

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Krankentransporte und Krankenfahrten

Dezember 2016

#### Krankentransporte und Krankenfahrten – Was Ärzte bei der Verordnung beachten sollten

Das Verordnen von Fahrten zur ärztlichen Behandlung wirft immer wieder Fragen auf – zum Beispiel in welchen Fällen eine Genehmigung der Krankenkasse benötigt wird. Was Ärzte wissen sollten und welche Besonderheiten es zu beachten gilt, ist in dieser Praxisinformation zusammengestellt.

##### ALLGEMEINES ZUR VERORDNUNG VON FAHRTEN

Generell gilt: Vertragsärzte dürfen gesetzlich versicherten Patienten, die ambulant oder stationär behandelt werden, eine Krankenförderung verordnen, wenn die Fahrt medizinisch notwendig ist (Formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“).

Aber: Die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen grundsätzlich nur in bestimmten Ausnahmefällen. Dazu gehören stationersetzende Operationen, vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, Dialysebehandlungen und bestimmte Therapien von Krebserkrankungen (nach Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Zudem müssen Fahrten zur ambulanten Behandlung – egal ob mit Taxi oder Krankentransportwagen – in der Regel vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

##### Unterschiedliche Beförderungsmittel

Welches Fahrzeug eingesetzt wird, hängt allein von der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ab (unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes). In der vertragsärztlichen Versorgung sind es vor allem diese Beförderungen:

- **Krankenfahrten** sind Fahrten, die beispielsweise mit einem Taxi stattfinden. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet während der Fahrt nicht statt. Die Krankenkassen können auf Antrag auch die Kosten für Krankenfahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und dem eigenen Auto übernehmen; hierfür stellt der Arzt aber keine Verordnung aus.
- **Krankentransporte** sind Fahrten mit einem Krankentransportfahrzeug. Sie können erforderlich sein, wenn der Patient unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung benötigt. Ein Grund kann auch sein, dass damit die Übertragung einer schweren, ansteckenden Krankheit des Patienten vermieden werden kann.

Vertragsärzte dürfen in Notfällen auch Rettungsfahrten verordnen. Die Fahrten mit Rettungswagen oder Notarztwagen sowie Flüge mit dem Rettungshubschrauber werden über die jeweiligen Rettungsstellen angefordert.

Kostenübernahme für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur im Ausnahmefall

Auswahl des Fahrzeugs nach medizinischen Erfordernissen

In Notfällen auch Rettungsfahrten



## GENEHMIGUNG VON FAHRTEN

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen grundsätzlich Fahrten zur Behandlung, wenn sie medizinisch notwendig sind. Allerdings steht die Kostenübernahme in vielen Fällen unter einem Genehmigungsvorbehalt. Das heißt: Der Patient muss sich eine ärztlich verordnete Krankenfahrt oder den Krankentransport erst von seiner Krankenkasse genehmigen lassen. Nur dann kann er sicher sein, dass die Kosten übernommen werden.

### Grundregel: Genehmigung ja oder nein

Für eine erste Einschätzung hilft diese Regel:

- Fahrten zu einer *stationären* Behandlung muss sich der Patient von seiner Krankenkasse nicht genehmigen lassen.
- Fahrten zu einer *ambulanten* Behandlung muss sich der Patient in der Regel von seiner Krankenkasse genehmigen lassen.

### Überblick: Verordnungen mit und ohne Genehmigung

Krankentransporte und Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung werden nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und bedürfen bis auf wenige Ausnahmen der vorherigen Genehmigung. Der folgende Überblick zeigt, was wann möglich ist.

### Fahrten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung

Für folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen die Fahrtkosten, ohne dass die Verordnung zur Genehmigung vorgelegt werden muss:

- Fahrten zu einer Behandlung nach Paragraph 115b SGB V – zu einer ambulanten Operation oder zu einem sonstigen stationärsersetzenden Eingriff (s. Kasten) – wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen notwendige Krankenhausbehandlung vermieden wird
- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 115a SGB V, zum Beispiel vor oder nach einer Operation

### Stichwort: Stationsersetzender Eingriff

Für Fahrten zu stationärsersetzenden Eingriffen übernehmen die Krankenkassen die Kosten, ohne dass der Patient vorab eine Genehmigung einholen muss. Doch was heißt „stationärsersetzend“? Unter stationärsersetzend wird allgemein ein ambulanter Eingriff verstanden, durch den ein aus medizinischer Sicht gebotener stationärer Aufenthalt vermieden wird. Eine eindeutige Definition fehlt jedoch. Laut Bundessozialgericht fallen unter „stationärsersetzend“ insbesondere Fälle, bei denen sich Patienten gegen eine Krankenhausbehandlung entscheiden und stattdessen ambulant behandeln lassen (Az: B 1 KR 8/13 R).

**Fazit:** Über die Definition „stationärsersetzender Eingriff“ muss im Einzelfall entschieden werden. Sollte unklar sein, ob es sich um einen stationärsersetzenden Eingriff handelt, empfiehlt es sich, eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Eine eindeutige Abgrenzung, zum Beispiel über den AOP-Katalog, ist nicht möglich.

