



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten,
Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92
Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V

(Krankentransport-Richtlinie/KT-RL)

in der Fassung vom 22. Januar 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1342) vom 28. Januar 2004
in Kraft getreten am 1. Januar 2004

zuletzt geändert am 19. September 2024
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 16.12.2024 B3)
in Kraft getreten am 17. Dezember 2024

Inhalt

§ 1	Allgemeines	3
§ 2	Verordnung.....	3
§ 3	Notwendigkeit der Beförderung	4
§ 4	Auswahl des Beförderungsmittels.....	4
§ 5	Rettungsfahrten	4
§ 6	Krankentransporte	5
§ 7	Krankenfahrten.....	5
§ 8	Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung	6
§ 8a	Verordnung im Rahmen der tagesstationären Behandlung	7
§ 8b	Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements	7
§ 9	Genehmigungsverfahren.....	7
§ 10	Information der Patientinnen und Patienten.....	7
§ 11	– gestrichen	7
Anlage 1	Inhalt der Verordnung	8
Anlage 2	Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie	9

§ 1 Allgemeines

Diese Richtlinie gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V regelt die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V durch

1. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
2. Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte,
3. die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden bezeichnet als Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten) sowie
4. Krankenhäuser in den Fällen der §§ 8a und 8b.

§ 2 Verordnung

(1) ¹Für die Verordnung einer Krankenförderung sind

1. die Verordnungsvoraussetzungen dieser Richtlinie zu prüfen und
2. das erforderliche Transportmittel auszuwählen.

²Die Verordnung ist auf dem jeweils vereinbarten Vordruck auszustellen. ³Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 geregelt. ⁴Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form.

(2) ¹Die Verordnung soll vor der Beförderung ausgestellt werden. ²Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann die Beförderung nachträglich verordnet werden. ³Ein Notfall liegt vor, wenn sich die Patientin oder der Patient in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erfolgt.

(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 die Patientin oder der Patient zur Klärung der An- und Abreise direkt an ihre oder seine Krankenkasse zu verweisen.

(5) ¹Die zur Verordnung erforderlichen Feststellungen sind im Rahmen einer unmittelbar persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation möglich. ²Eine mittelbar persönliche Konsultation kann nur per Videosprechstunde erfolgen. ³Die mittelbar persönliche Konsultation ist zulässig, wenn dies aus ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. ⁴Dies setzt insbesondere voraus, dass

1. die oder der Versicherte und der Gesundheitszustand sowie die Mobilitätsbeeinträchtigung der oder des Versicherten der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person, die mit der Verordnerin oder dem Verordner gemeinschaftlich unter Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation die oder den Versicherten behandelt, unmittelbar persönlich bekannt sind und
2. die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde nicht ausschließt.

⁵Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu

verweisen. ⁶Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären. ⁷Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde besteht nicht. ⁸Die Verordnung nach einem vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der Verordnerin oder dem Verordner und der oder dem Versicherten ist abweichend von Satz 2 ausnahmsweise zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand sowie die Mobilitätsbeeinträchtigung bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist. ⁹Die Verordnerin oder der Verordner hat sowohl im Rahmen der Videosprechstunde als auch im Rahmen des telefonischen Kontaktes die Authentifizierung der oder des Versicherten sicherzustellen.

§ 3 Notwendigkeit der Beförderung

(1) ¹Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. ²Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. ³Liegt ein solcher zwingender medizinischer Grund nicht vor, zum Beispiel bei Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, ist die Verordnung unzulässig. ⁴Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten können unter den Voraussetzungen dieser Richtlinie Fahrten verordnen, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sind. ⁵Dies gilt auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung, soweit die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt ist, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.

(2) ¹Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. ²Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels

¹Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. ²Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten und ihre oder seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

§ 5 Rettungsfahrten

(1) Patientinnen und Patienten bedürfen einer Rettungsfahrt, wenn sie aufgrund ihres Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden müssen oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.

(2) Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatientinnen oder 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) ¹Notarztwagen (NAW) sind für Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist. ²Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Notarzteinsetzungsfahrzeugen (NEF).

(4) ¹Rettungshubschrauber (RTH) sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport der Patientin oder des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist. ²Darüber hinaus sind Rettungshubschrauber anzufordern, wenn eine schnellere Heranführung der Notärztin oder des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit der Patientin oder des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist.

(5) Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsetzfahrzeuge und Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern.

§ 6 Krankentransporte

(1) ¹Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn Patientinnen oder Patienten während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedürfen oder deren Erforderlichkeit aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist. ²Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. ³Die medizinisch-technische Einrichtung ist nicht auf die Beförderung in Notfällen ausgelegt.

