



24. APR. 2017

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

BDPK
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstr. 60
10117 Berlin

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619

FAX +49 228 619

krankenversicherung@bvtamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau

21. April 2017

AZ 211-5403-1920/2016

(bei Antwort bitte angeben)

**Gesetzliche Krankenversicherung- Versorgungsverträge-
Hier: Fahrkostenregelungen in Verträgen nach § 111 Abs. 5 SGB V**

Ihr Schreiben vom 20. Juli 2016 an den Präsidenten des Bundesversicherungsamtes

Unser Schreiben vom 31. Januar 2017

Sehr geehrter Herr Bublitz,

mit Ihrer Eingabe wenden Sie sich gegen Vertragsregelungen zur Abgeltung von Fahrkosten in Vergütungsvereinbarungen mit Rehabilitationseinrichtungen. Wir haben die vorgelegten Vereinbarungen bereits in einer weiteren Beschwerdeangelegenheit u.a. gegenüber der TK und der BARMER aufgegriffen. Die Krankenkassen haben uns bestätigt, dass sie in zukünftigen Vertragsverhandlungen unsere Rechtsauffassung beachten und Vertragsanpassungen zulassen werden. Weitere aufsichtsrechtliche Schritte sind daher nicht erforderlich.

Zusammenfassend vertreten wir folgende Rechtsauffassung:

Die gesetzlichen Krankenkassen sind bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 60 SGB V verpflichtet, die Fahrkosten im Verhältnis zum Versicherten zu tragen.

Allerdings erachten wir es als rechtlich zulässig, wenn gesetzliche Krankenkassen mit Einrichtungen Verträge zur Erbringung und Vergütung von Sachleistungskosten für Krankentransporte gemäß § 133 SGB V schließen. Diese gesonderten Regelungen müssen aber transparent ausgestaltet und nicht als direkter oder kalkulatorischer Bestandteil der Tages-

sätze oder Gesamtpauschalen angesetzt werden. Vertragsregelungen, wonach Fahrkosten im Rahmen der Fallpauschalen zur Leistungsvergütung der §§ 111, 111c SGB V als abgegolten gelten, sind daher rechtswidrig. Zulässige Vertragsgestaltungen haben zudem die Beachtung des Personenbeförderungsgesetzes sowie landesrechtlicher Genehmigungsvorschriften sicherzustellen, soweit die Vereinbarungen Sachleistungen beinhalten. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend ist so zu kalkulieren, dass die vertragliche Vergütungsleistung der Kasse sich auf ansonsten zu übernehmende Kosten für notwendige Beförderungsmittel beschränkt.

Die Höhe der Vergütung der Krankenkasse für von der Einrichtung auf eigene Kosten organisierte Beförderungsleistungen oder die Übernahme der direkten Fahrkostenfinanzierung muss angemessen sein. Sie darf nicht in einem auffälligen Missverhältnis zur Organisations- bzw. Finanzierungsleistung stehen (vgl. § 58 SGB X i. V. m. § 138 BGB). Die Verminderung der kasseneigenen Ausgaben wegen einer Vergütungsleistung eines Dritten ist unzulässig. Das betrifft hier die Regelungen, wonach die Rehabilitationseinrichtung sich an Kosten externer Liegendtransporte beteiligt. Die Krankenkasse hat als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung die Leistungen zu vergüten. Im Umkehrschluss aus § 30 Abs. 1 SGB IV müssen die Leistungen aus Mitteln der Krankenkasse bestritten werden. Eine Abwälzung der Zahlungspflicht auf Leistungserbringer verschafft der Krankenkasse einen unzulässigen Wettbewerbsvorteil.

Wir haben die betroffenen Krankenkassen zudem darauf hingewiesen, dass die Anspruchsprüfung an sich und die Entscheidung über die Höhe eines Fahrkostenanspruches hoheitliche Aufgaben des Krankenversicherungsträgers sind, welche nicht auf Dritte übertragen werden dürfen (§ 197b SGB V). Eine Auslagerung der Erstattung bei Eigenanreise des Versicherten muss sich daher auf eine solche Entscheidung des Krankenversicherungsträgers beziehen. Der eigene gesetzlich verankerte Rechtsanspruch der Versicherten aus § 60 Abs. 5 SGB V und § 53 Abs. 1 – 3 SGB IX kann mangels spezialgesetzlicher Ermächtigung nicht abbedungen werden; er besteht unabhängig von der Bereitstellung von Fahrservices der Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung. Der Versicherte ist nicht verpflichtet, solche Services in Anspruch zu nehmen. Eigene Kosten des Versicherten für Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme medizinisch erforderlich ist, sind als Fahrkosten bzw. Reisekosten gem. § 60 SGB V und § 53 Abs. 1 SGB IX zu übernehmen. Für die Höhe des Anspruchs sind die Regelungen zur Fahrkostenhöhe des SGB V und SGB IX zu beachten, insbesondere wenn kein Fahrservice zur Verfügung steht – aber auch wenn der Versicherten diesen nicht in Anspruch nehmen möchte. Einen auch daher separat zu regelnden Vergütungsanteil für Fahrkosten der Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung kann die Einrichtung bei eige-

ner Organisation der Fahrt durch den Versicherten dann nicht beanspruchen. Bei Entsprechung des notwendigen Beförderungsmittels begrenzt die vereinbarte Vergütung dann ggf. den Anspruch des Versicherten.

Sehr geehrter Herr Bublitz, wir hoffen, für Ihre Mitgliedseinrichtungen mit diesem Schreiben bei ausstehenden Vertragsverhandlungen mit den Kassen unsere Rechtsauffassung verdeutlich zu haben und betrachten die Angelegenheit Ihnen gegenüber zunächst als abgeschlossen. Im Rahmen unseres allgemeinen Aufsichtsgeschäftes werden wir die zukünftige Entwicklung weiter beobachten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez.

Beglaubigt:

Verw.-Angest.

