

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten (Vom Versicherten auszufüllen)

Familienname:	_____
Vorname:	_____
Geburtstag:	_____
PLZ, Wohnort:	_____
Straße:	_____
Vers.-Nr.:	_____
Aktuelle Bankverbindung:	_____ (IBAN)
Soll diese Kontonummer für künftige Anträge/Erstattungen für Sie in Ihrem Stammdatensatz hinterlegt werden?	
o ja o nein, bitte nur für diesen Antrag verwenden	

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für folgende Fahrt(en) / Transport(e)

Am _____ von _____ nach _____

für mich folgende Personen (z. B. Kinder, Ehegatte) :

mit öffentlichen Verkehrsmitteln
 eigenem PKW, einfache Entfernung _____ km
 Taxi
 Krankenwagen/ sonstigem: _____

Weshalb waren die Fahrten notwendig und Art der Behandlung?

Wird / Wurde eine Begleitperson benötigt? NEIN JA

Meine Aufwendungen betragen zusammen _____ €.
(Bitte fügen Sie etwaige Belege z. B. Fahrkarten, Taxiquittungen bei)

Die Fahrten zu obiger Behandlungsstätte mit öffentlichen Verkehrsmitteln kosten _____ €.
(Diese Angabe ist auch notwendig, wenn Sie mit einem anderen Verkehrsmittel gefahren sind.)

Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung (aG, BI, H) vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Liegt ein anerkannter Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Liegt ein anerkanntes Versorgungsleiden (BVG) vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Handelt/e es sich um einen Arbeits-/Schul-/Kindergartenunfall ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Zuständiger Unfallversicherungsträger:

(Datum)

(Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin)

Angaben zur medizinischen Notwendigkeit (bitte von Ihrem Arzt ausfüllen lassen)

Patient/ Patientin: _____, geb. am _____

Fahrten sind/waren medizinisch notwendig wegen:

- vollstationärer** Behandlung (von – bis) _____
- vorstationärer** Behandlung (von – bis) _____
- nachstationärer** Behandlung (von – bis) _____
- teilstationärer** Behandlung (von – bis) _____
(bitte ärztliche Bestätigung der einzelnen Behandlungstage beifügen)
- ambulanter Chemo-, Strahlen- oder Dialysebehandlung*** ab _____
- ambulanter Operation (§115b SGB V)** am: _____ Diagnose: _____
- sonstiger ambulanter Behandlungen***

Welcher Art ? _____

* **Behandlungstage:** _____

Wird/wurde durch die **ambulante Behandlung** ein ansonsten notwendiger Krankenhausaufenthalt vermieden, verkürzt oder ist dieser nicht durchführbar?

Ja Nein

Medizinisch erforderliches Transportmittel für die Hinfahrt:

öffentliches Verkehrsmittel privater PKW Taxi Sonstiges: _____

Medizinisch erforderliches Transportmittel für die Rückfahrt:

öffentliches Verkehrsmittel privater PKW Taxi Sonstiges: _____

Falls keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzt werden können, bitten wir um eine kurze medizinische Begründung:

Ist eine Begleitperson medizinisch notwendig: ja nein

Handelt es sich um die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit? ja nein

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/ Krankenhauses

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 2 und Abs. 4. SGB X: Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 und § 60 SGB V. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und Übermittlung ist § 100 SGB X in Verbindung mit § 73 Abs. 2. SGB V.

Merkblatt Fahrkostenerstattung Ihrer BKK ProVita

Gerne informieren wir Sie nachstehend über unsere Unterstützungsmöglichkeiten zum Thema Fahrkostenerstattung.

Dieses Merkblatt dient zur Information. Es ersetzt keine Beratung. Bitte setzen Sie sich bei Fragen zur Beurteilung Ihres individuellen Leistungsanspruchs mit uns in Verbindung. Wir beraten Sie gerne!

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach § 60 Sozialgesetzbuch V, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug dabei benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und wird ggf. vom Arzt / der Ärztin entschieden (z. B. durch eine ärztliche Verordnung einer Krankbeförderung, ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung – siehe Antragsunterlagen)

Die Fahrten können zum Beispiel mit einem öffentlichen Verkehrsmittel, einem privaten PKW oder mittels Taxi oder Mietwagen erfolgen.

