

Verordnung von Krankentransporten durch Vertragszahnärzte gemäß den Krankentransportrichtlinien

Zum **01.01.2017** wurden die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt.

Alle Patienten, die seit dem 01.01.2017 neu in den Pflegegrad 3 eingestuft werden, können solche Verordnungen erhalten. Hierfür hat der Patient bzw. ein Angehöriger allerdings eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, die eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung bestätigt.

Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 als gegeben angesehen.

Pflegestufen bis zum 31.12.2016	Pflegegrade ab 01.01.2017
Bisher nicht berücksichtigt - geringe Beeinträchtigung	Pflegegrad 1
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3 + erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe 3 mit Härtefall (schwerste Beeinträchtigung)	Pflegegrad 5

Für Patienten, die **bis zum 31.12.2016** in der Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft waren, gilt Bestandschutz. Für diese bedarf es somit keiner gesonderten ärztlichen Bescheinigung einer Mobilitätseinschränkung.

Keine Änderungen gibt es zudem bei Versicherten, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert), „Bl“ (blind) oder „H“ (besonders hilfebedürftig) besitzen.

Seit dem 01.04.2019 gilt ein neues Formular für die Verordnung einer Krankenförderung („Muster 4“). Unter dem Punkt 1d) sind genehmigungspflichtige Fahrten aufgeführt für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Kennzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ besitzen, oder die in den Pflegegrad 3 bis 5 eingestuft sind. **Diese Genehmigungspflicht ist inzwischen durch eine gesetzliche Änderung entfallen. Die Verordnung der Fahrten dieses Personenkreises ist genehmigungsfrei.** Bitte lesen Sie hierzu auch unser Rundschreiben 1/19 vom 15.02.2019 (Punkt 11). Es ist somit in absehbarer Zeit mit einer weiteren Aktualisierung des Vordruckes zu rechnen.

Zustellungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung einer Krankenförderung 4 <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
	Name, Vorname des Versicherten		
Zustellungs-zeit	geteilt am		
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstellen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
1. Grund der Beförderung			
Genehmigungsfreie Fahrten			
a)	<input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung	
b)	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (auch mit KTW ist unter f) zu verwenden)		
c)	<input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____		
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (wie Fahrtguts für Krankenkasse vorzulegen)			
d)	<input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)	
e)	<input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)		
f)	<input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 2. und ggf. 4. erforderlich)		
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte			
vom/am <input type="text" value="TTTMMJJJ"/> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTTMMJJJ"/>			
Behandlungsstätte (Name, Ort) _____			
3. Art und Ausstattung der Beförderung			
<input type="checkbox"/>	Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/>	Tragestuhl
<input type="checkbox"/>	RTW	<input type="checkbox"/>	liegend
<input type="checkbox"/>	NAW/NEF	<input type="checkbox"/>	andere _____
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schneesacktransport, Wertzeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) _____			
			Vertragbarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 4 (7.2020)			