

Gebhard Hentschel, Michael Ruh

# Sozialrechtliche Befugnisse erweitert

Erster Teil:  
Krankenhausweisung  
und Krankentransport

The image shows a hand holding a silver pen pointing to a form titled "Verordnung einer Krankenförderung". The form is a medical prescription form for transport and hospital admission. It includes sections for patient information, medical history, and specific instructions for transport and hospital care. The form is partially filled out, and the pen is pointing to the "1. Hauptleistung A) im Krankenhaus" section.

**Verordnung einer Krankenförderung**

Mitteilung von Krankheiten und dritter Ursachen Gesundheitschäden gem. 294a SGB V

Unfall,  Arbeitsunfall,  Versorgungschäden (BVG u.a.)

Unfallfolgen,  Berufskrankheit,  sonstiger Schaden

**1. Hauptleistung A) im Krankenhaus**

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär

Krankenhausbehandlung vor-nachstationär

im Krankenhaus

**B) ambulante Operation**

ambulante Operation gem. § 115b SGB V

Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

sonstige

**erweiterte Mobilitätseinschränkung**

Merkmale "aG", "Bf", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10)

erwartete Behandlungsdauer:

erwartete Behandlungsfrequenz:  X pro Woche über

erwarteter Zeitraum der Serienverordnung:  Taxi, Mietwagen  Krankentransportwagen

Art des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD 10)

technische Hilfe erforderlich:  nein  Tragestuhl  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl

Wohnung  Hinfahrt  Rückfahrt  Wartezeit (Datum)  Gemeinschaftsraum

Der Gesetzgeber hat im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV (GKV-VSG), in Kraft getreten am 23.07.2015, einen Teil bestehender sozialrechtlicher Befugniseinschränkungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgehoben und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Befugnis-erweiterungen in den bestehenden Richtlinien umzusetzen. Die notwendigen Erweiterungen wurden am 26.03.2017 beschlossen.

#### Krankenhausweisung-Richtlinie:

Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (in Kraft seit 08.06.2017), [goo.gl/zg78cC](http://goo.gl/zg78cC)

#### Krankentransport-Richtlinie:

Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (in Kraft seit 27.05.2017), [goo.gl/vRmzSJ](http://goo.gl/vRmzSJ)

#### Rehabilitations-Richtlinie:

Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (in Kraft seit 09.06.2017), [goo.gl/GDt7zt](http://goo.gl/GDt7zt)

#### Soziotherapie-Richtlinie:

Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (in Kraft seit 08.06.2017), [goo.gl/VEyPoC](http://goo.gl/VEyPoC)

Für die Verordnung der medizinischen Rehabilitation und der Soziotherapie fehlen noch die notwendigen Anpassungen im

EBM, so dass die Verordnungsleistungen im Zusammenhang mit den neuen Befugnissen abgerechnet werden können.

Das sind die Gebührenordnungspositionen:

- (GOP) 01611 Verordnung medizinische Rehabilitation
- (GOP) 30810 Erstverordnung Soziotherapie
- (GOP) 30811 Folgeverordnung Soziotherapie.

Der Bewertungsausschuss hat sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien Zeit, die notwendigen Beschlüsse zu fassen. Für die Verordnung von Krankenhausbehandlung und Krankentransporten ist im EBM keine Gebühr vorgesehen.

In diesem Beitrag werden die Verordnung der Krankenhausbehandlung und die Verordnung von Krankentransporten sowie Beispiele für diese Verordnungen erläutert. In der nächsten *Psychotherapie Aktuell* werden die Verordnung der Soziotherapie und der medizinischen Rehabilitation vorgestellt.

Welche Möglichkeiten eröffnen die neuen Befugnisse und wie können sie eingesetzt werden. Welche Fallstricke gibt es und worauf müssen Psychotherapeuten achten?

## Krankenhausweisung

### Was umfasst Krankenhausbehandlung?

Krankenhausbehandlung umfasst Leistungen, für die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig ist, insbesondere ärztliche (psychotherapeutische) Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Sie zielt auf ein multimodales und multiprofessionelles Behandlungsangebot. Dabei kommen für Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Krankenhäuser in Betracht, die eine

psychiatrische und/oder psychosomatische bzw. eine kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychosomatische stationäre Behandlung anbieten. Aber auch teilstationäre oder vor- bzw. nachstationäre Behandlungen können verordnet werden.