In folgenden Fällen dürfen die Krankenkasse beispielsweise die Fahrkosten in Höhe des Betrages, der die Zuzahlung übersteigt, übernehmen bzw. eine nachträgliche Erstattung vornehmen:

1. Fahrten zu stationären Behandlungen,
2. Fahrten von Versicherten im Krankentransportwagen (KTW), wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine besondere Einrichtung des KTW erforderlich ist oder dies zu erwarten ist.
3. Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V verkürzt oder vermieden werden kann und
4. Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist.

Nachstehend informieren wir Sie zu den bestehenden Regelungen für Fahrten zur ambulanten Behandlung:

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen nur in besonderen Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung übernehmen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in der sogenannten Krankentransport-Richtlinie festgelegt hat.

1. Hierzu gehören Fahrten zu ambulanten Behandlungen mit einem vorgegebenen Therapieschema, welches mit einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum verbunden ist. Dabei muss diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Versicherten in einer Weise beeinträchtigen, dass die Beförderung des Versicherten zur Vermeidung von Schaden an dessen Leib und Leben unerlässlich ist. Die Voraussetzungen sind unter anderem bei Fahrten zur onkologischen Strahlen- und Chemotherapie sowie zur ambulanten Dialysebehandlung erfüllt.
2. Versicherte, die kein Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ sowie keine Einstufung in den Pflegegrad 3 mit vorliegender dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, 4 oder 5 besitzen, jedoch vergleichbar in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen, haben gegebenenfalls einen Anspruch auf die Übernahme bzw. Erstattung der Fahrkosten. Eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse ist hier notwendig.

3. Weiterhin werden die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung u.a. dann erstattet, wenn Versicherte einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (Blindheit) oder "H" (Hilflosigkeit) besitzen oder eine Einstufung in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 nachweisen können. Bei der Einstufung in den Pflegegrad 3 muss zugleich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die einen Bedarf an einer Beförderung zur Folge hat. Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, welches zum 01.01.2019 in Kraft getreten ist, gelten Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen für diesen Personenkreis mit Ausstellung der ärztlichen
4. Verordnung als genehmigt (sogenannte Genehmigungsfiktion). Hier ist keine vorherige Genehmigung der Krankenkasse notwendig.
5. Ist für die Beförderung zu einer ambulanten Krankenbehandlung hingegen aus medizinischen Gründen ein Krankenwagen (KTW) erforderlich, ist weiterhin eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.

Höhe der Erstattung:

6. Angefallene Kosten können, grundsätzlich nur in Höhe eines öffentlichen Verkehrsmittels (Fahrpreis 2. Klasse unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen) erstattet werden. Bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit eines anderen Verkehrsmittels ergeben sich abweichende Erstattungsbeträge. Bei Nutzung z. B. eines privaten Kraftfahrzeugs können wir für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils im Bundesreisekostengesetz festgesetzten Betrag (aktuell 0,20 €) erstatten. Kosten für Parkgebühren oder Gepäcktransport sind nicht erstattungsfähig.

Gesetzliche Zuzahlung:

7. Versicherte haben 10 Prozent des Fahrpreises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro je einfacher Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten als gesetzliche Zuzahlung selbst zu tragen. Bei Fahrkosten müssen die Zuzahlungen auch für Kinder und Jugendliche geleistet werden. Sofern Ihre individuelle Belastungsgrenze überschritten ist, können geleistete gesetzliche Zuzahlungen auf Antrag teilweise zurückerstattet werden. Gerne beraten wir Sie zu diesem Thema (Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V).

Medizinische Rehabilitation:

1. Im Zusammenhang mit **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** werden Reisekosten nach § 73 Abs. 1 und 3 Sozialgesetzbuch IX übernommen.
Grundsätzlich werden hier Fahrkosten zugrunde gelegt, welche bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels entstanden sind bzw. wären.
Bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit können hier z. B. für Fahrten mit dem privaten PKW Kosten in Höhe der Wegstreckenentschädigung des Bundesreisekostengesetzes (aktuell 0,20 € je Kilometer) berücksichtigt werden.
Eine gesetzliche Zuzahlung fällt für Fahrten zur medizinischen Rehabilitation nicht an.

Stand 2021