

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Krankentransporte und Krankenfahrten

Dezember 2017

Krankentransporte und Krankenfahrten – Was Sie bei der Verordnung beachten sollten

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

ALLGEMEINES ZUR VERORDNUNG VON FAHRTEN

Generell gilt: Voraussetzung für die Verordnung durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist, dass die Fahrt gesetzlich versicherter Patienten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist.

Aber: Die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen grundsätzlich nur in bestimmten Ausnahmefällen. Dazu gehören vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus und ambulante Operationen im Krankenhaus und in der Vertragsarztpraxis, sofern sie stationersetzend sind, sowie 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 zum Einsatz kommt, hängt allein von der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ab (unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes). In der vertragsärztlichen Versorgung sind das vor allem folgende 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 wird aber keine Verordnung ausgestellt.
- **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

Kostenübernahme für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur im Ausnahmefall

Auswahl des Fahrzeugs nach medizinischen Erfordernissen



Krankentransporte und Krankenfahrten

einer schweren, ansteckenden Krankheit des Patienten vermieden werden kann.

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

In Notfällen auch
Rettungsfahrten

GENEHMIGUNG VON FAHRTEN

In vielen Fällen steht die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen unter einem Genehmigungsvorbehalt. Das heißt: Der Patient muss sich eine verordnete Krankenfahrt oder den Krankentransport erst von seiner Krankenkasse genehmigen lassen. Nur dann kann er sicher sein, dass die Kosten übernommen werden.

Bei stationärer
Behandlung keine
Genehmigung

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.

Bei ambulanter
Behandlung in
der Regel mit
Genehmigung

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

Die Fahrtkosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung ohne dass die Verordnung zur Genehmigung vorgelegt werden muss, übernehmen die Krankenkassen nur für „stationersetzende“ Eingriffe.

Fahrten ohne
Genehmigung

Laut Krankentransport-Richtlinie gelten folgende Fahrten als „stationersetzend“, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen notwendige Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen Gründen ambulant vorgenommen wird:

- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 115a SGB V,
- Fahrten zu einer ambulanten Operation nach Paragraph 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgter Vor- und Nachbehandlung.

Damit hat der G-BA die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umgesetzt, wonach Behandlungen „stationersetzend“ sind, wenn Patienten sich gegen eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung entscheiden und stattdessen ambulant behandeln lassen (Az: B 1 KR 8/13 R).



Krankentransporte und Krankenfahrten

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

Fahrten zur ambulanten Behandlung mit Genehmigung

Folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung können Vertragsärzte verordnen, aber auch Vertragspsychotherapeuten, sofern die Fahrt im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig ist; 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“, „BI“ oder „H“ vorlegen oder einen Pflegebescheid, der Pflegegrad 3, 4 oder 5 ausweist und die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind (Besonderheiten: siehe unten).
- Fahrten, die zwingend medizinisch notwendig sind, aber nicht die genannten Kriterien erfüllen. Krankenkassen können diese im Einzelfall genehmigen.

Besonderheiten bei pflegebedürftigen Patienten

Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 als gegeben angesehen. Bei Pflegegrad 3 muss sie noch einmal gesondert ärztlich festgestellt werden. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können dabei sowohl somatische als auch kognitive Ursachen haben.

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

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

Hinweis: Auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“ wird aktuell noch auf Pflegestufen Bezug genommen. Bis zur Anpassung dieses Formulars kreuzen Ärzte hier weiterhin das Feld „Merkzeichen „aG“, „BI“, „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.

Bei Unklarheit
Genehmigung
einholen

Fahrten mit
Genehmigung

Das gilt für Patienten
mit Pflegegrad

Bescheinigung
auf dem Formular



Überarbeitung Formular 4

Um die mit der Verordnung von Krankbeförderung verbundenen Änderungen auch auf dem Formular korrekt abzubilden, wird das Formular 4 überarbeitet. Damit soll auch eine bessere Abgrenzung möglich werden, welche Fahrten der Krankenkasse vorab zur Genehmigung vorzulegen sind. Die Änderungen sollen voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2018 in Kraft treten.

Regresse auch bei Krankentransporten möglich

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde 2015 festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit 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 oder -psychotherapeuten 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 und auch für Kinder und Jugendliche – zehn Prozent der Fahrtkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro.

Auf einen Blick: Wissenswertes zur Verordnung von Fahrten

- Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können gesetzlich krankenversicherten Patienten Fahrten zur ambulanten und stationären Behandlung verordnen, wenn es medizinisch erforderlich ist.
- Vertragspsychotherapeuten können Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung nur dann verordnen, wenn sie auch nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt sind, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.
- 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 Krankbeförderung“.

Regresse möglich

Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie beachten

Patient muss Genehmigung einholen

Ohne Genehmigung zahlt der Patient

Zuzahlung: maximal 10 Euro

Das Wichtigste im Überblick



- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sind nur in Ausnahmefällen verordnungsfähig und bedürfen in der Regel der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Fahrten zu einer stationären Behandlung unterliegen nicht dem Genehmigungsvorbehalt.
- Sollte unklar sein, ob es sich um einen stationersetzenden Eingriff handelt, sollte eine Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden.
- Die Verordnung sollte vor der Fahrt ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen kann dies später erfolgen, insbesondere in Notfällen.
- Taxi 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 sich Versicherte direkt an ihre Krankenkasse wenden.
- Der Arzt oder Psychotherapeut 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/901078

Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:
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.