



Verordnung Aktuell Sonstiges

Stand: 5. März 2019

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ Verordnungsberatung@kvb.de ▪ www.kvb.de/praxis/verordnungen

■ Ausstellen einer Krankentransport-Verordnung (Muster 4) ab 1. April 2019

Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie. Hier finden Sie Ausfüllhinweise der für Sie relevanten Felder:

gültig
ab 1. April 2019

Freigabe 20.04.2018

Verordnung einer Krankenförderung 4

Zuzahl. Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Zuzahl. Name, Vorname des Ver. 1

geb. am 2

Unfall, Unfallfolge 2

Arbeitsunfall, Berufskrankheit 2

Versorgungsleiden (z.B. BVG) 2

Betriebsstätten-Nr. 3 3

Einfahrt 3 Rückfahrt 3

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung 4 vor-/nachstationäre Behandlung

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

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

c) 6 hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie) 6 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) 7 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung (Merkzeichen „aG“, „B“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) 7 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung 8

e) 9 anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

10 vom/am TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen: 11 Rollstuhl 11 Tragestuhl 11 legend

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

13 KTW 14 NAW 15 andere 15

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

16

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

Bei ihrer Entscheidung über die Notwendigkeit einer Verordnung dürfen Sie sich ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten aufgrund Ihrer persönlichen Feststellungen leiten lassen. Mit Hilfe des Vordrucks müssen Sie in jedem Fall die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Beförderung, auf den konkreten, aktuellen Gesundheitszustand Ihres Patienten beziehen, durch eine eindeutige Kennzeichnung der Gründe für die Krankenförderung und für die Wahl des Beförderungsmittels auf dem Vordruck durch vollständiges Ausfüllen darlegen.

1. Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob Ihr Patient Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich, auch für Kinder, ist die Verordnung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen. Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zulasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe **2.**),
- bei Verordnungen für Patienten mit einem Versorgungsleiden (siehe **2.**) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Patienten nachgewiesen wird.

Die Zuzahlung beträgt 10% der Fahrtkosten, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €.

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 zulasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Kostenträgerfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen. Daher darf in diesen Fällen nicht die elektronische Gesundheitskarte bei der Bedruckung des Musters benutzt werden. 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.

Diese Angaben sind erforderlich, damit die Krankenkasse ggf. Ersatzansprüche an den zuständigen Kostenträger stellen kann.

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 prüfen Sie 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 angefallene Wartezeit durch den Vertragsarzt (unter **16.**) bestätigt werden.

Grund der Beförderung - Genehmigungsfreie Fahrten

4. a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung (unter **16.**) angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

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

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [\[§ 39a SGB V\]](#) und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [\[§ 39c SGB V\]](#) als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationsersetzenden ambulanten Operation gem. [§ 115b SGB V](#) im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung und
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall).

Der Anlass ist in der Freitextzeile (unter **5.**) zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante am-

bulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationsersetzende Durchführung ist (unter **16.**) anzugeben.

Bei nicht stationsersetzenden ambulanten Operationen ist die Verordnung nicht auszustellen, so z. B. bei nicht stationsersetzenden Katarakt-Operationen.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gesetzlichen Fristen analog zu vor- und nachstationären Behandlungen (unter **4.**). Zugleich ist der Operationstag (unter **16.**) zu erfassen.

Grund der Beförderung - Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

Ihr Patient muss sich um die Genehmigung kümmern, da es sich aus rechtlicher Sicht um einen Antrag Ihres Patienten handelt. Nimmt er eine Fahrt in Anspruch bevor sie genehmigt wurde, kann er sich die Kosten gegebenenfalls von seiner Krankenkasse erstatten lassen. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, werden ihm die Kosten nicht erstattet. Für Sie entsteht in diesem Fall kein Schaden.

6. c) hochfrequente Behandlung

→ Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist. Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

→ 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, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

7. d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung

→ Merkmale „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. Dezember 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 können Sie sich auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Patienten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

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

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den vorgenannten Kriterien (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 mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 (unter **8.**) zu begründen.

Für die Genehmigungsfiktion, die Anfang des Jahres mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz für Krankenfahrten bei bestimmten Patientengruppen eingeführt wurde (vgl. Verordnung Aktuell „Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad und/oder Schwerbehinderung“), konnte auf dem neuen Formular zum 1. April 2019 insbesondere aufgrund langer Vorlaufzeiten bei Krankenkassen und Transportunternehmen noch nicht umgesetzt werden. Es gibt zunächst folgende **Übergangsregelung**: Die Kennzeichnung der entsprechenden Fahrten soll zunächst weiterhin unter der Rubrik „Genehmigungspflichtige Fahrten zur ambulanten Behandlung“ durch Ankreuzen des Feldes „Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5“ erfolgen. **Die Verordnung muss jedoch nicht vom Patienten zur Genehmigung vorgelegt werden, sondern kann unmittelbar an den Transporteur weitergereicht werden.** Bis zur Anpassung des Formulars sollten Sie Ihre Patienten möglichst darauf hinweisen. Sobald absehbar ist, wann diese erneute Formularanpassung erfolgt, werden wir Sie informieren.

8. Begründung

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.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine nicht zwingend medizinisch notwendige Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter **11.** bis **15.** anzugeben. Weiterhin ist unter **16.** der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

10. vom/am...

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

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

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 (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) 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 wieder herzustellen.

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

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn eine schnellere Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

16. Sonstiges

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

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- 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,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationäreretzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,

- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- 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 vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

Immer häufiger erreichen uns Beschwerden über Transportunternehmen. Patienten wenden sich bitte direkt an ihre Krankenkasse.

Ansprechpartner für Verordnungsfragen stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30 zur Verfügung. Oder Sie hinterlassen uns über das Kontaktformular unter www.kvb.de/Beratung einen Rückrufwunsch.