### Bei welchen Indikationen können Vertragspsychotherapeuten verordnen?

Vertragspsychotherapeuten können Krankenhausbehandlung verordnen, wenn ein Patient aufgrund einer psychischen Erkrankung

oder Störung stationär behandelt werden muss. Die psychotherapeutische Verordnungskompetenz beschränkt sich auf die Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie (§ 26) oder eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum für Neuropsychologische Therapie gemäß der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I Nummer 19.

Bei den übrigen Indikationen des ICD-10-GM Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ (z. B.

akute Intoxikation oder substanzinduzierten psychotischen Störungen oder einer vorliegenden Demenz) muss sich die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut mit einer behandelnden Ärztin/einem behandelnden Arzt abstimmen.

## Belange behinderter und chronisch kranker Menschen beachten

Bei der Krankenhauseinweisung müssen die besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen berücksichtigt werden. Bei der Auswahl oder Empfehlung eines geeigneten Krankenhauses ist darauf zu achten, dass das Krankenhaus, z. B. für körperbehinderte Patienten, ausreichend barrierefrei ist.

## Beratung der Patienten

Die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut bespricht mit der Patientin/dem Patienten die Notwendigkeit der stationären Behandlung und unterrichtet ihn über geeignete Krankenhäuser. In der Verordnung sind die beiden nächst erreichbaren Krankenhäuser anzugeben, soweit ein für die Behandlung geeignetes Krankenhaus im Umkreis verfügbar ist.

## Ambulant vor stationär

Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für die Patientin/den Patienten mit den Mitteln der ambulanten Versorgung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Es gilt auch hier, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten müssen Versicherungsleistungen grundsätzlich am Wirtschaftlichkeitsgebot ausrichten (§ 12 (1) SGB V). Eine veranlasste stationäre Maßnahme muss ausreichend, zweckmäßig

und wirtschaftlich sein. Dabei gilt, dass ambulante Maßnahmen auch unter Hinzuziehung verschiedener Fachärzte ausgeschöpft sein müssen, bevor eine stationäre Maßnahme veranlasst wird.

Grundsätzlich sind in der psychotherapeutischen Praxis zwei Fälle denkbar, bei denen eine stationäre Behandlung veranlasst wird:

### 1. Die Einweisung im Notfall

Eine Krankenhauseinweisung muss umgehend erfolgen, wenn akute Suizidalität oder akute Fremdgefährdung vorliegt, die nicht mehr oder nicht rechtzeitig ambulant behandelt werden kann. Die Notfalleinweisung muss in aller Regel in eine Klinik oder Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (stationäre Psychiatrie) erfolgen. Akute Suizidalität oder akute Fremdgefährdung stellt in den meisten Kliniken und Fachabteilungen für Psychosomatik eine Kontraindikation für eine stationäre Aufnahme dar.

Ist die Patientin/der Patient allerdings nicht freiwillig bereit, sich bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung stationär behandeln zu lassen, sind die landesspezifischen Regelungen zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zu beachten (siehe: Psychisch-Kranken-Gesetze oder Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer). Wenn die Patientin/der Patient eine Betreuerin/einen Betreuer hat, greifen die Regelungen zur betreuungsrechtlichen Unterbringung (§ 1906 BGB, § 1631b BGB). In der Regel ist dabei eine Begleitung der Patientin/des Patienten durch die Polizei erforderlich.

### 2. Die geplante Einweisung

Eine stationäre Einweisung kann geplant erfolgen, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichen, aber keine unmittelbare Gefahr für die Gesundheit

der Patientin/des Patienten besteht und die Patientin/der Patient in der Lage ist, mit psychotherapeutischer und weiterer ambulanter Unterstützung eine Wartezeit zu überbrücken bis eine stationäre Aufnahme oder ein bestimmtes stationäres Therapieangebot möglich ist.

