

Fahrkosten

Normen

§ 60 SGB V

Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransport-Richtlinien vom 22.01.2004) , zuletzt geändert am 17.09.2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 30.09.2020 B2, in Kraft getreten am 01.10.2020)

Kurzinfo

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für von Vertragsärzten verordnete Fahrten einschließlich der Krankentransporte, wenn sie im Zusammenhang mit bestimmten Leistungen der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind (§ 60 Abs. 1 SGB V). Die Krankentransport-Richtlinien regeln ab 27.05.2017 auch die Verordnung von Krankbeförderungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die Krankenkassen übernehmen Fahrkosten im Zusammenhang

- mit stationären Behandlungen,
- für Rettungsfahrten,
- für Krankentransporte und
- für Fahrten zu ambulanten Behandlungen, die eine stationäre Behandlung ersetzen.

Andere Fahrten zu ambulanten Behandlungen werden nur in besonderen Ausnahmefällen übernommen. Außerdem werden Reisekosten im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gezahlt. Die Kostenübernahme erfolgt in Höhe der Vertragsätze oder in Höhe der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel. Auch eine Kilometerpauschale für Fahrten mit dem eigenen PKW kommt in Betracht.

Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

Man unterscheidet zwischen:

- Rettungsfahrten mit Rettungswagen (RTW), Notarztwagen (NAW), Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) und Rettungshubschraubern (RTH) - § 5 KrTRL ,
- Krankentransporten mit Krankentransportwagen (KTW) - § 6 KrTRL und
- Krankenfahrten mit Taxi, Mietwagen, anderen öffentlichen Verkehrsmitteln oder eigenem Pkw - § 7 KrTRL .

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten, **abzüglich** eines Eigenanteils von **10 %** der Kosten, **mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR**, je einfache Fahrt,

- bei stationärer **Krankenhausbehandlung**,
- bei einer **Verlegungsfahrt** in ein anderes Krankenhaus nur dann, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder wenn mit Einwilligung der Krankenkasse die Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus erfolgt,
- bei **Rettungsfahrten** zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- bei Fahrten, die aus medizinischen Gründen nur mit einem Krankenwagen erfolgen können (**Krankentransport**).

Die Fahrten von Versicherten zu einer **ambulanten Behandlung** (außer die o.g. Krankentransporte) werden nach Abzug der Zuzahlung von 10,00 EUR nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien festgelegt hat, von der Krankenkasse übernommen. Dazu gehören Fahrten zur Dialysebehandlung oder zur onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapie. Auch Fahrten zur vor- und nachstationären Behandlung werden übernommen, wenn dadurch

eine an sich gebotene stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist. In diesen Fällen ist die Zuzahlung nur für die erste Hinfahrt der vorstationären und die letzte Rückfahrt der nachstationären Behandlung zu leisten (vgl. Besprechungsergebnisse der Spitzenverbände vom 03.06.1993 und vom 23./24.10. 2007).

Wirtschaftlichkeitsgebot

Welches Transportmittel vom Arzt verordnet wird, richtet sich nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot, letztlich also nach der medizinischen Notwendigkeit, § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V . Medizinisch erforderlich ist grundsätzlich nur der Transport des Versicherten von seinem Aufenthaltsort zum Behandlungsort und nach Abschluss der Behandlung zu seiner Wohnung.

Verordnung

Für die Verordnung einer Krankbeförderungsleistung hat der Vertragsarzt

- die Notwendigkeit der Beförderung zu prüfen und
- das erforderliche Transportmittel anzugeben.

Die Verordnung ist auf dem vereinbarten Vordruck auszustellen. Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann er sie nachträglich verordnen. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.

Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich. Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse zu verweisen.

Fahrten zu MDK-Untersuchungen

Fahrkosten, die aus Veranlassung der Krankenkasse entstehen, z.B. Untersuchung beim MDK, werden von der Krankenkasse ohne Zuzahlung erstattet (§ 65a SGB I).

