

Krankenförderung Verordnung bei besonderen Fallkonstellationen



Der Verordnungsvordruck Muster 4 verleitet bei bestimmten Fallkonstellationen zu fehlerhafter und unvollständiger Ordnungsweise. Daher haben wir hier einige Sonderkonstellationen für Sie zusammengestellt.

1. Ambulante Operation

Verordnungen von Krankenfahrten zu einer stationsersetzenden **ambulanten Operation** gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis sind unter **Punkt 1c** möglich. Voraussetzung ist, dass dadurch eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird. Das heißt, eine medizinisch erforderliche stationäre Behandlung wird aus **patientenindividuellen Gründen** ambulant vorgenommen. Diese Gründe sind unter **Punkt 4** aufzuführen. Die reine Angabe der ambulanten Operation ist nicht ausreichend. **Hinweis:** Krankenfahrten bei nicht stationsersetzenden ambulanten Operationen sind nicht verordnungsfähig.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 (mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrten mit KTW ist akter f) zu vermeiden)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (nur Fahrten für Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fischgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächstreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am []/[] / x pro Woche, bis voraussichtlich []/[]/[]

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____

Muster 4 (7/2020)

2. Strahlen-/Chemotherapie

Verordnungen von Krankenfahrten zur **Strahlen- oder Chemotherapie** sollten – begrenzt auf die Behandlungsserie – im Rahmen einer **Dauerverordnung** erfolgen. Um die Patientinnen und Patienten zu entlasten, kann und sollte die Verordnung gegebenenfalls über das Quartal hinausreichen.

Bitte geben Sie zusätzlich auch den **Namen der behandelnden Einrichtung** an.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (nur Fahrten für Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fischgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächstreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am []/[] / x pro Woche, bis voraussichtlich []/[]/[]

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____

Muster 4 (7/2020)

3. Krankentransport (KTW)

Jeder **KTW-Transport** muss mit seiner medizinischen Notwendigkeit begründet werden. Ausschlaggebend dafür sind **Art und Ausmaß der Funktionsstörung** bei der Patientin/beim Patienten. Wenn sich diese nicht aus der Begründung ableiten lässt, muss die Funktionsstörung – gegebenenfalls unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 – angegeben werden (z. B. „Blutungsgefahr“).

Bitte verwenden Sie dafür das Freitextfeld.

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

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

liegend

RTW NAW/NEF andere _____

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregewichtstransport, Wärfzeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____

Muster 4 (7/2020)

4. Serienfahrten bei dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung

Für Patientinnen und Patienten, die eine der unter dem **Punkt 1b** aufgeführten Voraussetzung aufweisen, sind Fahrten zur ambulanten Behandlung mit dem Taxi oder Mietwagen genehmigungsfrei.

Dies gilt auch für **Serienfahrten zur Dialyse** beziehungsweise zur **onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie**. Damit klar erkennbar ist, dass die Patientin/der Patient keine Genehmigung braucht, setzen Sie bitte zusätzlich das **Kreuz unter 1b**. Bitte geben Sie auch **Datum, Frequenz und Dauer** der Behandlung an sowie den **Namen der Behandlungsstätte**.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 (mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrten mit KTW ist akter f) zu vermeiden)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (nur Fahrten für Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fischgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächstreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am []/[] / x pro Woche, bis voraussichtlich []/[]/[]

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____

Muster 4 (7/2020)