Eine geplante Einweisung kann immer dann infrage kommen, wenn die Erkrankung besonders schwerwiegend ist, z.B. aufgrund psychischer oder somatischer Komorbiditäten, und deshalb eine komplexe, multimodale und multiprofessionelle Behandlung indiziert ist, die ambulant nicht durchgeführt werden kann.

Eine stationäre Behandlung kann auch dann indiziert sein, wenn sich die Erkrankung trotz ambulanter Psychotherapie, gegebenenfalls in Kombination mit Pharmakotherapie, nicht verbessert oder sogar verschlechtert.

Die hier beschriebene, nicht Notfall bedingte, sondern „geplante“ Einweisung kann in eine stationäre Psychiatrie oder eine Klinik für Psychosomatik bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychosomatik erfolgen.

*Nach Veranlassung der stationären Behandlung durch den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten erfolgt immer auch eine Prüfung der Veranlassung durch das Krankenhaus, das letztendlich die Aufnahmeentscheidung trifft und die Art der Behandlung festlegt. Das Krankenhaus entscheidet auch über die Möglichkeiten der vollstationären, teilstationären und/oder vor- und nachstationären Behandlung.*

## Vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung

Eine *vollstationäre* Behandlung kommt in Betracht, wenn das Be-

handlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Eine *teilstationäre* Behandlung kommt in Betracht, wenn das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Teilstationäre Behandlung unterscheidet sich im Wesentlichen von einer vollstationären Behandlung durch eine regelmäßige, aber nicht zeitlich durchgehende Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus. Unterkunft und Verpflegung können gewährt werden.

Eine *vorstationäre* Behandlung erfolgt in medizinisch geeigneten Fällen, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung zu klären oder die vollstationäre Behandlung vorzubereiten. Sie dauert längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung. Sie ist ohne Unterkunft und Verpflegung zulässig.

Eine *nachstationäre* Behandlung erfolgt in medizinisch geeigneten Fällen, um im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Sie dauert nicht länger als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen. Ein Überschreiten der Fristen ist in medizinisch begründeten Fällen im Einvernehmen mit dem einweisendem Arzt/Psychotherapeuten bzw. der einweisenden Ärztin/Psychotherapeutin möglich. Sie ist ohne Unterkunft und Verpflegung zulässig.

**Wer darf Krankenhausbehandlung erbringen?**

Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser)

oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben (§ 108 SGB V), dürfen Krankenhausbehandlung erbringen.

**Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus**

Die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut fügt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung der Patientin/des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie bei, soweit sie ihr/ihm vorliegen. So soll die Diagnostik und Therapie im Krankenhaus unterstützt, Doppeluntersuchungen vermieden sowie zur Verkürzung der Verweildauer beigetragen werden.

Nach Beendigung der stationären/teilstationären/vor- oder nachstationären Behandlung erhält die einweisende Psychotherapeutin/der einweisende Psychotherapeut einen Abschlussbericht der stationären Einrichtung, in dem der Behandlungsverlauf skizziert wird, der Zustand des Patienten bei Entlassung beschrieben und eine weitere Behandlungsempfehlung genannt ist.

Vor Verordnung einer Krankenhausbehandlung muss sich die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut von dem Zustand des Patienten persönlich überzeugen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung feststellen. Die Notwendigkeit wird auf dem Ordnungsformular dokumentiert. Hierzu gehören:

- die Angabe der Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen
- die Untersuchungsergebnisse (psychischer Befund) und Gründe für die stationäre Behandlung
- bisherige Behandlungsmaßnahmen
- gegebenenfalls weitere schriftliche Befunde.

**Fallbeispiele**

**1. Für eine Verordnung einer Krankenhausbehandlung**

Patientin kommt zum Erstkontakt zur Psychotherapeutischen Sprechstunde. Es liegt ein deutlich ausgeprägtes depressives Beschwerdebild vor. Sechs Wochen vorher habe ihr Ehemann sie nach einem heftigen Streit zu Hause aufgrund einer Beziehung zu einer anderen Frau verlassen, seither lebe sie alleine in der Wohnung, ihre Tochter habe ihr dringend nahegelegt, zum Psychotherapeuten zu gehen. Die Patientin wurde vom Hausarzt vor vier Wochen arbeitsunfähig krankgeschrieben; es wurde ein Antidepressivum verordnet. Dies habe ihr aber nichts gebracht. Ihre Stimmungslage schwanke zwischen Wut und Verzweiflung, mehrmals habe sie schon Suizidgedanken gehabt. Sie habe sich aber nicht getraut, sich umzubringen. Sie wisse

