

# Fahrkosten - Besonderheiten

---

## 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 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.

Für die Leistungserbringung bei von Vertragsärzten verordneten Fahrkosten ist die Krankenkasse zuständig, bei der zum Zeitpunkt der Fahrt eine Versicherung besteht. Man unterscheidet zwischen Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten. Die Krankentransport-Richtlinien regeln auch die Verordnung von Krankenförderungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. Liegt ein solcher zwingender medizinischer Grund nicht vor, z.B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, ist die Verordnung unzulässig.

Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei

- Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden ( § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V ),
- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gem. § 115a SGB V , wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
- Fahrten zu einer ambulanten Operation gem. § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung.

Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

## Regelung durch das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Gemäß § 27 Abs. 1a Satz 5 und 6 SGB V kann die Erstattung der im Zusammenhang mit einer Spende von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen i.S.d. § 9 Transfusionsgesetz erforderlichen Fahrkosten der Spender einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden.

Hierdurch wird der Abschluss von Vereinbarungen ermöglicht, welche eine bestmögliche Wahrung der Anonymität der Spender und gleichzeitig möglichst verwaltungseinfache Umsetzung der Verfahren sicherstellen.

## Information

### Inhaltsübersicht

1. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel
2. Kombinierte Krankenhausbehandlung
3. Fahrkosten nach allogener Stammzelltransplantation (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 115a Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V)
4. Notarztpauschale bei Transportkosten (KV/UV)
5. Fahrten zur ambulanten Behandlung
6. Zuzahlungen bei Fahrkosten zur ambulanten Behandlung in den in den Richtlinien beschriebenen besonderen Ausnahmefällen
7. Fahrkosten bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen
8. Verlegungs- und Verbringungsfahrten
9. Ort der weiteren Pflege
10. Notwendige Bescheinigungen bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder des privaten Pkw
11. Sonstige Einzelfragen
  - 11.1 Auswahl des Beförderungsmittels
  - 11.2 Fahrten mit Krankentransportwagen
  - 11.3 Fahrten zu vor- bzw. nachbereitenden Untersuchungen
  - 11.4 Nachträgliche Genehmigung für Fahrten zur ambulanten Behandlung
  - 11.5 Fahrkosten zu Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen und -organisationen
  - 11.6 Eigenbluttransporte ("Bluttaxi")
  - 11.7 Entlassungsfahrten aus dem Krankenhaus in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung
12. Notwendigkeit einer Verordnung von Rettungsfahrten
13. Terminservicestelle
14. Neuer Verordnungsvordruck 4 für die Verordnung einer Krankenförderung ab 01.07.2020 (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2020/447vom 15.06.2020)

#### 1. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel

Das Bundessozialgericht hat am 20.11.2001 mit zwei Urteilen ( - B 1 KR 31/99 R und - B 1 KR 26/00 R ) zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel klargestellt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls (ärztliche Verordnung einer Leistung), sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt.

Zuständig für die Leistungserbringung ist die Krankenkasse, bei der am Tag der Fahrt die Versicherung besteht. Insofern erfolgt bezüglich der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel keine Kopplung an die der Fahrt zugrunde liegende Leistung der Krankenkasse. Hierdurch werden Unsicherheiten hinsichtlich der Feststellung der leistungspflichtigen Krankenkasse beispielsweise bei Fahrten zur Aufnahme in eine stationäre Behandlung vermieden, da nicht abgewartet werden muss, an welchem Tag die Hauptleistung i.S.d. Bundespflegesatzverordnung als Kriterium für die Leistungsabgrenzung bei Fallpauschalfällen erbracht wurde (vgl. Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 i.d.F. vom 22.09.2008 ).

#### 2. Kombinierte Krankenhausbehandlung

Sind die Fahrkosten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V für eine kombinierte vor-, voll- und nachstationäre Krankenhausbehandlung zu übernehmen, ist die Eigenbeteiligung an den Fahrkosten jeweils auf die erste und letzte Fahrt der gesamten Krankenhausbehandlung beschränkt. Dies gilt analog bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in dem jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer verordneten Chemo- oder Strahlentherapieserie.

Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen ist eine Übernahme von Fahrkosten bei ambulanten Behandlungen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Vermeidung bzw. Verkürzung einer stationären Behandlung nur in folgenden Fällen möglich:

1. Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V

Bei Organübertragungen nach § 9 Transplantationsgesetz ( TPG ) darf die nachstationäre Behandlung drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Diese Frist kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Die in § 115a Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Kontrolluntersuchungen sind nicht Bestandteile der nachstationären Behandlungen. Solche Kontrolluntersuchungen können nur i.R.d. Härtefallregelung zu einer Übernahme der Fahrkosten führen. Die vorgenannten Regelungen gelten hinsichtlich der Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG entsprechend. Die dem Organspender ggf. zu erstattenden Fahrkosten gehen zulasten derjenigen Krankenkasse, bei der der Organempfänger versichert ist.

2. Ambulante Operationen im Krankenhaus i.S.v. § 115b SGB V

3. Ambulante Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt

Die Annahme einer eigentlich notwendigen stationären Behandlung, die aus besonderem Grunde in einem Einzelfall ambulant vorgenommen wird, ist bei einer Behandlung bei einem niedergelassenen Vertragsarzt grundsätzlich nicht möglich. Lediglich in Fällen, in denen eine ambulante Operation i.S.d. auf der Grundlage des § 115b SGB V vereinbarten Kataloges ambulant durchführbarer Operationen vorgenommen wurde, ist eine Fahrkostenübernahme möglich.

4. Onkologische Chemo- und Strahlentherapie

In Fällen einer onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie kann unterstellt werden, dass eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist.

5. 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).

### **3. Fahrkosten nach allogener Stammzelltransplantation (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 115a Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V)**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht haben am 19./20.3.2015 die Auffassung vertreten, dass bei Empfängern allogener Stammzelltransplantationen vor allem in den ersten drei Monaten wie bei Empfängern von Organen bzw. Organbestandteilen nach § 9 Abs. 2 TPG eine vergleichbare Gefahr plötzlich auftretender Komplikationen besteht, insbesondere der Abstoßung des Transplantates und anderer schwerwiegender gesundheitlicher Störungen. Insofern ist auch bei diesen Personen grundsätzlich eine engmaschige ärztliche Überwachung angezeigt, damit ein entsprechendes Risiko rechtzeitig erkannt und durch geeignete Maßnahmen abgewendet werden kann.

Deshalb besteht Einvernehmen, bei Empfängern allogener Stammzelltransplantationen die Fahrkosten zu ärztlichen Behandlungen im Zusammenhang mit der Stammzelltransplantation für die Dauer von bis zu drei Monaten nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung analog § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 115a Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V zu übernehmen. Diese Frist kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Die Krankenkasse kann die medizinische Notwendigkeit ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

überprüfen lassen. Hierbei ist zu beachten, dass zu den ärztlichen Behandlungen in diesem Sinne keine zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. nach mehrwöchiger Zeitspanne) terminierten Nachuntersuchungen in einem vorher vollstationär behandelnden Krankenhaus gehören, selbst wenn es sich hierbei um eine sog. Spezialklinik gehandelt hat.

#### **4. Notarztpauschale bei Transportkosten (KV/UV)**

Fahrkosten zur ambulanten Behandlung sind nicht von der Verwaltungsvereinbarung ( VV) Erstattungsverzicht erfasst. Ursache sind die bei Transportkosten von der Unfallstelle entstehenden unterschiedlichen Arten der Rechnungslegung durch die Leistungserbringer. Einerseits wird die Notarztpauschale getrennt zu den Transportkosten ausgewiesen, andererseits weisen die Rechnungen lediglich einen Betrag aus, der sowohl die Transportkosten als auch die notärztliche Behandlung beinhaltet.

Die Spitzenverbände der Kranken- und Unfallversicherungsträger haben am 09.09.1997 einvernehmlich die Auffassung vertreten, dass die Kosten für notärztliche Behandlung ungeachtet der Art der Rechnungslegung immer Bestandteil der Transportkosten sind und die VV Erstattungsverzicht deshalb nicht anzuwenden ist.

#### **5. Fahrten zur ambulanten Behandlung**

Nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 8 der Krankentransport-Richtlinien ist Voraussetzung für eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten 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 und 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 ( § 8 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinie ) oder
- Inhaber 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 Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 01.01.2017 mind. in den Pflegegrad 3 eingestuft sind. Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen o.g. Einstufungsbescheid besitzen, wenn diese von einer der Kriterien der Pflegegrade 3, 4 oder 5 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum 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 Besprechung 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.

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 Voraussetzungen für eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten 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.

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

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben anlässlich Ihrer Besprechung vom 28./29. Juli 2004 (TOP 6) die Begriffe "hohe Behandlungsfrequenz" und "längerer Zeitraum" näher konkretisiert: Im Falle des § 8 Abs. 2 der KrTRL ist 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.

