

# Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)

Fahr Anlass nach den Krankentransportrichtlinien (KT-RL)	Zusätzliche Angaben	Besonderheiten
<b>a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung</b> <input checked="" type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b> vom/am <u>15 08 23</u> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <u>TTMMJJ</u> Behandlungsstätte (Name, Ort) <u>Krankenhaus ..., 77777 Musterstadt</u>	Es kann nur die Hinfahrt verordnet werden (die Rückfahrt wird vom Krankenhaus verordnet). <b>Wichtig:</b> Kosten können bis zur nächsterreichbaren, geeigneten Einrichtung übernommen werden.
<b>vor-/nachstationäre Behandlung</b> <input checked="" type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung	<b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) <u>Aufnahmetag: 15.06.2023 bzw. Entlassung: 21.06.2023</u>	<b>Vorstationär:</b> Kann innerhalb von 5 Tagen vor geplantem Krankenhausaufenthalt verordnet werden, für maximal 3 Behandlungstage. <b>Nachstationär:</b> Kann innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus verordnet werden, für maximal 7 Behandlungstage. Nach Transplantationen max. 3 Monate nach Entlassung. Ansonsten gesonderten Antrag bei der Krankenkasse mit med. Begründung notwendig.
<b>b) ambulante Behandlung</b> <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)	Genehmigungsfreie Fahrten NUR bei Pflegegrad 3, 4 oder 5. Bei Einstufung in Pflegegrad 3 gilt die Besonderheit, dass ein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „G“ oder ein Attest durch einen Arzt, dass eine vergleichbare Mobilitätseinschränkung von min. 6 Monaten, vorliegen muss!	<b>Wichtig:</b> Dieses Feld darf nur angekreuzt werden, wenn die angegebenen Merkmale nachweislich vorliegen. Das Attest zu den Voraussetzungen wird vom Medizinischen Dienst geprüft und bei Falschverordnung der Krankenförderung oder falschem Attest muss der ausstellende Arzt mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V (Regress) rechnen. Vgl. KT-RL § 8, Abs. 4. Fahrten zur ambulanten Behandlung die nach § 8 verordnet werden, werden im Muster 4 unter 1e) verordnet. Diese müssen von der Krankenkasse vorher genehmigt werden, vgl. KT-RL § 8, Abs. 6.
<b>c) anderer Grund</b> <input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: <u>Hospiz ..., 77777 Musterstadt</u>	<b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) <u>Angabe patientenindividueller Grund bzw. med. Begründung für Verlegung</u>	Fahrten zu tagesstationären Aufhalten (min. 6 Stunden) Fahrten zu einem Hospiz
<b>d) hochfrequente Behandlung</b> <input checked="" type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b> vom/am <u>01 01 23</u> / <u>2</u> x pro Woche, bis voraussichtlich <u>31 03 23</u> Behandlungsstätte (Name, Ort) <u>Praxis Dr. Mustermann, 77777 Musterstadt</u>	<b>Wichtig:</b> Zeitraum und wöchentliche Behandlungsfrequenz angeben. Außer Dialyse, Chemo und Strahlentherapie, Antineoplastische Arzneimittel-Therapie. Siehe auch KT-RL § 8, Abs. 2 und Anlage 2. In KT-RL ist keine abschließende Listung erfolgt.
<b>vergleichbarer Ausnahmefall</b> <input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)	<b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) <u>...</u>	Behandlungsfrequenz in der Regel min. 2x pro Woche über Zeitraum von 6 Monaten. Vgl. Urteil BSG vom 28.07.2008 (AZ B 1 KR 27/07 R), KT-RL, GBA und GKV-Spitzenverband
<b>e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b> <input checked="" type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)	<b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) <u>gehunfähig, ICD: ...</u>	Eine Mobilitätseinschränkung von min. 6 Monaten liegt vor und die Fahrt kann nicht unter 1b) verordnet werden. Hier bescheinigt der Arzt eine Vergleichbarkeit. Alle Versicherten mit oder ohne Pflegegrad (1-3 ohne Merkzeichen „G“ oder „Bl“). Diese Fahrten müssen von der Krankenkasse geprüft und genehmigt werden!
<b>f) anderer Grund für Fahrt mit KTW</b> <input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)	<b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b> <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen <u>infektios</u> <input type="checkbox"/> Tragstuhl <input type="checkbox"/> liegend	<b>Wichtig:</b> Patienten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird. Entsprechende Angaben sind zu machen. Grundsätzlich müssen Fahrten mit dem KTW von der Krankenkasse vorher genehmigt werden.

Auswahl des medizinisch notwendigen Beförderungsmittels im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots: **Bitte wenden** ➔

# Medizinische Notwendigkeit eines Beförderungsmittels (Wirtschaftlichkeitsaspekt):

In Frage kommendes Beförderungsmittel	Aktueller Gesundheitszustand und Mobilität des Patienten	Notwendigkeit einer fachlichen Betreuung	Verordnung (Muster 4)
Öffentliches Verkehrsmittel/ Privat-PKW	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mobil, gehfähig</li> <li>• in der Lage selbständig ein- und aussteigen und Treppen zu steigen</li> </ul>	NEIN	Wenn ein Versicherter einen Anspruch nach § 60 SGB V hat, dann benötigt er eine Anwesenheitsbescheinigung vom Arzt zur Kostenerstattung, <b>kein Muster 4</b> . Aufwand ist mit Ausstellen einer Transportverordnung gleichzusetzen. Vgl. KT-RL § 7, Abs. 4
Taxi/Mietwagen (ohne besondere Ausstattung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eingeschränkt gehfähig, z. B.: Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung oder 4, 5 liegen vor</li> <li>• hat Hilfsmittel (z.B. Rollator)</li> <li>• kann aus Rollstuhl umgesetzt werden und sitzend befördert werden</li> <li>• eventuell Unterstützung durch Begleitperson</li> </ul>	NEIN	<b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b> <input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____
Behindertengerechtes Fahrzeug/Mietwagen (Rollstuhl, Tragestuhl, liegend)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollstuhl: Muss im Rollstuhl sitzend befördert werden und kann nicht umgesetzt werden</li> <li>• Tragestuhl: Muss im Rollstuhl sitzend befördert werden und kann nicht umgesetzt werden und es müssen Hindernisse wie z.B. Treppen überwunden werden (2 Personen zum Tragen notwendig)</li> <li>• Liegend: Muss liegend transportiert werden und es ist keine med./fachliche Betreuung notwendig (Ein Liegend-Taxi ist nicht überall regional verfügbar) Alternative: KTW</li> </ul>	NEIN	<b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b> <input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl <input checked="" type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____
Krankentransportwagen (Tragestuhl/liegend)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• benötigt fachliche Betreuung und/oder besondere medizinisch-technische Ausstattung des Fahrzeugs</li> <li>• vermeiden einer Übertragung von schweren, ansteckenden Krankheiten</li> <li>• Notwendigkeit von Überwachung der Vitalfunktionen, fachlicher Übergabe und/oder fachgerechtes Tragen</li> <li>• Art und Ausmaß der Funktionsstörung ist entscheidend</li> </ul>	JA (Rettungssanitäter)  Bitte begründen.	<b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b> <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen <i>Fachgerechte Lagerung, ICD: ...</i> <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____