



Zur Beachtung bei Verordnungen für Krankenfahrten und Krankentransporte

Die Verordnung einer Krankenförderung ist nur auszustellen, wenn der Versicherte wegen Art und Schwere der Erkrankung nicht zu Fuß gehen, ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzen kann, die Benutzung eines privaten Pkw nicht in Betracht kommt und die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Der Grund für die zwingende medizinische Notwendigkeit muss zudem auf der Verordnung angegeben werden.

Es gilt absolut verbindlich die Krankentransport-Richtlinie des G-BA.

Anspruch auf Beförderung zu einer ambulanten Behandlung zu Lasten der Krankenkassen besteht nur in Ausnahmefällen, deren Voraussetzungen wie folgt definiert sind:

- dass 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 den Patienten in einer Weise **beeinträchtigt**, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen **Schwerbehindertenausweis** mit dem Merkzeichen **“aG”, “BI” oder “H”** oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den **Pflegegrad 4 oder 5** bei der Verordnung vorlegen. Bei Vorlage eines Einstufungsbescheids in den **Pflegegrad 3** ist **nach individueller Feststellung** der Mobilitätseinschränkung eine Verordnung genehmigungsfähig. Für Versicherte, die bis zum 31.12.2016 schon in die **Pflegestufe 2** eingestuft waren, besteht **Bestandschutz**, d.h. hier besteht auch ohne individuelle Feststellung der Mobilitätseinschränkung die Genehmigungsfähigkeit durch die Krankenkasse. Auch bei vergleichbarer Einschränkung der Mobilität ist eine Verordnung möglich.

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

Welches Fahrzeug im konkreten Fall zum Beförderungseinsatz kommt, hängt allein von der medizinischen Notwendigkeit ab (unter Berücksichtigung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit). Bei einer **Krankenfahrt** erfolgt die Beförderung etwa mit einem **(Kranken-)Taxi**, bei der eine medizinisch-fachliche Betreuung nicht erfolgt (weder beim Ein- noch Aussteigen noch beim Lagern oder Umsetzen).

Bei einem **Krankentransport** mit einem speziellen Fahrzeug wird der Patient während der Fahrt medizinisch-fachlich betreut, eine entsprechende Ausstattung ist im Fahrzeug vorhanden.

Krankenfahrt nur bei zwingender medizinischer Notwendigkeit

Beförderung zu ambulanter Behandlung nur bei

hoher Behandlungsfrequenz

und

zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben

auch für Versicherte mit Schwerbehindertenausweis “aG”, “BI” oder “H” oder Pflegegrad 4 oder 5 oder bei Pflegegrad 3 nach individueller Feststellung.

Krankenfahrt = ohne Betreuung

Krankentransport = mit med.-fachl. Betreuung

In **Notfällen** können Vertragsärzte auch **Rettungsfahrten** verordnen und dafür Rettungs- resp. Notarztwagen sowie Rettungshubschrauber anfordern.

Verordnung geschieht mit dem Formular 4

Der verordnende Vertragsarzt verwendet ausschließlich das Formular 4 („Verordnung einer Krankenbeförderung“). Die **Verordnung muss vor Antritt der Fahrt** ausgestellt und vor Antritt der Fahrt **von der Krankenkasse genehmigt sein**.

Für den regelmäßigen Fall, dass der Vertragsarzt aus der Praxis heraus für den Patienten bei der Krankenkasse um Genehmigung ersucht, haben wir auf der KV-Website die Fax-Nummern der Krankenkassen angegeben. Es besteht für den verordnenden Arzt eine hohe **Regressgefahr**, wenn er die Vorgaben der Richtlinie nicht einhält und/oder unwirtschaftliche Transportmittel/Transportwege verordnet.

Nimmt ein Patient eine Fahrt in Anspruch, bevor sie **verordnet und** von der Krankenkasse **genehmigt** wurde, kann er die entstandenen Kosten bei seiner Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Sollte die Krankenkasse die Erstattung der Kosten jedoch ablehnen, muss der Versicherte diese selbst tragen. Keinesfalls ist nachträglich eine Verordnung auszustellen.*ⁱ

Für Fahrten zu einer Kur- oder Reha-Einrichtung wenden sich die Versicherten direkt an ihre Krankenkasse, hierfür wird keine Verordnung ausgestellt.

Der Eigenanteil des Patienten an den Kosten für verordnete Fahrten beträgt generell 10 %, jedoch mindestens 5,- € und höchstens 10,- €.

ⁱ *Eine nachträgliche Ausstellung ist lediglich in absoluten Notfällen (s. Krankentransport-Richtlinie) möglich.

**In Notfällen auch
Verordnung von
Rettungsfahrten**

**Verordnung VOR Antritt
der Fahrt auf Muster 4**

**Faxnummern der Kran-
kenkassen:**

www.kvberlin.de »
[Für die Praxis » Verord-
nung » Krankentransport](#)