Entgegen anderslautender BSG-Rechtsprechung vertreten die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit Besprechungsergebnis vom 16./17.03.2009 weiterhin die Auffassung, am Besprechungsergebnis vom 28./29.07.2004 festzuhalten. Im Falle des § 8 Abs. 2 der KrTRL sollte grundsätzlich weiterhin 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 ausgegangen werden. Nach Auffassung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene kann es im Falle des § 8 Abs. 2 der KrTRL aber auch Sachverhalte geben, bei denen z.B. als Folge eines nicht absehbaren Behandlungszeitraumes eine einmal wöchentliche Behandlung für die Annahme einer "hohen Behandlungsfrequenz" über einen "längeren Zeitraum" ausreichend ist.

**Serienbehandlungen** sind keiner stationären Behandlung gleichzusetzen.

Sonderregelungen für Fahrkosten bei einer Serienbehandlung, wie z.B. bei einer mehrmals wöchentlich notwendigen Dialyse, gibt es nicht.

Auch wenn z.B. die Dialyse wegen der Häufigkeit und der Zeitdauer der Behandlung sowie des erforderlichen personellen und medizinisch-technischen Aufwands einer teilstationären Behandlung vergleichbar sein mag, ist diese nicht einer stationären Therapie i.S.d. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V gleichzusetzen ( BSG, 18.02.1997 - 1 RK 23/96 ).

## **6. Zuzahlungen bei Fahrkosten zur ambulanten Behandlung in den in den Richtlinien beschriebenen besonderen Ausnahmefällen**

Mit Besprechungsergebnis vom 11./12.05.2004 haben die Krankenkassen-Spitzenverbände mehrheitlich beschlossen, dass bei sämtlichen Fahrten im Zusammenhang mit der onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapiebehandlung die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen zu erheben sind. In diesen Fällen sind die Zuzahlungen also nicht mehr auf die erste und letzte Fahrt einer Behandlungsserie beschränkt, sondern für jede einzelne Fahrt zu erheben. Dieses Besprechungsergebnis wird jedoch nicht von allen Krankenkassen angewendet. Die Krankenkassen-Spitzenverbände haben 2007 jedoch nochmals mehrheitlich dafür votiert, an diesem Besprechungsergebnis festzuhalten.

## **7. Fahrkosten bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen**

Bei

- stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach § 23 Abs. 4 SGB V und § 40 Abs. 2 SGB V sowie

- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (auch als Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahme) nach § 24 SGB V und § 41 SGB V

übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V gilt entsprechend. Je Fahrt hat der Versicherte einen Eigenanteil von 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten zu tragen. Dies gilt ebenso für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Fahrkostenübernahme bei ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V ist in der Satzung der Krankenkasse zu regeln. Dort ist die Höhe der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten festgelegt. Die Fahrkosten können auch mit dem Höchstzuschuss von 13,00 EUR abgegolten werden.

## 8. Verlegungs- und Verbringungsfahrten

Die Krankenkasse zahlt **Verlegungsfahrten** zwischen den an der Erbringung stationärer Leistungen beteiligten Krankenhäusern nur dann, wenn die Verlegungsfahrt ausschließlich aus zwingenden medizinischen Gründen geboten ist. Insbesondere sind diejenigen Fälle ausgeschlossen, in denen die beteiligten Krankenhäuser aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen der Zusammenarbeit eine Verlegung für erforderlich halten und veranlassen. Bei Verlegungsfahrten in ein wohnortnahes Krankenhaus sind die Kosten - wie bisher - nur dann von der Krankenkasse zu übernehmen, wenn die Krankenkasse der Verlegung ausdrücklich zugestimmt hat. In der Praxis ergeben sich vor allem dann Probleme, wenn eine "Abwärtsverlegung" (z.B. aus einer Uni-Klinik in ein Kreiskrankenhaus) erfolgt. In diesen Fällen dürften i.d.R. keine medizinischen Gründe vorliegen.

**Verbringungsfahrten** werden ebenfalls (indirekt) von der Krankenkasse bezahlt (z.B. wenn Leistungen Dritter in Anspruch genommen werden, etwa CT-Untersuchungen). Die Kosten sind aber mit dem Pflegesatz bzw. der Fallpauschale abgegolten und werden nicht gesondert abgerechnet.

## 9. Ort der weiteren Pflege

Bedarf ein Versicherter nach 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.