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

**Verordnung von Krankenhausbehandlung** 27  
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Belegarztbehandlung  Notfall

Unfall, Unfallsfolgen  Versorgungsleistungen (BVG)

Häuslicher/Stationäre, geeignete Krankenhäuser

**Psychiatrie**

---

**Diagnose**  
**F32.2 G, Schwere depressive Episode**

**Episode**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

---

Siehe dem Patienten gesondert mitgegeben

**Untersuchungsergebnisse**  
**Seit sechs Wochen anhaltende schwere depressive Episode mit Suizidalität nach Trennung des Ehemannes.**

**Alleinlebend. AU seit 4 Wochen.**

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)  
**Anitdepressive Medikation (Citalopram), ohne Erfolg.**

---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Abfolge)  
**Stationäre Krisenintervention, psychopharmakologische Einstellung. Danach ggf. ambulante Psychotherapie**

Mitgegebene Befunde

---

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Anlage erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster ZfE (10.2014) KStV-PfZ Nr. 1/9/14/04/028

**Ausfertigung für den Krankenhausarzt | Vertraulich!**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b> 27 <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>	
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Selbst- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Geb. am		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leistung (BVG)
Kolonienummer	Versicherungs-Nr.	Nächstentscheidende, geeignete Krankenkasse	
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Akutpsychosomatik 1	
Datum		Akutpsychosomatik 2	
Diagnose		Vertragsärztliche / Unterschrift des Arztes	
F40.01 G, Agoraphobie mit Panikstörung			
<small>Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!</small>			
Untersuchungsergebnis			
Seit 4 Wochen anhaltend regelmäßige Panikattacken (3-4/Woche), ausgeprägtes Vermeidungsverhalten und sozialer Rückzug. Deswegen AU.			
<small>Bestehende Maßnahmen (z. B. Medikation)</small>			
Psychotherapeutische Sprechstunde, ambulante PT aufgrund Schwere der Störung nicht ausreichend. Tavor bei Bedarf hausärztlicherseits verordnet.			
<small>Fragenstellung/Mindeste (z. B. Allergie)</small>			
Psychische Stabilisierung im stationären Setting indiziert, sowie Angstbewältigung und Psychoedukation.			
<small>Mittägliche Befunde</small>			
Psychischer Befund aus der psychotherapeutischen Sprechstunde.			
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Anlage erstellt. Der Barcode enthält Infos auf dem Formular über Ihre Daten.</small>			
		<small>Muster-DRG (10.2014) K81 P09 08 1004040205</small>	
Ausfertigung für den Krankenhausarzt   Vertraulich!			

nicht mehr weiter und habe große Angst vor der Zukunft.

Aufgrund der bestehenden Suizidalität ist eine ambulante Richtlinienpsychotherapie zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

Die Rücksprache mit dem Hausarzt hat ergeben, dass auch durch eine medikamentöse Umstellung eine ausreichende Stabilisierung nicht herbeigeführt werden kann.

Der Patientin wird die freiwillige Aufnahme in das zuständige Psychiatrische Krankenhaus vorgeschlagen, welcher sie nach anfänglicher Ablehnung bei den weiteren Sprechstundenterminen schließlich zustimmt. Mit dem Psychiatrischen Krankenhaus wird eine zeitnahe Aufnahme vereinbart, bis dahin werden mit der Patientin zur Stabilisierung und Vorbereitung der Krankenhausbehandlung engmaschig psychotherapeutische Akutbehandlungstermine vereinbart.

