

Beihilfefähigkeit

Mit dem Taxi zum Arzt?

Wer nicht in direkter Nachbarschaft zu einem Arzt oder Krankenhaus wohnt, muss bei ambulanten/stationären Behandlungen oder dem Besuch von Fachärzten, insbesondere im ländlichen Bereich, mit nicht unerheblichen Kosten für die Beförderung rechnen, wenn man wegen der Eigenart seiner Erkrankung beispielsweise seinen privaten Pkw nicht nutzen kann.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Fahrten zur ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung, zum Physiotherapeuten oder zur stationären Behandlung beihilfefähig.

© Adobe Stock / Christian Müller

Generell gilt: Fahrten zur ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung, zum Physiotherapeuten oder zur stationären Behandlung sind nicht beihilfefähig. Unter bestimmten Voraussetzungen werden sie jedoch übernommen oder zumindest bezuschusst.

Für folgende beihilfefähige Fahrten bedarf es keiner ärztlichen Verordnung:

- Rettungsfahrten und -flüge mit dem Rettungs- oder Notarztwagen/Rettungshubschrauber, auch selbst dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist – beihilfefähig sind die Beträge, die vom Leistungserbringer nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechnet werden.
- Fahrten zu Rehabilitationsmaßnahmen (Kur): Die Fahrtkosten der An- und Abreise der Rehabilitationsmaßnahme werden mit 85 Prozent aus höchstens 200 Euro der nachgewiesenen erstattungsfähigen Aufwendungen bezuschusst und nach Abschluss der Maßnahme mit der Hauptverwaltung der Krankenversorgung der Bundesbeamten (KVB) Abt. Rehabilita-

tion abgerechnet. Bei der Nutzung von regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln (beispielsweise Bahn) sind die Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, höchstens jedoch die in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten zuschussfähig.

- Bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs sind derzeit 0,20 Euro je Entfernungskilometer auf der kürzesten üblicherweise benutzten Strecke zuschussfähig.

Diese Fahrtkosten müssen ärztlich verordnet werden:

Beförderungsleistungen können als beihilfefähig anerkannt werden, wenn Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten aus zwingender medizinischer Notwendigkeit heraus, möglichst unter Angabe des Diagnoseschlüssels, eine Fahrt verordnen:

- Fahrten im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen.
- Fahrten bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist.
- Fahrten anlässlich einer ambulanten Operation im Kran-

kenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung. Achtung: Die Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt sind unter Berücksichtigung des jeweiligen aktuellen Gesundheitszustandes gesondert zu betrachten.

- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene – stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann.
- Krankentransporte mit notwendiger fachlicher Betreuung und/oder dem Erfordernis von technischen Einrichtungen des Krankenzugens.
- Fahrten in Ausnahmefällen für Besuchsfahrten der Eltern zu ihrem stationär untergebrachten noch nicht volljährigen Kind, wenn dies aufgrund der Schwere der Erkrankung und aus medizinischer Sicht als geboten erscheint.

Damit Betroffene trotz ärztlicher Verordnung nicht auf hohen Fahrtkosten sitzen bleiben, empfiehlt die GDL im Zweifelsfall vor der beabsichtigten Fahrt zuvor die Genehmigung der KVB einzuholen.

Bei folgenden Fahrten gilt die Fahrt bei Vorliegen der ärztlichen Verordnung als bereits durch die KVB genehmigt:

- Fahrten zur ambulanten Behandlung, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind), „H“ (hilflos) vorliegt oder eine Einstufung in die Pflegegrade 3, 4 oder 5 besteht und
- notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse und parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie (ehemals onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie).

In besonderen Ausnahmefällen und bei zwingender medizinischer Notwendigkeit sind Fahrten zur ambulanten Behandlung nach vorheriger Genehmigung durch die KVB-Betriebsleitung erstattungsfähig:

- Bei Behandlungen, bei denen eine Grunderkrankung nach einem vorgeschriebenen Therapieschema mit einhergehender hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum erfolgt und

- diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf (beispielsweise körperlicher oder psychischer Art) den Erkrankten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Fahrtkosten für ärztlich verordnete Fahrten sind erstattungsfähig:

- bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis der niedrigsten Beförderungsklasse,
- bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,20 Euro je gefahrenen Kilometer, höchstens jedoch 130 Euro,
- bei Nutzung eines Taxis oder Mietwagens die notwendigen Kosten, wenn nach ärztlicher Bescheinigung und aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder private Kraftfahrzeuge nicht benutzt werden können. Darüber hinaus werden Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten bezuschusst, wenn das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

Fahrtkosten werden grundsätzlich nur zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt. Die Mehrkosten für eine darüber hinausgehende Beförderung sind von dem Beihilfeberechtigten selbst zu tragen. Der Zuschuss beträgt 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, bei Dialysebehandlung, Tbc-Behandlung und bei Behandlung eines Bluters 100 Prozent, wobei zunächst von den erstattungsfähigen Aufwendungen der nicht zu schussfähige Eigenanteil in Abzug zu bringen ist. Dieser beträgt grundsätzlich zehn Prozent der Kosten, mindestens jedoch fünf und höchstens

zehn Euro, und wird beispielsweise bei einer ärztlich verordneten Chemotherapie nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde gelegt.