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).

## 10. Notwendige Bescheinigungen bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder des privaten Pkw

Bei Inanspruchnahme eines öffentlichen Verkehrsmittels/eines privaten Pkw kann die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Fahrt bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen zur Übernahme der Fahrkosten (einschließlich der Kriterien bei Auswahl unter den nächst erreichbaren Behandlungsstätten) unterstellt werden. Anderenfalls wäre in der nach den Krankentransport-Richtlinien für solche Fallgestaltungen ärztlicherseits auf Wunsch des Versicherten auszustellenden Anwesenheitsbescheinigung zusätzlich eine entsprechende medizinische Begründung für die Inanspruchnahme des öffentlichen Verkehrsmittels/des privaten Pkw zu liefern. Kriterien hierfür sind derzeit allerdings nicht vorhanden. Die Notwendigkeit des Nachweises von (zwingenden) medizinischen Gründen setzt erst bei Verordnung zur Inanspruchnahme eines qualifizierteren Beförderungsmittels (z.B. Taxi oder Mietwagen) ein.

## 11. Sonstige Einzelfragen

### 11.1 Auswahl des Beförderungsmittels

Der verordnende Arzt hat auch über die Auswahl des Beförderungsmittels zu entscheiden. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Mit dem Begriff der "zwingenden medizinischen Gründe" hat der Gesetzgeber das ohnehin anzuwendende Wirtschaftlichkeitsgebot nochmals betont. Für die Auswahlentscheidung ist auch der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Kommen mehrere Möglichkeiten in Betracht, hat die Beförderung mit dem kostengünstigsten Beförderungsmittel zu erfolgen. Die Reihenfolge des § 60 Abs. 3 SGB V stellt eine gesetzgeberische Wertung für eine Rangfolge der Transportmittel dar.

### **11.2 Fahrten mit Krankentransportwagen**

Bei Notwendigkeit eines Krankentransportwagens sind die Fahrkosten unter Berücksichtigung des Eigenanteils nach § 61 Satz 1 SGB V auch außerhalb der in § 8 Krankentransport-Richtlinien definierten Ausnahmefälle zu übernehmen. Die nach den Krankentransport-Richtlinien vorgesehene Genehmigung durch die Krankenkasse bezieht sich daher lediglich auf die Prüfung der Notwendigkeit des Krankentransportwagens als Beförderungsmittel.

Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens bedarf oder deren Erforderlichkeit aufgrund seines Zustandes zu erwarten ist. Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nichtärztliches Personal gewährleistet.

### **11.3 Fahrten zu vor- bzw. nachbereitenden Untersuchungen**

Fahrkosten sind auch für vor- und nachbereitende Untersuchungen/Behandlungen zu übernehmen, die unmittelbar im Zusammenhang mit einer Dialysebehandlung bzw. einer onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapie stehen. Nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Behandlungsserie anfallende spätere Kontrolluntersuchungen (etwa in einem halbjährlichen oder längeren Intervall) gehören nicht zu den verordnungsfähigen Ausnahmetatbeständen.

### **11.4 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.

### **11.5 Fahrkosten zu Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen und -organisationen**

Informationsveranstaltungen von Selbsthilfegruppen und -organisationen sind weder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation noch ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Insofern scheidet eine Fahrkostenerstattung aus. Die Fahr- und Reisekosten fallen in den Bereich der Eigenverantwortung (vgl. Besprechungsergebnis der Krankenkassen-Spitzenverbände vom 15.07.2002).

### **11.6 Eigenbluttransporte ("Bluttaxi")**

Mit Besprechungsergebnis vom 18./19.04.2007 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einvernehmlich die Auffassung vertreten, dass die Kosten für Fahrten der Versicherten zur Eigenblutspende von der Krankenkasse zu bezahlen sind. Dies gilt allerdings nicht für Transportfahrten von Blut (z.B. per "Bluttaxi"). Eine Rechtsgrundlage zur Kostenübernahme der Transportfahrten des Blutes kann aus § 60 SGB V nicht abgeleitet werden.

In der Praxis werden Kosten für sog. "Bluttaxis" im Einzelfall übernommen.

