

Elmar Ludwig

# Leitfaden zur Verordnung einer Krankenförderung

Krankentransport-Richtlinie, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGBV

**Die Verordnung von Beförderungsleistungen ist in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 12 SGBV (Krankentransport-Richtlinie)“ geregelt. Seit dem 05.05.2016 ist die Krankentransport-Richtlinie nicht mehr nur für den vertragsärztlichen, sondern auch für den vertragszahnärztlichen Bereich einheitlich und verbindlich geregelt. Mit Wirkung vom 01.01.2019 wurde eine Genehmigungsfiktion für bestimmte Fälle geschaffen. Mit Wirkung vom 01.04.2019 wurde das Formular „Muster 4“ überarbeitet. Dieser Leitfaden wurde in Kooperation der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mit der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg erarbeitet und dient als praktische Orientierungshilfe für die Umsetzung der Verordnung von Beförderungsleistungen.**

## Verordnung einer Krankenförderung

Die Verordnung ist unter Verwendung des vertrags(zahn)ärztlichen Musters 4 „Verordnung einer Krankenförderung“ vorzunehmen. Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungs-

leistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen o. ä. sind keine Krankenkassenleistung.

## Auswahl des Beförderungsmittels

Als Krankenförderungsmittel stehen zur Verfügung:

- Krankenfahrten,
- Krankentransporte,
- Rettungsfahrten.

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist neben der zwingenden medizinischen Notwendigkeit die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

Bei Unsicherheit wird empfohlen, Rücksprache mit dem Hausarzt zu halten und die gemeinsame Abstimmung in der Karteikarte zu dokumentieren (Tabelle 1).

## Krankenfahrten

Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten

Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxi durchgeführt werden. Dazu zählen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstühlen.

Bei Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln ist keine Verordnung auszustellen. Versicherte erhalten stattdessen auf Wunsch eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse. Werden mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren, ist je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen stehen.

## Krankentransporte

Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn Versicherte während der Fahrt einer Betreuung/Begleitung durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal oder der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens (KTW) bedürfen.

Darüber hinaus soll ein Krankentransport verordnet werden, um die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten (z. B. Tuberkulose, MRSA, infektiöse Darmerkrankungen, HIV, Hepatitis, Windpocken) zu vermeiden. In diesen Fällen ist die Notwendigkeit eines Transportes in die zahnärztliche Praxis besonders sorgfältig abzuwägen.



Tab. 1 Übersicht möglicher Krankentransportmöglichkeiten.

Beförderungs- mittelanforderung	Taxi	Rollstuhl- taxi	Liegend- taxi	KTW	RTW, NAW
Betreuung	nicht fachlich	nicht medizinisch		medizinisch fachlich – bei NAW Notarzt	
Patient	gehfähig, aber nicht allein mit ÖPVN/KFZ	mit Rollstuhl bzw. Tragestuhl	liegend	liegend und/oder demenz, aspirationsgefährdet, infektiös	bedarf Erste-Hilfe- bzw. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung Vitalfunktionen
Besetzung Qualifikation Ausstattung	1 Person	1 Person, ggf. Treppensteiger	2 Personen, Trageleistung	2 Personen mit Trageleistung + Betreuung, Hygieneanforderungen, O2, Notfallkoffer	2 Personen mit Trageleistung + notfallmedizinischer Betreuung

KTW = Kranktransportwagen; RTW = Rettungswagen; NAW = Notarztwagen; ÖPVN = Öffentlicher Personennahverkehr; KFZ = Kraftfahrzeug.

### Rettungsfahrten

Eine Rettungsfahrt ist notwendig, wenn Versicherte mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden müssen – z. B. im Falle von erwartender notwendiger Erste-Hilfe-Maßnahmen oder lebensrettender Sofortmaßnahmen. Die Anforderung erfolgt über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle (19222).

Eine geplante medizinisch notwendige Rettungsfahrt für eine Behandlung in der Zahnarztpraxis muss grundsätzlich sehr kritisch hinterfragt werden. Eine Einweisung/Transport in eine Klinik sollte in Abstimmung mit dem Hausarzt erfolgen. Kommt es in der Praxis bzw. Häuslichkeit/Pflegeeinrichtung zu einer Notfall-Situation, ist ohne Verzögerung der Notarzt (112) zu rufen.

### Anmerkung zur persönlichen Begleitung

Eine persönliche Begleitung (Betreuer, Angehöriger, Nachbarschaftshilfe) ist bei Bedarf ohne zusätzliche Kosten möglich, das Transportunternehmen sollte aber aus organisatorischen Gründen im Vorfeld informiert werden.