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

(3) ¹Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V. ³Krankentransporte zu stationären Leistungen bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

§ 7 Krankenfahrten

(1) ¹Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. ²Zu den Mietwagen zählen zum Beispiel auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. ³Eine medizinisch-fachliche Betreuung 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 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V),
- b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V verkürzt oder vermieden werden kann,
- c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist.

²Die Voraussetzungen nach Buchstabe b und c sind insbesondere dann gegeben, wenn die aus medizinischen Gründen gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen, Gründen als ambulante Behandlung vorgenommen wird.

(3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn die Patientin oder der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

(4) Können Patientinnen oder Patienten mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, wird in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch der Patientin oder des Patienten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei ihrer oder seiner Krankenkasse ausgestellt.

(5) Falls mehrere Patientinnen oder Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, ist jeweils eine Sammelfahrt unter Angabe der Anzahl der Mitfahrenden zu verordnen, sofern dem keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

(6) Krankenfahrten nach dieser Vorschrift bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) ¹In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung neben den in § 7 Absatz 2 Buchstabe b und c geregelten Fällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit verordnet werden. ²Von Satz 1 umfasst sind auch Fahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach §§ 25, 25a und 26 SGB V. ³Die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer Geriatrischen Institutsambulanz nach § 118a SGB V ist einer ambulanten Behandlung im Sinne des Satzes 1 gleichzusetzen.

(2) ¹Voraussetzungen für eine Verordnung sind,

1. dass die Patientin oder der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,

und

2. dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Patientin oder den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

²Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. ³Diese Liste ist nicht abschließend.

(3) ¹Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. ²Die Verordnungs-voraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.

(4) Eine Verordnung von Fahrten zur ambulanten Behandlung ist auch für Versicherte möglich, die keinen Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 besitzen, wenn diese von einer den Kriterien von Absatz 3 Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(5) ¹Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. ²Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, zum Beispiel Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

(6) ¹Krankenfahrten nach dieser Vorschrift bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nach Absatz 3 gilt die Genehmigung gemäß § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V als erteilt.

§ 8a Verordnung im Rahmen der tagesstationären Behandlung

¹Die Verordnung von Krankenfahrten entsprechend dieser Richtlinie kann durch Krankenhäuser (die Krankenhausärztin, den Krankenhausarzt, die Krankenhauszahnärztin, den Krankenhauszahnarzt) im Rahmen der tagesstationären Behandlung nach § 115e SGB V für Versicherte erfolgen, die die Voraussetzungen nach § 8 Absatz 3 erfüllen. ²Im Übrigen finden die Vorgaben in § 8 keine Anwendung. ³Die Krankenfahrten nach dieser Vorschrift bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

§ 8b Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements

¹Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin, der Krankenhausarzt, die Krankenhauszahnärztin, der Krankenhauszahnarzt, die Krankenhauspsychotherapeutin, der Krankenhauspsychotherapeut) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Verordnerin oder ein Verordner nach § 1 Nummer 1 bis 3 nach der Entlassung eine Krankenförderungsleistung entsprechend dieser Richtlinie verordnen. ²Satz 1 gilt entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung. ³Satz 1 gilt nicht für die Entlassung aus den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V. ⁴Die Regelungen des § 73 SGB IX zur Fahrkostenübernahme bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bleiben unberührt.

§ 9 Genehmigungsverfahren

¹Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. ²Dauer und Umfang (zum Beispiel Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

§ 10 Information der Patientinnen und Patienten

¹Patientinnen oder Patienten sollen darüber unterrichtet werden, dass ihre Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt – mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt – beträgt. ²Nur 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 – gestrichen

Anlage 1 Inhalt der Verordnung

In der Verordnung sind insbesondere anzugeben:

1. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294a SGB V):
Anhaltspunkte für:
 - a) Unfall, Unfallfolgen
 - b) Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 - c) Versorgungsleiden.
2. Angabe, ob es sich um eine Hinfahrt zur Behandlungsstätte, eine Rückfahrt von der Behandlungsstätte oder beides handelt
3. Der Grund der Beförderung (Hauptleistung der Krankenkasse), weshalb der Transport als Nebenleistung erbracht wird
4. Behandlungstag oder Behandlungsfrequenz und nächst erreichbare, geeignete Behandlungsstätte
5. Das medizinisch notwendige Transportmittel (Art der Beförderung)

Anlage 2 Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie

Ausnahmefälle gemäß § 8 Absatz 2 sind in der Regel:

1. Dialysebehandlung
2. onkologische Strahlentherapie
3. parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie