

**Beschluss**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
vom 22. Januar 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2004 beschlossen, die Krankentransport-Richtlinien in der Fassung vom 17. Juni 1992 (BAnz. Nr. 183b vom 29. September 1992), in Kraft getreten am 01. Oktober 1992, wie folgt neu zu erlassen:

**Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die Verordnung von Krankenfahrten,**  
**Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten**  
**(Krankentransport-Richtlinien)**

**Inhaltsverzeichnis**

- § 1 Allgemeines
- § 2 Verordnung
- § 3 Notwendigkeit der Beförderung
- § 4 Auswahl des Beförderungsmittels
- § 5 Rettungsfahrten
- § 6 Krankentransporte
- § 7 Krankenfahrten
- § 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung
- § 9 Genehmigung
- § 10 Information des Versicherten
- § 11 Inkrafttreten

Anlage 1: "Inhalt der Verordnung"

Anlage 2: "Ausnahmefälle nach § 8 der Richtlinien"

**§ 1 Allgemeines**

- (1) Diese Richtlinien gemäß § 92 Abs.1 SGB V regeln die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen sind nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V vom Vertragsarzt zu verordnen.
- (2) Gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme von Krankbeförderungsleistungen ist § 60 SGB V.

**§ 2 Verordnung**

- (1) Für die Verordnung einer Krankbeförderungsleistung hat der Vertragsarzt
  - die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 zu prüfen und
  - das erforderliche Transportmittel nach Maßgabe der §§ 4 bis 7 auszuwählen.Die Verordnung ist auf dem vereinbarten Vordruck auszustellen. Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 geregelt.
- (2) Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. In Notfällen kann er nachträglich verordnen. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.
- (3) Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich.
- (4) Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse zu verweisen.

**§ 3 Notwendigkeit der Beförderung**

- (1) 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. Eine Verordnung zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen ist unzulässig.
- (2) Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

**§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels**

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung ist deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

**§ 5 Rettungsfahrten**

- (1) Der Versicherte bedarf einer Rettungsfahrt, wenn er aufgrund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.
- (2) Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen.
- (3) Notarztwagen (NAW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die ein Notarzt erforderlich ist. Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF).
- (4) Rettungshubschrauber (RTH) sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist. Darüber hinaus sind Rettungshubschrauber anzufordern, wenn eine schnellere Heranführung des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist.
- (5) Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge und Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern.

**§ 6 Krankentransporte**

- (1) Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedarf oder deren Erforderlichkeit aufgrund seines Zustandes zu erwarten ist. Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Die medizinisch-technische Einrichtung ist auf die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten ausgelegt.
- (2) Der Krankentransport soll auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Versicherten vermieden werden kann.
- (3) Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V.

**§ 7 Krankenfahrten**

- (1) Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Zu den Mietwagen zählen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt.
- (2) Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei

- a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V),
- b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
- c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung.
- Einzelheiten zu den Regelungen zu b) und c) sind in § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. §§ 115 a und 115 b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115 b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog geregelt.
- (3) 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.
- (4) Kann der Versicherte mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, stellt der Vertragsarzt in den Fällen des Absatzes 2 c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch des Versicherten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei seiner Krankenkasse aus.
- (5) Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, hat der Vertragsarzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen stehen.

#### **§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung**

- (1) In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Abs. 2 b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.
- (2) Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,
- dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapie-schema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,
- und
- dass 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.
- Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.
- (3) Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufen 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach S. 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von S. 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

- (4) Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

#### **§ 9 Genehmigung**

Fahrten nach § 6 Abs. 3 sowie § 8 dieser Richtlinien bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. Dauer und Umfang (z. B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

#### **§ 10 Information des Versicherten**

Der Versicherte soll darüber unterrichtet werden, dass seine Zuzahlung gemäß § 61 S. 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt - mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt - beträgt. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

#### **§ 11 Überprüfung der Richtlinien**

Die Auswirkungen dieser Richtlinien werden bis zum 31.12.2004 überprüft.

#### **§ 12 Inkrafttreten**

Diese Richtlinien treten mit Wirkung vom 01. Januar 2004 in Kraft.

Bonn, den 22.01.2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. Hess

**Anlage 1:** Inhalt der Verordnung

In der Verordnung hat der Vertragsarzt insbesondere anzugeben:

- 1. Das medizinisch notwendige Transportmittel**
- 2. Die Begründung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit unter Angabe des Diagnoseschlüssels nach ICD 10**
- 3. Die Hauptleistung der Krankenkasse, für die der Transport als Nebenleistung erbracht wird:**
  - vollstationäre Leistung
  - vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus unter Angabe der Behandlungsdaten  
(bei Organtransplantationen mit Angabe des Datums der Transplantation)
  - teilstationäre Leistung
  - ambulante Behandlung im Krankenhaus
  - ambulante Behandlung in der Vertragsarztpraxis
  - Vor- und Nachbehandlung bei ambulanter Operation unter Angabe der Behandlungsdaten
  - ambulante Operation mit Angabe des Datums der Operation
- 4. Ausgangsort:**
  - Wohnung
  - Arztpraxis
  - Krankenhaus
  - sonstiger Ausgangsort mit entsprechender Angabe
- 5. Zielort:**
  - Wohnung
  - Arztpraxis
  - Krankenhaus
  - sonstiger Zielort mit entsprechender Angabe
- 6. Art des Transportes:**
  - Sammelfahrt ja/nein; Anzahl der Mitfahrer
  - Wartezeit ja/nein; Dauer der Wartezeit
- 7. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294 a SGB V):**