### Krankentransport – Anspruchsberechtigung

Eine Verordnung ist möglich für Versicherte mit:

- Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3\*, 4 oder 5.
- Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen:  
aG = außergewöhnliche Gehbehinderung oder  
Bl = Blindheit oder  
H = Hilflosigkeit.
- Vergleichbarer Mobilitätsbeeinträchtigung und zwingend notwendiger zahnärztlicher Behandlung in der Praxis\*\*.

\* Zusätzlich Einstufung bis zum 31.12.2016 in Pflegestufe 2 oder zusätzlich dauerhafte (mindestens über sechs Monate) körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigung der Mobilität. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei ist es möglich, sich auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität zu stützen – z. B. Merkzeichen „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) im Schwerbehindertenausweis.

\*\* „vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung...“ z. B. Schwindel mit Fallneigung, Hemiparese mit Gehbehinderung, Kachexie, allgemeine Schwäche, Rheuma o. Gicht im Schub, schmerzhafte Hüft- o. Kniearthrose, Verschleimung/Aspirationsgefahr mit Notwendigkeit Absaugung, Infektionsgefahr (z. B. MRSA), Demenz mit Hin- & Weglaufgefahr. Achtung: Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und es obliegt zudem der jeweiligen Krankenkasse, ob diese Gründe als vergleichbar angesehen werden.

### Kosten für den Versicherten

Versicherte bzw. gesetzliche Betreuer sind über entstehende Kosten im Zusammenhang mit der Krankentransport aufzuklären. Diese betragen 10 % des Fahrpreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten der Fahrt. Die Belastungsgrenze der Zuzahlung pro Kalenderjahr beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen (für chronisch kranke Menschen 1 %). Bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse sind Versicherte für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

### Genehmigung durch die Krankenkasse

Die Übernahme von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung erfolgt nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Verordnung ist der Krankenkasse möglichst frühzeitig vor dem Transport zur Genehmigung vorzulegen. Andernfalls werden die Kosten für die Beförderung u. U. nicht von der Krankenkasse übernommen und dem Versicherten in Rechnung gestellt. Wer sich um die Genehmigung kümmert, sollte jeweils in Absprache mit dem

Versicherten bzw. seinem Umfeld geklärt werden. Im Folgenden ein grober Kostenüberblick – Unterschiede regional und von Kasse zu Kasse:

- Taxi
  - je nach Kilometer/Zeit
- Rollstuhltaxi
  - 15–20 Euro Grundgebühr
  - pro Fahrt zzgl. 1–2 Euro/km
- KTW
  - 100–150 Euro pro Fahrt inkl. 50 km
  - zzgl. 1–2 Euro jeder weitere km
- RTW
  - 400–600 Euro pro Fahrt.

## Genehmigungsfiktion

Für Krankenfahrten (Mietwagen/Taxi) muss seit dem 01.01.2019 keine vorherige Genehmigung erfolgen, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“ bzw. „Bl“ bzw. „H“ oder Pflegegrad 3\*, 4 bzw. 5 vorliegt.

In der Karteikarte ist zu dokumentieren, dass im betreffenden Fall die Voraussetzungen erfüllt sind. Achtung: Diese Genehmigungsfiktion gilt nicht für Krankentransporte!

Sind in einem Jahr mehrere Transporte in die Praxis notwendig, muss für jeden notwendigen Transport eine entsprechende Verordnung ausgestellt werden, da der Krankentransport-Dienstleister diese für die Abrechnung benötigt. Aber nicht jeder Transport muss erneut genehmigt werden. Dazu ist von den Versicherten bzw. den gesetzlichen Vertretern z. B. im Rahmen des ersten notwendigen Transportes eine spezielle Genehmigung bei der Krankenkasse für das gesamte Kalenderjahr zu beantragen. Gegebenenfalls liegt eine solche Genehmigung bereits vor – und kann nachgefragt werden. Diese Genehmigung sollte auch Transporte zum Zahnarzt umfassen – teilweise gelten die Genehmigungen nur für einen einzelnen Arzt.

## Ausfüllhinweise

Im Folgenden werden die einzelnen Punkte des Formulars zur Verordnung einer Krankenförderung dargestellt (Abb. 1). Die hier aufgeführten „Ausfüllhinweise“ sind ein Auszug eines Schreibens der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 13.03.2019:

### 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, wenn folgendes zutrifft:

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe 2),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe 2)
- 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 Versorgungamt 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 16 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



Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten	
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung einer Krankenförderung

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt       Rückfahrt

### 1. Grund der Beförderung

#### Genehmigungsfreie Fahrten

- a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung       vor-/nachstationäre Behandlung
- b)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:

#### Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- c)  hochfrequente Behandlung       Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie       vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
- d)  dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung       Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5       vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung

- e)  anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

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

vom/am  /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

### 3. Art der Beförderung

- Taxi/Mietwagen:       Rollstuhl       Tragestuhl       liegend
- KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen
- RTW       NAW/NEF       andere

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

Abb. 1 Formular Verordnung einer Krankenförderung – Vorderseite.