Information

Inhaltsübersicht

1. Grundsätzliches
2. Fahrkosten zur stationären Behandlung
3. Verlegungsfahrten
4. Verlegungsfahrten vom Krankenhaus zur medizinischen Rehabilitation
5. Fahrten zu ambulanten Behandlungsmaßnahmen
6. Zuzahlungen
7. Eigenbeteiligungen zu den Fahrkosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 40, 41 SGB V)
8. Höhe der anzuerkennenden Fahrkosten
9. Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs
10. Notwendigkeit einer Verordnung von Rettungsfahrten
11. Terminservicestelle

1. Grundsätzliches

Die Rangfolge der in Anspruch zu nehmenden Transportmittel richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Entsprechend ist auch die Höhe der jeweils anzuerkennenden Aufwendungen gesetzlich festgelegt (§ 60 Abs. 3 SGB V).

Grundsätzlich sind öffentliche Verkehrsmittel in Anspruch zu nehmen. Als notwendig werden die Kosten angesehen, die bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden, die geringsten Kosten verursachenden Verkehrsmittels unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisvergünstigungen sowie der günstigsten Verkehrsverbindungen entstehen. Bei Fahrten mit der Deutschen Bahn wird der Fahrpreis der 1. Klasse nur übernommen, wenn wegen Art und Schwere der Behinderung die Benutzung der 2. Klasse nicht zumutbar ist.

Die Kosten für die Benutzung eines Taxis oder eines Mietwagens sind anzuerkennen, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel aus medizinischen Gründen nicht in Anspruch genommen werden kann oder wenn keine öffentlichen Verkehrsmittel vorhanden sind.

Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen oder einem Rettungsfahrzeug sind zu übernehmen, wenn auch ein Taxi oder ein Mietwagen aus medizinischen Gründen nicht benutzt werden kann und die Notwendigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist.

Die Verordnung für die jeweilige Fahrt soll der Arzt vor der Beförderung ausstellen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann der Arzt die Fahrt nachträglich verordnen.

§ 60 Abs. 1 SGB V stellt auf die medizinische Notwendigkeit der im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Krankenkassenleistung nach § 60 Abs. 2 SGB V erforderlichen Fahrt ab. Der behandelnde Arzt hat zu entscheiden, ob und inwieweit **zwingende medizinische Gründe** für eine Fahrt und ggf. mit welchem Verkehrsmittel vorliegen. Die Krankenkasse kann dies ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung überprüfen lassen. Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann der Arzt nachträglich verordnen.

Zwingende medizinische Gründe können sich grundsätzlich nur aus der Natur der Erkrankung ergeben. So ist z.B. die Fahrt mit einem Taxi zur vollstationären Behandlung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, wenn diese durch die Mitnahme von Gepäck bedingt ist. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen sind aus medizinischer Sicht ebenfalls nicht zwingend und somit keine Kassenleistung (vgl. § 8 Abs. 4 Krankentransport-Richtlinien).

2. Fahrkosten zur stationären Behandlung

Die Fahrkosten im Zusammenhang mit einer voll- oder teilstationären Leistung der Krankenkasse (Krankenhausbehandlung bzw. stationäre Entbindung) werden übernommen.

Der Versicherte hat pro Hin- und Rückfahrt einen Eigenanteil i.H.v. 10 % der anerkannten Kosten, mindestens jedoch 5,00 EUR und maximal 10,00 EUR, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten, zu leisten (§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V). Auch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen diese Zuzahlung leisten. Hin- und Rückfahrt gelten als getrennte Fahrten, d.h., die Zuzahlung des Versicherten ist sowohl bei der Aufnahme in das Krankenhaus als auch bei der Entlassung zu entrichten.

Bei teilstationärer Behandlung ist eine Zuzahlung zu den Fahrkosten nur bei der Aufnahme und der Entlassung zu leisten. Während der Dauer der teilstationären Behandlung durch tägliche Hin- und Rückfahrten entstehende Fahrkosten sind von der Krankenkasse in voller Höhe zu übernehmen.

