

AGB – ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN KRANKENFAHRTEN TAXI OSTBAYERN

1. BEDINGUNGEN FÜR DIE INANSPRUCHNAHME VON KRANKENBEFÖRDERUNGEN

Dies sind die Bedingungen, unter denen Taxi Ostbayern Krankenförderungen ausführt. Bitte beachten Sie diese Hinweise, sie werden mit der Bestellung der Beförderung oder mit der Inanspruchnahme der Leistung zur Bedingung des zwischen dem Unternehmen und den Fahrgästen sowie anderen Auftraggebern bestehenden Beförderungsvertrages. Der Vertrag zwischen dem Fahrgast und Taxi Ostbayern entsteht in dem Moment der Bestellung des Fahrzeuges und bedarf nicht der schriftlichen Form. Da Krankenförderungen zugunsten gesetzlich Versicherter gemäß §60 SGB V nur ausnahmsweise als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse anzusehen sind, werden sie auch gegenüber gesetzlich Versicherten in der Regel im Rahmen des hiermit vereinbarten Vertrages auf privatrechtlicher Grundlage durchgeführt. Grundsätzlich ist also sowohl der sog. „Privatpatient“ wie der „Kassenpatient“ Vertragspartner des Unternehmens und steht für die Kosten der Beförderung selbst ein. Nur dann, wenn die unten aufgeführten Voraussetzungen für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse erfüllt sind, rechnet das Unternehmen unmittelbar mit der Krankenkasse des Patienten ab.

2. BEGRIFF KRANKENBEFÖRDERUNG – KRANKENFAHRT

- Als **Krankenförderung** werden alle Formen der Beförderung eines Patienten bezeichnet.
- Als **Krankenfahrt** werden alle Beförderungen bezeichnet, die nicht mit einem Krankenkraftwagen ausgeführt werden. Hierzu zählen die Beförderungen mit dem Taxi oder mit einem Mietwagen (auch sogenannte Tragestuhlwagen, Mietliegewagen, Behindertentransportwagen usw. sind Mietwagen). Diese Fahrzeuge sind keine Krankenkraftwagen, verfügen also weder über die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenkraftwagens noch wird der Patient während der Fahrt medizinisch betreut.

3. LEISTUNG ZUGUNSTEN GESETZLICH VERSICHERTER PATIENTEN

- Allgemein Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen haben nur ausnahmsweise Anspruch auf Durchführung der Krankenförderung durch ihre Krankenkasse gem. §60 SGB V in Verbindung mit den Regelungen der Krankentransportrichtlinie. Fahrtkosten, die zur Behandlung von Folgen eines Arbeitsunfalls erforderlich werden, werden von der gesetzlichen Unfallversicherung als ergänzende Leistungen (§26 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII) getragen. Wird die Beförderung aus Anlass von Pflegeleistungen nach dem SGB XI erforderlich, muss der Versicherte die Kosten selbst tragen. Wird die Beförderung aus Anlass einer Rehabilitationsleistung erforderlich, richtet sich der Anspruch des Versicherten auf Erstattung der Fahrtkosten nach § 53 SGB IX. Gesetzlich Versicherte haben auch bei bestehender Leistungspflicht der Krankenkasse dem Unternehmen die Zuzahlung in Höhe von 10 % des Fahrpreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens 10 Euro zu erstatten (§ 61 SGB V), er wird auf die mit der Krankenkasse vereinbarte Vergütung angerechnet und entlastet die Krankenkasse. Die Versicherten haben eine ggf. bestehende Befreiung von der Zuzahlungspflicht durch Ausweis ihrer Krankenkasse zu belegen und dem Unternehmen gegenüber unaufgefordert nachzuweisen. Davon abgesehen ist die Beförderung für den gesetzlich Versicherten kostenfrei, wenn die nachfolgend genannten Bedingungen erfüllt sind:
- Erste Voraussetzung: Der Einsatz muss vertragsärztlich verordnet sein Für alle Beförderungsarten und gleichgültig zu welcher Behandlung gefahren wird, gilt, dass nur dann ein Anspruch gegen die Krankenkassen auf Krankenförderung geltend gemacht werden kann, wenn die Beförderung im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung der gesetzlichen Krankenkasse steht und der Einsatz des Beförderungsmittels aus medizinischen Gründen

zwingend erforderlich ist. Die Verordnung muss vollständig und plausibel ausgefüllt sein. Die vertragsärztlich unterzeichnete Verordnung einer Krankenförderung auf dem Verordnungsblatt sog. „Muster 4“ muss vor der Fahrt ausgestellt werden und dem Unternehmen bei Einsatzbeginn übergeben werden. Fragt die Kasse beim Versicherten nach dem Grund der Beförderung, ist die Krankenkasse an den Arzt, der die Beförderung verordnet hat, zu verweisen. Der Arzt haftet gegenüber der Krankenkasse für die Richtigkeit der Verordnung, er allein ist imstande, die richtige medizinische Begründung für die Verordnung zu geben

- **Zweite Voraussetzung für Einsätze aus Anlass ambulanter Behandlung.** Der Einsatz muss vorab von der Krankenkasse genehmigt worden sein. Wird die Beförderung aus Anlass einer ambulanten Behandlung durchgeführt, ist vor dem Einsatz eine Genehmigung der Kasse für die Beförderung einzuholen und dem Unternehmen mit der Verordnung vor Einsatzbeginn zu übergeben. Dies gilt für Krankenfahrten aus Anlass einer ambulanten Behandlung, jedoch auch für einige Beförderungen aus Anlass stationärer Behandlung (siehe hierzu unten).

