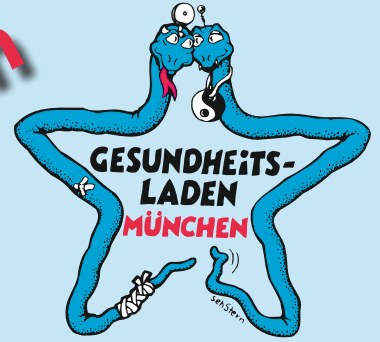


Gesundheitsladen Info 18



Fahrten zur medizinischen Behandlung

- Wann zahlt die gesetzliche Krankenkasse?

Für Ihre Beförderung im Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Versorgung fallen Fahrtkosten an. Unter welchen Umständen diese Kosten von Ihrer Krankenkasse übernommen werden und was es dafür zu beachten gilt, erfahren Sie hier.

Grundsätzlich gilt: Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse **aus medizinischer Sicht zwingend notwendig** sind. Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden nur in Ausnahmen übernommen. Deshalb unterscheiden wir zwischen Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten Behandlung und klären Sie auch über entsprechende Sonderregelungen auf.

Zum besseren Verständnis des Themengebietes müssen die Begrifflichkeiten Rettungsfahrt, Krankentransport und Krankenfahrt unterschieden werden. Die entsprechenden Erklärungen finden Sie am Ende.

Eine Übernahme der Kosten ist auch für privat Versicherte möglich, jedoch hängt das vom jeweiligen Tarif ab und deshalb sollte Rücksprache mit der Krankenkasse gehalten werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Fahrtkosten, wenn dies medizinisch notwendig ist. Das ist der Fall bei:

- Behandlungen, die stationär durchgeführt werden
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung
- Krankentransporten in einem Krankenwagen, weil aus medizinischen Gründen eine fachliche Betreuung notwendig ist
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Patienten und für PatientInnen, die sich über einen längeren Zeitraum einer häufig wiederholenden Behandlung unterziehen müssen
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung, bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich übliche stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann.

Hinweis: Wir verwenden in dieser Information keine einheitliche Schreibweise für die geschlechtliche Form. Wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt, sind immer alle Geschlechter (w/m/d) gemeint. Ziel ist eine gute Lesbarkeit und Berücksichtigung aller Geschlechter im Text.

**GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN e.V.**
Informations- und
Kommunikationszentrum
**ASTALLERSTR. 14
80339 MÜNCHEN**

TELEFON
089 / 77 25 65
Zentrales FAX
089 / 725 04 74
www.gl-m.de
E-Mail: mail@gl-m.de

Infothek:
Mo - Fr 10 - 13 h
Mo, Do 17 - 19 h

**Patient*innenstelle
München:**
Tel: 089 / 77 25 65
Mo 10 - 13 und 16 - 19 h
Mi, Do, Fr 10 - 13 h
(Zu allen Zeiten
telefonische und
persönliche Beratung.)

Onlineberatung:
<https://gl-m.beranet.info>

**Unabhängige
Patient*innenberatung
Schwaben:**
Afrawald 7
86150 Augsburg
Tel. 0821/ 20 92 03 71
schwaben@gl-m.de
Mo 9 - 12 h
Mi 13 - 16 h
(Zu beiden Zeiten
telefonische und
persönliche Beratung.)

Spendenkonto:
Kreissparkasse München
Starnberg Ebersberg
IBAN: DE43 7025 0150
0029 6052 27
BIC: BYLADEM1KMS

I. Fahrtkosten rund um eine stationäre medizinische Behandlung

A: Liegt die **medizinische Notwendigkeit** vor, dass Sie bei einer Krankenhausbehandlung, einer Hospizbehandlung oder einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege eine Krankenbeförderung erhalten, wird diese von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Abhängig von Ihrem Gesundheitszustand, kann dies in einem Rettungswagen, Krankentransportwagen oder Taxi geschehen. Auch die Beförderung im Mietwagen oder privaten Auto ist möglich. Ihre Krankenkasse muss nicht vorher zustimmen. Jedoch muss der behandelnde Arzt Ihnen eine Verordnung für den Transport ausstellen.

