

**Erläuterungen**

zur Vereinbarung über

Vordrucke für die

vertragsärztliche Versorgung

Stand: Januar 2017

## **Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung\***

1. 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.
2. Die für die Krankenförderung anfallenden Kosten sind erheblich. Daher ist darauf zu achten, dass die Auswahl des Beförderungsmittels nach dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Verordnungsweise erfolgt und eine eindeutige Kennzeichnung auf dem Vordruck vorgenommen wird.
3. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransport- und Rettungsdienstleistungen (Krankentransport-Richtlinien) in der Beschlussfassung vom 22.01.2004, in Kraft getreten zum 01.01.2004, sind zu beachten.
4. Bei seiner Entscheidung über die Notwendigkeit einer Verordnung hat sich der Arzt ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten aufgrund seiner persönlichen Feststellungen leiten zu lassen. Er hat mit Hilfe des Vordrucks in jedem Fall die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Beförderung, auf den konkreten, aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten bezogen, durch eine eindeutige Kennzeichnung der Gründe für die Krankenförderung und für die Wahl des Beförderungsmittels auf dem Vordruck durch Ausfüllen aller zutreffenden Leerzeilen bzw. Ankreuzen aller zutreffenden Kästen darzulegen.
5. **Die nachfolgenden Ausführungen erläutern den Verordnungsvordruck in der Reihenfolge der geforderten Angaben.**
- 5.1 **Angaben zum Versicherten / Mitteilungen von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden**

Die Angaben zum Versicherten sind vom Vertragsarzt gemäß elektronischer Gesundheitskarte auszufüllen. Sofern der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis für den betreffenden Zeitraum vorlegt, ist das Feld „Gebühr frei“ zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall/-folgen, Schulunfall/-folgen oder einer anerkannten Berufskrankheit sind nicht die Krankenkassen, sondern die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leistungspflichtig. Daher darf in diesen Fällen nicht die elektronische Gesundheitskarte bei der Bedruckung des Musters benutzt werden. Außerdem ist in diesen Fällen im Kostenträgerfeld nicht die Krankenkasse, sondern der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen und das Feld „Gebühr frei“ zu kennzeichnen.

Liegen dem Vertragsarzt Anhaltspunkte vor, dass die Verordnung aufgrund eines Unfalls, einer Berufskrankheit, eines Versorgungsleidens oder eines von Dritten verursachten Gesundheitsschadens (z.B. Impfschaden, Körperverlet-

---

\* siehe Übergangsregelung

zung) notwendig wird, ist dies auf dem Verordnungsblatt ist durch Ankreuzen zu kennzeichnen; im Falle eines durch Dritten verursachten Gesundheitsschadens kann die Angabe durch eine Anmerkung über die Art oder den Verursacher ergänzt werden (vgl. § 294a SGB V). Diese Angaben sind erforderlich, damit die Krankenkasse ggf. Ersatzansprüche an den zuständigen Kostenträger stellen kann.

## 5.2 (1) Hauptleistung

Unter 1. Hauptleistung ist die Hauptleistung der Krankenkasse anzugeben, für die die Krankenbeförderung als Nebenleistung verordnet wird.

### **A) Im Krankenhaus**

Ist die Verordnung einer Krankenbeförderung für eine Behandlung im Krankenhaus notwendig, ist die Art der Behandlung auf der Verordnung unter A) anzugeben. Dabei ist anzugeben, ob es sich um eine Einweisung (voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung) oder um eine vor- oder nachstationäre Krankenhausbehandlung handelt, in letzterem Fall sind die entsprechenden Behandlungsdaten zusätzlich anzugeben.

### **B) ambulante Operation**

Bei ambulanten Operationen nach (115 b SGB V) im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis, der Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanten Operationen ist zudem das Operationsdatum (im Falle mehrerer Behandlungstermine die Behandlungsdaten) unter B) anzugeben.

### **C) Ambulante Behandlung**

Fahrten zur ambulanten Behandlung können nur in besonderen Ausnahmefällen verordnet werden. Der Versicherte muss die Kostenübernahme von der Krankenkasse genehmigen lassen.

Zur Prüfung der Genehmigungsfähigkeit von Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung ist die Art des Ausnahmefalles im Sinne des § 8 der Richtlinie unter C) anzugeben:

#### **(a) Hochfrequente Behandlung (Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien)**

Liegt eine Indikation gemäß Anlage 2 der Richtlinie (Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie) vor, so ist das entsprechende Feld anzukreuzen, die Behandlungsfrequenz und -dauer sowie der Zeitraum der Serienfahrt anzugeben. Es gilt die jeweils aktuelle Version der Anlage 2.

