

3 Antworten zur Krankenförderung

1. Verordnung einer Krankenförderung durch den Vertragsarzt

Der Vertragsarzt kann Krankenförderleistungen verordnen wenn diese im Zusammenhang mit einer Hauptleistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist.

Die Verordnung muss vor der Beförderung ausgestellt werden.

Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann nachträglich verordnet werden.

Der Vertragsarzt legt das erforderliche Transportmittel fest.

z. B.: Taxi/Mietwagen (auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern) oder Krankentransport-/Rettungstransportwagen



Verordnung einer Krankenförderung "Transportschein" (Muster 4)

Mögliche Hauptleistung:

- A) im Krankenhaus B) ambulante Operation (Krankenhaus oder Praxis) C) ambulante Behandlung**

Bitte beachten Sie:

Die Beförderung zur ambulanten Behandlung bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Nur im Notfall kann der Transport auch nachträglich genehmigt werden!

Hochfrequente Behandlung (Serienfahrten)

Bei Dialyse, onkologischer Strahlen- oder Chemotherapie übernimmt die Krankenkasse die Transportkosten.

Bei „vergleichbarer Behandlung“ liegt die Übernahme der Kosten im Ermessen der Krankenkasse.

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Bei Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen „aG“ oder „Bl“ oder „H“)

oder Pflegestufe II oder III übernimmt die Krankenkasse die Transportkosten.

Bei „vergleichbarem Grund“ liegt die Übernahme der Kosten im Ermessen der Krankenkasse.

Wichtig: Wenn keine Genehmigung erteilt wird tragen Sie die Transportkosten selbst!

2. Genehmigung durch die Krankenkasse

Wichtig: Genehmigung schnellstens mit der Krankenkasse abklären!

Die Genehmigung der Krankenkasse erhalten Sie meist per Post.

Eine Ausfertigung der Genehmigung (Kopie) bitte frühzeitig dem Transportunternehmen aushändigen.

Die Genehmigung der Krankenkasse enthält oft folgenden Abschnitt (sinnentsprechend):

Die **Zuzahlung** der Versicherten beläuft sich auf 10% der Fahrkosten, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro aber nicht mehr als die tatsächlichen Fahrkosten.

Bei Serienfahrten kann eine Zuzahlung, je nach Behandlungsverlauf, für jede Hin- und Rückfahrt oder nur für die erste und die letzte Fahrt gefordert werden.



(Rückseite: Eigenbeteiligung, Belastungsgrenze und Befreiung von der Zuzahlung)



3. Zuzahlung (Eigenbeteiligung) / Befreiung von der Zuzahlung

Auch für Fahrtkosten gilt die allgemeine Zuzahlungsregelung. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sind von Zuzahlungen befreit. Alle anderen müssen bis zu ihrer individuellen Belastungsgrenze Zuzahlungen leisten.

Die Versicherten haben daher für jede Fahrt eine Zuzahlung in Höhe von 10% der Kosten, mindestens aber 5 EUR und maximal 10 EUR zu zahlen.

Sind die Fahrkosten niedriger als 5 Euro, zahlt der Patient den vollen Fahrpreis!

Nur bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung in Kombination mit einer vollstationären Behandlung beschränkt sich die Zuzahlung bei den Fahrkosten jeweils auf die erste und letzte Fahrt der gesamten Krankenhausbehandlung, wenn durch die Behandlung eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist.

Das bedeutet, dass grundsätzlich auch bei Fahrten zur Dialyse oder zu einer onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie eine Zuzahlung je Fahrt durch den Versicherten zu entrichten ist.

Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung

Auch die Zuzahlung ist sozial abgefedert. Je nach Höhe des Einkommens kann der Versicherte ganz oder teilweise von der Zuzahlungspflicht befreit werden.



Die sogenannte Belastungsgrenze liegt im Normalfall bei 2% des Brutto-Einkommens. Bei schwerwiegend chronisch Kranken 1%.

Brutto-Einkommen

Für Paare werden die Einkommen zusammengezählt. Zusätzlich werden von jedem Bruttoeinkommen Freibeträge für Ehegatten sowie für Kinder abgezogen, so dass die Lasten für Familien gemindert werden. Bei Empfängern von Sozialhilfe und der so genannten Grundsicherung wird nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes zugrunde gelegt.



Wichtig: Hat der Versicherte mit seinen Zuzahlungen (Eigenbeteiligung) die Belastungsgrenze erreicht, muss er dies gegenüber der Krankenkasse nachweisen und wird dann von weiteren Zuzahlungen für den Rest des Kalenderjahres befreit. (Freistellungsbescheid)

Hinweis: Alle Zuzahlungsbelege und Quittungen sammeln!

Diese benötigen Sie als Nachweis Ihrer individuellen Belastungsgrenze.



Für weitere Fragen steht Ihnen Ihre Krankenkasse gewiss zur Verfügung.

Auch Wir helfen Ihnen gerne.

TAXIPIEL

Krankenfahrten für alle Krankenkassen
ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlung,
Physiotherapie, Rehabilitation, Kuren, Rollstuhl
Dialysebehandlung, Strahlen- und Chemotherapie



 **038 354 - 22467**