

ELEKTRONISCHE AUSFÜLLHILFE MUSTER 4 – VERORDNUNG EINER KRANKENBEFÖRDERUNG

HINWEISTEXTE FÜR DIE ERSTELLUNG EINER ELEKTRONISCHEN
AUSFÜLLHILFE FÜR DIE VERORDNUNG EINER
KRANKENBEFÖRDERUNG

DEZERNAT
VERSORGUNGSMANAGEMENT
ABTEILUNG VERANLASSTE LEISTUNGEN

5. MÄRZ 2020

Zuzah- 1 pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenbeförderung 4		
Zuzah- 1 frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am			
	Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Arzt-Nr.	Status Datum	
			<input type="checkbox"/> 2 Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> 2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> 2 Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input type="checkbox"/> 3 Hinfahrt <input type="checkbox"/> 3 Rückfahrt	
1. Grund der Beförderung				
Genehmigungsfreie Fahrten				
a) <input type="checkbox"/> 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> 4 vor-/nachstationäre Behandlung			
b) <input type="checkbox"/> 5 ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (<i>Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen</i>)				
c) <input type="checkbox"/> 6 anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: <input type="checkbox"/> 6				
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (<i>vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen</i>)				
d) <input type="checkbox"/> 7 hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> 7 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)			
e) <input type="checkbox"/> 8 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate	(Begründung unter 4. erforderlich)			
f) <input type="checkbox"/> 9 anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)				
10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte				
vom/am <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J				
Behandlungsstätte (Name, Ort)				
3. Art und Ausstattung der Beförderung				
<input type="checkbox"/> 11 Taxi/Mietwagen			<input type="checkbox"/> 13 Rollstuhl	
<input type="checkbox"/> 12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen			<input type="checkbox"/> 14 Tragestuhl	
<input type="checkbox"/> 12			<input type="checkbox"/> 15 liegend	
<input type="checkbox"/> 14 RTW	<input type="checkbox"/> 15 NAW/ NEF	<input type="checkbox"/> 16 andere		
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)				
<input type="checkbox"/> 17				
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
Muster 4 (7.2020)				

ERLÄUTERUNG ZU DEN EINZELNEN FELDERN:

1 ZUZAHLUNGSPFLICHT, ZUZAHLUNGSFREI

Bitte geben Sie hier an, ob die versicherte Person Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist von einer Zuzahlungspflicht auszugehen, es sei denn, die versicherte Person weist eine Zuzahlungsbefreiung z. B. durch einen entsprechenden Anspruchsnachweis der Kasse bzw. des Landesversorgungsamtes oder durch ein Kennzeichen auf der elektronischen Gesundheitskarte oder Krankenversicherungskarte nach.

2 UNFALL, UNFALLFOLGE, ARBEITSUNFALL, BERUFSKRANKHEIT, VERSORGUNGSLEIDEN (Z.B. BVG)

Ist eines der vorgenannten Ereignisse ursächlich für die Verordnung, geben Sie dies hier bitte an, damit der richtige Kostenträger identifiziert werden kann. Umfasst werden von Versorgungsleiden u.a. folgende Anspruchsgrundlagen: Bundesversorgungsgesetz (BVG) (Kriegsschäden), Opferentschädigungsgesetz (z.B. Opfer von Gewalttaten), Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe), Soldatenversorgungsgesetz.

3 HINFAHRT, RÜCKFAHRT

Bitte bewerten Sie die medizinische Notwendigkeit der Beförderung für die Hin- und Rückfahrt jeweils gesondert. In einigen Fällen ist z. B. nur nach einer bestimmten Behandlung eine Krankenbeförderung erforderlich, die Hinfahrt kann aber noch eigenständig erfolgen.

4 GRUND DER BEFÖRDERUNG: GENEHMIGUNGSFREIE FAHRTEN: A) VOLL-/TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG, VOR-/NACHSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Die Verordnung dieser Fahrten ist ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse zulässig. Vor- und nachstationäre Behandlungen sind an Fristen gebunden (s. Vordruckerläuterungen), die auch bei der Verordnung der Beförderung zu beachten sind. Bei vorstationären Behandlungen tragen Sie den voraussichtlichen Beginn der stationären Behandlung bitte im Freitextfeld unter 4. Begründung/Sonstiges 17 ein.

