

KRANKENBEFÖRDERUNG HINWEISE ZUR VERORDNUNG

Die Verordnung einer Krankenförderung zur stationären oder ambulanten Behandlung wirft immer wieder Fragen auf: In welchen Fällen übernehmen die Krankenkassen die Kosten? Kann eine Verordnung auch nachträglich erfolgen? Wann wird eine Genehmigung benötigt? Diese Praxisinformation fasst zusammen, was Ärzte und Psychotherapeuten wissen sollten.

VERORDNUNG – JA ODER NEIN?

Grundsätzlich muss eine Krankenförderung gesetzlich krankenversicherter Patienten in Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig sein. So sind Fahrten zum Abholen von Rezepten oder Erfragen von Befunden nicht verordnungsfähig. Auch sollte zunächst geprüft werden, ob der Patient mit Bus und Bahn oder dem eigenen Auto fahren kann. Für die Verordnung einer Krankenförderung gelten folgende Faustregeln:

- › **Bei stationärer Behandlung** dürfen Krankenförderungen bei medizinischer Notwendigkeit verordnet werden. Die Patienten müssen die Verordnung nicht bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt auch für vor- und nachstationäre Behandlungen.
- › **Bei ambulanter Behandlung** in einer Praxis, im MVZ oder im Krankenhaus dürfen Krankenförderungen in der Regel nicht verordnet werden.
 - Die Krankenkassen übernehmen nur in wenigen Ausnahmefällen die Kosten, beispielsweise für Patienten mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung. Für diese Personengruppe braucht keine Genehmigung für die Beförderung mit dem Taxi oder Mietwagen eingeholt werden (siehe Seite 2).
 - In bestimmten Fällen kann auch eine Fahrt mit einem Krankentransportwagen erforderlich sein – hier ist immer eine Genehmigung der Krankenkasse vorab einzuholen (siehe Seite 3).

Nur wenn medizinisch
notwendig

Stationäre
Behandlung:
Verordnung möglich

Ambulante
Behandlung:
in der Regel keine
Verordnung

FAHRT ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG: IN DIESEN FÄLLEN DÜRFEN SIE VERORDNEN

Der Gesetzgeber sieht nur in Ausnahmefällen vor, dass Krankenkassen Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung – einschließlich Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen – übernehmen. Dies gilt beispielsweise auch für Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation; diese muss der Patient grundsätzlich selbst bezahlen. Das SGB V und die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses lassen nur wenige Ausnahmen zu.

Für welche Patienten dürfen Ärzte und Psychotherapeuten eine Verordnung ausstellen und was ist mit Blick auf die Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten zu beachten? Nachfolgend ein Überblick.

FAHRTEN ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG OHNE GENEHMIGUNG

› Für Patienten, die mobil eingeschränkt sind

Für diese Patienten übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Krankenfahrten mit dem Taxi oder Mietwagen ohne vorherige Genehmigung:

- › **Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5** sowie **Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3**, wenn eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt
- › **Schwerbehinderte mit Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis:**
 - „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung und/oder
 - „Bl“ für Blindheit und/oder
 - „H“ für Hilflosigkeit

Ausfüllhinweis: Ärzte kreuzen auf dem Formular 4 unter „1. Grund der Beförderung“ im Bereich „Genehmigungsfreie Fahrten“ den Buchstaben „b) ambulante Behandlung“ an.

FAHRTEN ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG MIT GENEHMIGUNG

› Für Patienten, die mobil eingeschränkt sind

Für die oben genannten schwerbehinderten und stark pflegebedürftigen Patientengruppen übernehmen die Krankenkassen auch die Kosten für einen Krankentransport (KTW), wenn dieser medizinisch erforderlich ist („Beförderungsmittel“ Seite 3). Diese Verordnung muss der Krankenkasse allerdings zur Genehmigung vorgelegt werden.

Ausfüllhinweis: Ärzte kreuzen im Formularbereich „Genehmigungspflichtige Fahrten zur ambulanten Behandlung“ den Buchstaben „f) anderer Grund für Fahrt mit KTW“ an.

Ärzte können auch Patienten, die vergleichbar mobil eingeschränkt sind wie die oben genannten Patientengruppen und deren Behandlung mindestens sechs Monate dauert, die aber kein Merkzeichen oder keinen Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorweisen, eine Fahrt zur ambulanten Behandlung verordnen. Hier ist jedoch immer eine Genehmigung erforderlich.

Ausfüllhinweis: In einem solchen Fall kreuzen Ärzte das Feld „e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b)“ an und geben dafür eine Begründung unter „4. Begründung/Sonstiges“ an.