Bei stationärer Behandlung keine Genehmigung

Bei ambulanter Behandlung in der Regel mit Genehmigung

Fahrten ohne Genehmigung

Stationsersetzend: Klinikaufenthalt wird vermieden

Bei Unklarheit Genehmigung einholen



# Krankentransporte und Krankenfahrten

## Fahrten zur ambulanten Behandlung mit Genehmigung

Folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung können Vertragsärzte verordnen, die Verordnung muss aber von der Krankenkasse genehmigt werden:

- Fahrten in besonderen Ausnahmefällen, zum Beispiel Dialyse oder bestimmte Therapie von Krebserkrankungen. Die Ausnahmen sind in der Krankentransport-Richtlinie geregelt.
- Fahrten für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen oder einen Pflegebescheid, mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 (bislang: Pflegestufe 2 oder 3), und die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.\*

### Besonderheiten bei pflegebedürftigen Patienten ab 1. Januar 2017

Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 als gegeben angesehen. Bei Pflegegrad 3 muss der Arzt sie noch einmal gesondert feststellen. Das gilt aber nur für „neue“ Pflegefälle. Für Patienten, die bisher Pflegestufe 2 und ab Januar Pflegegrad 3 haben, braucht der Arzt das nicht gesondert feststellen. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können dabei sowohl somatische als auch kognitive Ursachen haben.\*

Die dauerhafte Mobilitätseinschränkung bescheinigen Ärzte durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf Verordnungsformular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“:

<b>Dauerhafte Mobilitätseinschränkung</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
<input type="checkbox"/>	vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

**Hinweis:** Auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“ wird ab 2017 zunächst weiterhin auf die Pflegestufen Bezug genommen. Bis zur Anpassung dieses Formulars an Pflegegrade kreuzen Ärzte hier weiterhin das Feld „Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt“ an, wenn sie Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnen und eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung vorliegt.

- Fahrten, die zwingend medizinisch notwendig sind, aber nicht die genannten Kriterien erfüllen. Krankenkassen können diese im Einzelfall genehmigen.

Fahrten mit Genehmigung

Das gilt für Patienten mit Pflegegrad

Bescheinigung auf dem Formular

\* Die Überführung von Pflegestufen in Pflegegrade wird durch die Änderung der Krankentransport-Richtlinie des G-BA mit Beschluss vom 15.12.2016 umgesetzt und tritt erst nach Nichtbeanstandung des BMG und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.



### Regresse auch bei Krankentransporten möglich

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde 2015 festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen ab 2017 anhand von Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene geprüft werden kann. Diese Prüfung kann auch Verordnungen für Krankentransporte umfassen und einen Regress nach sich ziehen. Deshalb sollten stets die Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie des G-BA berücksichtigt werden.

### Patient holt Genehmigung ein

Der Patient muss sich um die Genehmigung kümmern, da es sich aus rechtlicher Sicht um einen Antrag des Patienten handelt. Nimmt er eine Fahrt in Anspruch bevor sie genehmigt wurde, kann er sich die Kosten gegebenenfalls von seiner Krankenkasse erstatten lassen. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, werden ihm die Kosten nicht erstattet. Dem verordnenden Vertragsarzt entsteht in diesem Fall kein Schaden.

### Patienten über Zuzahlung informieren

Patienten sollten über den Genehmigungsvorbehalt und über die Zuzahlungspflicht bei der Verordnung von Fahrten informiert werden. Die Zuzahlung beträgt – unabhängig von der Art des Fahrzeugs – zehn Prozent der Fahrtkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro.

### Wissenswertes zur Verordnung von Fahrten auf einen Blick

- Vertragsärzte können gesetzlich krankenversicherten Patienten Fahrten zur ambulanten und stationären Behandlung verordnen, wenn es medizinisch erforderlich ist. Fahrten aus anderen Gründen, zum Beispiel zum Abholen von Verordnungen oder Erfragen von Befunden, sind nicht verordnungsfähig.
- Die Verordnung erfolgt auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenbeförderung“.
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung bedürfen bis auf wenige Ausnahmen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Fahrten zu einer stationären Behandlung unterliegen nicht dem Genehmigungsvorbehalt.
- Die Verordnung sollte vor der Fahrt ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen kann dies später erfolgen, insbesondere in Notfällen.
- Taxis oder Krankentransport? Die Auswahl des Fahrzeugs richtet sich allein nach der medizinischen Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
- Die Fahrten sollen auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- Bei Fahrten mit einem privaten Fahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln ist keine Verordnung erforderlich. Dies gilt auch für Fahrten zu einer Kur- oder Reha-Einrichtung, für deren Kostenübernahme

Regresse möglich

Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie beachten

Patient muss Genehmigung einholen

Ohne Genehmigung zahlt der Patient

Zuzahlung: maximal 10 Euro

Das Wichtigste im Überblick



sich Versicherte direkt an ihre Krankenkasse wenden.

- Der Arzt sollte seine Patienten über den Genehmigungsvorbehalt und die Zuzahlung zu den Fahrtkosten informieren.
- Die Verordnung von Fahrten regelt die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

### Mehr Informationen

KBV-Themenseite Krankentransport: [www.kbv.de/html/krankentransport.php](http://www.kbv.de/html/krankentransport.php)

Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:  
[www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/)

Informationen  
im Internet

*Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: [www.kbv.de/html/1641.php](http://www.kbv.de/html/1641.php).*