Folgendermaßen kann die Verordnung der Krankenhausbehandlung erfolgen:

## 2. Für eine Verordnung einer Krankenhausbehandlung

Patient kommt zum ersten Termin der psychotherapeutischen Sprechstunde. Er leidet seit einiger Zeit unter Panikattacken, hat dabei jedes Mal den Eindruck, dass er einen Herzinfarkt bekomme und sucht dann schnell einen Arzt in der Nähe auf. Er arbeitet als Paketfahrer und hat inzwischen Angst, den

Transporter zu fahren, nachdem er zweimal während der Autofahrt eine Panikattacke erlitten hatte und nur mit Mühe das Auto zum Stehen bringen konnte. Der Patient ist so sehr mit seiner Angst beschäftigt, dass er auch in den weiteren Sprechstundenterminen auf probeweise psychotherapeutische Interventionen nicht anspricht und weiterhin regelmäßig mehrfach in der Woche Panikattacken erleidet. Inzwischen ist er krank geschrieben und traut sich alleine nicht mehr aus dem Haus, da er zu große Angst hat.

Eine ambulante Richtlinienpsychotherapie ist aufgrund des Zustandsbildes des Patienten zum aktuellen Zeitpunkt nicht indiziert, auch andere ambulante Maßnahmen wie eine psychopharmakologische Medikation sind nicht erfolgversprechend. Um eine Generalisierung und Chronifizierung der Angststörung und des Vermeidungsverhaltens zu verhindern, wird ihm eine Behandlung in einer akutpsychosomatischen Klinik vorgeschlagen. Bis zur Genehmigung der Behandlung durch die Krankenkasse, zur psychischen Stabilisierung und zur Vorbereitung auf die stationäre Behandlung werden mit dem Patienten weitere Sitzungen psychotherapeutische Akutbehandlung durchgeführt.

# Verordnung einer Krankenförderung

## Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen

Vertragspsychotherapeutinnen/Vertragspsychotherapeuten können Fahrten verordnen, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sind, dies gilt auch für Fahrten zur

stationären Krankenhausbehandlung (§ 3 (1)).

Als notwendig anerkannt werden in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin/des Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Dabei ist die Notwendigkeit der Beförderung für

den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen (§ 3 (2)).

Die Verordnung soll vor der Beförderung ausgestellt werden, nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann die Beförderung nachträglich verordnet werden (§ 2 (2)).

→ Ein Notfall in der psychotherapeutischen Versorgung liegt zum

Beispiel bei akuter Suizidalität oder akuter Fremdgefährdung vor.

## Welche Verordnung ist nicht möglich?

Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel und allgemein Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen können nicht verordnet werden. Die Patientin/der Patient kann sich zur Klärung der An- und Abreise direkt an die Krankenkasse wenden (§ 2 Abs. 3 und 4).

## Auswahl des Beförderungsmittels

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten und ihre/seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen (§ 4). Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich/psychotherapeutisch verordneten Leistungen unterliegt ab 2017 der Prüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Diese umfasst auch die Verordnungen für Krankentransporte. Unwirtschaftliche Verordnungen können einen Regress nach sich ziehen.

## Genehmigung durch die Krankenkasse

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.

## Patient holt Genehmigung ein

Die Patientin/der Patient holt die Genehmigung der Krankenkasse ein, da es sich aus rechtlicher Sicht um einen Antrag der Patientin/des Patienten handelt. Nimmt sie/er eine Fahrt in Anspruch bevor sie genehmigt wurde, kann sie/er sich die Kosten gegebenenfalls von ihrer/seiner Krankenkasse erstatten lassen. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, werden ihr/ihm die Kosten nicht erstattet. Der verordnenden Vertragsärztin/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 5 € und höchstens 10 € (§ 10).

## Welche Beförderungsmittel kommen in Frage?

- Rettungsfahrten
- Krankentransporte
- Krankenfahrten
- Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

## Rettungsfahrten

Rettungsfahrten sind Beförderungen mit so genanntem „qualifiziertem Rettungsmittel“ aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten oder wenn der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transportes zu erwarten ist. Die Richtlinie unterscheidet drei „qualifizierte Rettungsmittel“ (§ 5 (1)):

- Rettungswagen (RTW)
- Notarztwagen (NAW)
- Rettungshubschrauber (RTH)

**Rettungswagen (RTW)** sind geeignet für NotfallpatientInnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrechtzuerhalten oder wieder herzustellen (§ 5 (2)).