## **11.7 Entlassungsfahrten aus dem Krankenhaus in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung**

Mit dem Besprechungsergebnis vom 06./07.08.1979 der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen verständigte man sich darauf, dass Fahrkosten ausnahmsweise von den Krankenkassen zu übernehmen sind, wenn Versicherte im Anschluss an eine stationäre Behandlung einer weiteren pflegerischen Betreuung bedürfen, die in ihrer bisherigen Wohnung nicht sichergestellt werden kann und deshalb ein Transport an einen anderen geeigneten Ort erfolgen muss. In diesem Fall sind auch ggf. entstehende und nicht unangemessen hohe Mehrkosten des Transportes zu übernehmen. Der Ort darf nicht unverhältnismäßig weit vom Wohnort des Versicherten entfernt liegen. Damit folgten die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen dem Urteil des BSG vom 25.06.1975 – 5 RKn 50/74 .

In der Praxis werden Versicherte oftmals nach einem stationären Krankenhausaufenthalt direkt in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V oder § 42 SGB XI entlassen. In diesem Zusammenhang wurde von einer Krankenkasse vorgetragen, dass ein(e) Richter(in) in einer Verhandlung vor einem Sozialgericht erklärte, dass es sich bei einem Transport aus einem Krankenhaus in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung nach § 42 SGB XI nicht um eine Verlegungs- oder Entlassungsfahrt i.S.d. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V handle, sondern vielmehr um eine Fahrt zur Kurzzeitpflege. Solche Fahrkosten seien i.R.d. Pflegeversicherung nicht erstattungsfähig.

Die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht hat mit Besprechungsergebnis vom 26./27.09.2017 die Auffassung vertreten, weiterhin an dem Besprechungsergebnis vom 06./07.08.1979 der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen festzuhalten, wonach Krankenkassen ausnahmsweise Fahrkosten zu übernehmen haben, wenn Versicherte im Anschluss an eine stationäre Behandlung einer weiteren pflegerischen Betreuung bedürfen, die in ihrer bisherigen Wohnung nicht sichergestellt werden kann und deshalb ein Transport an einen anderen geeigneten Ort erfolgen muss. In diesem Fall sind auch ggf. entstehende und nicht unangemessen hohe Mehrkosten des Transportes zu übernehmen. Der Ort darf nicht unverhältnismäßig weit vom Wohnort des Versicherten entfernt liegen.

Die Fachkonferenz verständigte sich darauf, das Besprechungsergebnis analog auf Entlassungsfahrten aus stationären Behandlungen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 39c SGB V anzuwenden, sofern die erforderliche Pflege in der Wohnung, z.B. mit Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V , nicht sichergestellt werden kann. Welches Transportmittel benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall, die vom Arzt zu beurteilen ist.

## **12. 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 Krankenbeförderung 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 Krankenbeförderung 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.

## **13. 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.

#### **14. Neuer Verordnungsvordruck 4 für die Verordnung einer Krankenförderung ab 01.07.2020 (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2020/447 vom 15.06.2020)**

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11.12.2018 wurde mit Wirkung zum 01.01.2019 eine Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen von dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten (Vorliegen eines Merkzeichens "aG", "Bl" oder "H" oder Einstufung in den Pflegegrad 3 bei dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, 4 oder 5) mit dem in § 60 Abs. 1 SGB V neu aufgenommenen Satz 5 eingeführt. Entsprechende Krankenfahrten gelten seither mit Ausstellung der ärztlichen Verordnung als genehmigt.

Analog hierzu wurde ab 01.07.2020 auf dem Muster 4 die Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen von mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten nachvollzogen, die ab dem 01.07.2020 mit dem Ankreuzfeld 1. b) "ambulante Behandlung bei Merkzeichen "aG", "Bl", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen" zu verordnen sind.

Weiterhin von der Genehmigungspflicht erfasst bleiben Krankenfahrten von Versicherten, die kein Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" sowie keine Einstufung in den Pflegegrad 3 bei dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, 4 oder 5 besitzen, jedoch vergleichbar in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen sowie Krankentransporte nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 6 KT-RL. Entsprechende Beförderungen sind über das Feld 1. e) "dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens sechs Monate" bzw. 1. f) "anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich" zu verordnen.

#### **Felder "Rollstuhl", "Tragestuhl" und "liegend"**

Weiterhin können die Felder "Rollstuhl", "Tragestuhl" und "liegend", mit denen die besonderen Anforderungen an ein Taxi/Mietwagen zu kennzeichnen sind, auch bei einer erforderlichen Fahrt im Krankentransportwagen (KTW) angekreuzt werden. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine besondere Einrichtung des KTW, weshalb die Begründung eines KTW weiterhin unter Ziffer 3 im Freitextfeld "KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen" erforderlich ist.