Eigenblutspenden

Die Spende und Konservierung von Eigenblut vor geplanten Operationen gehört zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, die mit der mit dem Krankenhaus vereinbarten Vergütung abgegolten ist.

Fahrkosten, die in diesem Zusammenhang entstehen, sind i.R.d. § 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zu übernehmen. Die in § 115a Abs. 2 Satz 1 SGB V vorgeschriebene Befristung der vorstationären Behandlung ist im Hinblick

auf die Fahrkostenerstattungen nach § 60 SGB V unerheblich. Die Eigenbeteiligung der Versicherten ist in diesen Fällen jeweils auf die erste und letzte Fahrt der gesamten vor-, voll- und nachstationären Behandlung beschränkt (vgl. Besprechungsergebnis der Krankenkassen-Spitzenverbände vom 16.12.1993).

Ort der weiteren Pflege

Bedarf ein Versicherter bei seiner Entlassung aus dem Krankenhaus einer weiteren pflegerischen Betreuung und begibt er sich an einen anderen Ort, weil er diese Betreuung in seiner Wohnung nicht erhalten kann, so hat die Krankenkasse auch den dadurch entstehenden Mehraufwand an Fahrkosten zu tragen, es sei denn, dass dieser Ort unverhältnismäßig weit vom Wohnort des Versicherten entfernt liegt.

Stationäre Hospizversorgung

Bei Leistungen der stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V handelt es sich um Leistungen, die i.S.d. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V stationär erbracht werden. Insoweit besteht bei der Aufnahme in ein stationäres Hospiz oder Entlassung aus einem stationären Hospiz ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach § 60 SGB V (vgl. Besprechungsergebnis der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen vom 22./23.03.2010).

3. Verlegungsfahrten

Verlegungsfahrten zwischen Krankenhäusern zahlt die Krankenkasse nur noch dann, wenn sie ausschließlich aus zwingenden medizinischen Gründen geboten sind. Dadurch werden die Fälle ausgeschlossen, in denen die beteiligten Krankenhäuser aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen der Zusammenarbeit eine Verlegung für erforderlich halten und veranlassen. Zwingende medizinische Gründe liegen z.B. dann vor, wenn eine Verlegung nach einer Notfallaufnahme geboten ist, weil das erstaufnehmende Krankenhaus z.B. aufgrund seiner apparativen Ausstattung und/oder fachlichen Ausrichtung die medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung nicht sicherstellen kann.

Bei Verlegungsfahrten in ein wohnortnahes Krankenhaus sind die Kosten weiterhin nur dann von der Krankenkasse zu übernehmen, wenn die Krankenkasse der Verlegung ausdrücklich zugestimmt hat.

4. Verlegungsfahrten vom Krankenhaus zur medizinischen Rehabilitation

Im Gegensatz zu Aufnahme- und Entlassungsfahrten zu einer stationären Krankenhausbehandlung hat der Versicherte für Fahrten im Zusammenhang mit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 53 SGB IX keine Eigenbeteiligung zu tragen.

Bei Verlegungsfahrten vom Krankenhaus zur medizinischen Rehabilitation stellt sich die Frage, welche der Regelungen vorrangig ist, da es sich hierbei sowohl um Entlassungsfahrten aus dem Krankenhaus als auch um Einweisungsfahrten zur medizinischen Rehabilitationsmaßnahme handelt.

Die Krankenkassen-Spitzenverbände sind der Auffassung, dass bei Verlegungsfahrten vom Krankenhaus zur Rehabilitationseinrichtung vom Versicherten kein Eigenanteil nach § 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 53 SGB IX zu leisten ist. Erfolgt allerdings zunächst eine Entlassung aus der Krankenhausbehandlung nach Hause, ist für die Fahrt vom Krankenhaus zur Wohnung der Eigenanteil nach § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V zu entrichten.

5. Fahrten zu ambulanten Behandlungsmaßnahmen

Ambulante Fahrten sind von den Krankenkassen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V nur zu bezahlen, wenn Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport). Dies ist z.B. bei Fahrten mit einem Krankenwagen der Fall.

Nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 8 der Krankentransport-Richtlinien ist Voraussetzung für eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten mit Taxi, Mietwagen, anderen öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem eigenen Pkw zur ambulanten Behandlung u.a., dass der Patient

- mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine **hohe Behandlungsfrequenz** über einen **längeren Zeitraum** aufweist (§ 8 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinien) und
- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist, oder
- von einer den Inhabern eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (blind) oder "H" (hilflos) oder einen Einstufungsbescheid gem. SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen.

Die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht hat sich mit Besprechungsergebnis vom 26./27.09.2017 mit der Frage beschäftigt, was unter "dauerhafter Mobilitätseinschränkung" zu verstehen ist. Die Besprechungsteilnehmer vertreten die Auffassung, dass bei Versicherten mit einem Pflegegrad 3 eine Mobilitätsbeeinträchtigung i.S.d. § 8 Abs. 3 Satz 1 KT-RL vorliegt, sofern sie aufgrund der Schwere ihrer körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen so sehr in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, dass sie grundsätzlich nicht eigenständig (z.B. mit ÖVM oder PKW) zur ambulanten Behandlung fahren können, sondern insoweit einer Unterstützung (z.B. Transport im Taxi) bedürfen.

Aufgrund der Vielzahl von kognitiven, psychischen oder somatischen Erkrankungen und Schädigungen, ihrer verschiedenen Schweregrade sowie der sich daraus ergebenden unterschiedlichsten Auswirkungen auf die Mobilität ist die Mobilitätsbeeinträchtigung durch den Vertragsarzt im Einzelfall zu bewerten. Bei seiner Beurteilung kann sich der Vertragsarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z.B. Merkzeichen "G" im Schwerbehindertenausweis).

Liegt bei einem Versicherten neben dem Pflegegrad 3 (schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) zusätzlich das Merkzeichen "G" (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) vor, ist regelmäßig davon auszugehen, dass die vorliegenden Erkrankungen und Schädigungen so schwerwiegend sind, dass die Mobilität des Versicherten dauerhaft im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 KT-RL beeinträchtigt ist. Eine weitere Einzelfallprüfung durch den Vertragsarzt ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

Mobilitätsbeeinträchtigungen sind dauerhaft, wenn die Mobilität auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, eingeschränkt ist. Dies entspricht den Vorgaben des § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB XI bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bei der Feststellung einer Behinderung.

Die vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung nach § 8 Abs. 3 Satz 3 KT-RL liegt weiterhin vor, wenn die Beeinträchtigung der Mobilität mit einem der in § 8 Abs. 3 Satz 1 KT-RL genannten Kriterien vergleichbar ist und Versicherte einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum (mindestens sechs Monate) bedürfen.

Die Besprechungsteilnehmer sprechen sich einvernehmlich dafür aus, dass entsprechende Aussagen bei nächster Gelegenheit in die Vordruckerläuterungen zum Verordnungsvordruck "Verordnung einer Krankenförderung" (Muster 4) aufgenommen werden sollten. Der GKV-Spitzenverband wird dies zu gegebener Zeit in die diesbezügliche Beratung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einbringen.

Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie-Patienten

Die Voraussetzungen für eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten mit Taxi, Mietwagen, anderen öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem eigenen Pkw zur ambulanten Behandlung sind bei einer Dialysebehandlung oder bei einer onkologischen Strahlentherapie oder einer onkologischen Chemotherapie immer erfüllt, sodass in diesen Fällen die Fahrkosten durch die Krankenkasse - abzüglich des jeweiligen Eigenanteils - zu übernehmen sind. Nach § 8 Abs. 2 letzter Satz der Krankentransport-Richtlinien ist diese Liste ausdrücklich nicht als abschließend bezeichnet, sodass die Krankenkassen darüber hinaus die Gegebenheiten des jeweiligen Einzelfalles zu prüfen haben.