**Notarztwagen (NAW)** oder Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) sind für NotfallpatientInnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist (§ 5 (3)).

**Rettungshubschrauber (RTH)** sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport der Patientin/des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist oder wenn eine schnellere Heranführung der Notärztin/des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit der Patientin/des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist (§ 5 (4)).

## Krankentransporte

Ein Krankentransport kann verordnet werden für eine Patientin/einen Patienten, die/der während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedarf. Die fachliche Betreuung wird in der Regel durch *qualifiziertes, nicht-ärztliches Personal* gewährleistet. Näheres zur fachlichen Betreuung regeln landesrechtliche Vorschriften. Die medizinisch-technische Einrichtung des KTW ist nicht auf die Beförderung in Notfällen ausgelegt (§ 6 (1)).

Der Krankentransport soll auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patientinnen oder Patienten vermieden werden kann (§ 6 (2)).

**Krankenfahrten**

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 (§ 7 (1)). Krankenfahrten bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist nur dann zu verordnen, wenn die Patientin/der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann (§ 7 (3)).

Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem *Taxi oder Mietwagen* ist zulässig, bei

- a. Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden,
- b. Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,

c. Fahrten zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder im Zusammenhang mit dieser Operation erfolglicher Vor- und Nachbehandlung in der Vertragsarztpraxis (§ 7 (2)).

**Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung**

In besonderen Ausnahmefällen können bei zwingender medizinischer Notwendigkeit über die unter a., b. und c. genannten Fälle hinaus Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

- dass die Patientin/der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und
- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Patientin/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 der Krankentransport-Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

**Besonderheiten bei pflegebedürftigen Patienten ab 01.01.2017**

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 dies 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 Verordnungsf formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“.

Auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“ wird ab 2017 zunächst weiterhin auf die Pflegegraden Bezug genommen. Bis zur Anpassung dieses Formulars an Pflegegrade 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.

**Fallbeispiele**

**1. Für die Verordnung einer Rettungsfahrt**

Patient mit schizophrener Erkrankung ist in regelmäßiger ambulanter Psychotherapie (Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie). In der aktuellen Sitzung

**Verordnung einer Krankenförderung**

Mitteilung von Krankheiten und dritterverschafften Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V

Unfall, Unfälle  Arbeitsunfall, Berufsunfähigkeit  Versorgungschäden, (BVG u.s.)  sonstiger Schaden

**1. Hauptleistung**

**A) im Krankenhaus**

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär  Krankheitsbehandlung vgl. oder nachstationär  beim Vertragsarzt  im Krankenhaus  sonstige

**B) ambulante Operation**

ambulante Operation gem. § 115b SGB V  Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

**C) ambulante Behandlung** (von der Krankenkasse zu genehmigen)

**Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V**

hochfrequente Behandlung  gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)  vergleichbarer Ausnahmefall wegen \_\_\_\_\_

dauerhafte Mobilitätseinschränkung  Merkzeichen "aG", "BI", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt  vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10) \_\_\_\_\_

voraussichtliche Behandlungsfrequenz:  X pro Woche über  Monate  
ggf. Zeitraum der Seitenverordnung: \_\_\_\_\_

**2. Beförderungsmittel**  Taxi  Mietwagen  Krankentransportwagen  Rettungswagen  Helikopter  anders \_\_\_\_\_

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD 10) \_\_\_\_\_

Medizin-technische Ausstattung erforderlich:  nein  Tragestuhl  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl  Bogen  andere \_\_\_\_\_

Von  Wohnung  Arztpraxis  Krankenhaus  andere Beförderungsweg

Nach  Wohnung  Arztpraxis  Krankenhaus  andere Beförderungsweg

Medizin-fachliche Betreuung notwendig:  Hinfahrt  Rückfahrt  Wartezeit (Dauer) \_\_\_\_\_  Gemaßrechtshilfe (Anzahl Mitarbeiter) \_\_\_\_\_  ja/jeingende:   nein

**Überwachung**

Überschrift und Bemerkung des Vertragsarztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erstellt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht belassen Daten. KBN/PfP/16L 10/14 10/16/2018 Muster 4.1/6 (10.2014)

