

Auswirkungen der neuen Pflegegrade auf die Kostenübernahme bei ambulanten Krankenfahrten und Krankentransporten

Die Krankentransport-Richtlinien regeln die Details zur Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und auch der Rettungsfahrten in der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung. Mit dem Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Jahreswechsel gilt die Systematik der neuen Pflegegrade im SGB XI auch für Krankentransporte.

Generell gilt auch weiterhin:

- Die Kosten für **Fahrten zu einer ambulanten Behandlung** übernehmen die Krankenkassen grundsätzlich **nur in bestimmten Ausnahmefällen**.
- Zudem müssen Fahrten zur ambulanten Behandlung in der Regel **vorab von der Krankenkasse genehmigt** werden (*Ausnahme: Stationersetzende Eingriffe, Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus, z.B. vor oder nach einer Operation*).

Welches Fahrzeug dabei zum Einsatz kommt, hängt ausschließlich von der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ab.

- **Krankenfahrten** sind Fahrten, die beispielsweise mit einem Taxi stattfinden. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet während der Fahrt nicht statt. Die Krankenkassen können auf Antrag auch die Kosten für Krankenfahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und dem eigenen Auto übernehmen; hierfür stellt der Arzt aber keine Verordnung aus.
- **Krankentransporte** sind Fahrten mit einem Krankentransportfahrzeug. Sie können erforderlich sein, wenn der Patient unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung benötigt. Ein Grund kann auch sein, dass damit die Übertragung einer schweren, ansteckenden Krankheit des Patienten vermieden werden kann.

(In Notfällen dürfen selbstverständlich auch **Rettungsfahrten** verordnet werden. Die Fahrten mit Rettungswagen sowie Flüge mit dem Rettungshubschrauber werden über die jeweiligen Rettungsstellen angefordert.)

Bis Ende 2016 konnten auch Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und genehmigt werden,

wenn der Versicherte einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegt.

Nachdem **im Zuge der Pflegereform** aufgrund der Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der neuen Ermittlungsregeln des Pflegegrades nun aufgrund von Einschränkungen in einem der sechs zu begutachtenden Lebensbereichen (Modulen) ein Pflegegrad 3 erreicht sein kann, *dabei allerdings nicht zwingend eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegen muss*, **wurde die Krankentransport-Richtlinie mit Geltung vom 1. Januar 2017 angepasst**.

Dabei wurde klargestellt, dass eine **dauerhafte Mobilitätseinschränkung**, die sowohl somatische als auch kognitive Ursachen haben kann, **zur Begründung eines Anspruchs auf Krankentransport zwingend erforderlich** ist.

Folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung können Vertrags(zahn-)ärzte somit

verordnen:

- Fahrten in besonderen Ausnahmefällen (dazu gehören stationsersetzende Operationen, vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, Dialysebehandlungen und bestimmte Therapien von Krebspatienten). Die Ausnahmen sind in der Krankentransport-Richtlinie geregelt.
- Fahrten für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen

oder

- einen Pflegebescheid, mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 (*bislang: Pflegestufe 2 oder 3*), und die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Besonderheiten bei pflegebedürftigen Patienten ab 1. Januar 2017:

- Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 als gegeben angesehen.
- Bei Pflegegrad 3 muss der Arzt sie noch einmal gesondert feststellen. Das gilt aber nur für „neue“ Pflegefälle.
- Für Patienten, die bisher Pflegestufe 2 und ab Januar Pflegegrad 3 haben, braucht der Arzt das somit nicht gesondert feststellen.
- In Pflegegrad 3 können aber – sozusagen per Doppelsprung – auch Pflegebedürftige übergeleitet werden, die bisher Pflegestufe 1 und eine eingeschränkte Alltagskompetenz haben. Liegt bei diesen Personen eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung vor, muss diese ärztlich ebenfalls gesondert bescheinigt werden.

Die Anpassung des Verordnungsformulars „*Verordnung einer Krankenförderung*“ steht noch aus.

Für die Übergangszeit wurde vereinbart, dass Ärzte für die Pflegegrade 3 bis 5 weiterhin das Formularfeld „dauerhafte Mobilitätseinschränkung“ (*Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 beziehungsweise 3 vorgelegt*) verwenden, sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
<input type="checkbox"/>	vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

- Fahrten, die zwingend medizinisch notwendig sind, aber nicht die genannten Kriterien erfüllen, können Krankenkassen schließlich im Einzelfall genehmigen.

Eine Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten auf Fälle, in denen Versicherte vorübergehend immobil sind oder ein akuter beziehungsweise nicht aufschiebbarer Behandlungsbedarf besteht, erfolgte nicht.

RAin Marianne Moldenhauer (1. Januar 2017)