Das Einholen eines Rezeptes stellt keine medizinische Notwendigkeit im Sinne der Bundesbeihilfeverordnung da.

Es bedarf somit immer einer medizinischen Notwendigkeit, damit eine Fahrt zum Arzt oder ins Krankenhaus bezuschusst wird. Das bedeutet, dass die veranlasste Beförderung ohne zwingende medizinische Notwendigkeit nicht von der Beihilfe erfasst wird. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn der behandelnde Arzt lediglich aufgesucht wird,

- um Termine abzustimmen,
- um den ärztlichen Befund zu erfragen oder
- um Rezepte und Verordnungen einzuholen.

Ebenfalls nicht beihilfefähig sind

die Kosten einer vorzeitigen Rückbeförderung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise aus gesundheitlichen Gründen. Eine Minderung des finanziellen Risikos einer vorzeitigen Rückbeförderung aus gesundheitlichen Gründen vom Urlaubsort kann allenfalls durch den vorherigen Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung begegnet werden.

Generell gilt bei einer Erkrankung oder eines Unfalles während einer Urlaubsreise, dass lediglich innerhalb der EU die Kosten für die Beförderung zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus bezuschusst werden. Wer außerhalb der EU unterwegs ist, sollte unbedingt eine Auslandskrankenversicherung abschließen.

Fazit:

Die Beihilfe gewährt bereits heute in vielen Fällen einen Be-

förderungskostenzuschuss und trägt so zur finanziellen Entlastung der Beihilfeberechtigten bei. Dennoch besteht aus Sicht der GDL Handlungsbedarf. So wird im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen beispielsweise weder eine homöopathische Leistung noch die Beförderung zum Homöopathen bezuschusst.

Zur Qualitätssicherung, insbesondere bei komplizierten Eingriffen, wurde auf Initiative der gesetzlichen Krankenkassen bereits heute in einigen Bereichen eine Zentralisierung der Klinikstruktur in Deutschland vorgenommen. Mit der Einführung einer gesetzlichen Mindestmengenregelung bei bestimmten schwierigen medizinischen Eingriffen, wird nicht mehr jede Klinik jede Behandlung durchführen dürfen. Die Zentralisierung von bestimmten medizinischen Behandlungen auf weniger Kliniken geht mit der Steigerung von Erfahrung und Qualität einher, und erweist sich so als klarer Vorteil für den Patienten.

Allerdings kann dies im Einzelfall dazu führen, dass die nächstgelegene Klinik die Behandlung bestimmter medizinischer Operationen nicht durchführen darf, weil sie beispielsweise nicht die gesetzlich geforderte Mindestmenge an bestimmten Behandlungen aufweist. Es muss auch in diesen Fällen sichergestellt sein, dass dem Beihilfeberechtigten die Beförderungskosten, wie oben beschrieben, erstattet werden, auch wenn eine weiter entfernt liegende auf sein Krankheitsbild spezialisierte Klinik aufgesucht wird. Dies muss insbesondere auch dann gewährleistet sein, wenn eine seinem jeweiligen Aufenthaltsort näher gelegene Klinik, die diese Behandlung zwar durchführt, aber die gesetzliche Mindestmengenanforderung im Grunde nicht erfüllt. Zwar sieht der Gesetzgeber vor, dass eine Klinik, die die geltende

Mindestmenge bei bestimmten Indikationen voraussichtlich unterschreitet, die erbrachte Leistung nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen kann. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Kliniken die Mindestmengenregelung missachten, dies aus rein finanzieller Sicht und nicht zum Wohle der Patienten. Hier muss zwingend sichergestellt sein, dass Beihilfeberechtigte nicht als Quote missbraucht werden.

Derzeit gibt es acht unterschiedliche Behandlungen, für die es eine gesetzlich vorgegebene Mindestmenge gibt. Mit der Mindestmengen-Transparenzkarte des AOK Bundesverbandes können sich Patienten bundesweit über die Kliniken informieren, die mindestmengenrelevante Operationen durchführen dürfen.

Quelle: AOK Bundesverband

Für folgende besonders anspruchsvolle Behandlungen gilt eine gesetzliche Mindestmengenanforderung:

- Lebertransplantation 20 Fälle/Jahr (inklusive Teilleber-Lebendspende),
- Nierentransplantation 25 Fälle/Jahr (inklusive Lebendspende),
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus zehn Fälle/Jahr (Speiseröhre),
- komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas zehn Fälle/Jahr (Bauchspeicheldrüse),
- Stammzellentransplantation 25 Fälle/Jahr,
- Kniegelenk-Totalendoprothesen 50 Fälle/Jahr (Knie-TEP),
- Koronarchirurgische Eingriffe (derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge) und
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm 14 Fälle/Jahr.

*Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
E. P.*