

# Fahrtkostenerstattung bei stationärer und ambulanter Heilbehandlung

Von Christian Zechert

Wer zur Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus oder in eine psychiatrische Abteilung kommt, hat in den meisten Fällen einen kurzen Weg. In Großstädten reicht ein Ticket des öffentlichen Nahverkehrs, aber bereits im ländlichen Raum können Entfernungen von 20 bis 60 km bis zur nächsten Klinik auftreten und 10,00 oder mehr Euro für die Anfahrt fällig sein. Häufig übernehmen Angehörige oder Freunde jedoch die Anfahrt mit ihrem Pkw und begleiten den Betroffenen. Oder die Anfahrt wird mit einem Taxi gemacht. Lohnt sich bei vergleichsweise kleinen Beträgen ein Antrag auf Erstattung dieser Fahrtkosten bei der Krankenkasse? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein?

## Stationäre Behandlung

Grundsätzlich sind die Fahrtkosten stationärer Heilbehandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse erstattungsfähig. Legt man z.B. die Anreise in das fünf Kilometer entfernt liegende Fachkrankenhaus zugrunde, kann man bei 0,20 Euro Erstattung je Kilometer mit dem Pkw gerade mal mit einem Euro abzüglich Eigenanteil rechnen. Lohnt sich also nicht. Aber: Wer seinen Angehörigen mit dem Pkw in die Klinik bringt, kann als FahrerIn die Wegstrecke zur Hinfahrt und Rückfahrt nach Hause sowie bei Entlassung die Fahrt zur Abholung und die Rückreise abrechnen. So werden aus 5 rasch 20 km. Also vier Fahrten bei einer stationären Behandlung. Häufig reicht eine Aufnahme im Jahr jedoch nicht aus. Waren drei, vier stationäre Aufnahmen erforderlich, fallen in der Musterrechnung mit dem Pkw bereits 60 bis 80 km an, die abrechenbar sind. Zugleich können auch somatische Probleme, die einer stationären Behandlung bedürfen, zu weiteren finanziellen Belastungen führen. Dann »lohnt« es sich, diese Fahrten abzurechnen, auch wenn letztlich ein Betrag von »nur« 20,00 bis 30,00 Euro im Jahr nach Abzug der Eigenbeteiligung in Höhe von 10 % bzw. mindestens 5,00 Euro übrig bleibt. Viele Patienten verschicken gerade bei geringen Fahrtkosten ihre Ansprüche, weil der administrative Aufwand hoch und der finanzielle Ausgleich klein ist.

Was aber ist, wenn ich nicht in meine re-

gionale Pflichtversorgungsklinik will und von meinem niedergelassenen Arzt z.B. eine Überweisung in eine 200 km entfernte liegende Klinik mit einer Station für Borderline-Patienten, eine spezielle Depressionsbehandlung oder Angstbehandlung habe? Immer mehr Kliniken, die die regionale Pflichtversorgung sicherstellen, führen in ihren Internetpräsentationen solche zusätzlichen Angebote auf, ganz abgesehen vom Trend, zugleich Privatstationen einzurichten. Hier entscheidet der Begriff der »geeigneten Behandlung«. Ist diese 200 km entfernt liegende Fachklinik wirklich die nächstgelegene geeignete Klinik oder doch die regionale Klinik bzw. Abteilung genauso geeignet? Die Entscheidung trifft zuerst der überweisende Arzt. Versicherte berichten, dass die Krankenkassen die Übernahme ihrer Fahrtkosten trotzdem ablehnten. Hier muss dann der Beweis angetreten werden, dass nur die entfernt liegende Klinik geeignet ist. Dies kann schon mal sein, z.B. bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Computerabhängigkeit, die ein spezielles, woanders nicht vorhandenes Angebot benötigen.

## Ambulante Behandlung

Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung können – unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung – nur in besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen, d.h. bei zwingender medizinischer Notwendigkeit. Explizit als medizinisch notwendig erwähnt werden in den Krankentransportrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses z.B. die Dialysebehandlung, die onkologische Strahlentherapie oder onkologische Chemotherapie, aber keine psychischen Erkrankungen. Da die Aufzählung der Behandlungsfälle jedoch nicht abschließend ist, wird eine Fahrtkostenerstattung gewährt, wenn ein vergleichbarer Schweregrad und eine vergleichbare Behandlungsintensität der Erkrankung vorliegen. Für die Krankenkassen heißt das: Die Fahrten müssen aus zwingenden medizinischen Gründen regelmäßig zu einer bestimmten ambulanten Behandlung erfolgen, z.B. einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Tagesklinik. Sie sind in der Regel planbar und haben dasselbe Fahrtziel, d.h. ist eine Serienverordnung möglich. Die zwingende me-



dizinische Notwendigkeit der Fahrt sowie des Beförderungsmittels sind vom Arzt zu begründen.

Fahrtkosten werden auch bei einer Mobilitätseinschränkung gewährt. Die Krankenkasse genehmigt die Beförderung eines dauerhaft in seiner Mobilität beeinträchtigten Patienten, sofern der Arzt durch die Verordnung die medizinisch zwingende Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung vorher bescheinigt hat und der Patient bei der Verordnung einen Behindertenausweis mit den Merkzeichen »aG« (außergewöhnlich gehbehinderte), »Bl« (blind) oder »H« (hilflos) oder den Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 vorlegt. Wichtig: Genehmigungspflichtige Verordnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten zur ambulanten Behandlung sind der Krankenkasse frühzeitig vor der Fahrt vorzulegen. Für alle Fahrten besteht die gesetzliche Zuzahlungspflicht von 10 Prozent der Kosten je Fahrt – mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro.

Bemängelt wird aus Patientensicht, dass die Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses keine Fahrtkostenerstattung für präventive Leistungen vorsehen und dass das Recht auf freie Arztwahl durch eine restriktive Auslegung des Begriffes des nächstgelegenen geeigneten Behandlungsortes seitens der Krankenkassen z.T. indirekt unterlaufen wird. ■

Geregelt wurde das Verfahren über die Erstattung von Fahrtkosten im Gemeinsamen Bundesausschuss (Bundesanzeiger Nr. 18, S. 1342, vom 28. Januar 2004, siehe [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/32/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/32/)) **Antragsvordrucke** findet man häufig im Netz auf den Seiten seiner Krankenkasse. Sehr übersichtlich präsentiert zum Beispiel [www.aokplus-online.de/formulare-antraege/mitgliederformulare.html](http://www.aokplus-online.de/formulare-antraege/mitgliederformulare.html)