

## **Publikation des Ordnungsmanagements in der PRO – dem offiziellen Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Ausgabe 5/ 2020**

### **Verordnung einer Krankenbeförderung – ab 1. Juli 2020 mit neuem Muster 4**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat mit dem GKV-Spitzenverband eine Anpassung des Musters 4 (Verordnung einer Krankenbeförderung) vereinbart. **Ab dem 1. Juli 2020 dürfen alte Formulare nicht mehr verwendet werden.** Das neue Muster 4 wird ab diesem Zeitpunkt in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein. Arztpraxen werden von dem Paul-Albrechts-Verlag neue Verordnungsvordrucke erhalten.

Bereits seit dem 1. Januar 2019 müssen Krankenfahrten zur ambulanten Behandlungen mit einem Taxi/ Mietwagen für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Patientengruppen (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, 4 oder 5) nicht mehr durch die Krankenkassen genehmigt werden. Das Formular wird nun entsprechend angepasst. Aufgrund von Hinweisen aus der Praxis wurden unabhängig davon weitere Ergänzungen und Klarstellungen vorgenommen.

### **Übersicht aller Änderungen auf dem neuen Muster 4:**

- Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen mit Taxi oder Mietwagen für Patienten mit Merkzeichen "aG", „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 sind unter „Genehmigungsfreie Fahrten“ eingeordnet.
- Unter „Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen“ wurden Formulierungen und die Anordnung angepasst. So sind beispielsweise in Abgrenzung zu d) (hochfrequente Behandlung) und e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit (...) andere Fahrten, die eine Beförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erfordern, unter f) anzugeben. Dies gilt auch für KTW-Fahrten zur ambulanten Behandlung für Patienten mit Merkzeichen "aG", „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5.
- Bei „Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und „nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte“ kann bei genehmigungsfreien Fahrten zukünftig auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, wenn der Behandlungstag nicht bekannt ist.
- Unter „3. Art und Ausstattung der Beförderung“ wurde klargestellt, dass die Angabe von „Rollstuhl“, „Tragestuhl“, „liegend“ für alle Beförderungsmittel möglich ist. Die bisherige Darstellung hat in der Praxis zu Missverständnissen geführt.
- Unter „4. Begründung/Sonstiges“ wurden die Beispiele um „Gewicht bei Schwergewichtstransport“ ergänzt.
- Auf der Rückseite wurden die Abrechnungsdaten des Transporteurs um weitere Angaben ergänzt.

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung</b> <b>4</b>
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status	
	Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum	

Unfall, Unfallfolge  
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit  
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)  
 Hinfahrt     Rückfahrt

**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** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

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

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen** (vor Fahrtantritt der 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. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

**2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/am  /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)  
\_\_\_\_\_

**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 Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Bild: Quelle KBV, Muster 4, Vorderseite, Stand: 1. Juli 2020

**Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!**

**Bestätigung durch den Versicherten**

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bestätigung des Transporteurs**

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt  
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)



nein     ja

Datum  
T | T | M | M | J | J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

**Abrechnungsdaten des Transporteurs**

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Bild: Quelle KBV, Muster 4, Rückseite, Stand: 1. Juli 2020

**TIPP:**

Die KVSA stellt auf ihrer Homepage unter [www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) >> Praxis >> Verordnungsmanagement >> Krankentransport zurzeit folgende Links zur Verfügung:

- Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Praxisinformation der KBV zur Krankenförderung - WAS PRAXEN ZUR VERORDNUNG WISSEN SOLLTEN
- KBV – Homepage Krankenförderung
- Aktuelles

Kontaktaten Verordnungsmanagement

E-Mail: [verordnung@kvsa.de](mailto:verordnung@kvsa.de)

Telefon: 0391 627 6439

Fax: 0391 627 87 2000