B: Rettungsfahrten ins Krankenhaus **ohne anschließende stationäre Aufnahme** werden von der Krankenkasse ebenfalls übernommen.

C: Fahrten im Zusammenhang mit vor- oder nachstationären Behandlungen können übernommen werden, wenn sie zur Vor- bzw. Nachbereitung des Krankenhausaufenthalts dienen.

Zur Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes können Fahrten zu bis zu 3 Behandlungen innerhalb von 5 Tagen **vor Beginn** der stationären Behandlung übernommen werden.

Bei der Nachbereitung (Nachsorge) des Krankenhausaufenthaltes

gilt eine Obergrenze von 7 Behandlungen, die innerhalb von 14 Tagen (bei Organtransplantation bis zu 3 Monaten) **nach Beendigung** der stationären Behandlung durchgeführt werden müssen.

Die hierbei entstehenden Fahrtkosten können von ihrer Krankenkasse übernommen werden, wenn durch die vor- bzw. nachstationäre Behandlung der erforderliche teil- oder vollstationäre Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden wird.

D: Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus werden bei zwingender medizinischer Notwendigkeit ebenfalls von der Krankenkasse übernommen. (Bsp: Verlegung in eine Spezialklinik.)

Achtung!

Liegt kein medizinischer Grund für die Verlegung vor (z. B. bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus), muss die Kostenübernahme vorher bei der Krankenkasse beantragt werden.

E: Fahrten zu einer Rehabilitationsmaßnahme werden in vielen Fällen auch übernommen. Es kommt aber darauf an, welcher **Kostenträger** für Ihre Reha zuständig ist. Das kann entweder der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse sein. Fragen Sie vorher nach oder falls vorhanden, holen sie sich schon während Ihres Krankenhausaufenthalts Rat beim **Sozialdienst** der Klinik ein.

II. Fahrtkosten rund um eine ambulante medizinische Behandlung

In der Regel ist es gesetzlich nicht vorgesehen, dass Fahrtkosten, die im Zusammenhang mit einer ambulanten medizinischen Behandlung stehen, von der Krankenkasse getragen werden. Das Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit der ergänzenden Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erlaubt jedoch in bestimmten Fällen Ausnahmen.

Achtung!

Unabhängig von der Ausnahmeregelung gilt immer: Die Fahrt **muss** im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse **zwingend medizinisch notwendig** sein. Das Abholen von Rezepten, Attesten oder Krankenunterlagen ist damit **NICHT** gemeint.

Ausnahme I:

Dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Patienten Schwerbehinderte, deren Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung, „Bl“ für Blindheit oder „H“ für Hilflosigkeit enthält

oder

Pflegebedürftige, deren Pflegebescheid Pflegegrad 4 oder 5 ausweist, sowie Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3, wenn bei ihnen zusätzlich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt,

werden unter diesem Begriff geführt und müssen die Verordnung einer Krankenfahrt in Form von Taxi oder Mietwagen seit Januar 2019 **nicht** mehr bei ihrer Krankenkasse vorlegen, da die Genehmigung im Sinne einer „Genehmigungsfiktion“ bei ihnen als automatisch erteilt gilt.

Seit Oktober 2022 gilt die Kostenübernahme auch für **Gesundheitsuntersuchungen** von Erwachsenen und Kindern gemäß den §§ 25 und 26 SGB V sowie **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen einschließlich den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen** gemäß den §§ 25 und 25a SGB V.

Achtung!

Fahrten mit einem Krankentransportwagen müssen weiterhin der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden und Sie benötigen auch hier für jede Form der Krankenfahrt eine vorab ausgestellte ärztliche Transportverordnung.

Ausnahme II:

Patient*innen, die sich über einen längeren Zeitraum und in kurzen Abständen regelmäßigen Behandlungen unterziehen müssen

Patient*innen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes eine **Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie**, oder eine **onkologische Chemotherapie** durchführen müssen, sind ebenfalls zu einer Krankenfahrt berechtigt, müssen sie aber vorab von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen.

Achtung!

Auf Antrag kann die Kasse auch bei einer ähnlichen Therapie eine Krankenfahrt genehmigen. Das gilt für Personen, die in ihrer Mobilität vergleichbar beeinträchtigt sind und sich einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum unterziehen müssen. Diese Personen haben ebenfalls einen Anspruch auf die Übernahme der Fahrtkosten, auch wenn sie nicht zu den in Ausnahme I genannten Gruppen gehören.

Es handelt sich dann um **Einzelfallentscheidungen** und auch hier gilt wieder eine **Genehmigungspflicht** der entsprechenden Verordnung im Vorfeld des Transportes.

III. Weitere Sonderregelungen

A: Patienten, die auf einen Krankentransportwagen angewiesen sind

Benötigt eine Patientin bei der Krankenfahrt eine **medizinisch-fachliche Betreuung** oder eine **fachgerechte Lagerung**, werden die Kosten hierfür von der Krankenkasse übernommen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn sie einen Dekubitus oder eine schwere ansteckende Erkrankung hat. Die entsprechende ärztliche Verordnung muss der Kasse vorab zur Genehmigung vorgelegt werden.

B: Patient*innen, die ambulant operiert werden, um einen Klinikaufenthalt zu verkürzen oder zu vermeiden

Nach §7 der Krankentransport-Richtlinie können Patienten, bei denen die eigentlich medizinisch übliche voll- oder teilstationäre Behandlung ambulant durchgeführt wird, ebenfalls eine Krankenfahrt verordnet bekommen. Diese Ausnahmeregelung soll eine Ungleichbehandlung beseitigen, die sonst durch die andere Form der Behandlung entstanden wäre. In diesem Falle besteht deshalb auch **keine** Genehmigungspflicht.

Achtung!

Ein Krankenhausaufenthalt wird dann vermieden, wenn sich z.B. der Versicherte aus individuellen Gründen gezielt gegen eine stationäre Operation entscheidet, obwohl diese geboten wäre. Sind Operationen aus ärztlicher Sicht ambulant durchführbar, dann werden die Fahrtkosten **nicht** übernommen, da es sich nicht um stationärsersetzende Eingriffe handelt.

Gibt es **Unklarheiten**, ob die eigene Krankenkasse die verordnete Fahrt tatsächlich übernimmt, sollten Sie Ihre Verordnung der Kasse vorab zur **Genehmigungsprüfung** vorlegen.

C: Fahrtkosten für Besuchsfahrten bei stationären Aufenthalten

Wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, dass eine Patientin während ihres Klinikaufenthalts von einer Vertrauensperson begleitet wird, aber gleichzeitig die stationäre Mitnahme aus z.B. Platzgründen nicht möglich ist, **kann** die Krankenkasse die Fahrtkosten für tägliche Besuche anstelle der Mitnahme erstatten. Dies **kann** auch für Aufenthalte in Rehakliniken gelten.

Achtung!

Die medizinische Notwendigkeit muss von ärztlicher Seite bescheinigt werden. Auch gilt es zu beachten, dass es sich hierbei um eine Kann-Leistung der Krankenkasse **ohne Rechtsanspruch** handelt. Ob die Krankenkasse also die Fahrtkosten übernimmt oder nicht, ist immer eine **Einzelfallentscheidung!**

IV. Für Alle gilt

Unabhängig davon, ob die Behandlung stationär oder ambulant erfolgt, gilt immer:

- Die Krankenbeförderung hat auf direktem Wege zwischen dem Aufenthaltsort der Patientin und dem nächst möglichen Behandlungsort zu geschehen.
- Versicherte haben einen Eigenanteil an den Transportkosten zu leisten. Dieser beträgt mindestens fünf und höchstens zehn Euro pro durchgeführte Fahrt. **Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche!**
- Welches Transportmittel bei einer Krankenfahrt oder einem Krankentransport zum Einsatz kommt, wird unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und des Wirtschaftlichkeitsgebots von ärztlicher Seite entschieden.

Neu 2023: Fahrkosten bei tagesstationärer Behandlung

Zum 1.1.2023 hat der Gesetzgeber eine neue gesetzliche Grundlage für den Fahrkostenanspruch im Rahmen **der tagesstationären Behandlung** geschaffen (§ 115e Abs. 2 SGB V).

Demnach haben alle gesetzlich Versicherten Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten für die **Hinfahrt zur ersten Aufnahme** ins Krankenhaus. **Danach sind jegliche weiteren Fahrten zum Krankenhaus oder zum Übernachtungsort ausgeschlossen.**

Krankenhäuser sind verpflichtet, die Patient*innen auf den stark eingeschränkten Fahrkostenanspruch in geeigneter Weise hinzuweisen.

Dauerhaft Mobilitätsbeeinträchtigte (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder ab dem Pflegegrad 3) haben einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu **allen** erforderlichen ambulanten Behandlungen. Das gilt auch **auch für Fahrten zu tagesstationären Behandlungen.**

Beratung, Quellen, Konzeption:

Die Patient*innenberatungsstellen im Gesundheitsladen München e.V. bieten:

Beratung für Ratsuchende aus München

Patient*innenstelle München
Astallerstr. 14, 80339 München
Tel. 089/77 25 65, Fax: 089/72 50 474,
E-mail: mail@gl-m.de
www.gl-m.de

Beratungszeiten:
Mo 10 - 13 und 16 - 19 Uhr,
Mi-Fr 10 - 13 Uhr u.n.V.

Beratung für Ratsuchende aus Schwaben

Unabhängige
Patient*innenberatung Schwaben
Afrwald 7, 86150 Augsburg
Tel: 0821 / 209 203 71
E-mail: schwaben@gl-m.de

Beratungszeiten:
Mo 9 – 12 Uhr und Mi 13 – 16 Uhr

Quellen:

- www.kbv.de/html/krankentransport.php
- Krankentransport-Richtlinie unter: www.g-ba.de/richtlinien/25/
- § 115 a + b SGB V
- § 60 SGB V
- § 115e Abs. II SGB V

- www.betanet.de/fahrtkosten-krankensbefoerderung.html
- www.haufe.de, Stichworte:
- Fahrkosten die keine Genehmigung der Krankenkasse brauchen
- Fahrkosteneübernahme zur tagesstationären Behandlung

Konzeption

Text: Tobias Tölle, Adelheid Schulte-Bocholt

Redaktion: Adelheid Schulte-Bocholt, Tobias Tölle, Sarah Kurzak

links: Zuletzt abgerufen am 12.01.2023

Stand: Januar 2023

V. Anhang

Erklärungen:

Rettungsfahrt: Eine Rettungsfahrt kommt immer dann zu Stande, wenn bei einem medizinischen Notfall ein Rettungswagen (RTW), Notarztwagen (NAW) oder auch Rettungshubschrauber (RTH) über die Rettungsleitstelle angefordert werden muss.

Krankentransport: Ein Krankentransport ist eine Fahrt, die in einem Krankentransportwagen (KTW) durchgeführt wird. Hierbei wird die Patient*in von qualifiziertem, nicht ärztlichem Personal begleitet. Ein Krankentransportwagen und sein Personal ist jedoch nicht auf med. Notfälle ausgelegt.

Krankenfahrt: Krankenfahrten sind Fahrten, die mit Taxen, Mietwagen, privaten PKWs oder falls es der körperliche Zustand erlaubt, auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln durchgeführt werden. Zu Mietwagen zählen z.B. auch Fahrdienste für die Beförderung von Menschen im Rollstuhl. Eine medizinisch-fachliche Betreuung findet bei einer Krankenfahrt allerdings nicht statt.

Teilstationäre Behandlung: Eine teilstationäre Behandlung beansprucht die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses, beschränkt sich aber meist auf die Unterbringung der Patienten in Tages- und Nachtkliniken. Es ist demnach keine ununterbrochene Anwesenheit der PatientIn notwendig.

Tagesstationäre Behandlung: Krankenhäuser können in med. geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patient*in anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.