5 GRUND DER BEFÖRDERUNG: GENEHMIGUNGSFREIE FAHRTEN: B) AMBULANTE BEHANDLUNG

Seit 2019 ist für Patienten mit Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder einem Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 für Fahrten mit Taxi, oder Mietwagen keine Genehmigung der Krankenkasse mehr erforderlich. Bei Patienten mit Pflegegrad 3 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. Fahrten im KTW verordnen Sie bitte unter f).

6 GRUND DER BEFÖRDERUNG: GENEHMIGUNGSFREIE FAHRTEN: C) ANDERER GRUND

Die Verordnung dieser Fahrten ist ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse zulässig, wenn es sich um eine Fahrt ins Hospiz, in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung als Leistung der Krankenkasse oder um eine Fahrt zu einer stationersetzen ambulanten Operation, einschließlich Vor- oder Nachbehandlung, handelt. Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen notwendige stationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist, weil der Patient sich bewusst gegen die stationäre Krankenhausbehandlung entscheidet. Der Anlass der Fahrt ist in der Freitextzeile 6 zu erfassen. Die Begründung für eine stationsersetzen Durchführung sowie den Operationstag tragen Sie bitte im Freitextfeld unter 4. Begründung/Sonstiges 17 ein.

7 GRUND DER BEFÖRDERUNG: GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE FAHRTEN: D) HOCHFREQUENTE BEHANDLUNG, VERGLEICHBARER AUSNAHMEFALL

Bedürfen Patienten einer Dialyse, onkologischer Chemo- oder Strahlentherapie in hoher Behandlungsfrequenz ist die Verordnung der Fahrt möglich. Vor Fahrtantritt muss der Patient eine Genehmigung der Krankenkasse einholen. Ein vergleichbarer Ausnahmefall liegt vor, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist. Die Vergleichbarkeit begründen Sie bitte in dem Freitextfeld unter 4. Begründung/Sonstiges 17, ggf. unter Angabe des ICD-10-Codes.

8 GRUND DER BEFÖRDERUNG: GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE FAHRTEN: E) DAUERHAFTE MOBILITÄSBEINTRÄCHTIGUNG VERGLEICHBAR MIT B) UND BEHANDLUNGSDAUER MINDESTENS 6 MONATE

Bei einer Mobilitätsbeeinträchtigung, die mit den unter b) genannten Beeinträchtigungen vergleichbar ist, kann eine Verordnung erfolgen, wenn die Dauer der Behandlung mindestens 6 Monate beträgt. Bitte begründen Sie die Vergleichbarkeit unter Angabe des relevanten ICD-10-Codes im Freitextfeld unter 4. Begründung/Sonstiges 17.

9 GRUND DER BEFÖRDERUNG: GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE FAHRTEN: F) ANDERER GRUND FÜR FAHRT MIT KTW

Die Beförderung im KTW kann verordnet werden, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird. Bitte erläutern Sie dies unter 3. Art und Ausstattung der Beförderung in der Freitextzeile zu 12.

10 BEHANDLUNGSTAG/BEHANDLUNGSFREQUENZ UND NÄCHSTERREICHbare, GEEIGNETE BEHANDLUNGSSTÄTTE

Bitte geben Sie hier den voraussichtlichen Behandlungstag / die Behandlungs frequenz sowie die Behandlungsstätte an. Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, z. B. wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt. Bitte begründen Sie dies im Freitextfeld unter 4. Begründung/Sonstiges 17.

11 ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG: TAXI/MIETWAGEN

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Fahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, geben Sie dies bitte an. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten ist bei dieser Art der Beförderung nicht vorgesehen.

12 ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG: KTW

Die Beförderung im KTW ist nur verordnungsfähig, wenn während der Fahrt eine medizinisch-fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung eines KTW erforderlich sind. Bitte erläutern Sie, welche Funktionsstörung welche Maßnahmen erforderlich macht im Freitextfeld 12.

13 ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG: ROLLSTUHL, TRAGESTUHL, LIEGEND

„Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung). „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, wenn es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden

kann. Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, wenn ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann.

14 ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG: RTW

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.

15 ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG: NAW / NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge (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.

16 ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG: ANDERE

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

17 BEGRÜNDUNG / SONSTIGES

In diesem Freitextfeld können Sie weitere relevante Informationen zur Verordnung eintragen, z. B. zu relevanten Behandlungsterminen, zur Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrten oder zu erforderlichen Begleitpersonen.

Mehr Informationen

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB)
www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf

Informationen der KBV zum Thema Krankenbeförderung: <https://www.kbv.de/html/krankentransport.php>