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 sechs 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 Behand-

lung 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 sechs 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 sechs 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 Krankenförderung 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 grds. 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 medizi-



nisch-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. Notarzt-einsatzfahrzeug (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.

**Verordnungen – Beispiele**

Nachfolgend aufgeführt finden Sie einige Beispiele zum Ausfüllen des Formulars zur Verordnung einer Krankenförderung für unterschiedliche Pflegegrade (PG) (Abb. 2 bis 7):

- Pflegegrad 2 – Abb. 2, Seite 7
  - Rollator & Infektionsgefahr
  - Praxis 1. Stock mit Aufzug,
- Pflegegrad 3 – Abb. 3, Seite 8
  - mobil & orientierungslos
  - Praxis
- Pflegegrad 3 – Abb. 4, Seite 9
  - Rollator & Merkzeichen „G“
  - Praxis schwellenlos
- Pflegegrad 3
- Rollstuhl
- bis 31.12.2016 Pflegestufe 2
- Praxis rollstuhlgerecht
- Pflegegrad 4 – Abb. 5, Seite 10
  - Rollstuhl
  - Praxis 1. Stock ohne Aufzug,
- Pflegegrad 5 – Abb. 6, Seite 11
  - bettlägrig
  - Verschleimung, Absaugung nötig
  - Praxis barrierefrei.



**Autor**

**Dr. med. dent. Elmar Ludwig**

DGAZ-Landesbeauftragter Baden-Württemberg  
 Neue Straße 115  
 89073 Ulm  
 E-Mail: elmar.ludwig@dgaz.org

?	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten	
<b>KVK-Daten</b>		geb. am	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
		Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt

**1. Grund der Beförderung**

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung  vor-/nachstationäre Behandlung

b)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: \_\_\_\_\_

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

c) **hochfrequente Behandlung**  Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie  vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung**  Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5  vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung \_\_\_\_\_

e)  anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

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

vom/am  T  T  M  M  J  J /  x pro Woche, bis voraussichtlich  T  T  M  M  J  J

Behandlungsstätte (Name, Ort)  
Zahnarztpraxis Mustermann, Musterstadt

**3. Art der Beförderung**

Taxi/Mietwagen:  Rollstuhl  Tragestuhl  liegend

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

**Patient infektiös (MRSA)**

RTW  NAW/NEF  andere \_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zahnarztstempel  
Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

**Abb. 2** Pflegegrad 2 – Rollator & Infektionsgefahr (MRSA) – Praxis 1. Stock mit Aufzug: genehmigungspflichtiger Krankentransport wegen Infektionsgefahr, ggf. gesonderte Transportscheine für Hin- & Rückfahrt.



?	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger
	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten
KVK-Daten		geb. am
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.
		Status
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.
		Datum

### Verordnung einer Krankbeförderung

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt       Rückfahrt

#### 1. Grund der Beförderung

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung       vor-/nachstationäre Behandlung

b)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: \_\_\_\_\_

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

c) **hochfrequente Behandlung**       Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie       vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung**       Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5       vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung: **Demenz – Patient ist verwirrt/orientierungslos**

e)  anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

#### 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **T T M M J J** /  x pro Woche, bis voraussichtlich **T T M M J J**

Behandlungsstätte (Name, Ort): **Zahnarztpraxis Mustermann, Musterstadt**

#### 3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen:       Rollstuhl       Tragestuhl       liegend

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

RTW       NAW/NEF       andere \_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zahnarztstempel  
Unterschrift**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

**Abb. 3** Pflegegrad 3 – mobil & verwirrt/orientierungslos – Begleitung – Praxis: genehmigungsfreie Krankenfahrt wegen Verwirrtheit/Orientierungslosigkeit. Grenzfall, da nicht mobilitätseingeschränkt – besser vorher genehmigen lassen! Ohne Begleitung ggf. genehmigungspflichtiger Krankentransport, ggf. gesonderte Transportscheine für Hin- & Rückfahrt.