Liegt eine vergleichbare Therapie (Kriterien: vorgegebenes Therapieschema, hohe Behandlungsfrequenz über längeren Zeitraum; schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung durch die Behandlung oder den Krankheitsverlauf, die eine Beförderung unerlässlich macht) vor, so ist dieser Ausnahmefall im Freitextfeld entsprechend zu begründen. In diesem Fall ist neben der Angabe der voraussichtlichen Behandlungsfrequenz und -dauer ebenfalls die Angabe des Zeitraums der Serienverordnung erforderlich.

**(b) Dauerhafte Mobilitätseinschränkung**

Bedarf der Versicherte aufgrund einer dauerhaften Mobilitätseinschränkung (Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3) einer Krankenfahrt, ist das entsprechende Feld anzukreuzen.

In vergleichbaren Fällen der dauerhaften Mobilitätseinschränkung, die den vorgenannten Merkzeichen entsprechen, kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf. In diesem Fall ist die voraussichtliche Behandlungsdauer und -frequenz anzugeben und die Vergleichbarkeit der Mobilitätseinschränkung, ggf. unter Angabe der maßgeblichen ICD-10-Schlüsselnummer, zu begründen.

**5.3 (2) Beförderungsmittel**

- **Wahl des Beförderungsmittels**

Für die Auswahl des Beförderungsmittels ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit des Einzelfalls maßgeblich, wobei insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand sowie die Gehfähigkeit des Versicherten zu berücksichtigen ist. Das notwendige Beförderungsmittel ist **anzukreuzen**.

Die Verordnung einer **Krankenfahrt** mit **Taxi** oder **Mietwagen** ist nur zulässig, wenn der Patient die Ausnahmetatbestände für die Beförderung zu einer ambulanten Behandlung (vgl. 6. C) erfüllt oder als Hauptleistung eine stationäre Behandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und die Benutzung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Die Verordnung eines **Krankentransports** (Krankentransportwagen) ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besondere Einrichtung eines Krankenwagens zwingend erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwändiges Beförderungsmittel nicht möglich ist.

Die Verordnung eines **Rettungswagens** oder – falls erforderlich – eines **Notarztwagens** ist nur bei Vorliegen eines Notfalles zulässig. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Verletzte oder Erkrankte in Lebensgefahr befindet oder bei ihm schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Hilfe erhält.

Sofern dieser Vordruck zur **Verordnung anderer Beförderungsmittel** (z. B. Rettungshubschrauber) oder bei Berg-, Wasser- oder Hochseerettung verwendet wird, sind die erforderlichen Angaben auf der entsprechende Schreibzeile für „andere“ Beförderungsmittel einzutragen.

Die **Wahl des Beförderungsmittels** ist in der Schreibzeile **schriftlich zu begründen**; ggf. kann zusätzlich die maßgebliche ICD-10-Schlüsselnummer angegeben werden.

- Ist eine besondere **medizinisch-technische Ausstattung**, wie z.B. eine rollstuhlgerechte Vorrichtung oder Krankentrage, bzw. eine besondere **medizinisch-fachlichen Betreuung** während des Transportes notwendig, ist diese entsprechend anzugeben.
- Der **Ausgangs- und Zielort** der Fahrt ist durch Ankreuzen der entsprechenden Kästchen festzulegen.

Der Vertragsarzt hat im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Einzelfall das Erfordernis einer Hin- bzw. Rückfahrt aus medizinischen Gesichtspunkten zu prüfen und durch Ankreuzen gesondert anzugeben. Bei Bedarf soll der Vertragsarzt die angefallene Wartezeit bestätigen.

Bei der Angabe der Fahrtstrecke ist zu beachten, dass für Patienten, denen Krankenfahrten, die im Zusammenhang mit einer hochfrequenten Behandlung (**Dialyse, onkologische Chemo-/Strahlentherapie bzw. vergleichbarer Ausnahmefall**) verordnet werden, Fahrten nur zu dieser ambulanten Therapie inklusive Vor- und Nachuntersuchung verordnet werden können. Die Verordnung von Krankenfahrten zu anderen ambulanten Therapien kommt nur bei Vorliegen einer dauerhaften Mobilitätseinschränkung in Betracht.

- Bei einer Gemeinschaftsfahrt ist für jeden Patienten eine gesonderte Verordnung unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer auszustellen.
6. Die auf der Rückseite des Verordnungsvordruckes vorgesehenen Angaben sind nicht durch den Vertragsarzt, sondern durch die leistungspflichtige Kasse bzw. den Leistungserbringer auszufüllen.