Anhaltspunkte für:

  - Arbeitsunfall / -folgen,
  - sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen
  - Berufskrankheit
  - Versorgungsleiden (u.a. BVG)
  - Gewaltanwendung
  - Sonstiges
- 8. besonders anzugebende Leistungen:**
  - Zeitraum bei Serienverordnung gemäß § 8 der Richtlinie
  - erforderliche Ausstattung bei Krankenfahrten (z. B. rollstuhlgerechte Vorrichtung)
  - erforderliche Betreuung während des Transports (notärztlich, fachlich, Trageleistung etc.)
- 9. bei Fahrten zur ambulanten Behandlung Angabe des Ausnahmefalles gemäß § 8**

**Anlage 2:** Ausnahmefälle nach § 8 der Richtlinien

Ausnahmefälle gemäß § 8 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- onkologische Chemotherapie

### **Beschlussbegründung**

Die seit 1992 unveränderten Krankentransport-Richtlinien bedurften dringend einer Aktualisierung. Der Bundesausschuss hatte den im März 2003 vorgelegten Entwurf einer Neufassung zunächst noch zurückgestellt, um die sich abzeichnenden Veränderungen der anstehenden Gesundheitsreform berücksichtigen zu können.

Die bisherige Regelung, nach der die Krankenkasse Fahrten zu ambulanten Behandlungen in Härtefällen übernommen hat, wird durch das GMG mit Wirkung zum 01. Januar 2004 aufgehoben.

Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung können zukünftig - unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung - nur bei zwingender medizinischer Notwendigkeit in besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Diese Fahrten zur ambulanten Behandlung bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Indikationen für derartige Ausnahmefälle in den Krankentransport-Richtlinien festzulegen.

Die am 22.01.2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss in überarbeiteter Fassung verabschiedeten Richtlinien sind entsprechend dem Auftrag aus dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) um die besonderen Ausnahmefälle für ambulante Fahrten ergänzt. Dem Hinweis des Ministeriums folgend, werden auch dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten in den Ausnahmefällen nach § 60 Abs. 1 Satz 3 berücksichtigt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich bei Fahrten zur ambulanten Behandlung auf folgende Kriterien für die Beurteilung der Ausnahmefälle verständigt:

#### **Fallgestaltung 1:**

- der Patient wird mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt,
- dieses Therapieschema weist eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum auf und
- diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Indikationen, die diese Voraussetzungen in der Regel erfüllen, werden in Anlage 2 dieser Richtlinien aufgeführt: Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie oder onkologische Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden. Dabei ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt sowie des Beförderungsmittels vom Arzt zu begründen. Krankenfahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. und auch Fahrten desselben Patienten zu anderen ambulanten Therapien sind keine Krankenkassenleistung.

#### **Fallgestaltung 2:**

Der Ausschuss ist der Auffassung, dass bei der Formulierung der Ausnahmetatbestände gemäß § 8 (2), nicht alle Behandlungsfälle abschließend aufgezählt werden können, die den Kriterien dieses Absatzes entsprechen. Der Ausschuss geht deshalb davon aus, dass den Krankenkassen in einem nicht in Anlage 2 genannten Einzelfall bei vergleichbarem

Schweregrad nach Prüfung der Voraussetzungen gemäß Abs. 2 auch eine Genehmigung möglich ist.

In Anlage 2 wird daher folgender Satz aufgenommen:

"In anderen Fällen haben die Krankenkassen zu prüfen, ob ein vergleichbarer Schweregrad und eine vergleichbare Behandlungsintensität der Erkrankung vorliegt."

#### Fallgestaltung 3:

Die Krankenkasse genehmigt die Beförderung eines dauerhaft in seiner Mobilität beeinträchtigten Patienten, sofern der Arzt durch die Verordnung die medizinisch zwingende Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung bescheinigt und der Patient bei der Verordnung einen Behindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder den Einstufungsbescheid in die Pflegestufen 2 oder 3 vorlegt.

Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach S. 1 besitzen, wenn diese von einer den Kriterien von S. 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Genehmigungspflichtige Verordnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten zur ambulanten Behandlung sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. Dauer und Umfang (z. B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

Ausgenommen von dieser Genehmigungspflicht bleiben Verordnungen von Fahrten zu einer ambulanten (vor- oder nachstationären) Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V.

Fahrten zur stationären Behandlung sind von der Neuregelung nicht berührt. Die Krankenkassen übernehmen auch weiterhin - unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung - bei zwingenden medizinischen Gründen (z. B. in medizinischen Notfällen) die Kosten für Rettungsfahrten zum Krankenhaus.

Die gesetzliche Zuzahlung zur erstatteten Fahrt beträgt für den Patienten 10 Prozent und maximal 10 €.