Beispiel:

Sachverhalt:

Frau T. ist seit einigen Wochen Dialysepatientin. Sie wird in Abständen von drei Tagen im Ambulanten Dialysezentrum therapiert. Die Fahrten dorthin legt sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurück (Kosten je 9,00 EUR), die Rückfahrten erfolgen mit einem Taxi (Kosten je 52,00 EUR).

Beurteilung:

	Hinfahrt(en)	Rückfahrt(en)
Entstandene Fahrkosten/Wegstreckenentschädigung	9,00 EUR	52,00 EUR
Für die Kostenübernahme anzuerkennende Fahrkosten	9,00 EUR (je Fahrt)	52,00 EUR (je Fahrt)
Von der Krankenkasse zu übernehmende Fahrkosten	4,00 EUR	46,80 EUR

Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

Die Krankenkassen-Spitzenverbände haben mit dem Besprechungsergebnis vom 28./29.07.2004 empfohlen, dann von einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum i.S.d. § 8 Abs. 2 der Krankentransport-Richtlinien (KrTRL) auszugehen, wenn eine **mindestens zweimal** wöchentliche Behandlung über mindestens sechs Monate und im Falle des § 8 Abs. 3 der KrTRL (längerer Zeitraum) eine Behandlungsdauer von mindestens sechs Monaten vorliegt.

§ 60 Abs. 1 SGB V sieht ausdrücklich vor, dass Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung von der Krankenkasse zu übernehmen sind. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. Dauer und Umfang (z.B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt (vgl. § 9 der Krankentransport-Richtlinien). Bei nicht planbaren Krankentransporten zur ambulanten Behandlung und Fahrten mit einem Taxi/Mietwagen in Ausnahmefällen für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nach § 8 der Krankentransport-Richtlinien kann die erforderliche Genehmigung im Einzelfall auch nachträglich eingeholt werden. Dies dürften nach Auffassung der Krankenkassen-Spitzenverbände in der Regel nur Fahrten von mobilitätseingeschränkten Personen i.S.d. § 8 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinien sein.

Das BSG hatte am 28.07.2008 - B 1 KR 27/07 R über einen Fall zu urteilen, in dem die Krankenkasse die Fahrkostenübernahme einer einmal wöchentlich über einen nicht absehbaren Zeitraum stattfindenden Behandlung abgelehnt hatte. In der Urteilsbegründung wird ausgeführt, dass der Begriff "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" i.S.v. § 8 Abs. 2 KrTRL danach zu bestimmen sei, ob die Behandlung, zu deren Ermöglichung die Fahrten durchgeführt werden sollen, mit den in Anlage 2 der KrTRL genannten anderen Behandlungsformen von ihrem zeitlichen Ausmaß her wertungsmäßig vergleichbar ist; dabei sei die Häufigkeit einerseits und die Gesamtdauer andererseits gemeinsam zu den Regelbeispielen in Beziehung zu setzen. Für die Behandlungshäufigkeit könne eine durchgehende Therapiedichte von **mindestens zweimal pro Woche nicht allgemein gefordert werden**, da weder Gesetz noch KrTRL eine solche explizite Forderung enthalte.

Entgegen der BSG-Auffassung haben die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit Besprechungsergebnis vom 16./17.03.2009 jedoch die mit dem Besprechungsergebnis vom 28./29.07.2004 vorgenommenen Konkretisierungen der Begriffe "hohe Behandlungsfrequenz" und "längerer Zeitraum" bestätigt. Sie empfehlen nach wie vor, grundsätzlich im Falle des § 8 Abs. 2 der KrTRL von einer mindestens zweimal wöchentlichen Behandlung über mindestens sechs Monate und im Falle des § 8 Abs. 3 der KrTRL von einer Behandlungsdauer von mindestens sechs Monaten auszugehen.

Mit Blick auf das Urteil des BSG vom 28.07.2008 - B 1 KR 27/07 R sind aber auch von diesen Empfehlungen abweichende Sachverhalte denkbar, bei denen z.B.

