

**Muster 4** – Verordnung einer Krankenförderung (Stand 01.04.2019)

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z. B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen. Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragszahnarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

*(s. nachfolgende Seiten)*

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">Zuzahlungsstatus</td> <td>Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">frei</td> <td>Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 30%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 40%;">Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	<b>1</b>	Zuzahlungsstatus	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>1</b>	frei	Name, Vorname des Versicherten			geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung einer Krankenbeförderung <span style="float: right;">4</span></h3> <div style="margin-bottom: 5px;"><b>2</b> Unfall, Unfallfolge</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><b>2</b> Arbeitsunfall, Berufskrankheit</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><b>2</b> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><b>3</b> Hinfahrt</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><b>3</b> Rückfahrt</div> </div>
<b>1</b>	Zuzahlungsstatus	Krankenkasse bzw. Kostenträger														
<b>1</b>	frei	Name, Vorname des Versicherten														
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p><b>1. Grund der Beförderung</b></p> <p><b>Genehmigungsfreie Fahrten</b></p> <p>a) <b>4</b> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung      <b>4</b> vor-/nachstationäre Behandlung</p> <p>b) <b>5</b> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: <b>5</b></p> <p><b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b></p> <p>c) <b>hochfrequente Behandlung</b>      <b>6</b> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie      <b>6</b> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)</p> <p>d) <b>dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b>      <b>7</b> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5      <b>7</b> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)</p> <p>Begründung <b>8</b></p> <p>e) <b>9</b> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)</p>																
<p><b>10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b></p> <p>vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/></p> <p>Behandlungsstätte (Name, Ort)</p>																
<p><b>3. Art der Beförderung</b></p> <p><b>11</b> Taxi/Mietwagen:      <b>11</b> Rollstuhl      <b>11</b> Tragestuhl      <b>11</b> liegend</p> <p><b>12</b> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen</p> <p><b>12</b></p> <p><b>13</b> RTW      <b>14</b> NAW/NEF      <b>15</b> andere      <b>15</b></p> <p>Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)</p> <p><b>16</b></p>																
<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p>Muster 4 (4.2019)</p>																

**1** Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Verordnung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe **2**),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe **2**) sowie

- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

## ② Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Kostenträgerfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsgamnt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

## ③ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragszahnarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig.

Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragszahnarzt unter ⑩ angegeben werden.

## 1. Grund der Beförderung

### Genehmigungsfreie Fahrten

#### ④ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig.

#### ④ a) vor-/nachstationäre Behandlungen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur vor-/nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig.

**5 b) anderer Grund, z. B. Fahrten zu stationären Hospizen**

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus einem anderen Grund, z. B. Fahrt zu stationärem Hospiz, ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig.

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen**

**c) hochfrequente Behandlung**

**6** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

Dieses Feld ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

**6** vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter **8** zu begründen.

**d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung**

**7** Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist auch für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragszahnarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ [erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr] im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Die Verordnung von Krankenfahrten für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ sowie mit einer Einstufung in den Pflegegrad 3 (bei dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung), 4 oder 5 muss seit dem 01.01.2019 nicht mehr der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, die Genehmigung gilt in diesen Fällen von Gesetzes wegen als erteilt. Dennoch ist für solche Fahrten auch ab dem 01.01.2019 das Ankreuzfeld „Merkzeichen ‚aG‘, ‚Bl‘, ‚H‘, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5“ vom Vertragszahnarzt bei der Verordnung zu nutzen und von den Krankenkassen ohne Durchführung eines Genehmigungsverfahrens zu akzeptieren. Diese Verfahrensweise gilt übergangsweise, bis der G-BA die Krankentransport-Richtlinie an die gesetzlichen Änderungen angepasst hat.

**7** vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate

Bei einer den vorgenannten Kriterien vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder

5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung für mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist unter ⑧ zu begründen.

⑧ Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach ⑥ und ⑦.

**⑨ e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert**

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird. Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter ⑫ zu machen.

**⑩ 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragszahnarztes) anzugeben.

Dabei ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragszahnarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte grundsätzlich die Mehrkosten zu tragen.

**3. Art der Beförderung**

⑪ Taxi/Mietwagen: Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen hier zusätzlich zu kennzeichnen. Es handelt sich hierbei nicht um besondere Einrichtungen des KTW. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

⑫ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung eines KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen.

⑬ RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

**14** NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

**15** andere

Dieses Feld ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

**16** Sonstiges

Dieses Freitextfeld ist für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. mit Namensnennung der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

**RÜCKSEITE**

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenförderung aufgeführten Datenfelder sind vom Transporteur und dem Patienten auszufüllen.

Diese Felder sind vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.