

<u>Fahrt</u>	<u>Kosten-träger</u>	<u>Ge-nehmung</u>	<u>Zu-zahlung</u>	<u>Bemerkung</u> ¹⁾	
bei stationärer Behandlung					
1	Aufnahmefahrt (zur stationären Behandlung)	Kranken- kasse	nicht erforderlich	pflichtig	
2	Entlassungsfahrt (aus stationärer Behandlung)	Kranken- kasse	nicht erforderlich	pflichtig	
3	Verlegungsfahrt zwischen Krankenhäusern (aus zwingend medizinischen Gründen)	Kranken- kasse	nicht erforderlich	frei	<u>Achtung:</u> Zwingend medizinische Gründe müssen ärztlich gesondert nachgewiesen werden
4	Verlegungsfahrt zwischen Krankenhäusern (aus wirtschaftlichen Gründen)	Klinik	nicht erforderlich	frei	<u>Achtung:</u> Kliniken sind sich ihrer Zahlungsverpflichtung derzeit noch nicht bewusst
5	Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus	Kranken- kasse	notwendig	pflichtig	<u>Achtung:</u> Vorherige Genehmigung zwingend erforderlich
6	Verlegung von Krankenhaus zur Reha-Klinik	Kranken- kasse	nicht erforderlich	frei	<u>Achtung:</u> Erfolgt in der Reha-Klinik die Aufnahme in der Krankenhausabteilung, gilt Nr. 3 bzw. Nr. 4 Reha bei Berufstätigen ²⁾
7	vor- oder nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V vorstationär = bis zu 5 Tage vor Aufnahme (max. 3 Behandlungstage), nachstationär = bis zu 14 Tage nach Entlassung (max. 7 Behandlungstage)	Kranken- kasse	nicht erforderlich	Ja, aber nur 1. und letzte Fahrt	Behandlung muss mit stationärer Aufnahme in Zusammenhang stehen, besondere Kenntlichmachung auf Transportschein zwingend erforderlich

- 1)** Grundsätzlich gilt für alle Fahrten, dass nur die Kosten zur nächstgelegenen Behandlungseinrichtung übernommen werden. Im Zweifel sollte man sich insbesondere bei Fahrten zu weit entfernten Behandlungseinrichtungen vorher über die Abrechnungsmodalitäten vergewissern.
- 2)** Grundsätzlich sind nicht immer die Krankenkassen Kostenträger. So ist bei einem Berufsunfall von Berufstätigen der Rentenversicherungsträger Kostenträger der Rehabilitation und dann auch zuständig für die Übernahme der Fahrtkosten. Fahrten zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben werden auf Grundlage des § 73 SGB IX übernommen, hier ist keine Zuzahlung fällig. Wird während der Reha eine ambulante Behandlung erforderlich, gelten für die damit zusammenhängenden Fahrten die Regeln Nr. 1 und 2 für Fahrten bei ambulanter Behandlung.

bei ambulanter Behandlung		zu ambulanter Behandlung grundsätzlich nur bei zwingend medizinischer Notwendigkeit			
Fahrt		Kostenträger	Genehmigung	Zuzahlung	Bemerkung ¹⁾
1	einmaliger Arztbesuch	Patient	nicht genehmigungsfähig	pflichtig ³⁾	Ausnahme siehe ³⁾
2	mehrmaliger Arztbesuch wegen gleicher Erkrankung	Patient	nicht genehmigungsfähig	pflichtig ³⁺⁴⁾	Ausnahme siehe ^{3) und 4)}
3	hohe Behandlungsfrequenz wegen gleicher Erkrankung	Krankenkasse	notwendig	pflichtig	<u>Achtung:</u> Hohe Behandlungsfrequenz bisher nicht definiert
4	ambulante Behandlung chronischer Erkrankungen (z.B.: Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie)	Krankenkasse	notwendig	pflichtig	Aufzählung nicht abschließend
7	"Eilfälle"	Krankenkasse	erforderlich, aber rückwirkend möglich mit Begründung des Arztes (seltene Einzelfälle)	pflichtig	Eilfall = schwere gesundheitliche Schäden sind zu befürchten, wenn der Patient nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält
8	ambulante Operation nach § 115 b SGB V	Krankenkasse	nicht erforderlich	pflichtig	besondere Kenntlichmachung auf Transportschein zwingend erforderlich
9	Versorgung einschl. Diagnostik in Geriatrischer Institutsambulanz (GIA) nach § 118a SGB V	Krankenkasse	nicht erforderlich	pflichtig	besondere Kenntlichmachung auf Transportschein zwingend erforderlich
<p>3) Bei Mobilitätseinschränkungen nach Schwerbehindertengesetz - Kennzeichen "aG = akut gehbehindert"; "Bl = blind" oder "H = hilflos" - oder zuerkanntem Pflegegrad 3, 4 oder 5 gemäß SGB IX und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen, sind alle Fahrten zu ambulanten Arztbesuchen (auch "einmalige") genehmigungsfähig, bedürfen aber der Genehmigung. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit dem 01.01.2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.</p>					
<p>4) Für Patienten ohne Nachweis nach Schwerbehindertengesetz bzw. ohne zuerkanntem Pflegegrad mit einer der Kriterien "aG", "Bl" oder "H" vergleichbarer (auch nur vorübergehenden) Mobilitätseinschränkung sind zwingend medizinisch notwendige Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigungsfähig, wenn der Patient über einen längeren Zeitraum der Behandlung bedarf. Auch hier gilt der Genehmigungsvorbehalt. Achtung: Begriff "längerer Zeitraum" bisher nicht definiert.</p>					