- infolge eines nicht absehbaren Behandlungszeitraumes eine geringere als zweimal wöchentliche Behandlungsfrequenz oder
- aufgrund einer höheren als zweimal wöchentlichen Behandlungsfrequenz ein kürzerer Zeitraum als sechs Monate

einen § 8 Abs. 2 KrTRL vergleichbaren Ausnahmefall darstellt, welcher eine Kostenübernahme im Einzelfall rechtfertigt. In Zweifelsfällen sollte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet werden.

Nachträgliche Genehmigung für Fahrten zur ambulanten Behandlung

Bei nicht planbaren Krankentransporten zur ambulanten Behandlung und Krankenfahrten mit einem Taxi/Mietwagen in Fällen des § 8 Krankentransport-Richtlinien kann die nach den Krankentransport-Richtlinien erforderliche Genehmigung im Einzelfall auch nachträglich eingeholt werden. Zur Erleichterung des verwaltungspraktischen Ablaufs sollte die Krankenkasse im Übrigen überlegen, ob sie Versicherten mit einem Schwerbehindertenausweis mit einem relevanten Merkzeichen oder Versicherten ab Pflegegrad 3 einen generellen "Genehmigungsausweis" ausstellt. Damit könnte signalisiert werden, dass bei einer vom Arzt für medizinisch notwendig gehaltenen und somit verordneten Fahrt mit einem Taxi oder Mietwagen die vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse als erteilt gilt.

6. Zuzahlungen

Die Höhe der Zuzahlung zu Fahrkosten beträgt 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Eine Zuzahlungsverpflichtung besteht auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Zuzahlung ist grundsätzlich je Fahrt zu entrichten. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen kann es bei Fahrten zu Behandlungen i.S.d. § 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V, durch die die stationären Krankenhausbehandlungen vermieden oder verkürzt werden, bei einer Zuzahlung für die erste und letzte Fahrt verbleiben (vgl. Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 23.10.1997).

Bei Fahrten zu einer Dialysebehandlung bei einer onkologischen Strahlentherapie oder einer onkologischen Chemotherapie fehlt es auch bei Behandlungsserien an der "krankenhausersetzenden" Gesamtsituation, sodass für jede Einzelfahrt Zuzahlungen zu leisten sind (GR v. 26.11.2003, zu § 60 SGB V, 4 Abs. 3 Satz 2, BE vom 11./12.05.2004).

Eine Zuzahlung ist im Übrigen nach wie vor nicht bei einer Fahrt zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu entrichten.

7. Eigenbeteiligungen zu den Fahrkosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 40, 41 SGB V)

Informationen hierzu erhalten Sie im Stichwort Reisekosten - SGB IX.

Als Fahrkosten werden die jeweils **günstigsten Fahrpreise** aller Verkehrsmittel anerkannt. Nach § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V ist Versicherten, die ein privates Kraftfahrzeug benutzen, als Fahrkosten i.S.d. § 60 SGB V für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des Reisekostengesetzes festgesetzte Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung zu erstatten, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme eines ansonsten notwendigen öffentlichen Verkehrsmittels, Taxis, Mietwagens, Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeuges entstanden wären.

Für Fahrkosten von Rettungsdiensten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung von den Versicherten ein.

Infolge eines Urteils des Bundessozialgerichts ist - entgegen der Aussagen im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften GRG vom 09.12.1988 - die Zuzahlung bei allen Krankentransporten durch den Leistungserbringer vom Versicherten einzuziehen. Lediglich bei Rettungsfahrten, die bei der

Notruf-Leitstelle angefordert worden sind oder bei dieser nach den einschlägigen Rettungsdienstvorschriften gemeldet und registriert werden müssen, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung vom Versicherten ein. Dies gilt unabhängig davon, ob die jeweilige Fahrt von einer Hilfsorganisation oder einem sonstigen Transportunternehmen mit Genehmigung zur Durchführung von Rettungsfahrten ausgeführt wurde (vgl. BSG, 16.04.1998 - B 3 KR 14/96 R, BSG, 18.02.1997 - 1 RK 16/96 und BSG, 18.02.1997 - 1 RK 23/96).