Hoher Pflegegrad:
Keine Genehmigung
bei Krankenfahrt mit
Taxi oder Mietauto

Hoher Pflegegrad:
Genehmigung bei
Krankentransport

› **Für Patienten, die über längere Zeit eine hochfrequente Behandlung benötigen**

Ärzte dürfen auch diesen Patienten eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnen. Zu hochfrequentierten Behandlungen gehören:

- › Dialysebehandlung
- › onkologische Strahlentherapie
- › parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie

Hinweis: Die Krankenkasse kann auf Antrag des Patienten in vergleichbaren Fällen eine Krankenförderung genehmigen.

› **Für Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes zwingend einen Krankentransportwagen (KTW) benötigen**

Dazu gehören:

- › Patienten, die bei der Krankenförderung eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigen. Das kann zum Beispiel ein Patient mit einem Dekubitus oder ein Patient mit einer schweren ansteckenden Krankheit sein.

Damit Patienten genügend Zeit haben, die Verordnung bei ihrer Krankenkasse zur erforderlichen Genehmigung vorzulegen, sollten Ärzte und Psychotherapeuten die Verordnung möglichst frühzeitig ausstellen.

AUSNAHMEFALL: AMBULANTE OPERATIONEN

Ein weiterer Ausnahmefall, bei dem eine Verordnung möglich ist, besteht in den seltenen Fällen, bei denen eine ambulante Operation aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen Gründen anstelle einer an sich medizinisch gebotenen vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.

Da diese Operationen aus haftungsrechtlichen Gründen allerdings kaum durchgeführt werden dürften, greift diese Ausnahmeregelung nur äußerst selten.

Damit Patienten aber in solchen seltenen Fällen nicht schlechter gestellt sind als Patienten, die sich stationär behandeln lassen, darf hier eine Krankenförderung verordnet werden, und es besteht keine Genehmigungspflicht.

Hinweis: Ist unklar, ob die Krankenkasse die Kosten für die Krankenförderung übernimmt, sollte der Patient die Verordnung zunächst bei seiner Krankenkasse vorlegen.

BEFÖRDERUNGSMITTEL

Egal, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wird: die Auswahl des Beförderungsmittels richtet sich stets nach dem individuellen Bedarf und Gesundheitszustand des Patienten. Dabei müssen Ärzte und Psychotherapeuten das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten.

Möglich sind:

- › Taxi oder Mietwagen

Ebenfalls
Genehmigung
erforderlich: Dialyse
oder Krebstherapie

Gesundheitszustand
erfordert KTW:
Genehmigung
erforderlich

Verordnung in wenigen
Fällen möglich: keine
Genehmigung

- › Krankentransportwagen, wenn eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine spezielle Einrichtung notwendig ist
- › Rettungswagen / -hubschrauber, Anforderung erfolgt über die Rettungsleitstellen (Notruf 112)

Hinweis: Die Krankenkassen können auf Antrag des Patienten auch die Kosten für Krankenfahrten übernehmen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem privaten Pkw des Patienten stattfinden; Ärzte müssen hierfür keine Verordnung ausstellen.

HINWEISE ZUR VERORDNUNG

Die Verordnung erfolgt stets auf Formular 4 und soll vor der Krankenförderung erfolgen. In Notfällen dürfen Ärzte und Psychotherapeuten die Verordnung auch nachträglich ausstellen.

Zusätzliche Hinweise:

- › Krankenförderungen werden auf Formular 4 verordnet. Es wird regulär wie alle anderen Formulare von der Praxis bestellt. Ein Ansichtsexemplar steht im Internet bereit.
- › Die Krankenförderung soll auf direktem Weg zwischen Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- › Versicherte müssen einen Teil der Beförderungskosten selbst bezahlen. Die Zuzahlung beträgt – unabhängig von der Art des Fahrzeugs und auch für Kinder und Jugendliche – zehn Prozent der Fahrkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro pro Fahrt.
- › Die Verordnung von Krankenförderung ist in der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.
- › Fahrten zur Vorsorge-Kur oder Reha werden nicht auf Formular 4 verordnet. Versicherte wenden sich in solchen Fällen an ihre Krankenkasse.

Öffentliche
Verkehrsmittel oder
private Fahrten

Formular 4

Direkter Weg

Zuzahlung

Richtlinie

Vorsorge/Reha



Ansichtsexemplar Verordnungsformular 4:
www.kbv.de/media/sp/Muster_4_2020.pdf

KBV-Themenseite Krankenförderung: www.kbv.de/901078

Krankentransport-Richtlinie: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ PraxisWissen ➤ PraxisWissenSpezial

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ PraxisInfo ➤ PraxisInfoSpezial

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ PraxisNachrichten

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeberin:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Fachliche Zuständigkeit:

Abteilung Veranlasste Leistungen

Redaktion:

Interne Kommunikation

Stand:

November 2022

Hinweise:

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine
Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind
selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.