vorliegt. Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist im Kostenträgerfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen und darüber abzurechnen.
3. Angabe Hin- und/oder Rückfahrt

Genehmigungsfreie Fahrten:

4. 1.a) ◦ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
 - vor- oder nachstationäre Behandlung beim Vertragsarzt oder im Krankenhaus
 - vorstationär = max. 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der vollstationären KH-Behandlung
 - nachstationär = max. 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach stationärer KH-Behandlung (bei Transplantation 3 Monate / Verlängerung durch Kostenträger möglich, Genehmigung erforderlich)
- 1.b) ◦ amb. Behandlung bei
 - Merkzeichen aG, Bl oder H im Schwerbehindertenausweis
 - PG 4 oder 5, oder PG 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung

sollen diese Fahrten mit dem KTW durchgeführt werden, sind diese genehmigungspflichtig und müssen unter 1.f) verordnet und der KK zur Genehmigung vorgelegt werden
- 1.c) ◦ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen oder amb. OP nach § 115b SGB V .
Begründung ist anzugeben.
Laut Kassenärztlicher Bundersvereinigung ist eine Verordnung zu einer amb. OP nur in seltenen Fällen möglich. Daher empfiehlt es sich, die Verordnung ggf. vorher bei der KK vorzulegen.

Genehmigungspflichtige Fahrten:

5. 1.d) ◦ Dialyse / onkol. Chemo oder Strahlentherapie
 - vergleichbarer Ausnahmefall = Fahrten mit vorgegebenem Therapieschema und hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bei einer Beeinträchtigung des Versicherten, wo die Beförderung zur Vermeidung von Schaden an dessen Leib und Leben unerlässlich ist.



- 1.e) ◦ Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit 1.b) und Behandlungsdauer von mind. 6 Monaten
- 1.f) ◦ Fahrten mit dem KTW (wie 1.b), Begründung muss unter 3. (ggf auch unter 4.) angegeben werden

6.

- 2. ◦ Behandlungstag (bzw. Beginn- und Enddatum)
- Behandlungsfrequenz (bei mehrmaliger Fahrt)
- geeignete, nächsterreichbare* Behandlungsstätte (*bei weiter entfernten Behandlungsstätten empfiehlt sich der Hinweis ggü. dem Versicherten sich u.U. bei der KK rückzuversichern)

7.

- 3. ◦ Taxi / Mietwagen - immer ohne medizinische Betreuung
- Rollstuhl / Tragestuhl / liegend zusätzl. möglich
- KTW - immer mit medizinisch-fachlicher Betreuung
(verordnungsfähig, wenn die Betreuung aus medizin. Gründen erforderlich ist / „Art und Ausmaß der Funktionsstörung“ sind (ggf. unter Angabe des ICD-10) anzugeben.)
- Rollstuhl / Tragestuhl / liegend zusätzl. möglich
- Rollstuhl = nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl
- Tragestuhl= nicht gehfähiger Patient, der sitzend befördert werden kann, aber bei dem aufgrund fehlender Barrierefreiheit eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich ist
- liegend = Patient der ausschließlich liegend befördert werden kann
- RTW - Notfallpatienten, die vor/während der Beförderung neben Erste-Hilfe auch Maßnahmen benötigen die die vitalen Funktionen aufrechterhalten oder wiederherstellen.
- NAW/NEF - für Notfallpatienten, für die eine notärztliche Versorgung zu erwarten oder erforderlich ist
- andere - z.B. RTH, wenn eine schnellere Beförderung als die bodengebundene erforderlich ist



Grundsätzliche Anmerkungen

- Alle genannten Regelungen betreffen Fahrtkosten zu Lasten der **gesetzlichen** Krankenkassen. Ist der Fahrtanlass ein Arbeitsunfall und die Berufsgenossenschaft der Kostenträger, werden die Regelungen überwiegend analog von den BGs angewandt. Privatversicherte benötigen die Verordnung für die Abrechnung selbst.
- Verordnungen sind vor der Beförderung auszustellen.
 - nur bei nicht planbaren Krankbeförderungen (wenn der Versicherte sofort zu einer unplanmäßigen ärztl. Behandlung muss)
Achtung: in einigen Rahmenverträgen ist dieses jedoch ausgeschlossen
- Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe
- Fahrten ohne zwingend med. Grund (z. B. Abstimmen von Terminen, erfragen von Befunden, usw.) dürfen nicht verordnet werden
- Fahrten zu Leistungen der Pflegekasse (z. B. Fahrten von der Wohnung ins Pflegeheim oder zwischen Pflegeheimen) werden nicht von der Krankenkasse übernommen
- Die gesetzl. Zuzahlung ist (außer bei teilstationären Behandlungen, hier nur Eigenanteil für erste und letzte Fahrt) für jede Fahrt zu leisten. Einige Krankenkassen handhaben dies anders, es entspricht aber grundsätzlich nicht der gesetzlichen Regelung und sollte immer schriftlich in der Genehmigung festgehalten sein
- Grundsätzlich ist dem Beförderer nur eine grobe Plausibilitätsprüfung zuzumuten. Bspw. ist es unplausibel, wenn in einer Verordnung das Kreuz sowohl bei genehmigungsfreien als auch -pflichtigen Fahrten gesetzt ist, jedoch nicht durch den Beförderer zu prüfen ob der nächste Behandlungsort verordnet ist, oder ob die Fahrt medizinisch erforderlich ist
- Eine einzelne Verordnung für unterschiedliche Behandlungsstätten ist nicht zulässig und führt in der Regel zur Ablehnung der Kostenübernahme







Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehr
Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.
Benninghofer Str. 152
44269 Dortmund

V.i.S.d.P.: Sascha Waltemate, Geschäftsführer

Erstellt durch: Daniela Füchtenschnieder

Telefon: 0231 528 227

E-Mail: info@vspv-nrw.de