Einsätze aus Anlass stationärer Behandlung

Erfolgt die ärztlich verordnete Fahrt aus Anlass einer stationären Behandlung, handelt es sich also um eine Krankenseinweisung oder um eine Krankenseinweisung oder um die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, das anders als das abgebende Krankenhaus für die erforderliche Heilbehandlung eingerichtet ist (Krankenseinweisungsfahrt), sind die Kosten von der Krankenkasse zu bezahlen. Die Verlegung in ein Krankenhaus nur aus dem Grund, näher der eigenen Wohnung behandelt zu werden, bedarf vorab der Genehmigung durch die Krankenkasse. Sogenannte Krankenseinweisungsfahrten dienen zur besseren Versorgung des Patienten in dem behandelnden Krankenhaus, sie sind z. B. erforderlich, um Spezialdiagnosen in Fachkliniken zu ermöglichen oder um die Zweitmeinung eines Konsiliararztes einzuholen. Diese Beförderungen gehen regelmäßig zu Lasten des Krankenhauses, in dem die stationäre Behandlung erbracht wird. Hierauf ist in der Verordnung des Krankentransports ausdrücklich hinzuweisen. Das Unternehmen ist darauf angewiesen, dass die ärztliche Verordnung eine Begründung des Beförderungsmittels enthält. Wird die Verordnung nur mit Angabe von Diagnoseschlüsseln begründet, geht das Unternehmen davon aus, dass die gesetzliche Krankenkasse die Kosten trägt. Verweigert die Krankenkasse die Zahlung aus Gründen, die aus der Verordnung nicht erkennbar sind, haftet der Patient für die Kosten.

- **Dritte Voraussetzung: Quittierung**

Nach Durchführung des Einsatzes ist dies auf der Rückseite der Verordnung vom Versicherten zu quittieren. Ist der Versicherte hierzu nicht imstande, ist seine Quittung durch die Bestätigung eines Mitarbeiters des Unternehmens oder der behandelnden Einrichtung zu ersetzen, die die Beförderung veranlasst hat oder zu der der Versicherte befördert worden ist. Diese ersatzweise Quittung ist mit „i. A.“ zu kennzeichnen.

4. KOSTENPFLICHT

Die gesetzliche Krankenkasse steht nur ausnahmsweise für die Beförderungskosten aus Anlass von Heilbehandlungen ein. Daraus folgt, dass grundsätzlich der beförderte Patient haftet. Bitte informieren Sie sich deshalb rechtzeitig vor dem Einsatz darüber, wie hoch die Einsatzkosten sind, wer die Kosten trägt und was von Ihnen zu unternehmen ist, damit der Patient kostenfrei bleibt. Hierbei helfen wir Ihnen gern!

5. FÄLLIGKEIT, VERZUGSZINSEN, VERZUGSFOLGEN

- **Vergütung**

Die Vergütung für die durchgeführte Leistung wird mit Erreichen des Fahrzieles und Vorlage der Rechnung fällig.

- **Zahlung und Verzug**

Die Zahlung ist sofort bar, spätestens jedoch binnen 30 Tagen nach Vorlage der Rechnung zu leisten. Das Vorlagedatum entspricht dem Rechnungsdatum zuzüglich drei Werktagen für die Zustellung der Rechnung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach dieser Frist Verzug ohne Mahnung eintritt. Mahnkosten in Höhe von bis zu 5,00 € pro Mahnung, Verzugszinsen in Höhe von mindestens 5 Prozentpunkten über dem Basiszins, Inkassokosten und Rechtsanwaltskosten sowie weitere Kosten des gerichtlichen Verfahrens gehen zu Lasten des Schuldners.

- **ABRECHNUNG NACH ABTRETUNG DURCH DEN UNTERNEHMER**

Dem Fahrgast wird im Einzelfall angeboten, die Abrechnung durch Abtretung seines Anspruches gegen die gesetzliche Krankenkasse gem. § 13 Abs. 3 SGB V, gegen eine Privatkrankenkasse oder gegen andere Kostenträger an den Unternehmer zu erleichtern. Auf Nachfrage stellt der Unternehmer eine vorformulierte Abtretungserklärung bereit. Eine Befreiung von der Kostenpflicht tritt hierdurch regelmäßig nicht ein, es sei denn, anderes ist schriftlich vereinbart.

6. HAFTUNG

Für Sachschäden haftet der Unternehmer bis zu einem Wert von 1.000 €. Die Haftung für grob fahrlässige oder vorsätzliche Schädigungen ist unbeschränkt.