?	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	?	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung</b>	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge
	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit
		<b>KVK-Daten</b>	geb. am	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)	<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt
		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

**1. Grund der Beförderung**

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung  vor-/nachstationäre Behandlung

b)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: \_\_\_\_\_

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

c) **hochfrequente Behandlung**  Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie  vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung**  Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5  vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung **Rollator & Merkzeichen „G“**

e)  anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

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

vom/am **T T M M J J** /  x pro Woche, bis voraussichtlich **T T M M J J**

Behandlungsstätte (Name, Ort)  
**Zahnarztpraxis Mustermann, Musterstadt**

**3. Art der Beförderung**

Taxi/Mietwagen:  Rollstuhl  Tragestuhl  liegend

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

RTW  NAW/NEF  andere \_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zahnarztstempel  
Unterschrift**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

**Abb. 4** Pflegegrad 3 – Rollator & Merkzeichen „G“ (nicht „aG“) – Praxis schwellenlos: genehmigungsfreie Krankenfahrt – Taxi. Grenzfall, da nicht Merkzeichen „aG“ – besser vorher genehmigen lassen! Ggf. gesonderte Transportscheine für Hin- & Rückfahrt.



?	Zuzahlungs-pflicht <input checked="" type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h3 style="margin: 0;">Verordnung einer Krankenförderung</h3> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt														
?	Zuzahlungs-frei <input checked="" type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten															
<b>KVK-DATEN</b>		geb. am															
		Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status															
		Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum															
<h3>1. Grund der Beförderung</h3>																	
<b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>																	
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung		<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung															
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:																	
<b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen</b> <i>(vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</i>																	
c) <b>hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie		<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall <i>(Begründung erforderlich)</i>															
d) <b>dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b> <input checked="" type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5		<input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate <i>(Begründung erforderlich)</i>															
Begründung <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>																	
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert <i>(z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)</i>																	
<h3>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</h3>																	
vom/am		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	/	<input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J												
T	T	M	M	J	J												
Behandlungsstätte <i>(Name, Ort)</i>																	
Zahnarztpraxis Mustermann, Musterstadt																	
<h3>3. Art der Beförderung</h3>																	
<input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen:		<input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl		<input type="checkbox"/> Tragestuhl													
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen																	
<input type="checkbox"/> RTW		<input type="checkbox"/> NAW/NEF		<input type="checkbox"/> andere <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>													
Sonstiges <i>(z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)</i>																	
				<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="margin: 0;"><b>Zahnarztstempel</b></p> <p style="margin: 0;"><b>Unterschrift</b></p> </div>													
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes													

Muster 4 (4.2019)

**Abb. 5** Pflegegrad 3 – Rollstuhl – bis 31.12.2016 Pflegestufe 2 – Praxis rollstuhlgerecht: genehmigungsfreie Krankenfahrt – Taxi + Rollstuhl, ggf. gesonderte Transportscheine für Hin- & Rückfahrt.

?	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten	
<b>KVK-DATEN</b>		geb. am	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
		Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt

**1. Grund der Beförderung**

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung     vor-/nachstationäre Behandlung

b)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: \_\_\_\_\_

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

c) **hochfrequente Behandlung**     Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie     vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung**     Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5     vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung \_\_\_\_\_

e)  anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

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

vom/am       /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)  
**Zahnarztpraxis Mustermann, Musterstadt**

**3. Art der Beförderung**

Taxi/Mietwagen:     Rollstuhl     Tragestuhl     liegend

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

RTW     NAW/NEF     andere \_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zahnarztstempel  
Unterschrift**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

**Abb. 6** Pflegegrad 4 – Rollstuhl – Praxis 1. Stock ohne Aufzug: genehmigungsfreie Krankenfahrt – Taxi + Tragestuhl, ggf. gesonderte Transportscheine für Hin- & Rückfahrt.



?	Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger
?	Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten
<b>KVK-DATEN</b>		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Verordnung einer Krankenförderung

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt
- Rückfahrt

#### 1. Grund der Beförderung

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung  vor-/nachstationäre Behandlung

b)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: \_\_\_\_\_

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

c) **hochfrequente Behandlung**  Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie  vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung**  Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5  vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung \_\_\_\_\_

e)  anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

#### 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **T T M M J J** /  x pro Woche, bis voraussichtlich **T T M M J J**

Behandlungsstätte (Name, Ort)

**Zahnarztpraxis Mustermann, Musterstadt**

#### 3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen:  Rollstuhl  Tragestuhl  liegend

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

**liegend & Absaugung wegen Verschleimung**

RTW  NAW/NEF  andere \_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zahnarztstempel  
Unterschrift**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

**Abb. 7** Pflegegrad 5 – bettlägrig – Verschleimung, Absaugung nötig – Praxis barrierefrei: genehmigungspflichtiger Krankentransport wegen Absaugung, ohne Absaugung genehmigungsfreie Krankenfahrt, Taxi + liegend, ggf. gesonderte Transportscheine für Hin- & Rückfahrt.