Als Leistung aus der **Pflegeversicherung** kann die Pflegekasse die Fahrkosten zu Einrichtungen bezahlen, in denen der Pflegebedürftige teilstationäre Pflege erhält (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Die Kosten eines Rücktransports bei einer Erkrankung im Ausland sind von der Übernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen (§ 60 Abs. 4 SGB V).

8. Höhe der anzuerkennenden Fahrkosten

Die Rangfolge der benötigten Transportmittel richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Deshalb ist auch die Höhe der jeweils anzuerkennenden Aufwendungen gesetzlich festgelegt (§ 60 Abs. 3 SGB V). Grundsätzlich sind öffentliche Verkehrsmittel in Anspruch zu nehmen. Kommen mehrere Möglichkeiten in Betracht, hat die Beförderung mit dem kostengünstigsten Beförderungsmittel zu erfolgen. Als notwendig werden die Kosten angesehen, die bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden, die geringsten Kosten verursachenden Verkehrsmittels unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisvergünstigungen sowie der günstigsten Verkehrsverbindungen entstehen. Bei Fahrten mit der Deutschen Bahn wird der Fahrpreis der 1. Klasse nur übernommen, wenn wegen Art und Schwere der Behinderung die Benutzung der 2. Klasse nicht zumutbar ist. Die Kosten für die Benutzung eines Taxis oder eines Mietwagens sind anzuerkennen, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel aus medizinischen Gründen nicht in Anspruch genommen werden kann oder wenn keine öffentlichen Verkehrsmittel vorhanden sind.

Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen oder einem Rettungsfahrzeug sind zu übernehmen, wenn auch ein Taxi oder ein Mietwagen aus medizinischen Gründen nicht benutzt werden kann und die Notwendigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist. Es werden die nach § 133 SGB V vereinbarten Preise bezahlt, Entsprechendes gilt für Kranken- und Rettungsfahrzeuge (§ 60 Abs. 3 Nr. 2, Nr. 3 SGB V, GR v. 09.12.1988 zu § 60 SGB V, § 7 KrTRL).

9. Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs

Nach § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V wird bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) festgesetzte Höchstbetrag als Fahrkosten anerkannt. Das BRKG sieht in § 5 eine differenzierte Betrachtung der Kilometer-Sätze vor. Es stellt sich die Frage, welcher Satz bei Anwendung des § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V in Betracht kommt.

Bei einer Pkw-Nutzung ist die Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 BRKG i.H.v. 0,20 EUR je Kilometer bei Anwendung des § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V maßgebend.

§ 60 SGB V sieht die vollständige Übernahme von Kosten durch die Krankenkasse für aus zwingenden medizinischen Gründen im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse erfolgende Fahrten vor und beschränkt den vom Versicherten zu tragenden Anteil an den Fahrkosten auf eine Zuzahlung bzw. lässt dem Versicherten darüber hinaus lediglich dann eine finanzielle Belastung entstehen, sofern durch die Inanspruchnahme eines anderen als aus zwingenden medizinischen Gründen notwendigen Beförderungsmittels Kosten entstehen, die nicht als Fahrkosten gem. § 60 Abs. 3 SGB V anerkannt sind. Die Krankenkassen-Spitzenverbände sind der Auffassung, dass der in § 5 Abs. 1 BRKG für die Wegstreckenentschädigung bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges vorgesehene Höchstbetrag von 130,00 EUR bzw. 150,00 EUR nicht auf die Regelung zur Übernahme von Fahrkosten durch die Krankenkasse nach § 60 SGB V übertragbar ist. Dies gilt konsequenterweise auch dann, wenn die Fahrt mit dem öffentlichen Verkehrsmittel möglich ist, der Versicherte jedoch ein privates Kraftfahrzeug benutzt hat und die Aufwendungen hierfür geringer - jedoch über 130,00 EUR bzw. 150,00 EUR - ausfallen als bei einem öffentlichen Verkehrsmittel.

10. Notwendigkeit einer Verordnung von Rettungsfahrten

Die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht hat mit Besprechungsergebnis vom 19./20.03.2019 einvernehmlich die Auffassung vertreten, weiterhin an dem Besprechungsergebnis vom 20./21.12.2010 festzuhalten. Auch nach Einführung des geänderten Musters 4 im vertragsärztlichen Bereich kann weiterhin bei Notärzten, die die ärztliche Notfallleistung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. als Vertragsärzte erbringen, aufgrund der Vorgaben der Erläuterungen der Vordruckvereinbarungen unter Ziffer 3, wonach die Weitergabe der Vordrucke durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder von sonst autorisierten Stellen an Nichtvertragsärzte und andere Personen sowie deren Verwendung in der Privatpraxis unstatthaft sind, nicht davon ausgegangen werden, dass das Muster 4 zur Verordnung bzw. als Nachweis für die Notwendigkeit einer Krankenförderung im Bereich von Rettungsfahrten regelhaft zur Verfügung steht. Die Fachkonferenz vertritt daher weiterhin die Auffassung, dass die Krankenkassen in diesen Fällen von den Notärzten nicht verlangen können, die Notwendigkeit einer Krankenförderung zwingend auf dem Muster 4 nachzuweisen. Ergibt sich die Notwendigkeit der Beförderung (Rettungsfahrt) aus anderen Nachweisen, die ggf. auch erst im Rahmen der Abrechnung der entstandenen Fahrkosten vorliegen, ist dies als ausreichend anzusehen, sofern die notwendigen Daten zur Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen im Sinne der Anlage 1 der KT-RL enthalten sind. Insofern akzeptieren die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung von Rettungsfahrten auch andere Nachweise als Urbeleg. Darüber hinaus sprechen sich die Besprechungsteilnehmer/-innen dafür aus, über weitergehende Fragen zur Umsetzung im Rahmen einer Arbeitsgruppe zu beraten, um zu prüfen, ob und inwiefern zukünftig ein möglichst einheitliches Verfahren bei der Abrechnung von Rettungsfahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ermöglicht werden kann.

11. Terminservicestelle

Die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht hat am 18./19.06.2019 einvernehmlich die Auffassung vertreten, dass der Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach § 60 SGB V im Verbindung mit § 3 Abs. 2 KT-RL bis zum räumlich nächst erreichbaren geeigneten Behandler besteht. Sofern Versicherte ohne Vorliegen eines zwingenden (medizinischen) Grundes einen räumlich weiter entfernt liegenden Behandler in Anspruch nehmen, haben sie daher ggf. entstehende Mehrkosten selbst zu tragen (vgl. § 76 Abs. 2 SGB V).

Erfolgt die Vermittlung eines Behandlungstermins zu einem Vertragsarzt über eine Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a SGB V und handelt es sich dabei nicht um eine verschiebbare Untersuchung im Sinne des § 4 Abs. 3 und Abs. 4 Anlage 28 BMV-Ä (Stand: 01.04.2017), ist bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen für die Übernahme der Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen nach § 60 SGB V davon auszugehen, dass es sich bei dem vermittelten Behandler um den nächst erreichbaren geeigneten Behandler handelt. Insofern sind die Fahrkosten durch die Krankenkasse bis zu diesem Behandler zu übernehmen.

Damit entsprechende Fälle für Krankenkassen bei der Prüfung der Genehmigung von verordneten Krankenförderungen bzw. im Rahmen der Abrechnung besser erkennbar sind, sprechen sich die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer dafür aus, dass ein Hinweis auf die Terminvergabe über eine Terminservicestelle – sofern zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung bekannt – im Feld "4. Begründung/Sonstiges" (z.B. Vermittlung durch Terminservicestelle, TSS) erfolgen soll. Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, im Rahmen der fachlichen Abstimmungen zur Änderung des Musters 4 einen Vorschlag zur Erweiterung der Vordruckerläuterungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu übermitteln.